

Mühazirə 2.

Uşaqlarda qida borusunun inkişaf qüsurları və cərrahi xəstəlikləri

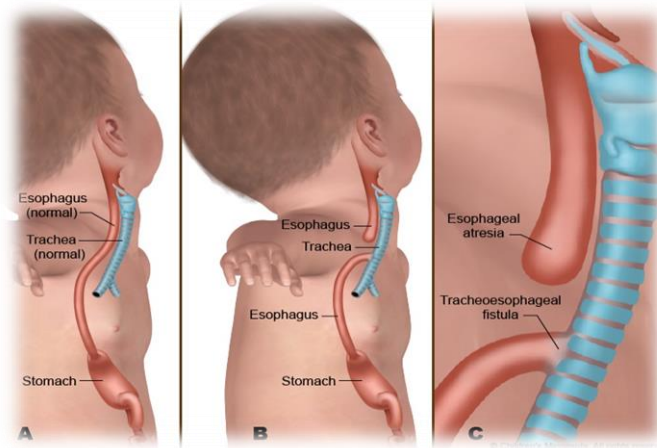
Qida borusunun fistulasız atreziyaları

Qida borusunun atreziyası onun proksimal və distal uclarının bir-biri ilə birləşməməsi nəticəsində meydana çıxan ağır inkişaf qüsurudur. İlk dəfə olaraq 1670-ci ildə William Durston tərəfindən thoracopagus-döş qəfəsindən bitişmiş əkizlərin birində kor sonlanmış proksimal qida borusu seqmenti aşkar olunmuşdur. Lakin klassik proksimal qida borusu atreziyası və distal traxeo-ezofageal fistula 1697-ci ildə Thomas Gibson tərəfindən təsvir edilmişdir. Uzun illər qüsurun cərrahi korreksiyasına cəhd olunsa da, yalnız 1939-cu ildə ilk dəfə olaraq Leven və Ladd mərhələli əməliyyat tətbiq etməklə uğurlu nəticə əldə etmişlər. Əvvəllər 100% ölümlə nəticələnirdisə, günümüzdə cərrahi bacarığın və təcrübənin artması, az invaziv cərrahi müdaxilənin tətbiqi, anestezioloji və reanimasiya xidmətinin inkişafı hesabına bu qüsurla doğulan uşaqların yaşama şansı 90%-dən yüksəkdədir.

Embriologiya. Qida borusu və tənəffüs yolları eyni mənbədən - ön bağırsağın proksimal hissəsindən inkişaf edir. Həmin seqmentin dorsal hissəsindən qida borusu, ventral hissəsindən isə ilkin tənəffüs yolları öz başlanğıcını götürür. İlkin mərhələdə qida borusu ilə traxeya boylama əlaqəlidir, yalnız embriogenezin 3-4-cü həftələrində 2 tərəfdən lateral səhifələrin qarşı-qarşıya istiqamətlənməsi hesabına ayrılmağa başlayırlar. Bu proses kaudo-sefalik istiqamətdə (aşağıdan-yuxarı doğru), traxeal bifurkasiyanın 4-cü döş fəqərəsi səviyyəsinə çatanadək davam edir və embriogenezin 36-cı günü tamamlanır. Bu ardıcılığın pozulması qida borusunun inkişaf qüsuruna, qida borusu ilə traxeya arasında fistulanın formalaşmasına səbəb olur.

Həmçinin qida borusunun da qoşulduğu, bağırsaq borusunun embriogenezin 20-40-cı günlərində məruz qaldığı vakuolizasiya prosesinin pozulması da qida borusu atreziyasına səbəb ola bilər. Belə ki, bu müddətdə həzm traktı divarında olan təkqatlı epitel proliferasiyaya uğrayaraq çoxqatlı epitellə əvəz olunur və mənfəzin daralması, bəzən isə tam qapanması ilə nəticələnir. Sonrakı mərhələdə bu proses geriye inkişaf edir, mənfəzin vakuolizasiyası (üfürülməsi) hesabına keçiricilik bərpa olunur. Bu məqamda

irsi və zərərli xarici amillərin təsirindən prosesin normal gedişatı pozularsa, atreziya və stenoz kimi inkişaf qüsurları meydana çıxıb bilər.



Rastgəlmə tezliyi. QA və TEF hər 3000-4500 canlı yenidoğulmuşdan birində rast gəlinir və 30-34%-i az çəkili doğulmuşların payına düşür. Oğlan/qız nisbəti 1,26:1 təşkil edir. Qüsurlar izolə olunmuş formada, həmçinin bir çox hallarda digər orqan və sistemlərin inkişaf qüsurları ilə birgə təsadüf edilir. 5% halda xromosomal xəstəliklər- Trisomiya 13 və Trisomiya 18 zamanı müşahidə olunur. Treacher-Collin's sindromu, Fanconi sindromu, Townes-Brock sindromu və s. ilə yanaşı da rast gəlinə bilər. Risk faktorları: irsiyyət, ananın hipertireoz və şəkərli diabetdən əziyyət çəkməsi, uzun müddət kontraseptivlərdən istifadə edilməsi, hamiləlik müddətində estrogen və progesteron tərkibli preparatların qəbulu, valideynlərin zərərli vərdişləri və s. aid edilir.

Yanaşı anomaliyalar. QA olan yenidoğulmuşlarda yanaşı anomaliyaların rastgəlmə ehtimalı 30-60% təşkil edir. Belə ki, QA səbəb olan faktorlar digər orqan və sistemlərin inkişafına da təsir edir. Yanaşı qüsurları kiçik və böyük olmaqla 2 qrupa bölmək olar. Kiçik qüsurlar təcili cərrahi müdaxilə tələb etməyən qüsurlardır. Məs: üst dodağın və damağın bitişməməsi, Mekkel divertikulu, qabırğa və fəqərə anomaliyaları və s. Böyük qüsurlara anadangəlmə ürək qüsurları, duodenal atreziya, anal atreziya və s. kimi həyati təhlükə yaradan və əksər hallarda təcili cərrahi müdaxilə tələb edən anomaliyalar aiddir. QA olan yenidoğulmuşlarda ən çox rast gəlinən və ölümün əsas səbəbi kimi göstərilən yanaşı qüsurlar anadangəlmə ürək qüsurlarıdır. Bu qrup qüsurlara VSD (mədəcik arası çəpər defekti), ASD (qulaqcıq arası çəpər defekti), PDA (arterial axacağın açıq qalması), Fallo tetradası, aortanın koarktasiyası və s. aiddir.

Mədə-bağırsaq sistemi anomaliyalarından yanaşı olaraq ən çox anorektal malformasiyalara, daha sonra duodenal və jejuno-ileal atreziyalar, bağırsağın fırlanma anomaliyaları, nalvari mədəaltı vəz, pilorostenozu rast gəlinir.

Sidik-cinsiyyət sistemi anomaliyalarına 20% hallarda təsadüf edilir. Bu qüurlara renal ageneziya, renal displaziya, multikistik böyrək, ureteropelvik daralma (UPD), vezikoureteral reflüks (VUR), sidik axarının ikiləşməsi, sidik kisəsinin ekstrofiyası, hipospadiya, kriptorxizm və s. aiddir.

QA və TEF digər orqan və sistemlərin anadangəlmə inkişaf qüsurları ilə birlikdə aşağıdakı assosiasiyaları təşkil edirlər:

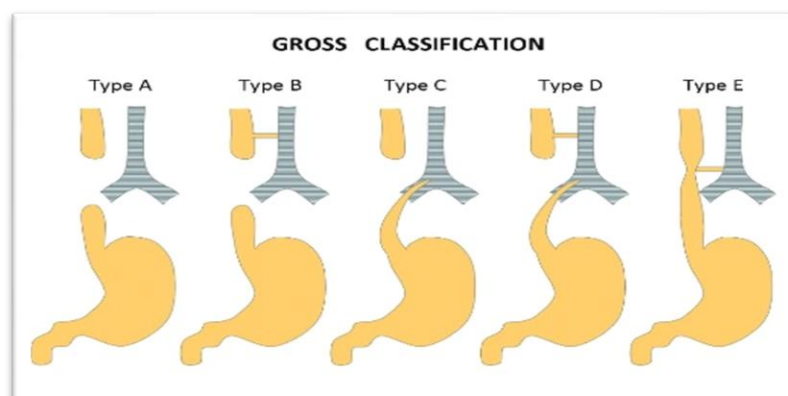
VATER (vertebral, anorectal, trachea-esophageal, renal abnormalities),

VACTERL(vertebral, anorectal, cardiac, trachea-esophageal, renal, limb abnormalities),

CHARGE (coloboma, heart defects, atresia of the choanae, developmental retardation, genital hypoplasia, ear deformities)

Təsnifat. QA və TEF təsnifatı ilk dəfə 1929-cu ildə radioloq Vogt tərəfindən verilmişdir. Daha sonrakı illərdə Ladd, Gross, Roberts, Swenson və Holder tərəfindən əlavələr olunmuşdur. Hal-hazırda daha asan anlaşılın və sadə olduğu üçün Holder və Ashcraft-ın təklif etdiyi təsnifatdan istifadə olunur. Bu təsnifata görə QA və TEF 5 qrupa bölünür:

1. Qida borusu atreziyası + distal traxeo-esofageal fistula (85,8%)
2. İzolə olunmuş qida borusu atreziyası (7,8%)
3. Qida borusu atreziyası + proksimal traxeo-esofageal fistula (0,8%)
4. Qida borusu atreziyası + distal + proksimal traxeo-esofageal fistula (1,4%)
5. İzolə olunmuş traxeo-esofageal fistula (4,2%)



(1) Qida borusunun proksimal seqmenti genişlənmiş, divarı qalınlaşmışdır və adətən 3-4-cü döş fəqərəsi səviyyəsində sonlanır. Öndən traxeyaya söykənir. Qida borusunun distal seqmenti dar olub, divarı nazıkdır, bifurkasiya səviyyəsində və ya ondan 1-2 sm yuxarı traxeyaya açılır. 2 seqment arasındakı məsafə müxtəlif ola bilər. İlk anastomoza imkan verəcək qədər yaxın və ya bir-birindən uzaq məsafədə yerləşə bilərlər.



(I Tip QA+TEF)

(2) Proksimal seqment genişlənmiş, divarı qalınlaşmışdır. Distal seqment qısaadır. Adətən 2 seqment arası məsafə böyük olub, ilkin anastomozun qoyulmasına imkan vermir.



(II Tip İzolə olunmuş QA)

(3) Proksimal seqmentin uc hissəsi ilə traxeya arasında fistula vardır. Fistula qısa və dardır. Distal seqment çox qısaadır.



(III Tip QA+proksimal TEF)

(4) Proksimal fistula membranoz traxeyaya açılır. Distal fistula bifurkasiya və ya ondan 1-2 sm yuxarı traxeyaya açılır. Adətən seqmentlər arasındakı məsafə böyük deyil, proksimal və distal seqmentlərin səfərbər edilməsindən sonra ilkin anastomozun qoyulmasına imkan verir.



