

İmanova S.S., Sultanova M.C.*

ANOREKTUM XƏSTƏLİKLƏRİNİN DİAQNOSTİKASINDA DİNAMİK RENTGENOLOJİ DEFEKOQRAFİYANIN ƏHƏMİYYƏTİ

*Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrası,
Azərbaycan Tibb Universitetinin Şüa diaqnostikası kafedrası, Bakı

Anorektumun patologiyaları olan 98 qadın xəstədə cərrahi əməliyyatını hazırlıq dövründə və müalicə prosesində klinik-instrumental diaqnostika arsenalına rutin olaraq əlavə edilmiş rentgenoloji dinamik defekoqrafiya müayinəsinin diaqnostik imkanları öyrənilmişdir. Defekoqrafiyanın nəticələri digər müayinə üsullarının (rekto-, rektosiqmoidoskopiya, fibrokolonoskopiya, endorektal və intravaginal USM, çanağın MRT müayinəsi, sfinkterometriya və b.) nəticələri ilə birgə dəyərləndirilmiş, müvafiq operativ müalicə taktikası, üsulu və həcmi seçilmişdir. 68 xəstədə (69,4%) II-III dərəcəli rektosele, 15 xəstədə (15,3%) düz bağırsağın prolapsı, 6 xəstədə (6,1%) enterosele, 5 nəfərdə (5,1%) daxili invaginasiya, 4 nəfərdə (4,1%) anismus (defekasiya aktı zamanı çanaq dibi əzələlərinin diskoordinasiyası) aşkar edilmişdir. Rentgenoloji dinamik defekoqrafiya üsulunun həssaslığı 85,5%, spesifikliyi 92,3%, dəqiqliyi isə 94,7% təşkil etmişdir.

Açar sözlər: defekoqrafiya, mukozal prolaps, rektal prolaps, rektosele, anorektal bucaq

Ключевые слова: дефекография, пролапс слизистых оболочек, выпадение прямой кишки, ректоцеле, аноректальной угол

Keywords: defecography, mucosal prolapse, rectal prolapse, rectocele, anorectal angle

Defekoqrafiya düz bağırsağ möhtəviyyə-tinin boşalmasının dinamik rentgenoloji vizualizasion müayinəsi üsuludur. Bəzi müəlliflər digər terminlərdən istifadə edirlər. Məsələn, “evakuasion proktoqrafiya” [1], “dinamik proktoqrafiya” [2], “boşaldıcı proktoqrafiya” [3]. Bu müayinə üsulu ilk dəfə 1952-ci ildə Wallden L. tərəfindən anomal dərin Duqlas boşluğunun defekasiya aktının pozulmalarına təsirini öyrənmək üçün təklif edilmişdir [4]. Sonrakı onillikdə düz bağırsağ patologiyalarında defekoqrafiyanın rolu haqqında bəzi elmi işlər işıq üzü gördü [5,6,7]. Ötən əsrin 80-ci illərində əhaliyə proktoloji xidmətin təşkilinin təkmilləşdirilməsi, cərrahi koloproktologiyanın inkişafı defekoqrafiya üsuluna yenidən maraq yaratdı və onun klinik diaqnostikada kütləvi istifadəsinə başlandı [8,9]. Rusiya Federasiyasında bu üsul ilk olaraq 2002-ci ildə ET Koloproktologiya Mərkəzində [10], ölkəmizdə isə 9 il sonra Dövlət Gömrük Komitəsinin Mərkəzi Klinik Hospitalında və daha 3 il sonra Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasının cərrahi koloproktoloji bölümündə tətbiq edilmişdir [11].

