



## MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARA YANAŞMA

E.A. Əliyev, P.R. Aydınova, X.N.Şirinova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

**Açar sözlər.** anal fistul, ayaqçıqlı loskut, anal fistula plug, LİFT, seton tətbiqi

**Ключевые слова:** свищ прямой кишки, лоскут на ножки, anal fistula plug, LİFT, применения сетон

**Keywords:** anal fistula, advancement flap, anal fistula plug, LİFT, seton procedure

Mürəkkəb anal fistul anlayışı ədəbiyyatda müxtəlif kriteriyalar baxımından dəyərləndirilir. 1961-ci ildə Dr.Parks fistulları inter-, trans-, supra- və ekstrasfinkter olaraq bölmüşdür [1]. Amerika Colon və Rektal Cərrahlar Birliyi Standartları Komitəsi 2011-ci ildə perianal absses və anal fistulun müalicəsi ilə bağlı praktik parametrlər dərc etmişdi. Onlar burada intersfinkter və xarici sfinkterin 30%-dən az hissəsini əhatə edən transsfinkter fistulları “sadə fistul” kimi təsvir etmişlər. “Mürəkkəb fistul”lara isə 30%-dən çox əzələni əhatə edən fistul, qadın xəstələrdə ön fistul, təkrarlayan fistul, yanaşı anal inkontinensiya, iltihabi bağırsağ xəstəlikləri və şüalanma fonunda olan fistullar aid edilmişdir [2].

Anal fistullara yanaşma ilə bağlı məlumatlar hələ eramızdan əvvəl 400-cü il Hipokrat dövrünə aid ədəbiyyatda sənədləşdirilmişdir. Sadə və ya aşağı fistullarda birincili fistulotomiya mükəmməl yaxşılaşma faizləri və funksional nəticələrinə görə ən yaxşı müalicə üsuludur [3]. Lakin mürəkkəb anal fistullara yanaşma nisbətən çətin, çünki yüksək uğursuzluq faizləri və funksional əlillik göstəriciləri mövcuddur [3-6].

Bu məqalədə fistulun anatomiya və patofiziologiyası, mürəkkəb fistulların sübut olunmuş müalicə taktikaları, müalicənin uğursuzluqları və Kron xəstəliyi də daxil olmaqla xüsusi hallarda diaqnostik yanaşma şərh edilmişdir.

**Müayinə.** Mürəkkəb anal fistullu xəstələrdən daha əvvəl keçirmiş olduqları anorektal cərrahi əməliyyatlar da daxil olmaqla ətraflı anamnez toplanmalı və xəstələr diqqətli obyektiv müayinə olunmalıdırlar. Bağırsağ funksiyası və kontinensiyanın, əvvəlki obstetrik və anorektal cərrahi anamnezin və çanaq dibinin şüalanmasının araşdırılması xüsusi əhəmiyyətə malikdir [7].

**Preoperativ Görüntüləmə.** Fistulun mənbəyi və ya fistul yolu qeyri- müəyyən olduqda əlavə görüntüləmə düşünülməlidir. Buraya əvvəlki uğursuz əməliyyatlar, iltihabi bağırsağ xəstəlikləri və tuberkulyoz kimi bir çox qeyri - ənənəvi fistul yollarından şübhə edilən hallar da daxildir [8-10].

Endoanal ultrasəs müayinəsi mürəkkəb anal fistul yollarının diaqnostikasında effektiv üsul olub, intraoperativ müayinə ilə 90 - 94% korrelyasiya təşkil edir [9]. Fistul yoluna hidrogen peroksid vurulması əlavə yolların və absses boşluqlarının aşkarlanmasında istifadə edilən potensial əhəmiyyətli üsuldur. Ultrasəs müayinəsinin əsas çatmazlığı xəstələrin diskomfort hiss etməsi və bu müayinəyə dözə bilməməsidir [10].