(IV Tip QA+distal+proksimal TEF)

(5) Qida borusu atreziyası olmadan, traxeya ilə qida borusu arasında olan fistula "H" tipli fistula adlandırılır. Əslində fistulanın traxeyaya açılan ucu daha yuxarıda yerləşdiyi

üçün "N" tipli fistula adlandırılması daha doğru olardı. Fistula qısa olub, diametri 2-4 sm-dir və adətən yuxarı döş aperturası səviyyəsində yerləşir.



(İzolə olunmuş TEF)

Antenatal diaqnostika. Prenatal USM zamanı döldə müşahidə edilən 2 əlamət qida borusu atreziyasına şübhə yaradır: mədə qovuğunun olmaması və ya kiçik olması və polihidramnioz. Qeyd etmək lazımdır ki, polihidramnioz qeyri-spesifik əlamət sayılır. Belə ki pilorusun, 12 barmaq bağırsağın və acı bağırsağın atreziyası zamanı da polihidramnioz aşkar oluna bilər.

Polihidramniozun yaranma səbəbi: normal hamiləlikdə 15-ci həftədə udma refleksi formalaşır və döl hamiləlik müddətində onu əhatə edən dölyanı mayeni daimi olaraq udur. Mədə-bağırsaq sistemindən sorulan dölyanı maye dölün qan dövranına keçir və umbilikal damarlar vasitəsilə ananın qan dövranına ötürülür. Həzm sisteminin proksimal atreziyaları zamanı isə bu dövrən pozulur və dölyanı maye amnion boşluğunda toplanır, artır, polihidramnioza səbəb olur. TEF olmayan halda 85%, TEF olarsa 30% hallarda polihidramnioz qeyd edilir. Səbəb: fistula vasitəsilə dölyanı maye traxeyadan qida borusunun distal seqmentinə və həzm traktının sonrakı şöbələrinə ötürülür. Bununla da qismən də olsa, dölyanı mayenin dövranı təmin edilir. Qida borusunun atreziyası zamanı dölyanı mayədə alfa fetoprotein və asetilxolinesterazanın səviyyəsi artmış olur.

Klinika və diaqnostika. QA olan yenidoğulmuşlar 30-34% hallarda vaxtından əvvəl doğulurlar və bu səbəbdən az çəkili olurlar. İlk əlamət doğulduqdan sonra ağızdan və burun dəliklərindən bol miqdarda köpüklü maye-ağız suyunun xaric olmasıdır. Qidalanma zamanı öskürək, boğulma, sianoz müşahidə olunur. Diaqnozu təsdiqləmək

üçün ilk təbdir qida borusuna ağızdan və ya burun dəliklərindən kateterin yeridilməsidir. Bu zaman kateteri ~10 sm-dən artıq məsafədə yeritmək mümkün deyilsə, atreziya haqqında düşünmək lazımdır. Yumşaq kateterin qida borusunun yuxarı seqmentində burulma ehtimalı da vardır. Bu hal yanlış olaraq kateterin mədəyə ötürülməsi təəssüratını yarada bilər. Belə halda kateterə 10-15 ml hava vurulur. Atreziya olmadıqda hava mədəyə daxil olduğundan epiqastral nahiyənin köpməsi qeyd olunur. Atreziya varsa, hava səsle ağızdan geriyyə xaric olur. Bu, Elefant sınağı adlanır. Elefant sınağının müsbət olması (vurulan havanın ağızdan səsle xaric olması) QA-ın göstəricisidir. Həmçinin kateterdən ~1 ml suda həll olan kontrast maddənin verilməsi və rentgenoloji müayinənin aparılması kateterin lokalizasiyası və qida borusunun proksimal seqmenti haqqında məlumat almağa imkan verir. Kontrast maddə kimi bariüm sulfatdan istifadə etmək qadağandır. Belə ki, proksimal fistula olarsa, tənəffüs yollarına ötürülən BaSO₄ barioz pnevmoniyaya səbəb olur.

Döş qəfəsinin R-qrafiyası zamanı fistula və ya aspirasiyaya bağlı olan pnevmoniya və atelektazın olub olmaması araşdırılır. Qarın boşluğunun R-qrafiyasında mədə və bağırsaqlarda qazın olmaması izolə olunmuş qida borusu atreziyasının, qazın görünməsi isə qida borusu atreziyası ilə yanaşı distal TEF-un varlığına dəlalət edir. Belə ki hava tənəffüs yollarından distal TEF vasitəsilə həzm traktına ötürülür. Lakin kritik az çəkili yenidöğulmuşlərdə TEF olduqda belə mədə və bağırsaqlarda qaz olmaya bilər. Həmçinin dar diametrli və mənəfəzi seliklə tutulmuş TEF da eyni mənzərəni verə bilər. Yanaşı olaraq fistulanın lokalizasiyası və ölçüsü haqqında məlumat əldə etmək üçün rigid ezofaqoskopiya və bronxoskopiya icra olunur.

Qida borusu atreziyasının digər inkişaf qüsurları ilə müştərək təsadüf etmə ehtimalı olduğu üçün rentgenoqrammada aşağıdakı məqamlara da diqqət yetirilməlidir:

- Qarın boşluğunda maye səviyyələri varsa, bu əlamət yanaşı olaraq mədə-bağırsaq traktında anadangəlmə anomaliyaların olmasını göstərir.
- Ürək qüsurları zamanı ürək kölgəliyi dəyişə bilər.
- Rentgenoqrammada onurğa anomaliyalarının olub-olmaması dəqiqləşdirilməlidir.

QA ilə doğulanların müayinə protokoluna mütləq şəkildə qarın boşluğu və peritonarxası sahə orqanlarının USM-si və EXO kardiografiya daxil edilməlidir.

Müştərək anorektal qüsurların olub-olmamasını müəyyənləşdirmək üçün aralıq müayinə edilməlidir. Yalnız kompleks müayinələrdən, adekvat hazırlıqdan sonra əməliyyatın icra olunma vaxtı və növü seçilə bilər.

Diagnozun erkən qoyulması əməliyyat və postopertiv müalicə qədər əhəmiyyətlidir. Bu hal aspirasion pnevmoniyanın profilaktikası və əməliyyat önlü lazımı müalicə tədbirlərinin vaxtında aparılmasını təmin etmiş olur.

QA və TEF ilə doğulan uşaqlarda qida borusunun proksimal seqmentində ağız suyunun toplanması və aspirasiyası, həmçinin distal fistuladan mədə şirəsinin traxeyaya ötürülməsi öskürək, sianoz və tez-tez boğulma hallarına səbəb olur. Aspirasiya təhlükəsi olduğu üçün QA-na şübhə olan halda yenidə doğulmuş per os qidalandırılmamalıdır.

Belə ki, aspirasiya halları yenidə doğulmuşlarda ani ölümə belə səbəb ola bilər. Aspirasion pnevmoniya və QA zamanı yanaşı müşahidə edilən traxeomalyasiya tənəffüsün pozulmasına səbəb olur və bu hal aparılan müalicənin effektivliyinə də təsir edir.

Traxeomalyasiya traxeyanın inkişaf qüsuru olub, bətdaxili dövrdə içi maye ilə dolu proksimal qida borusu seqmentinin traxeyaya xaricdən təzyiq etməsi, distal fistula ilə dölyanı mayenin traxeyadan mədəyə boşalması ilə tənəffüs yollarında təzyiqin aşağı düşməsi və ümumiyyətlə traxeya və bronxlarda qığırdaq toxumasının hipoplaziyası hesabına yaranır.

Aspirasion pnevmoniya fonunda hipertermiya və ya hipotermiyanın olması, taxikardiya, dərinin solğunlaşması və mərmərliyi sepsisin əlamətidir. Bu arzuolunmaz vəziyyət, həmçinin yanaşı müşahidə edilən qüsurlar xəstəliyin proqnozuna mənfi təsir göstərə bilər. Odur ki, adekvat əməliyyat önlü hazırlığın aparılması və eyni zamanda rast gəlinə biləcək yanaşı qüsurların araşdırılması vacibdir.

Əməliyyat önlü hazırlıq. Aspirasion pnevmoniya və atelektazın qarşısını almaq məqsədilə yenidə doğulmuşu yarım oturaq vəziyyət verilməli və proksimal qida borusu seqmentinə yeridilmiş kateter vasitəsilə toplanmış ağız suyu fasiləsiz olaraq sorulmalıdır. Per os qidalandırma qadağandır. Yenidə doğulmuş küvezə yerləşdirilir, gündəlik tələbatı və su-elektolit balansını təmin etmək məqsədilə çəkiyə müvafiq olaraq qlükoza, fizioloji məhlul, amin turşu məhlulları, K vitamini, həmçinin antibiotik təyin edilir. Ciddi tənəffüs

pozuntusu olarsa, traxeyanın intubasiyasına ehtiyac ola bilər. TEF olan hallarda intubasiya zamanı intubasion borunun uc hissəsini fistuladan aşağı yerləşdirmək vacibdir. Əgər İB uc hissəsi fistuladan yuxarı yerləşərsə, mexaniki ventilyasiya zamanı fistuladan təzyiq altında mədəyə ötürülən hava mədə perforasiyasına səbəb ola bilər. Həmçinin havanın bir qismi mədəyə ötürüldüyü üçün ağciyərlərin ventilyasiyası da lazımı səviyyədə olmayacaqdır.

Əməliyyat ölü hazırlığın aparılma müddətinə görə Waterson tərəfindən doğum çəkisi, pnevmoniya və yanaşı qüsurlar nəzərə alınmaqla xəstələr 3 risk qrupuna bölünür.

A qrupunda olanlar: 2500 qr və daha artıq çəki ilə vaxtında doğulan, yanaşı qüsurları olmayan və minimal tənəffüs problemləri olan xəstələr "qənaətbəxş" qrup sayılıb, qısa müddətdə əməliyyat oluna bilərlər.

B qrupu: 1700-2500 qr çəki ilə doğulan, yanaşı kiçik inkişaf qüsurları və minimal tənəffüs problemləri olan xəstələr "orta" risk qrupuna aid olub, lazımı əməliyyat ölü hazırlıqdan və ümumi vəziyyətləri yaxşılaşdıqdan sonra əməliyyat oluna bilərlər.