Defekoqrafiyanın sakitlikdə və defekasiya

aktının gedişi boyunca nəticələri düz bağırsağın, anal kanalın və sfinkter aparatının anatomik-fizioloji vəziyyətini, düz bağırsağın qonşu orqanlara (uşaqlıq yolu, uşaqlıq, sidik kisəsi) münasibətini öyrənməyə böyük imkanlar yaradır [12, 14]. *M. levator ani*-nin zəifliyi hallarında gücənmə zamanı anorektal bucaq enir [8]. Puborektal əzələ boşaldıqda həmin bucaq böyüyür [15]. Sfinkter aparatı boşaldıqda anal kanal genişlənir. Bu əzələlərin birgə açılması zamanı anorektum qıf şəklili alır və qarındaxili təzyiqin artması fonunda nəcis xaric olur [13]. Anorektumun, anorektal bucağın dəyişməsi çanaq dibi əzələlərinin patofizioloji vəziyyətindən asılıdır. Çanaq dibinin, aralığın patofizioloji vəziyyətləri fonunda anorektal bucağın azalması patoloji və paradoksal reaksiyalarla təzahür edir [15]. Çanaq dibinin boşaldıcı əzələlərinin funksional pozuntuları defekasiyanın çətinləşməsi ilə və qəbizliklə nəticələnir [17, 18]. Belə xəstələr defekasiyanın başlanmasına və tamamlanmasına nail olmaq üçün gücənilər. Xronik gücənmə hadisələri funksional anorektal kənara çıxmalara, rektoseleyə, mukozal və rektal prolapsa səbəb olur [16, 17]. Nəticədə selikli qişanın və düz bağırsağın

düşmüş hissələrinin işemiyası və xoralaşması baş verir [16].

Beləliklə, defekoqrafiya metodu anorektumun anatomo-funksional dəyişikliklərini öyrənməyə və sənədləşdirməyə imkan verən yüksək informativ diaqnostika üsuludur.

Təqdim edilən tədqiqat işi defekasiya pozulmaları olan xəstələrdə dinamik rentgenoloji defekoqrafiyanın nəticələrini öyrənmək məqsədilə aparılmışdır.

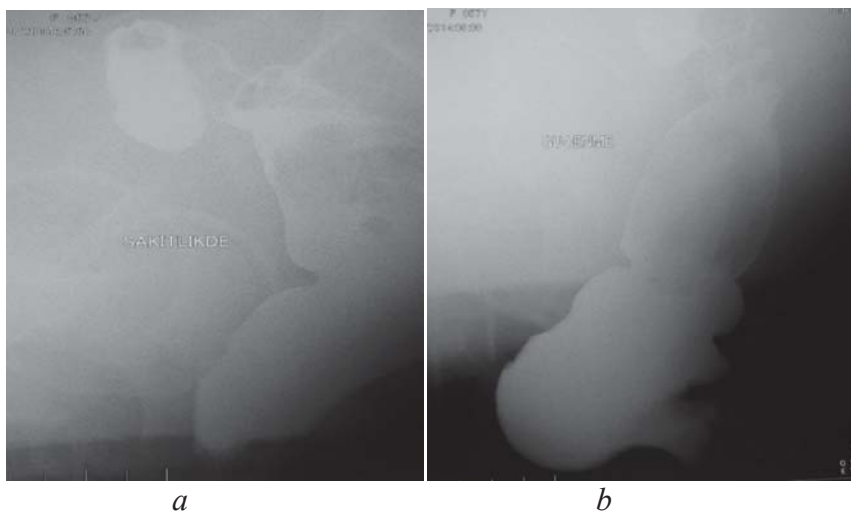
Tədqiqatın material və metodları. 2014-2016-cı illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə klinikasının koloproktologiya bölümündə anorektumun patologiyaları olan 24-78 yaşlı (orta yaş $39,25 \pm 2,4$) 98 qadın xəstədə cərrahi əməliyyatdan hazırlıq dövründə və müalicə prosesində klinik-instrumental diaqnostika arsenalına rutin olaraq rentgenoloji dinamik defekoqrafiya müayinəsi əlavə edilmişdir.