Çanağın maqnit rezonans tomoqrafiyası (MRT) mürəkkəb fistulların görüntülənməsində daha geniş istifadə olunmağa başlamış və ultrasəs müayinəsindən faydalıdır. Bahalı müayinə olmasına baxmayaraq, bu üsul 90% hallarda düzgün anatomiya ilə korrelyasiya təşkil edir və 75% hallarda düzgün qərar vermək üçün göstərişə malik olur. Interpretasiya üçün çanaq MRT- sinin nəticələrini yaxşılaşdıran bir neçə texnika mövcuddur [11]. Müstəvi anal kanalın oxu ilə üst - üstə düşmək üçün önə doğru meyl etməlidir. T2-də çəkilmiş, piy toxuması görüntüləri ardıcılıqla fistul yolunun iltihabını digər proseslərdən fərqləndirməyə kömək edir. Əgər çapıq və ya digər iltihabi prosesləri differensiasiya etməyə ehtiyac yaranarsa, qadoliniumu artırılmış T1-də çəkilmiş görüntülər köməkçi olacaqdır. Bu aspektlər və texniki xüsusiyyətlər seçilmiş xüsusi hallarda fistul yolunun xəritəsinin çəkilməsi üçün MRT-ni müəlliflərin əsas seçiminə çevirmişdir [12].

Fistuloqrafiya və kompüter tomoqrafiya (KT) üsulları həddən çox şüalanma təsiri və fistulun anatomiyasını suboptimal təsvir etdiyi üçün köhnəlmiş hesab edilir. Bununla belə, KT supralevator absses kimi kəskin iltihabi prosesləri qiymətləndirmək üçün faydalı ola bilər, lakin mürəkkəb fistul yollarının qiymətləndirilməsində faydalı deyil [8].

**Mürəkkəb Fistulların Müalicəsi.** Mürəkkəb fistulların radikal müalicəsi zamanı ilkin müalicənin əsasını, xüsusilə, absses mövcud olan hallarda perianal sepsisə nəzarət təşkil edir. Buna absses boşluğunun drenajı və ya fistul yoluna iltihabi prosesi sakitləşdirmək məqsədilə drenəedici (kövşək) seton yerləşdirilməsi aiddir. Aktiv infeksiya fonunda radikal əməliyyat icra edilməsi yaxşılaşma faizlərinin enməsinə səbəb olur. Bu yeni konsepsiya deyil və uzun müddətdir ki, müdafiə olunur. Bəzi müəlliflər inanır ki, təcrübəli əllərdə fistul yolu abssesin drenaj olunması zamanı tam müalicə oluna bilər. Mürəkkəb fistulların radikal müalicəsindən əvvəl abssesin drenaj edilməsi və perianal sepsisin aradan qaldırılması bizim seçiminimizdir [13,14].

Fistul yolunun olması radikal müalicə tələb edir. Müalicə üsullarına setonlar (müvəqqəti drenəedici-kövşək, kəsici), fistulotomiya və ya fistulektomiya (birmomentli və ya mərhələli, sfinkteroplastika ilə və ya



sfinkteroplastika olmadan), endorektal irəliləyici selikli qişa loskutu (flep), irəliləyici dəri loskutu, fistula plaq, fibrin yapışqan, fistul yolunun elektrokauterizasiyası/lazeri, fistulun lazerlə bağlanması (FİLAC) və intersfinkter fistul yolunun liqasiyası aiddir. Bu üsulların hər biri aşağıda ayrı - ayrılıqda müzakirə olunacaqdır.

**Drenəedici (kövşək) Setonlar.** Drenəedici (kövşək) setonlar perianal sepsisə nəzarət etmək üçün ən effektiv üsuldür. Fistul yolunun tıxanmasının qarşısının alınmasına və formalaşmasına xidmət edir və kompleks əməliyyat düşünülürsə, xüsusilə faydalı ola bilər. Bundan başqa, əgər fistul yolunun daxili dəliyi anusdan çox yüksəkdə yerləşərsə, fistul yolunu qısaldaraq, onun həcmi azaltmaq üçün istifadə edilə bilər [15].