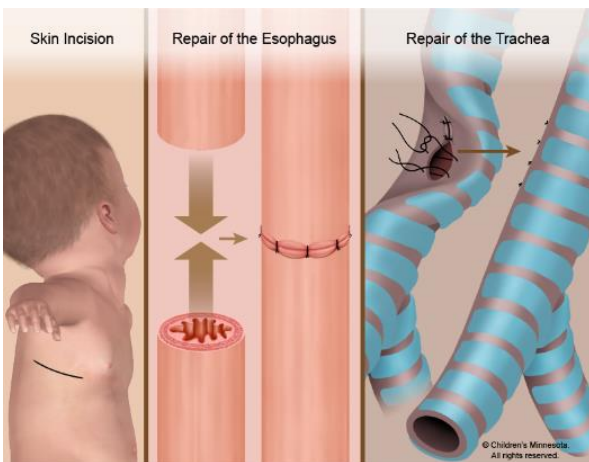
C qrupu: 1700 qr-dan aşağı çəki ilə doğulan, yanaşı böyük inkişaf qüsurları və ciddi tənəffüs problemləri olan xəstələr "yüksək" risk qrupuna aiddirlər və bu halda mərhələli şəkildə cərrahi əməliyyatların icrası göstərişdir.

Hal-hazırda adətən xəstənin doğum çəkisi əsas götürülmür. Son araşdırmalara görə xəstənin ümumi vəziyyəti, mexaniki ventilyasiyaya ehtiyac duyulacaq ciddi tənəffüs çatmazlığının olub olmaması, anadangəlmə ağır ürək qüsurları və qida borusu seqmentləri arasındakı məsafə xəstəliyin proqnozunu müəyyən edir.

Waterson təsnifatına görə uğurlu nəticə üçün A qrupuna daxil olan xəstələr qısa müddətdə əməliyyat olunmalı (torakotomiya+fistulanın ləğvi+ilkin anastomozun qoyulması), B qrupuna daxil olan xəstələr müvafiq əməliyyat ölü hazırlıqdan sonra ümumi vəziyyətləri yaxşılaşdığı halda (qastrostomiya+antibiotikoterapiya+parenteral qidalanma+ 2-8 həftə sonra torakotomiya+fistulun ləğvi+anastomozun qoyulması) və C qrupuna daxil olan xəstələr üzərində isə mərhələli şəkildə cərrahi əməliyyatlar icra olunmalıdır. Hal-hazırda bu xəstələrin yaşama şansı müvafiq olaraq 99%, 97% və 71% təşkil edir.

Fistulanın mövcud olması və lokalizasiyası əməliyyat özü bronxoskopiya ilə təsdiqlənməlidir. Digər vacib bir məqam proksimal və distal qida borusu seqmentləri arasındakı məsafənin müəyyən edilməsidir. Bu məlumata əsasən müvafiq cərrahi müalicə üsulu seçilir. Bronxoskopiya zamanı distal qida borusu seqmentinin bifurkasiyaya açıldığı aşkar edilərsə, bu seqmentlər arası böyük məsafənin olması deməkdir.

Cərrahi müalicə. Cərrahi əməliyyat təcili qaydada deyil, xəstənin ümumi vəziyyəti qiymətləndirildikdən və lazımi əməliyyat özü hazırlıq aparıldıqdan sonra icra edilir. Əməliyyat təcrübəli cərrahi briqada tərəfindən icra olunmalıdır və həmçinin mərkəzdə yenidöğülmuşlərə aid anestezioloji və reanimatoloji xidmətin olması vacibdir. Ümumi anesteziya altında olmaqla əməliyyat 2 yolla: açıq-torakotomiya və qapalı-torakoskopik yanaşma ilə icra oluna bilər. Enən aortanın sol tərəfli yerləşməsi zamanı sağ tərəfli torakotomiya icra edilir. 5-10% hallarda sağ tərəfli enən aortaya rast gəlinir və bu zaman da sol tərəfli torakotomiya icra olunur. Orta və arxa qoltuqaltı xətt üzrə IV və ya V qabırğa arası sahədən döş qəfəsinə daxil olmaqla intraplevral və ya ekstraplevral yolla arxa divararalığında qida borusunun proksimal və distal seqmentləri, TEF müəyyən edilir. Fistula adətən bifurkasiyadan ~ 1-2 sm yuxarıda yerləşir. İlk olaraq TEF tikilərək bağlanılır, kəsilir və ləğv edilir. Sonrakı mərhələdə proksimal və distal seqmentlər ətraf toxumalardan ayrılmaqla səfərbər edilir. Seqmentlər arası məsafə ~1-1,5 sm olduğu halda uc-uca anastomoz qoyulur. Əgər bu məsafə böyükdürsə və gərgin olmayan uc-uca anastomozun qoyulmasına imkan vermirsə, mərhələli əməliyyatlar icra olunur.



Bu halda təklif olunan üsullardan biri uc-uca anastomozun qoyulmasına imkan yaradacaq qida borusunun uzadılması əməliyyatlarıdır. İcra olunan ilk əməliyyatlardan biri Livaditis üsulu ilə dairəvi miotomiyadır. Bu zaman proksimal qida borusu seqmentinin əzələ qatında bir və ya bir neçə yerdə selikli qişayadək dairəvi kəsiklər aparılır. Bu üsulla proksimal qida borusu seqmentinin 1sm-dən 2,5 sm-ə dək uzadılması mümkündür. Lakin təcrübədə qidanın

miotomiya olunmuş qida borusu seqmentində ləngidiyi haqqında məlumatlar vardır. QA zamanı qida borusu peristaltikasının zəif olduğu da nəzərə alınarsa, bu hal qidanın ötürülməsini daha da çətinləşdirir. Həmçinin selikli qişanın miotomiya olunmuş sahədən qabararaq divertikul və ya mediastinal psevdosist formalaşdırma ehtimalı da vardır. Bu fəsadın qarşısını almaq üçün Kimura spiral miotomiyanı məsləhət görmüşdür. Bu əməliyyat zamanı sonrakı mərhələdə proksimal qida borusu seqmenti aşağı doğru çəkilərək öz oxu ətrafında fırladılır və müəyyən qədər uzanma əldə olunduqdan sonra divertikulun formalaşmaması üçün əzələ qatı yenidən tikilir.

Sadalanan əməliyyatların icrası seqmentlər arası məsafənin böyük olması ilə bağlı mümkün olmazsa, mərhələli olmaqla digər cərrahi müalicə aparılır. Birinci mərhələdə aspirasiyanın qarşısını almaq məqsədilə proksimal seqment boyun nahiyəsinə çıxarılaraq servikal ezofaqostomiya icra edilir və həmçinin qastrostomiya olunur. Bəzi müəlliflər ikili qastrostomanın qoyulmasını məsləhət görürlər. Birinci- kateteri 12 barmaq bağırsağa keçirməklə qidalanmanı təmin etməli, ikinci- mədə şirəsinə evakuasiya etməklə gastroezofageal reflüksün qarşısını almaq məqsədi daşıyır. Sonrakı mərhələdə 3-4 ay sonra qida borusunun rekonstruksiyası əməliyyatı- nazik və ya yoğun bağırsağ seqmentinin transpozisiyası icra edilir. "Ən yaxşı qida borusu xəstənin öz qida borusudur" prinsipi əsas götürülsə də, qida borusunu uzatmaq məqsədilə seqmentlər üzərində müxtəlif əməliyyatlar tətbiq olunsada, uc-uca anastomozun qoyulması mümkün olmadığı hallarda qida borusunun kolon, ileum, jejunum ilə əvəz olunması labüddür.

Erkən fəsadlar. Əməliyyatdan sonra müşahidə edilən ən ciddi fəsadlar anastomoz tutarsızlığı və daralmadır. Anastomoz tutarsızlığının səbəbi distal qida borusu seqmentinin normadan artıq səfərbər edilməsi və nəticədə qan dövranının pozulması, anastomozun gərginlik altında qoyulması, iltihab və əməliyyatın travmatik icrası ola bilər. Əlamətləri hərəkətin yüksəlməsi, hərəkəti aktivliyin azalması, taxikardiya və s. olub, əməliyyatdan 3-6 gün sonra meydana çıxır. Ekstraplevral icra olunmuş əməliyyatlardan sonra bu kliniki əlamətlər olmaya bilər. Döş qəfəsi və ya mediasinal sahəyə drenaj yerləşdirilmişsə, əsas əlamət drenajdan mayenin-ağız suyunun xaric olmasıdır. Drenaj olmayan xəstələrdə əlamət obzor R-qrafiya zamanı divararalığında maye-hava səviyyəsinin aşkarlanmasıdır. 1-2 ml kontrast maddənin per os içirilməsi və onun

mediastinumda izlənməsi diaqnozu təsdiqləmiş olur. Ekstraplevral torakotomiya icra olunmuş xəstələrdə kiçik ölçülü anastomoz tutarsızlığı 2-3 həftə ərzində bağlana bilər. Buna baxmayaraq iltihaba bağlı olaraq bu dəfə də anastomoz darlığı yarana bilər. Eyni zamanda fistulanın yenidən açılması ehtimalı da vardır.

Anastomoz tutarsızlığı zamanı xəstə qastrostoma vasitəsilə qidalandırılı bilər, lakin bu zaman gastro-ezofageal reflüksün müşahidə edilməsi və bu halın mediastinitlə nəticələnə biləcəyi nəzərə alınaraq tam parenteral qidalanmaya keçid məsləhət görülür. Geniş anastomoz tutarsızlığı daha kəskin kliniki gedişə malikdir və proqnozu ciddidir.

İntraplevral torakotomiya icra olunmuş xəstələrdə anastomoz tutarsızlığı zamanı ağız suyunun plevra boşluğuna keçməsi hidropnevotoraksa, sonrakı mərhələlərdə empiemaya və sepsisə səbəb ola bilər.

Anastomozun tam ayrılması zamanı erkən mərhələdə divararalığı və plevra boşluğu iltihablaşmadan reanastomozun qoyulması məsləhət görülür. Gecikmiş mərhələdə iltihab fonunda reanastomozun qoyulması əks göstərişdir. Bu halda gastrostomiya, servikal ezofaqostomiya, distal qida borusu segmentinin bağlanması, sonrakı mərhələdə kolon və ya jejunal interpozisiyanın icrası nəzərdə tutulur.

Anastomozun daralma səbəbi: anastomoz nahiyəsində tutarsızlığa bağlı olan iltihab, gastro-ezofageal reflüksə əlaqədar anastomoz xəttinin mədə şirəsi ilə qıcıqlanması, işemiya, əməliyyatın travmatik icra olunması və s. ola bilər. Əlamətləri disfagiya və aspirasion pnevmoniyadır. Əməliyyatdan sonrakı 7-10 gün ərzində toxumaların ödemə ilə əlaqəli qeyd olunan daralma iltihab yaradacaq səbəb olmadığı halda bir müddət sonra aradan qalxır. Diaqnoz ezofaqoskopiya və ezofaqografiya ilə təsdiqlənir. Daralma mərhələli balon dilatasiyası və anteqrad bujlama ilə aradan qaldırıla bilər. Müsbət nəticə olmazsa, gastrostomiya icra olunmalı və retroqrad bujlama aparılmalıdır. Müalicənin effektiv olmadığı halda gastro-ezofageal reflüksün olub olmadığı müəyyənləşdirilməlidir. Reflüks varsa, əvvəl medikamentoz müalicə təyin olunmalı, effekt olmazsa sonrakı mərhələdə antireflüks əməliyyatı icra olunmalıdır.