Defekoqramların müqayisəsi üçün anorektal şikayətləri olmayan şəxslərdə defekoqrafiya müayinəsi aparılmamışdır. Bu üsul tərəfimizdən anorektumun xəstəlikləri və patologiyaları ilə müxtəlif şikayətləri (xüsusilə qəbizlik, anal diskomfort, barmağın kəməyi ilə nəcis ifrazına nailolma, nəcisin saxlanılmaması, defekasiya zamanı və sonra qanaxma) olan xəstələrdə istifadə edilmişdir. Müayinəyə göstərişlərə anal kanalın obstruksiyası (pektenozu), rektosele, enterosele, siqmoidosele, nəcis və qazların saxlanılmaması, əməliyyatdan əvvəl və sonra müxtəlif mənşəli rektal obstruksiyaların diferensiasiyası və b. aid edilmişdir.

Defekoqrafiyanın aparılma qaydası.

Müayinədən 1 gün əvvəl xəstəyə işlədici preparat verilir, müayinə günü səhər təmizləyici imalə olunur. Xəstənin oturaq vəziyyətində normal nəcis konsistensiyasına ma-

lik 200-250 ml (defekasiya hissi yaranana və nəcis ifrazına çağırışa qədər) pastaşəkilli barium-sulfat horrası (bu məqsədlə barium horrasına nişasta əlavə edilir və nəcis konsistensiyası alınana qədər mikserlə qarışdırılır) ucuna 10-15 sm uzunluqlu plastik boru keçirilmiş 100 ml-lik birdəfəlik şprislə düz bağırsağa yeridilir. Sonra xəstə xüsusi quraşdırılmış unitazda əyləşir. Sakitlikdə, iradi yığılmalar, gücənmə və defekasiya zamanı yan rentgenoloji görüntülər alınır və müayinə prosesinin videofilmi çəkilir. Qadınlarda defekoqrafiya zamanı anorektal bucağın ölçüsünü və çanağın enmə dərəcəsini müəyyən etmək üçün əlavə olaraq uşaqlıq yoluna barium pastası tərkibli gel doldurulur, aralıq nahiyəsinə barium pastası çəkilir. Normal defekasiya zamanı anorektal bucaq artır, kontrast maddənin təxminən 90-100%-i xaric olur. Düz bağırsağın ön və (və ya) arxa divarının qabarması; sakitlikdə, iradi yığılmalar, gücənmə və defekasiya zamanı anorektal nahiyənin pubooksigeal oxa münasibəti; eyni rejimlərdə anorektal bucağın dərəcəsi; selikli qişanın və düz bağırsağın divarlarının hərəkətliliyi, sallanması, düşməsi; kontrast maddənin evakuasiya (boşalma) müddəti (saniyələrlə); kontrast maddə qalınlığının həcmi (% və ya ml-lə) kimi mühüm əlamətlər və parametrlər öyrənilir (şək. 1 və 2). Müayinə müddəti – 15-20 dəqiqə, süalənmə dozası 4-8,5 mZv təşkil edir.



Şək. 1. Rh-defekoqramlar: a) sakitlikdə; b) gücənmə zamanı: uşaqlıq yoluna doğru 40 mm ölçülü qabarma zonası (rektosele). Həmin hissədə düz bağırsağın mənəfinin uzunluğu 70 mm-dir.



a

b

Şək. 2. Defekoqramlar: a) defekasiya zamanı düz bağırsağın divarının uşaqlıq yoluna doğru təxminən 38 mm ölçüdə qabarması (rektosele); b) defekasiyadan sonra düzbağırsağın mənfəzinin tam boşalmaması (qalığ kontrast maddə – təqribən 30%). Düz bağırsağın uzunluğu – 78 mm.

Defekoqramlarda aşağıdakı vacib anatomik-həndəsi göstəriciləri öyrənmişik.

– *Anorektal bucaq* – düz bağırsağın arxa divarının və anal kanalın gedişi boyunca keçən xətlər arasındakı bucaq. Sakitlikdə 90-100°-dir. Anal sfinkter əzələlərinin və çanaq dibi əzələlərinin sıxılması zamanı bucaq itiləşir (70-90°), defekasiya zamanı isə kor bucağa çevrilir (110-180°) (şək. 3);

– *Çanaq dibinin enmə dərəcəsi* – gücənmə zamanı çanaq dibinin hərəkəti. Gücənmə zamanı çanağın dibi qalxır, defekasiyadan sonra isə enir. Çanağın dibinin enmə dərəcəsi pubokoksigeal oxa (qasıq sümüyünün ən aşağı nöqtəsi ilə büzdümün ucunu birləşdirən ox) nəzərən ölçülür. Normada çanağın dibi pubokoksigeal oxdan 4 sm-ə qədər məsafədə enməlidir;

– *Anal kanalın uzunluğu* – maksimal evakuasiya zamanı ölçülür;

– *Anal kanalın eni* – maksimal evakuasiya

zamanı ölçülür, adətən 2,5 sm-dən az olur;

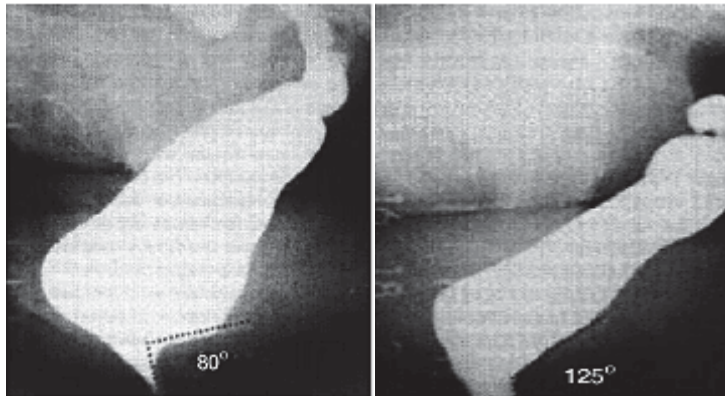
Defekoqrafiya zamanı aşağıdakı patoloji vəziyyətlər müşahidə edilmişdir:

– *Anismus* – çanaq dibinin əzələlərinin dissinergiyası: bir çox hallarda yalançı müsbət nəticələr alınır. Səbəb müayinə zamanı xəstələrin rahatsızlığıdır;

– *Rektosele* – defekasiya və gücənmə zamanı rektovaginal arakəsmənin uşaqlıq yoluna tərəf qabarması. 3 sm-dən böyük qabarmalar əzabverici simptomatikaya (xronik qəbizlik, defekasiyanın çətinləşməsi, uşaqlıq yoluna salınmış barmağın köməyi ilə rektovaginal arakəsməni sıxmaqla nəcisin xaric olmasının təmin edilməsi) görə klinik əhəmiyyət daşıyır;

– *Enterosele* – nazik bağırsağ ilgəyinin və ya ilgəklərinin peritonla birgə sallanması (peritonun prolapsı);

– *Siqmoidosele* – siqmayabənzər bağırsağın bir hissəsinin sallanması. Qadınlarda



a

b

Şək.3. Anorektal bucaq: a) sakitlikdə, b) gücənmə zamanı

bu vəziyyətlərdə sallanmış bağırsağ seqmenti (enteroseledə nazik bağırsağ ilgəyi, siqmoidoseledə S-əbənzər bağırsağın hissəsi) arxa Duqlas boşluğunda yerləşir, gücənmə zamanı düz bağırsağa və uşaqlıq yoluna təzyiq edir;

– *Rektal prolaps* – tam, hissəvi və ya gizli variantlarda olur;

– *Meqarektum* – defekoqramda düz bağırsağın eninin 9 sm-dən çox ölçülməsi və tam boşalma hissənin olmaması;

– *Çanaq dibinin sallanması sindromu* – çanağın enmə dərəcəsinin 4 sm-dən çox olması;