Təkrarlanan traxeo-ezofageal fistula - anastomoz tutarsızlığı ilə bağlı iltihabi prosesdən sonra, fistula ilə anastomoz xətti arasında məsafə az olan hallarda müşahidə edilir. Əlamətləri qidalanma zamanı öskürək, sianoz, müalicəyə tabe olmayan,

təkrarlanan pnevmoniyadır. Kliniki gedişatı fistulanın diametrindən asılıdır. Diametr kiçik olarsa, maye halda olan qidaların qəbulu zamanı şikayətlər yaranır. Bərk qidaların qəbulu zamanı əlamətlər müşahidə edilmir. Diaqnoz bronxoskopiya və kontrastlı ezofaqografiya vasitəsilə təsdiqlənir. Müalicəsi yalnız cərrahidir, müşahidədə saxlayıb fistulanın bağlanması gözləmək düzgün taktika deyil. Anastomoz sahəsində iltihabi proses aradan qalxdıqdan sonra fistulanın təkrari ləğvi əməliyyatı icra olunur.

Gecikmiş fəsadlar. Qastro-ezofageal reflüks QA-na bağlı əməliyyat keçirmiş xəstələrin 30-65%-ində müşahidə edilir. Bu halda rast gəlinən reflüks digər xəstələrdə olan reflüksdən fərqlənir. Belə ki, QA olan xəstələrdə qida borusunun hərəkəti aktivliyi-peristaltikası zəifdir və qida borusuna atılan mədə şirəsi selikli qişə ilə daha uzun müddət təmasda olur. Bu hal anastomoz nahiyəsində iltihaba və bujlamaya müsbət cavab verməyən daralmaya, həmçinin distal qida borusunda ezofagitə, strikturaya səbəb olur. Keçirilmiş qastrostomiya, gərginlik altında qoyulmuş anastomoz da qastro-ezofageal reflüksün rastgəlmə tezliyini artırır. Diaqnoz qida borusunun pH-metriyası, "süd sintiqrafiyası" vasitəsilə qoyulur. İlkin olaraq medikamentoz müalicə tətbiq olunur, H₂ blokatorlar, proton pompasının inhibitorları, prokinetiklər təyin olunur. Müsbət nəticə olmadığı halda antireflüks əməliyyatları-fundoplikasiya icra olunur.

Kliniki olaraq udma aktının çətinləşməsi, requrgitasiya, qusma, öskürək,boğulma hissi, apnoe halları, təkrarlanan pnevmoniya ilə müşayət olunur. Qidalanma zamanı boğulma hissi təkrarlanan fistula, traxeomalyasiya, anastomoz darlığı və qida borusunun hipoperistaltizmi ilə əlaqədar olan aspirasiyaya bağlıdır. Qida borusu divarında Auerbach kələfinin qüsurlu inkişafı, əzələ qatının hipoplaziyası və ya aplaziyası hipoperistaltizmə səbəb olur. Rentgenoloji olaraq normal görünsə belə anastomoz sahəsi qida borusunun ən az genişlənən hissəsidir. Bu hal udma aktının çətinləşməsinə və bərk qidaların həmin hissədə ləngiməsinə səbəb olur.

Traxeomalyasiya-traxeyanın qığırdaqlarının hipoplaziyası, "C" şəklində olan halqaların yastılaşması nəticəsində mənfəzinin daralması, ön-arxa ölçülərinin azalması deməkdir. Yanaşı olaraq xaricdən iri damarlarla sıxılırsa, güclü öskürək və nəfəsvermə anında traxeya mənfəzi tam qapana bilər. Bərk qidaların qida borusunda ləngiməsi yumşaq və dar mənfəzli traxeyaya təzyiqi artırır və tənəffüsün pozulmasına, apnoe

epizodlarına səbəb olur. Traxeomalyasiya bir çox hallarda "hürücü" öskürək, təkrarlanan pnevmoniya, bronxit, astmanın səbəbidir. Adətən uşaq böyüdükcə qığırdaqların sərtləşməsi hesabına bu əlamətlərin azalacağı ehtimal edilir. Lakin iri damarların traxeyaya təzyiq etdiyi aşkarlanırsa, apnoe epizodları tez-tez təkrarlanıb həyati təhlükə yaradırsa, aortapeksiya cərrahi əməliyyatı icra olunur. Əməliyyatın mahiyyəti traxeyaya olan təzyiqi azaltmaq məqsədilə aorta qövsünün döş sümüyünün arxa səthinə fiksə olunmasıdır. Bu zaman aortanın yerdəyişməsi hesabına aorta ilə əlaqəli olan traxeyanın ön divarı da önə doğru yerini dəyişir və beləliklə traxeyanın mənəfi genişlənməmiş olur. Traxeomalyasiya zamanı həmçinin traxeyanın rekonstruksiyası və ya stendin yerləşdirilməsinə də ehtiyac ola bilər.

Qida borusunun anadangəlmə stenoz və strikturası

Nadir rast gəlinən inkişaf qüsurlarındandır. Adətən anadangəlmə qida borusu daralmasını, qastro-ezofageal refluyksa bağlı iltihabdan sonra yaranan qazanılma qida borusu daralmasından fərqləndirmək çətindir. Əsas əlamətlər disfagiya (udma aktının çətinləşməsi) və qusmadır. Şikayətlər həyatın ilk aylarından müşahidə edilə bilər, lakin daha çox əlavə qida verildikdə və bərk qida qəbulu zamanı meydana çıxır. Düzgün qidalana bilmədikləri üçün bu xəstələr fiziki inkişafdan geri qalırlar.

Stenoz qida borusu divarının inkişaf qüsuru ilə bağlı olub, yaranma mexanizminə görə 3 qrupa bölünür: 1) membranoz arakəsmənin olması; 2) qida borusu divarının əzələ qatının qalınlaşması-hipertrofiyası və məhdud sahədə həlqəvi şəkildə fibroz toxuma ilə əvəz olunması; 3) qida borusu divarında daralmaya səbəb olan traxeo-bronxial qalıqların—hialin qığırdağın olması. Diaqnoz kontrastlı ezofaqografiya və ezofaqoskopiya vasitəsilə təsdiqlənir. Ezofaqografiya zamanı daralmanın dərəcəsi və lokalizasiyası müəyyən edilir. Ezofaqoskopiya vasitəsilə qida borusunun selikli qişasının vəziyyəti öyrənilir və differensial diaqnostika aparılır.

Qida borusunun kardial hissəsinin anadangəlmə daralmasını axalaziya, qastro-ezofageal refluyksa bağlı qida borusunun qazanılma daralmasından fərqləndirmək lazımdır. Anadangəlmə daralma zamanı axalaziyadan fərqli olaraq kardial daralmanın diametri dəyişməz qalır və adətən ezofaqoskopun borusunu mədəyə yeritməyə imkan

vermir. Həmçinin qida borusunun tonusu və peristaltikası saxlanılır, axalaziyada olduğu kimi qida borusunun atoniyası və genişləməsi müşahidə edilmir. Yalnız müalicə gecikdirilərsə, daralmadan yuxarı hissədə qida borusunun müəyyən qədər genişlənməsi aşkar oluna bilər. Ezofaqoskopiya zamanı selikli qişanın vəziyyəti normaldır. Gastro-ezofageal reflüksün səbəb olduğu qazanılma daralmadan fərqləndirmək üçün qida borusunun manometriyası və pH-monitorinqi aparılır.

Müalicəsi-cərrahidir, məqsəd daralmanın aradan qaldırılması və gastro-ezofageal birləşmə sahəsində antireflyuks mexanizminin təmin edilməsidir. Membranoz arakəsmə olan hallarda mexaniki və hidrostatik bujlama tətbiq olunur. Fibroz və qığırdaq halqanın mövcud olduğu daralmalar cərrahi yolla korreksiya olunur. Əməliyyatın həcmi daralmanın diametri, uzunluğu və lokalizasiyasından asılıdır. Qida borusunun yuxarı və orta 1/3-də olan daralmalar torakotomiya icra olunmaqla aparılır. Əgər daralan sahənin uzunluğu 1,5 sm-dən kiçikdirsə, həmin sahədə boylama istiqamətdə ezofaqotomiya olunur və köndələn istiqamətdə qida borusu tikilir. Əgər daralmanın uzunluğu 1,5 sm-dən böyükdürsə, daralan sahə rezeksiyası olunur və uc-uca anastomoz qoyulur. Daralma qida borusunun kardial hissəsini əhatə edərsə, əməliyyat transabdominal yanaşma ilə icra olunur. Həmçinin gastro-ezofageal reflüksün qarşısını almaq məqsədilə anti-reflyuks əməliyyatı - Nissen fundoplikasiyası icra edilir.

Kardiyanın axalaziyası

Axalaziya qida borusunun kardial hissəsində keçiriciliyin funksional xarakterli pozulması, kardial sfinkterin qidalanma zamanı genişlənməməsi, qida borusunun peristaltikasının zəifləməsi və ya olmaması ilə xarakterizə olunan, xroniki gedişə malik nadir rast gəlinən patologiyadır. İstənilən yaş qrupunda aşkar edilmə ehtimalı olsa da, 7-8 yaş arası xəstələrdə əlamətlər daha qabarıq olur.

Udma aktı uzunsov beyində yerləşən udma mərkəzindən gələn sinir impulsları vasitəsilə tənzimlənir. Udma zamanı ilk olaraq udlağın eninəzolaqlı əzələləri yığılır və peristaltik dalğalar qida borusu boyunca ötürülür. Qida borusunun kardial sfinkteri yüksək təzyiq bölgəsidir və adi halda qapalı olub, mədə möhtəviyyətinin qida borusuna qayıtmasına imkan vermir. Peristaltik dalğalar bu sahəyə çatanda sfinkter genişlənir və

qida mədəyə ötürülür. Kardial sfinkter sinir və hormonal mexanizmlərlə idarə olunur. Axalaziya zamanı sfinkterinin genişlənməməsi və sonrakı mərhələdə qida borusunun hərəkəti aktivliyinin azalması və dilatasiyası müşahidə edilir. Səbəb əzələ qatında qanglion hüceyrələrinin azlığı, sfinkterin genişlənməsini təmin edən inhibə edici impuls daşıyan sinirlərin selektiv olaraq inkişaf etməməsidir. Bu hal 95% halda idiopatik, 4% halda irsi, 1% halda isə degenerativ sinir sistemi xəstəlikləri ilə əlaqədardır.

Əlamətləri disfagiya-udma aktının çətinləşməsi, requrgitasiya-qidalandıqdan qısa müddət sonra qusma, döş qəfəsinin arxasında ağrı, qidalanmanın pozulması ilə əlaqədar çəki itkisi və fiziki inkişafdən geri qalmasıdır. Bərk qidaların qəbulu zamanı qida kütləsinin döş sümüyünün arxasında ləngidiyi, "boğulmaya" səbəb olduğu qeyd edilir. Qusma səbəbsiz, öyümə olmadan baş verir və qusuntu dəyişikliyə uğramamış qidadan ibarət olur. Həmçinin aspirasiyaya bağlı təkrarlanan pnevmoniya, xroniki bronxit, öskürək müşahidə edilir.