– *Nəcis saxlanılmaması* – bu zaman barium pastası düz bağırsağdan dərhal, gücənmə olmadan və müqavimətsiz xaric olur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Defekoqrafiyadan sonra 68 xəstədə (69,4%) II-III dərəcəli rektosele, 15 nəfərdə (15,3%) düz bağırsağın prolapsı, 5 xəstədə (5,1%) daxili rektal invaginasiya, 4 xəstədə (4,1%) enterosele, 4 nəfərdə (4,1%) anismus, 2 nəfərdə isə siqmoidosele (2,0%) aşkar edilmişdir. Defekoqrafiyanın nəticələri digər müayinə üsullarının (rekto-, rekto-siqmoidoskopiya, kolonoskopiya, endorektal və intravaginal USM, çanağın MRT müayinəsi, sfinkteromanometriya və b.) nəticələri ilə birgə dəyərləndirilmiş və müvafiq müalicə (əməliyyat) taktikası, üsulu və həcmi seçilmişdir. Rektal invaginasiya, daxili hemoroidal düyünlərin düşməsi, selikli qişanın hissəvi və ya dairəvi sallanması bütün hallarda rektosele ilə yanaşı olmuşdur. Yəni təcrid olmuş daxili invaginasiyaya, daxili hemoroidal düyünlərin düşməsinə və selikli qişanın sallanmasına rast gəlməmişdir. Belə vəziyyət, yəni düz bağırsağın 2-3 və daha çox patologiyasının müştərək olması fikrimizcə, canaq dibinin ümumi zəifliyi, relaksasiyası ilə əlaqədardır. Müştərək patologiyalar klinik şəkili (qəbizlik, qanaxma, diskomfort və s.) daha da ağırlaşdırdığından xəstələrin həkimə müraciətlərinin əsas səbəbi olmuşdur. Bariumun xaricolma (defekasiya) müddəti və onun qalmış miqdarının səviyyəsinin klinik əhəmiyyəti, cərrahi müalicə taktikasının, həcmnin və üsulunun müəyyənləşdirilməsində rolu böyükdür. Qalıq kontrastın miqdarının çoxluğu çanağın dibinin və düz bağırsağın qovucu (nəcisxararı) əzələ kompleksinin

(aparatinın) funksional imkanlarının sarsılmasını sübut edən informativ diaqnostik meyardır. Belə ki, defekasiya müddəti (bariumun boşalma müddəti) bir neçə dəqiqədən 1-2 saata qədər davam etmiş (normada 6-30 san), yeridilmiş kontrast maddənin 30-70%-i həcmində (normada 10-20%) qalıq aşkar edilmişdir. II dərəcəli rektosele zamanı bu göstəricilər müvafiq surətdə, 3-7 dəq və 30-39%, III dərəcəli rektoseledə isə 8-15 dəq və daha çox, qalıq həcm isə 40-70% hədlərində olmuşdur. Bu göstəricilər defekoqrafik həndəsi parametrlərlə və intraoperativ anatomik kənara çıxmalarla statistik etibarlı olmuşdur ($p < 0,001$).

Biz bəzi əcnəbi müəlliflər kimi [19-21] rektumun 2 sm-ə qədər önə və ya arxaya qabarmalarını, 1 sm-ə qədər invaginasiyasını o hallarda patologiya hesab etmirik ki, barium horrasının qısamüddətli (max 1-2 dəqiqəyə qədər) tam (təmə yaxın) evakuasiyası baş versin. Lakin bu xəstələrə çanağın dibinin bərkidilməsi üçün fizioterapiyaya və müalicəvi bədən tərbiyəsi təmirinləri ilə mütəmadi məşqlər tövsiyə edirik.

Ön rektosele daha çox müəyyən edilmişdir (51 xəstədə; %). Rektumun 2-4 sm qabarması II (46 xəstədə: 90,2%), 4 sm-dən çox qabarması (5 xəstədə: 8,8%) III dərəcəli rektosele hesab edilmişdir. Qabarmanın əsası rektumun müvafiq divarı boyunca keçən xətdir. Həmin xətdən qabarmanın zirvəsinə qədərki məsafə rektoselenin ölçüsünü bildirir.

Düz bağırsağın və onun selikli qişasının düşməsi müvafiq surətdə, 9 (60,%) və 6 xəstədə (40,0%) müəyyən edilmişdir. Sonuncu onilliyin xarici elmi mətbuatında bu toxumaların düşmə səviyyəsinin qiymətləndirilməsinin çətinlikləri haqqında məlumatlara geniş yer verilməkdədir. Belə vəziyyət rentgenoloji şəklin sürətli dəyişiklikləri, çanağın dibinin toxumaları və düşmüş bağırsağtrafi havanın sıxlıqları arasında fərqin çox olması ilə əlaqələndirilir [19]. Biz bu çətinliyi sadə yolla aradan qaldırmağa çalışmışıq. Müayinədən əvvəl anal dəliyin ətrafına və aralığa çəkilmiş barium pastası defekoqramda həmin nahiyələrin konturlarına uyğun köndələn müstəvi şəkildə görünür. Düz bağırsağın selikli qişasının və düz bağırsağın düşmüş hissəsi həmin müstə-

vidən distalda (xaricdə) yerləşir. Müstəvidən xaricdə yerləşmiş hissənin uzunluğu düşmə səviyyəsini ölçməyə imkan verir. Bu məqsədlə anal dəliyin ətrafına yapışqanla metal vərəq (məftil) yapışdırıldıqdan sonra da müayinəni aparmaq olar.

Enteroselenin rentgenoloji diaqnostikası defekoqrafiyadan, daha doğrusu defekasiyadan sonra xəstəyə gücənmələri dəfələrlə təkrar etmək yolu ilə təmin olunur. Təkrar gücənmələr xəstələrə əzab verir. Məqsəd qarındaxili hipertenziya (kompartman) yaratmaqla müsariqəsi zəifləmiş nazik bağırsağın ilgəyinin çanağın dibinə, düz bağırsağ-uşaqlıq çuxuruna düşməsinə nail olmaqdır. Xəstənin erkən yorulması və ya aşırı gücənməsi, xüsusilə sallaq qarını və ya arıq şəxslərdə nəticələrin təhrifinə səbəb ola bilər. Biz enteroselenin rentgenoloji diaqnostikasını müştərək müayinə ilə təmin etmişik. Bundan ötrü əvvəlcə xəstəyə duru barium horrası içirdilmiş, 2-3 saatdan sonra defekoqrafiya müayinəsi aparılmışdır. Kontrastla dolmuş nazik bağırsağın ilgəyinin dərinlikdə, arxa Duqlas çuxurunda görünməsi diaqnozu təsdiq etmişdir. Siqmoidoselenin diaqnostikası üçün klassik defekoqrafiyadan fərqli olaraq daha çox həcmdə (300-400 ml) barium horrası xəstənin oturaq vəziyyətində yox, uzanıq vəziyyətində düz və siqmaşəkili bağırsağa yeridilmişdir. Kontrastın siqmaşəkili bağırsağı doldurması rentgenoskopik təsdiqləndikdən sonra defekoqrafiya müayinəsi aparılmışdır. Müayinə prosesində, xüsusilə gücənmə zamanı siqmaşəkili bağırsağın arxa Duqlas boşluğuna enməsi siqmoidoselenin diaqnostikasına və enmə səviyyəsinin müəyyənəndirilməsinə səbəb olmuş, bu patolo-

giyanın enteroseledən diferensiasiyası kimi çətin problemi aradan qaldırmışdır.

Duru barium horrasına hopdurulmuş vaginal tampon, xüsusilə sərt yeridilərsə, defekasiya zamanı, o cümlədən gücənmə zamanı düz bağırsağın zəifləmiş ön divarının qabarmasına əngəl törətməklə defekoqramların təhrifinə səbəb ola bilər. Klassik defekoqrafiyanın bu qüsuru tərəfimizdən metodikanın təkmilləşdirilməsi yolu ilə aradan qaldırılmışdır. Müayinə zamanı uşaqlıq yoluna 100 ml-lik birdəfəlik şprislə bərk konsistensiyalı antiseptik və ya antibiotik gelə (sintomisin, siprofloksasin) qarışdırılmış barium pastası (100-150 ml), düz bağırsağa isə nişasta ilə qatılaştırılmış barium horrası yeridilir. Nəticədə tamponlu uşaqlıq yolunun düzbağırsağın ön divarına basqısı aradan qaldırılır.