Diaqnoz kontrastlı ezofaqografiya və ezofaqoskopiya vasitəsilə qoyulur. Döş qəfəsinin ön-yan R-qrafiyası zamanı qida borusunda maye-hava səviyyələri aşkar edilir və bu qida borusunun boşalmadığını göstərir. Kontrastlı ezofaqografiya zamanı kontrast maddənin qida borusunda ləngidiyi və nazik şırıncıq şəklində mədəyə keçdiyi, prosesin dərinliyindən asılı olaraq qida borusunun müxtəlif dərəcədə genişlənməsi müəyyən edilir. Kardial hissə daralmış görünür, lakin bəzi fasilələrdə genişlənərək kontrast maddənin mədəyə keçməsinə təmin edir. Ezofaqoskopiya zamanı selikli qida büküşlərinin qalınlaşması, ezofagit əlamətləri aşkar olunur və ezofaqoskopun borusunu mədəyə maneəsiz keçirmək mümkün olur. Bu əlamət axalaziyanı qida borusu daralmasından fərqləndirir. Qida borusu manometriyasının da diaqnoz qoyulmasında əhəmiyyəti vardır.

Müalicə konservativ və cərrahidir. Konservativ üsullara medikamentoz müalicə, mərhələli bujlama və kardiyanın balon dilatasiyası aiddir. Lakin konservativ müalicədən sonra yaxşılaşma qeyd olunsada, nəticə daimi deyildir. Tətbiq olunan cərrahi müalicə transabdominal yanaşma ilə icra olunan Heller əməliyyatıdır. Əməliyyat açıq və ya laparoskopik yolla icra oluna bilər. Əməliyyatın mahiyyəti qida borusunun kardial hissəsinin səfərbər edilməsi, selikli qişanın tamlığı pozulmadan kardiomiometriyanın

icrası və qida borusu keçiriciliyinin təmin edilməsidir. Əməliyyat gastro-ezofageal reflüksün qarşısını almaq məqsədilə ezofaqogastrofundoplikasiya ilə tamamlanır.

Anadangəlmə qısa qida borusu

Nadir müşahidə edilən qüsurdur. Hamiləliyin 4-7-ci həftələrində baş verən mədənin normal enmə prosesinin tamamlanmaması nəticəsində formalaşdığı ehtimal olunur. Bəzi müəlliflər isə ezofaqogastrik birləşmə sahəsinin diafraqmadan yuxarıda yerləşdiyi paraezofageal yırtıqlar zamanı qida borusunun qısa olmasını gastro-ezofageal reflüksdən sonra müşahidə edilən ezofagitin sağalması və həmin sahənin fibrozlaşması ilə əlaqələndirirlər. Bu xəstələrdə kardial sfinkterin funksiyasının pozulması ilə əlaqədar reflüks-ezofagit, peptik xora və qida borusunun daralması aşkar olunur.

Əlamətləri ezofagitə bağlı olaraq vaxtaşırı qanlı qusma, anemiya, fiziki inkişafdan geri qalmasıdır. Əgər qida borusunda daralma varsa, disfagiya, requrgitasiya müşahidə edilir.

Diaqnoz Trendelenburq vəziyyətində çəkilmiş kontrastlı ezofaqografiya, ezofaqoskopiya, qida borusunun pH-metriyası vasitəsilə təsdiqlənir.

Müalicə cərrahidir. Bəzi müəlliflər anti-reflüks əməliyyatı olaraq Nissen fundoplikasiyasını məsləhət görürlər. Həmçinin qida borusunun uzadılmasını təmin edən Collis gastroezofaqoplastika cərrahi əməliyyatı da tətbiq edilir.

Qastro-ezofageal reflüks

Əvvəllər "xalaziya" adı ilə tanınan gastro-ezofageal reflüks anti-reflüks baryerinin funksional çatışmazlığı olub, nəticədə mədə möhtəviyyatının qida borusuna atılmasıdır. Anti-reflüks baryeri aşağıdakı faktorlar və fizioloji mexanizmlər yaradır:

1. Qida borusunun aşağı sfinkteri (kardial sfinkter)- mədə möhtəviyyatının qida borusuna atılmasının qarşısını alan ən vacib mexanizmdir. Manometriya vasitəsilə qida borusunun ən yüksək təzyiqli sahəsi olduğu müəyyən edilsə də, bu nahiyədə həqiqətən anatomik sfinkter əzələsinin mövcud olması mübahisəlidir. Daha çox qida borusunun distal hissəsində daxili dairəvi və mədənin kardial hissəsində kiçik ayrılıqdan başlayıb böyük ayrılığa doğru çəp istiqamətdə uzanan dairəvi və boylama əzələlərin qalınlaşması

hesabına formalaşdığı hesab olunur. Proksimal hissəsi döş boşluğunda və distal hissəsi qarın boşluğunda yerləşir. Yenidoğulmuşlarda uzunluğu 0,5-1 sm, yetkin insanlarda 3-5 sm təşkil edir. QAS orta təzyiq 15 mm Hg sütünü sayılır. Sakitlik zamanı qapalı olan QAS udma aktından 2 san sonra genişlənir və 10-12 san müddətində açıq qalmaqla qidanın mədəyə keçməsinə təmin edir. Araşdırmalara əsasən QAS təzyiqin 6 mm Hg sütunundan aşağı və uzunluğunun 2 sm-dən az olması QER-a səbəb olur. Sağlam şəxslərdə də qarın daxili təzyiq artdığı hallarda: ağlama, öskürək, ağır fiziki işdən sonra, hamiləlik zamanı QAS-in genişlənməsi və nəticədə QER müşahidə edilə bilər.

2. Qida borusunun intra-abdominal hissəsinin uzunluğu-yenidoğulmuşlarda 0.5-1 sm olub, ilk aylarda sürətlə artır və uşaq 6 aylıq ikən 3 sm təşkil edir. Bu segmentin qısa olması ilə bağlı 6 həftədən kiçik uşaqlarda rast gəlinən QER patoloji hal sayılmır. Bu müddətdə həmçinin digər müdafiə mexanizmləri də yetkin deyildir. Qarın daxili təzyiq artan zaman qida borusunun intra-abdominal hissəsi yığılır və normal fəaliyyət göstərən QAS ilə birlikdə anti-reflyuks baryer-qapayıcı mexanizmin fəaliyyətini təmin etmiş olur. Əgər uzunluğu 2 sm-dən qısa olarsa, QER-un meydana çıxmasına zəmin yaradır.

3. His bucağı-qida borusu və mədənin dibi arasında formalaşır. Qida borusunun intra-abdominal hissəsi normal uzunluqdadırsa, His bucağı iti bucaqdır və bu hal qapayıcı baryerin effektivini 2 dəfə artırır. His bucağı nə qədər iti olarsa, qida boru ilə mədənin dibinin diametrləri arasında fərq o qədər çox olur. La-Place qanununa görə müqayisədə qida borusunun diametr fərqi neçə dəfə azdırsa, qida borusu mənfəzindəki təzyiq mədənin daxilindəki təzyiqdən həmin göstəricinin misli qədər artıq olacaqdır. Mədə dolu olarsa, qida borusu ilə gərilmiş mədə dibi arasında His bucağı daha iti xarakter alır və mədənin daxilində təzyiqin artmasına baxmayaraq qida borusunda təzyiqin daha üstün olması hesabına mədə möhtəviyyəti qida borusuna keçə bilmir. His bucağını küt olması isə gastroezofageal reflyuks üçün zəmin yaradır. Qida borusunun anadangəlmə qısa olması, paraezofageal yırtıq zamanı, qida borusunun atreziyası və diafraqmal yırtığa görə əməliyyat keçirmiş, qastrostomiya icra olunmuş xəstələrdə His bucağı kütdür. Bu zaman mədə daxili təzyiq az olarsa belə mədə möhtəviyyəti qida borusuna atılır.

4. Qubaryov klapanı- ezofaqoqastrik birləşmə sahəsində selikli qişadakı büküşlərin hesabına formalaşır. Mədə daxili təzyiqin artması və ya qida borusunun döş qəfəsi

hissəsində mənfi təzyiqin yaranması zamanı selikli qişada olan büküşlər qarşılıqlı olaraq yığılır və zəif anti-reflyuks klapan funksiyasını yerinə yetirir.

5. Diafraqmanın qida borusu həlqəsinin təzyiqedici effekti-Qida borusu diafraqmanın sağ ayaqcığının liflərindən formalaşmış həlqədən olmaqla döş qəfəsindən qarın boşluğuna keçir. Qida borusunun distal hissəsi diafraqma ilə Laymerin diafraqma-qida borusu fassiyası (membranı) vasitəsilə əlaqələnir. Bu membran qida borusunun döş qəfəsi hissəsini qarın boşluğu hissəsindən ayırır. Dərin nəfəsalma zamanı diafraqmanın sağ ayaqcığının və Laymer membranının yığılması hesabına qida borusu sağa və aşağı doğru çəkilməmiş olur. Bu mexanizm qida borusu mənəfəzinin qapanması, QAS-də təzyiqin artması ilə nəticələnir. Qida borusunun manometriyası zamanı müəyyən edilmişdir ki, QAS-də ən yüksək təzyiq nəfəsalma aktının sonunda müşahidə olunur. Belə ki QAS-də təzyiq diafraqmanın hərəki aktivliyindən asılı olaraq dəyişir. Xroniki ağciyər xəstəlikləri olan yetkin insanlarda diafraqmanın hərəki aktivliyi pozulduğu üçün QER-un rast gəlmə ehtimalı yüksəkdir.

6. Qarındaxili təzyiq-6-8 sm su sütunu olan hallarda qida borusunun intra-abdominal hissəsinin mənəfəzi qapanır və anti-reflyuks mexanizmin fəaliyyəti təmin olunur. Qarın daxili təzyiqin enməsinə səbəb olan patologiyalar: omfalosele, qastroşizis, Prune belly sindromu zamanı qastroezofageal reflyuks müşahidə edilir. Bununla belə qarın daxili təzyiqin yüksəlməsinə səbəb olan intra-abdominal şişlər, şiddətli öskürək, qəbizlik də QER-la nəticələnə bilər.

7. Qida borusunun klirensi- anti-reflyuks baryerə aid olmasa da, normal peristaltikası hesabına qida borusunun qısa müddətdə boşalması, selikli qişasının uzun müddət mədə şirəsi ilə təmasda olmaması və mümkün fəsadların minimuma endirilməsi baxımından önəmlidir.

Əlamətlər xəstənin yaşından və vəziyyətindən asılı olaraq müxtəlifdir və əsasən 3 qrupa bölünür: həzm traktına aid olan, respirator və digər (nevroloji və metabolik) əlamətlər. Əsas əlamət requrgitasiya və qusmadır. Requrgitasiya passiv şəkildə mədə möhtəviyyatının xaric olmasıdır. Bu halda qusuntu kütləsində öd aşkarlanmır. Qusma isə aktiv şəkildə qarının ön divarı əzələlərinin yığılması ilə mədə möhtəviyyatının təzyiqlə xaric olmasıdır. Bu zaman qusuntu kütləsində öd aşkarlanma bilər. Requrgitasiya və qusma

ilk həftələrdə meydana çıxır, adətən qidalanmadan sonra uşaq üfqi vəziyyətdə yatırılan zaman müşahidə olunur. 8 həftəyədək QAS (kardial sfinkter) təzyiqinin normadan az olması, ümumiyyətlə anti-reflyuks baryer mexanizminin yetkin olmaması səbəbi ilə requrgitasiya və qusma "fizioloji" hal kimi qiymətləndirilir. Adətən yarım oturaq vəziyyətdə uşağın az həcmdə olmaqla tez-tez qidalandırılması və qidanın nisbətən qatı halda verilməsi kliniki yaxşılaşma ilə nəticələnir. 2 yaşınadək müəyyən qrup uşaqlar asimptomatik hala gəlirlər. Digər qrup uşaqlarda isə ezofagit və onunla bağlı qanlı qusma, anemiya, fiziki inkişafdən geri qalma müşahidə olunur. Böyük yaşlı uşaqlar döş qəfəsinin arxasında ağrı və yanma hissindən, udma aktının çətinləşməsindən şikayət edirlər.

Ezofagit QER-un ciddi fəsadlarındanıdır. Xroniki peptik ezofagit qida borusunun daralması və udma aktının çətinləşməsi ilə nəticələnə bilər. Barrett ezofagusu distal qida borusunda çoxqatlı yastı epitelin silindrik epitellə əvəz olunması-metaplaziyasıdır. Metaplaziya qida borusunun selikli qişasının uzun müddət mədə möhtəviyyəti ilə təmas etməsi nəticəsində yaranır və xoralaşma, adenokarsinoma kimi təhlükəli fəsadları ola bilər. Hal-hazırda əksər hallarda diaqnozun vaxtında qoyulması, xəstələrin nəzarətdə saxlanması, vaxtaşırı ezofaqoqastroskopiyanın aparılması və müvafiq müalicənin təyin edilməsi fəsadların rastgəlmə tezliyini azaltmışdır.

Respirator əlamətlərə öskürək, dispnoe, apnoe, aspirasion pnevmoniya, bronxospazm, larinqospazm, sinusit, otit aiddir. İlk olaraq bronxit və pnevmoniyanın səbəbi yalnız mədə möhtəviyyətinin aspirasiyası ilə əlaqələndirilsə də, son illərdə ağciyər fəsadlarının azan sinirin qıcıqlanması, qida borusu və ya qırtlaqda neyroreseptorların oyanması nəticəsində meydana çıxan larinqospazm və bronxospazmla bağlı olduğu da müəyyən edilmişdir. Bir çox hallarda ağciyər fəsadlarının yaranması üçün mikroaspirasiyanın olması kifayətdir. Traxeyaya atılan mədə şirəsi larinqospazm və bronxospazma səbəb olur. İlk əlamətlər öskürək və stridordur. Uzun sürən qıcıqlanmalar zamanı xroniki bronxit, pnevmoniya, ağciyər absesi və ya ağciyər fibrozu müşahidə edilə bilər. Tez-tez qusma halları da mədə möhtəviyyətinin aspirasiyasına və pnevmoniyaya səbəb olur. Aspirasion pnevmoniya ağır nevroloji patologiyadan əziyyət çəkən xəstələrdə udma aparatının diskordinasiyasına bağlı olaraq tez-tez rast gəlinir. Bronxial astma və

stridor olan xəstələrdə QER aspirasiya olmadan belə reflektor olaraq bronxospazma səbəb ola bilər.

QER nadir olsa da, Sandifer sindromu əlamətlərinin meydana çıxmasına zəmin yaradır. Əlamətlər baş, boyun, kürək əzələlərinin qeyri-iradi və nizamsız yığılması, nəticədə başın, boyunun qeyri-adi vəziyyət almasıdır. Bu hal adətən qidalanmadan sonra yaranır və yuxu zamanı itir. Baş və boyun əzələlərində heç bir anatomik qüsurlardan sonra əyriboynluluğu xatırladan vəziyyət formalaşır. Bu hal QER-a cavab olaraq müvəqqəti əzələ spazmı kimi qiymətləndirilir. Diaqnoz qoyulması həmişə asan deyildir. Bu xəstələrin əsas səbəb bilinmədən nevroloji və psixiatrik müalicə aldıqlarına dair məlumatlar var. Əgər QER-la bağlı olduğu müəyyən edilib müvafiq müalicə aparılırsa, vaxt itirilmədən müsbət nəticə əldə etmək olar.

Psixomotor inkişafdən geri qalan uşaqlarda QER daha çox rast gəlinir. Nevroloji statusa bağlı olaraq adətən qida borusunda daralma və xroniki ağciyər fəsadları yarandıqdan sonra gecikmiş halda diaqnoz qoyulur. Bu qrup xəstələrdə cərrahi müalicəyə daha çox ehtiyac duyulur və əldə olunan nəticə digər qrupdakı xəstələrlə müqayisədə daha zəifdir.

Diaqnostika. Əvvəlki illərdə əsas müayinə üsulu kontrastlı R-qrafiya sayılırdı. Ezofaqoqrafiya zamanı kardial sfinkterin çatmazlığı əlamətləri: kontrast maddənin mədədən qida borusuna atılması, His bucağının kütləşməsi aşkar olunur. Həmçinin rentgenoloji görüntüyə əsasən qida borusunun anadangəlmə stenozu, ezofagite bağlı striktur(daralma), paraezofageal yırtıq, pilorostenoz, malrotasiya kimi patologiyalar ilə differensial diaqnostikanın aparılması mümkündür. GER araşdırılarkən kontrast maddə per os verildikdən sonra uzanmış vəziyyətdə rentgen çəkilir. Digər vəziyyətlərdə çəkilmiş rentgen görüntü yalnız pozitiv və neqativ nəticə verə bilər. Lakin rentgenoloji olaraq reflüksün dərəcəsini və mədənin boşalma sürətini müəyyən etmək mümkün deyil.

Radionuklid müayinə - Texnesium (Tc 99m) ilə aparılan gastro-ezofageal sintigrafiya asan icra olunan müayinə üsuludur. Kontrastlı ezofaqoqrafiya ilə müqayisədə xəstə bu müayinə zamanı daha az şüalanmaya məruz qalır, lakin daha az anatomik məlumat əldə olunur. Radioizotop maddə qatılmış süd zondla mədəyə yeridildikdən sonra 90 dəq müddətində mümkün olan reflüks halları araşdırılır. Bu üsulun üstünlüyü odur

ki, mədənin boşalma sürətini və döş qəfəsinin gecikmiş R-qrafiyası vasitəsilə ağciyər aspirasiyasını müəyyən etməyə imkan yaradır. Əsas məqsəd fundoplikasiya icra olunacaq xəstələrdə bu üsul vasitəsilə mədənin boşalma sürətini araşdırıb piloroplastikanın icra olunub olunmayacağına qərar verməkdir. Medikamentoz müalicə alan xəstələrdə mədənin boşalma müddətinin 2 saatdan artıq olması piloroplastikaya göstərişdir.

Sutkalıq pH-monitorinq - QER-un diaqnostikasında həssaslığı 94%-dən artıq, spesifikliyi 97%-dək olan "qızıl standart" müayinə üsuludur. 24 saatlıq pH-monitorinq zamanı bu parametrlər araşdırılır: refluyksların sayı, ən uzun refluyksun dəqiqələrlə davam etmə müddəti, 5 dəq-dən artıq davam edən refluyksların sayı, refluyks indeksi. Ən mühüm göstərici refluyks indeksi olub, 5 dəq-dən artıq davam edən refluyks sayının ümumi refluyks sayına münasibətdə neçə faiz təşkil etdiyini göstərir. Normada refluyks indeksi 10%-dən artıq deyil. Qida borusunda pH-ın 4,0 və aşağı olduğu halda gastroezofageal refluyks ehtimalı vardır.

Əgər xəstədə müayinə zamanı qida borusuna turş xarakterli mədə möhtəviyyətinin atılması, refluyks indeksinin >20% olması, 5 dəq-dən artıq davam edən refluyks sayının 10-dan çox olması aşkar olunarsa, bu halda medikamentoz müalicənin effekti qənaətbəxş olmayacaqdır və cərrahi müalicəyə ehtiyac vardır.

24 saatlıq pH-monitorinqin aparılmasına aşağıdakı hallarda göstəriş vardır:

- Tənəffüs sistemi ilə bağlı ciddi problemlərin və tez-tez təkrarlanan apnoenin olması
- Davamlı narahatlıq müşahidə edilən, qidalanmadan imtina edən, çəki itirən südəmər uşaqlarda
- Astmadan, səbəbi məlum olmayan və tez-tez təkrarlanan pnevmoniyadan əziyyət çəkən uşaqlarda
- Medikamentoz müalicənin effektiv olmadığı və QER diaqnozunun təsdiqlənmədiyi hallarda
- Fundoplikasiya əməliyyatının icra olunmasına baxmayaraq şikayətlərin davam etdiyi xəstələrdə

Fəsadlaşmamış QER zamanı, endoskopik olaraq ezofagit təsdiqləndiyi hallarda sutkalıq pH-monitorinqin aparılmasına ehtiyac yoxdur.

Bu müayinəyə əsasən 3 tip reflyuks aşkar olunur:

1) Tip I: Reflyuks daimidir. pH-ın aşağı olan göstəricisi (<4) yeməkdən 2 saat sonra da (ilk 2 saatda bu hal post prandial - yeməkdən sonrakı reflyuks kimi qiymətləndirilir) eyni ilə qalmaqdadır.

2) Tip II: Reflyuks fasiləlidir. Yeməkdən sonrakı 2 saat müddətində müşahidə edilir və sonra normallaşır. Bu qrupa daxil olan uşaqların ümumi vəziyyəti tədricən normallaşır və 8-10 ay sonra kliniki əlamətlər müşahidə edilməməkdədir.

3) Tip III: Qarışıq tiptir. Reflyuks fasiləli olsa da, qida borusunun pH-ı daimi olaraq aşağıdır.

II Tip reflyuks zamanı nadir hallarda cərrahi müalicəyə ehtiyac olsa da, I və III Tip reflyuks zamanı xəstələrin yarısında cərrahi əməliyyata ehtiyac yaranır.