Nəticələr

1. Anorektumun və çanaq dibinin cərrahi xəstəliklərinin, patoloji vəziyyətlərinin diaqnostikasında və diferensiasiyasında dinamik rentgenoloji defekoqrafiyanın informativliyi yüksəkdir. Üsulun həssaslığı 85,5%, spesifikliyi 92,3%, dəqiqliyi isə 94,7%-dir;

2. Dinamik rentgenoloji defekoqrafiya üsulunun qüsurları təklif etdiyimiz sadə manipulyasiyalarla aradan qaldırıldıqda təhrif olunmuş və yanlış nəticələrin tezliyi minimuma enir;

3. Dinamik rentgenoloji defekoqrafiya üsulunun nəticələrinin digər vizualizasiya müayinə üsullarının nəticələri ilə birgə qiymətləndirilməsi müalicə (əməliyyat) taktikası, üsulu və həcmnin dəqiqləşdirilməsində böyük əhəmiyyətə malikdir.

Ədəbiyyat

1. Najjia N.M., Joshua I.S.B., Cary B.A., Carter E.P., SkandanSh., Robert D. Colon and Rectum // Sabiston Textbook of Surgery, 2017, Chapter 51, 1312-1393
2. Gazzani S.E., Marcantoni E.A., Capretti G., Trunfio V., Bacchini E., Artioli G., Paladini I., Seletti V., Milanese G., Barbalace S., Borgia D., Bresciani P. *Defecography: a still needful exam for evaluation of pelvic floor diseases* // Acta Biomed.- January 1, 2016; 87 Suppl 3; 34-39
3. Archer B.D., Somers S., Stevenson G.W. Contrast medium gel for marking vaginal position during defecography // Can. Assoc. Radiol. J. 1992. Yune: Vol. 43: Iss. 3: 203- 207
4. WalldenL. Defecation block in cases of deep rectogenital pouch // ActaChir. Scand. 1952, Oct., Vol. 48: Iss. 40: 1397-1397
5. Flusberg M.V., Sahni S.M., Erturk K., Morteale J. Dynamic MR Defecography: Assessment of the Usefulness of the Defecation Phase // AJR 2011; 196: 394-399
6. Olson C. Diagnostic Testing for Fecal Incontinence // Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2014. 27: 85-90
7. Nikjooy A. MR Defecography, a Diagnostic Test to Evaluate the Pelvic Floor Motion in Patients with Dyssynergic Defecation after Biofeedback Therapy // J. Pain Relief. 2016. 5:236. doi:10.4172/2167-0846.1000236