Manometriya - qida borusunun və onun yuxarı və aşağı sfinkterlərinin yığılma aktivliyi barəsində məlumat əldə etməyə imkan verir. Bu müayinə zamanı kardial sfinkter təzyiqinin aşağı olması (normada 15 mm Hg sütunu və daha artıq) QER-un lehinə olan əlamətdir. Lakin yalnız manometriya ilə reflyuks diaqnozunu qoymaq mümkün deyil. Həmçinin reflyuksun fəsadları: ezofagit, qida borusunun strikturu, Barrett ezofaqusu manometriya vasitəsilə müəyyən edilə bilmir. Manometriyanın kliniki tətbiqi yalnız qida borusunun atreziyasına görə əməliyyat keçirmiş xəstələrdə müşahidə edilən QER-un araşdırılması ilə məhdudlaşır.

Hal-hazırda endoskopik müayinə geniş tətbiq olunur. Ezofaqoskopiya vasitəsilə ezofagit, qida borusunun peptik xoraları və strikturlar, Barrett ezofagiti aşkar oluna bilər. Bu zaman vizual iltihabi əlamətlər olmasa belə, mukozal biopsiya və aparılan histoloji müayinə qida borusunun selikli qişasında iltihabi prosesin və həmçinin metaplaziyanın olub olmamasını, onun xarakterini müəyyən edir.

Müalicə. Müalicənin məqsədi qida borusunu mədə turşusunun zərərli təsirindən qorumaq, ezofagit və mümkün digər fəsadların qarşısını almaq, mikroaspirasiyaya bağlı simptomların aradan qaldırılmasından ibarətdir. İlk olaraq düzgün qidalanma rejimi təyin olunmalı və uşağa müvafiq vəziyyət verilməlidir. Qida tez-tez və az porsiyalarla, nisbətən qatı şəkildə verilməlidir. Qidalanmadan sonra 20-30 dəq müddətində uşaq

45° bucaq altında yarım oturaq vəziyyətdə saxlanılmalıdır. Böyük yaşlı uşaqlarda sitrus meyvələri, kofe, şokolad, ədviyyat, tomat və s. qida rasionundan çıxarılmalıdır.

Medikamentoz müalicəyə mümkün qədər tez başlanılmalıdır. Bu məqsədlə antasidlər, prokinetik preparatlar, H₂-blokatorlar və proton pompasının ingibitorları təyin edilir. Antasidlərin rolu mədə turşusunu neytrallaşdırmaqdır, bu qrupa zəif natrium hidrokarbonat məhlulu, alhedrat+magneziyum hidrokسيد, alminium fosfat aiddir. Prokinetik preparatlar kardial sfinkterin təzyiqini artırır, qida borusunun peristaltikasını və mədənin boşalmasını sürətləndirir, 12 barmaq bağırsağ-mədə və mədə-qida borusu refluyklarının qarşısını alır. Bu qrupdan ən çox istifadə olunan preparatlar meta-klopramid və domperidondur. H₂ blokatorlar və proton pompasının ingibitorları mədə turşusunun sekresiyasını azaldırlar. H₂ blokatorlardan ranitidin, simetidin, famotidin, proton pompasının ingibitorlarından isə omeprazol, pantoprazol, lansoprazol geniş istifadə olunur. Mədə turşuluğunun azalması tənəffüs yolları ilə bağlı olan fəsadları da azaltmış olur.

QER fonunda qida borusunun daralması aşkar olunursa, anteqrad və qastrostomiya qoyulmaqla retroqrad yolla qida borusunun bujlanması aparılır. Medikamentoz müalicənin aparılmasına baxmayaraq bədən çəkisinin artmaması, böyük yaşlı uşaqlarda çəki itkisi, anoreksiya, aspirasiyaya bağlı olaraq təkrarlanan pnevmoniya, apnoe epizodları, peptik ezofagitə bağlı qanaxma və anemiya, qida borusu daralması, həmçinin paraezofageal yırtığın olması cərrahi əməliyyata göstərişdir. Ən çox tətbiq olunan cərrahi əməliyyat Nissen üsulu ilə fundoplikasiyadır. Əməliyyatın mahiyyəti mədə dibindən qida borusunun terminal hissəsini əhatə edən manjetin yaradılması və bu yolla kardial sfinkter çatmazlığının qarşısının alınmasıdır.

Qida borusunun zədələnmələri

Qida borusu zədələnmələrinə qida borusunun termiki (isti su, süd və s.) və kimyəvi (turşu və qələvi) yanıqları, yad cisimlərlə və ya müayinə zamanı baş verən perforasiyası aiddir.

Termiki yanıqlar zamanı adətən ağız boşluğu və udlağın selikli qişası zədələnir. Bu yanıqlar dərin olmur və fəsadlaşmadan bir neçə gün ərzində sağalır.

Kimyəvi yanıqlar valideynin nəzarətsizliyi nəticəsində xüsusilə, kiçik yaşlı uşaqların daha çox məişətdə istifadə olunan konsentrisiyalı turşu və qələvi tərkibli məhlulları təsadüfən içməsi nəticəsində yaranır. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlar adətən az miqdarda kimyəvi maddə udurlar. Lakin kiçik yaşlı uşaqlarda yanıt daha dərin və ağır gedişli olur.

Adətən yanıtın dərinliyi, sahəsi, lokalizasiyası, udulan kimyəvi maddənin tərkibindən, konsentrisiyasından, miqdarından, təsiretmə müddətindən və uşağın yaşından asılıdır. Qələvi məhlulların zədələyici təsiri turşu məhlullarla müqayisədə daha artıqdır. Bir sıra kimyəvi məhlullar yanıtğa səbəb olsa da, onların yalnız müəyyən bir qismi qida borusunun çapıq daralmasına gətirib çıxarır. Uşaq praktikasında kimyəvi yanıtğa səbəb olan maddələrə turşu tərkibli təmizləyici vasitələr, qələvi tərkibli yağ təmizləyiciləri, həmçinin sirkə turşusu, potaş, naşatır spirti və s. dir.

Qida borusunun I və II daralması səviyyəsində udulan məhlulun ləngiməsi ilə əlaqədar kimyəvi yanıt daha çox qeyd olunur. Mədənin kimyəvi yanıtına az rast gəlinir. Belə ki, uşaq kimyəvi məhlulun acı, yandırıcı olduğunu hiss edərsə, yalnız az miqdarda məhlul udur və adətən bu məhlul mədəyə çatmır.

Kimyəvi yanıtın 3 dərəcəsi ayırd edilir:

- **Yüngül (I) dərəcə** - selikli qişanın ödemi, hiperemiyası, səthi epitelial qatın zədələnməsi ilə müşayət olunan kataral iltihabi proses aşkar edilir. Ödem 3-4-cü sutkada azalır, yanıt səthinin epitelizasiyası zədələnmədən 7-8 gün sonra tamamlanır.
- **Orta (II) dərəcə** - selikli qişanın daha dərin zədələnməsi, epitelial qatın nekrozu, yanıt səthinin asan soyula bilən fibrinoz ərplərlə örtülməsi müəyyən edilir. Sağalma prosesi 1,5-3 həftə müddətində davam edir, tam epitelizasiya və ya zəif çapıqlaşma ilə tamamlanır.
- **Ağır (III) dərəcə** - selikli qişanın, selikaltı qatın, bəzən əzələ qatının da nekrozu, 2 həftə müddətində yara səthindən ayrılmayan kobud fibrinoz ərplərin yaranması ilə müşayət olunur. Fibrinoz ərplər ayrıldıqdan sonra həmin sahədə xoralar aşkar edilir. 3-4-cü həftədə xoralar qranulyasiya toxuması ilə dolur və sonradan çapıqlaşır. Nəticədə çapıqlaşma hesabına qida borusunun mənfəzi daralır.

Əlamətlər ağızda, döş qəfəsinin arxasında ağrı, ağız boşluğu və udlağın selikli qişasının ödemli, udma aktının pozulması, ağız suyunun axması, hərarətin yüksəlməsi və oyanıqlıdır. Qırtlaq qapağının, qırtlağın yanığı, həmçinin yuxarı tənəffüs yollarının uçucu maddələrlə və aspirasiya zamanı kimyəvi maddələrlə yanığı zamanı tənəffüs çatmamazlığı yaranır. Təngnəfəslik, stridor, sonrakı mərhələdə aspirasiya pnevmoniya qeyd edilir. Kəskin mərhələdə ürək-qan damar çatmamazlığı, huşun itməsi, hematuriya və böyrək çatmamazlığı əlamətləri müşahidə olunur.

Adətən 5-6-cı sutkadan başlayaraq kliniki yaxşılaşma qeyd edilir. Bədən hərarəti normallaşır, udma aktı bərpa olunur. Bu müddətdə artıq ağızdan qidalanma mümkündür. Kliniki yaxşılaşma qida borusunun selikli qişasının bərpası ilə paralel gedir. I-II dərəcəli yanıqlar zamanı qida borusunun normal strukturu bərpa olur. III dərəcəli yanıqlar zamanı yaxşılaşma müvəqqəti xarakter daşıya bilər. 4-5-ci həftədən başlayaraq qida borusunun çapıqlaşması və mənfəzinin daralması ilə bağlı keçiriciliyin pozulması əlamətləri meydana çıxır. Əvvəlcə bərk, sonra duru qidaların da qəbulu zamanı udma aktının pozulması və qusma baş verir.

Bəzi qatı konsentrisiyalı kimyəvi məhlulların törətdiyi ağır yanıqlar zamanı işıqlı mərhələ olmur. Bu hal qida borusunun ağır dərəcəli zədələnməsi, kəskin ödem, zədələnmə ocağı və ətraf toxumalarda iltihabi proses, ağır hallarda mediastenitlə bağlıdır. Bu xəstələrdə yüksək hərarət uzun müddət davam edir. Proqnoz ciddidir.

Diaqnoz yalnız klinik əlamətlər əsasında deyil, həmçinin diaqnostik ezofaqoskopiya vasitəsilə qoyulur. Bu müayinə ilə qida borusunun zədələnmə dərəcəsi müəyyən olunur və sonrakı müalicə taktikası seçilir. Əgər kliniki əlamətlər zəifdirsə, ezofaqoskopiya zədələnmədən sonra ilk saatlarda aparılır. Erkən mərhələdə perforasiya ehtimalı olduğu üçün çox müdaxilə etməmək məqsədilə qida borusunun yanığı təsdiqləndiyi halda müayinə tamamlanır. Kliniki əlamətlər qabarıqdırsa, ezofaqoskopiya 1-ci həftənin sonunda aparılır. Bu zaman selikli qişanın ödemli və hiperemiyası ilə müşayiət olunan I dərəcəli yanığı fibrinoz ərplərin olduğu II-III dərəcəli yanıqlardan differensasiya etmək mümkündür. II və III dərəcəli yanıqların differensasiyası isə zədələnmədən 3 həftə sonra aparılan 2-ci diaqnostik ezofaqoskopiya zamanı araşdırılır. II dərəcəli yanıq zamanı bu müddətdə yanığ səthində epitelizasiya tamamlanır və çapıqlaşma qeyd olunmur və ya çox

zəif olur. III dərəcəli yanıq zamanı qida borusunun selikli qişasında səthi qranulyasiya toxuması ilə örtülmüş xoralar, səthdən çətinliklə ayrılan fibrinoz ərp qalıqları aşkar olunur. Əgər vaxtında profilaktik bujlama aparılmazsa, bu zədələnmə qida borusunun daralmasına səbəb olur.

Müalicə. İlk olaraq xəstəyə bol maye içirilməli və qida borusu zondlanaraq mədə yuyulmalıdır. Bu, selikli qişanın kimyəvi məhlulla təmas müddətini azaltmaq məqsədi daşıyır. Bəzi müəlliflər kəskin mərhələdə zondlamanın qida borusunun perforasiyasına səbəb olacağını əsas gətirərək bu müdaxilədən çəkinməyi məsləhət görürlər. İnfuzion müalicə aparılır, vena daxili analgetiklər yeridilir. Ağız boşluğu antiseptiklərlə sanasiya olunur. Qırtlağın ödeminə bağlı tənəffüs çatmamazlığı əlamətləri varsa, burun daxili novokain blokadası olunur, inqalyasiyasion oksigen verilir, 10%-li kalsium xlorid, 20-40%-li qlükoza məhlulu, hidrokartizon, təyin edilir. Bu tədbirlər effektiv olmazsa, uzun müddətli nazotraxeal intubasiya olunur. Hərərətin yüksəksəlməsi və pnevmoniya zamanı vena daxili antibiotiklər verilir. Zədələnmənin dərəcəsindən asılı olaraq ilk 5-6 sutka ərzində parenteral qidalanma təyin edilir, sonrakı günlərdə ağrı və ödemin azalması ilə bitki yağı, süd, duru şəkildə qidalar verilir.

21-ci gündən başlayaraq II-III dərəcəli yanıqlar zamanı qida borusu daralmasının qarşısını almaq məqsədilə profilaktik bujlama aparılır. Bu müddətdə qida borusunun zədələnmiş sahəsində epitelizasiya prosesi tamamlanmış olur. Bujlama xəstənin yaşına uyğun ölçüdə olan bujla əvvəlcə həftədə 3 dəfə olmaqla aparılır. Sonradan hər 3 həftədən bir ezofaqoskopiya olunaraq bujlama təkrarlanır. Qida borusu keçiriciliyinin bərpa olunması ezofaqoskopiya və kontrastlı ezofaqoqrafiya vasitəsilə təsdiqlənir və bu halda bujlama tamamlanır.

Əgər xəstə klinikaya zədələnmədən 2-3 həftə sonra daxil olarsa və bəzi ağır xəstələrdə perforasiya təhlükəsi olduğuna görə bujlama əks göstərişdir. Bu halda qidalanmanı təmin etmək məqsədilə qastrostomiya icra olunur və eyni zamanda qastrostoma vasitəsilə retroqrad üsulla sapla bujlama aparılır.

Qida borusu keçməzliyi

Adətən profilaktik bujlananın aparılmaması və ya düzgün icra olunmaması nəticəsində ağır dərəcəli qida borusu zədələnməsindən sonra yaranır. Əlamətləri disfagiya və arıqlamadır. Qida borusunun tam daralması zamanı xəstə hətta ağız suyunu belə uda bilmir. Diaqnoz qida borusunun kontrastlı R-qrafiyası və ezofaqoskopiya vasitəsilə qoyulur. Bu zaman daralmanın lokalizasiyası, uzunluğu və diametri haqqında məlumat əldə edilir.

İlk mərhələdə fasiləli anteqrad bujlama tətbiq edilir. Tam daralma zamanı xəstəni qidalandırmaq üçün qastrostoma açılır. Eyni zamanda 2 həftə sonra qastrostomadan keçirilən sapla retroqrad bujlama aparılır. Bu üsul perforasiya baxımından daha təhlükəsizdir. Sonra ən kiçik diametrlə bujdan istifadə olunur və prosedur həftədə 2-3 dəfə aparılır. Bujun ölçüsü tədricən artırılır. Bujlama həlqəvi və qısa daralmalar zamanı, həmçinin yanıqdan sonrakı bir il müddətində aparılırsa, effektivdir. Geniş sahəni əhatə edən daralmalar və mineral turşuların səbəb olduğu zədələnmələrdə bujlamanın effekti olmaya bilər.

Təkrari müayinədə daralmanın aradan qaldırıldığı aşkar olunarsa, xəstənin per os qidalanmasına icazə verilir. Qastrostomik boru çıxarılır, xəstə evə yazılır və sxem üzrə ambulator bujlama aparılır. Xəstələrin 2/3 hissəsində bujlamadan sonra müsbət nəticə əldə edilir. Digər qrup xəstələrdə bujlama ilə daralmanı aradan qaldırmaq mümkün olmur və ya qısa müddət sonra residiv daralma qeyd edilir. Bu xəstələr cərrahi əməliyyata namizəd sayılırlar. Qida borusunun tam daralması zamanı və daralmanın geniş və uzun sahəni əhatə etdiyi xəstələrdə də cərrahi əməliyyata göstəriş vardır. Cərrahi müdaxilə zamanı daralma sahəsindən asılı olaraq daralmış hissənin rezeksiyası və uc-uca ezofaqo-ezofaqoanastomozun qoyulması və ya qida borusunun yoğun bağırsağa transplantantı ilə total plastikası icra olunur.

Qida borusu perforasiyası

Əksər hallarda yatrogen xarakter daşıyır. Qida borusunun yad cismi, bujlama və endoskopik müayinə zamanı baş verə bilər. Yad cisim qida borusundan xaric edilərkən kobud manipulyasiyalar, anesteziyasız rigid ezofagoskopiyanın aparılması və qida

borusunun çapıq daralması zamanı nizamsız və kobud bujlama qida borusunun deşilməsinə səbəb ola bilər.

Əlamətlər perforasiyanın səviyyəsindən (qida borusunun boyun, torakal və ya abdominal hissəsi), ölçüsündən (makro- və ya mikroperforasiya), zədələnmədən keçən müddətdən asılı olaraq təzahür edir. Perforasiyanın fəsadı boyunda və divararalığında qısa müddətdə irinli-iltihabi prosesin yaranmasıdır.

Qida borusunun torakal hissəsinin perforasiyası zamanı döş qəfəsində olan mənfi təzyiqin hesabına hava (pnevmomediastinum), ağız suyu, mədə möhtəviyyatı perforasiya dəliyindən divararalığına keçir. Ağız suyunda olan mikroorqanizmlər qısa müddətdə progressivləşən və septiki xarakter daşıyan mediastinitə səbəb olur.

Qida borusunun torakal hissəsinin perforasiyası pnevmotoraksla da müşayət oluna bilər. Proses daha çox sağ tərəfli olur. Belə ki qida borusu sağ tərəfdə mediastinal plevraya sıx söykənir. Mediastinal plevranın tamlığı pozulmamış olarsa, orta divararalığının emfizeması müşahidə olunur. Bu hal öz növbəsində ürəyin və iri damarların sıxılmasına və yerdəyişməsinə, sinir kəməflərinin qıcıqlanmasına səbəb olur. Hava boyun nahiyəsinə daxil olarsa, qida borusunun boyun hissəsinin perforasiyasında olduğu kimi boyun nahiyəsində ödem və dərialtı emfizema aşkarlanır.

Perforasiyadan qısa müddət sonra təkrarlanan qanlı qusma müşahidə oluna bilər. Uşaqlarda ümumi narahatlıq qeyd olunur, qidalanmadan imtina edirlər, döş sümüyünün arxası və kürək nahiyəsində ağrıdan şikayətlənirlər. Hərəkətin yüksəlməsi, tənəffüs, xırıltılı tənəffüs qeyd olunur. Tənəffüs çatmazlığı və toksikiz əlamətləri getdikcə artır. Prosesin gedişatı perforasiyanın ölçüsündən asılıdır. Kiçik perforasiyalar müalicə fonunda bağlana və ya abseslə məhdudlaşa bilərlər. Böyük perforasiyalar zamanı isə qısa müddətdə mediastinit, divararalığının fleqmonası inkişaf edir.

Qida borusunun abdominal hissəsinin perforasiyasına az təsadüf edilir. Bu hal epiqastral nahiyədə ağrı və peritonit əlamətləri ilə müşayət olunur.

Diaqnozun qoyulmasında döş qəfəsinin təcili R-qrafiyasının böyük əhəmiyyəti var. Qida borusunun torakal hissəsinin perforasiyası zamanı divararalığının gölgəliyi genişlənir. Pnevnomediastinum zamanı ürəyin konturu boyunca, timus vəzisini əhatə edən və zolaq şəklində boyun nahiyəsinə yayılan hava aşkarlanır. Bir qrup xəstələrdə

pnevmtoraks ola bilər. Qida borusunun boyun hissəsinin perforasiyası zamanı yan proyeksiyada traxeyanın onurğadan önə doğru yerdəyişməsi, retrotraxeal sahədə hava qabarcıqları aşkar olunur.

Perforasiyanın səviyyəsi və ölçüsü qida borusunun kontrastlı (yodolipol ilə) rentgenoqrafiyası ilə müəyyən edilir. Müayinə uzanmış vəziyyətdə aparılır və perforasiyanın olması kontrast maddənin qida borusundan ətraf sahəyə keçməsi ilə təsdiqlənir.

Müalicə. Per os qidalanma dayandırılır. Çəkiyə uyğun dozada geniş spektrli kombinə olmuş antibiotiklər vena daxili təyin olunur. İkili qarştostomanın qoyulması məsləhət görülür: I - zondun acı bağırsağa keçirilməsi ilə qidalanmanı təmin etməli, II - mədənin dekompressiyası üçündür. Mədənin dekompressiyası QER-un qarşısını almaqla divararalığının mədə möhtəviyyəti ilə reinfeksiyalaşmasını aradan qaldırmaq məqsədi daşıyır.

Əgər perforasiya ilk sutkada aşkar olunarsa, təcili cərrahi əməliyyat icra olunub perforasion dəlik tikilir. Gecikmiş mərhələdə boyunda və divararalığında olan abses və fleqmonaların açılıb drenaj olunması əməliyyatı icra edilir. Əməliyyatın sonunda qida borusu ətrafı sahəyə fasiləsiz yuyulma şərtilə drenaj boru yerləşdirilir.

Qida borusunun perforasiyası ciddi zədələnmə olub, aparılan müalicə tədbirlərinə baxmayaraq ölümlə nəticələnmə faizi yüksəkdir.

Qısaldılmış terminlər: **QA**- qida borusunun atreziyası **TEF**- traxeo-ezofageal fistula
İB- intubasion boru **QER**- gastro-ezofageal refluyks
QAS- qida borusunun aşağı sfinkteri