8. ShuCh. Zh., Wei L.W., Xin L. Defecography used as a screening entry for identifying evacuatory pelvic floor disorders in childhood constipation //Clinical Imaging, 2014-03-01, V. 38, I. 2, P. 115-121.
9. Beer-Gabel M., Carter D. *Comparison of dynamic transperineal ultrasound and defecography for the evaluation of pelvic floor disorders* //Int. J. Colorectal. Dis. - June 1, 2015; 30 (6); 835-841
10. Зароднюк И.В. Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных//Радиология-практика. 2004. №2. –с. 26-30
11. Иманова С.С., Safiyeva A.K., Hüseynova M.R., Zeynalov B.M. Obstruktiv defekasiya sindromunda defekaqrafiyanın rolu // Azərbaycan Təbabətinin Müasir nailiyyətləri. 2016. 2. səh225-228.
12. Brandao A.C., Ianez P. MR imaging of the pelvic floor: defecography. Magn Reson Imaging //Clin N Am. 2013. 21: 427-445
13. Lalwani N., Moshiri M., Lee J.H., Bhargava P., Dighe M.K. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction //Radiol Clin North Am. 2013. 51: 1127-1139
14. Ribas Y., Hotouras A., Chan C.L., Clavé P. Imaging of pelvic floor disorders: are we underestimating gravity? //Dis Colon Rectum. 2014/ 57: 1242-1244
15. Zhang S.C. , Wang W.L. , Liu X. Defecography used as a screening entry for identifying evacuatory pelvic floor disorders in childhood constipation //Clinical Imaging. 2014, 38(2):115-121
16. Ravikumar B. Th., Roysuneel V. P., Ritesh D.K., Radhika R.Th., Vipul Ch. MR defecography for obstructed defecation syndrome //Abdominal Radiology. 2015. Vol. 25: Iss. 1: -p. 25-30
17. Faccioli N., Comai A., Mainardi P., Perandini S., Moore F., Pozzi-Mucelli R. *Defecography: a practical approach* //Diagn. Interv. Radiol. September 1, 2010; 16 (3); 209-216
18. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Ардатская М.Д. Современное представление о функциональных запорах и подходы к лечению //ФАРМАТЕКА, 2010, № 5,- с. 94-100
19. Sthela M.M., Rodrigo A.P. Treatment of rectal prolapse //Seminars in Colon and Rectal Surgery, 2016-03-01, V. 27, I. 1, P. 33-39.
20. Wolff B.G., Fleshman J.W., Beck D.E. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. 2016. Springer. New York
21. Satish S.C.R., Bharucha A.E., Chiarioni G., Felt-Bersma R., Malcolm A., Wald A. Anorectal Disorders //Gastroenterology, 2016-05-01, Vol. 150, Iss. 6, -p. 1430-1442

Иманова С.С., Султанова М.Дж. *

Значение динамической рентгеновской дефекографии в диагностике заболеваний аноректума

*Кафедра хирургических болезней-1 и *Кафедра лучевой диагностики
Азербайджанского Медицинского Университета, Баку*

Резюме. У 98 женщин с заболеваниями аноректума в процессе предоперационной подготовки в рутинном порядке в диагностический арсенал включена рентгенологическая динамическая дефекография и изучена ее диагностические возможности. Результаты дефекографии оценены в сравнении с результатами других методов исследования (ректо-, ректосигмоидоскопия, фиброколоноскопия, эндоректальное и интравагинальное УЗИ, МРТ малого таза, сфинктерометрия и др.) и выбраны соответствующие лечебные (оперативные) тактики, методы и объем лечения. У 68 пациентов (69,4%) установлены ректоцеле II и III степени, у 15 (15,3%) – ректальный пролапс, у 6 (6,1%) – энтероцеле, у 5 (5,1%) – внутренние инвагинации и в 4 (4,1%) случаях – анисмус (нарушение координации мышц тазового дна при дефекации). Основные параметры рентгенологической динамической дефекографии оказались очень высокими: чувствительность – 85,5%, специфичность – 92,3%, точность – 94,7%.

The importance of the dynamic X-ray defecography diagnosis of anorectum diseases

*Department of Surgical diseases-1 and *Department of Radiology, Azerbaijan Medical University, Baku*

Summary. Anorectum disease and treatment of the 98 female patients during preoperative preparation of surgical and diagnostic tool in the arsenal of routine clinical examination in addition to the diagnostic capabilities of the X-ray dynamic defecography studied. Defecography results of other inspection methods (recto-, rectosigmoidoscopy, fibrocolonoscopy, endorectal and intravaginal ultrasonography, pelvic MRI examination, sphincteromanometry and al.) With result assessed and appropriate treatment (surgery) tactics, method and size selected. 68 patients (69,4%), second and third grade rectocele, 15 (15,3%), rectal prolapse, 6 (6,1%) enterocele, 5 (5,1%), internal intussusception, 4 (4,1%) were found anismus (dyssynergic defecation). Defecography X-ray method of dynamic sensitivity 85,5%, specificity 92,3%, accuracy of 94,7%, respectively.

E-mail: solmaz-doctor@mail.ru

Rəyçi: t.e.d. Musayev X.N.