Adətən, kövşək seton mürəkkəb fistulun ilkin dəyərləndirilməsi zamanı onun xarici dəliyinin bağlanması və təkrarən abses əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün qoyulur. Bir çox müxtəlif material kövşək seton kimi istifadə edilə bilər. Geniş yayılmış yanşmalardan biri ipək sapla kövşək bağlanmış Silastic damar ilməyinin tətbiq edilməsidir [16].

Qeyd etmək lazımdır ki, tətbiq edilən kövşək seton həlledici müalicəyə körpü, eyni zamanda mürəkkəb fistulların uzunmüddətli müalicəsi kimi də qəbul edilir. Bir neçə uğursuz əməliyyat keçirmiş və ya bir neçə sinxron fistul yolu olan və ya sonrakı müdaxilədən imtina edən xəstələr üçün fistula bağlı simptomları məhdudlaşdırmaq və təkrarlayan infeksiyanın qarşısını almaq üçün düzgün yerləşdirilmiş kövşək seton uzun illər fistul yolunda saxlana bilər [15,16].

**Kəsici Setonlar.** Kəsici setonlar uzun illər mürəkkəb perianal fistulların müalicəsində istifadə edilmişdir. Bu prosedurdan seton fistul yolunda təzyiqlə sıxılaraq təsbit edilir. Seton zamanla sıxıla bilər. Bu prosedurun əsasında "nəzəriyyə," "regulasiya"- dondurulmuş cisimin təzyiqlə altında əriməsi, lakin təzyiqlə aradan qaldırıldıqdan sonra təkrarən donması prinsipinə əsaslanır. Kəsici seton zamanla səthiləşdiyi üçün fistulotomiyadan daha az əzələ ayrılmasına və daha az fibroz əmələ gəlməsinə şərait yaradır [17-21].

Bu çox sadə müdaxilədir, lakin sağlması 12-16 həftə davam edir. Bundan başqa, "regulasiya" nəzəriyyədə olduğundan daha yaxşıdır, anal inkontinensiyanın rastgəlmə tezliyi 12 - 26%-dir [18,19]. Anal qaz inkontinensiyası geniş yayılmışdır və daha sonra duru nəcis saxlamazlığı ilə nəticələnir. İcmal məqalələr qaz saxlamazlığı üçün orta tezliyi 9,7%, bərk nəcis üçün 5% qəbul edir [19-21].

**Fistulotomiya.** Birincili fistulotomiya sadə anal fistullar üçün əsas müalicə üsulu hesab edilir, intersfinkter və aşağı transsfinkter fistullarda xüsusilə faydalıdır. Yuxarı fistullarda bu müdaxilə üsulu aparılan xəstələrdə yaxşı nəticələr mövcud deyil. Yüksək, mürəkkəb və residiv fistullardan ibarət bir tədqiqat işində residiv riskinin 4%, inkontinensiyanın (əksər hissəsi qaz və az hallarda nəcis saxlamazlığı) 36% olduğu bildirilmişdir [22]. Eyni müəlliflər 50 xəstədən ibarət başqa bir tədqiqatda residiv riskinin 7%, anal inkontinensiyanın 40% rast gəldiyini bildirmişlər [23].

Birincili fistulotomiya bəzən uc - uca sfinkteroplastika ilə birlikdə icra edilir. 2013-cü ildə Ratto və əməkdaşları [24] bu texnikanın tətbiq edildiyi kriptoqlandulyar etiologiyalı mürəkkəb anal fistulu olan 72 xəstənin nəticələrini bildirmişlər. 29,4 aylıq ortalama izləmə müddətindən sonra birincili sağalma faizi 95,8%, pre və postoperasion dövr Weksner Fekal İnkontinensiya Şkalası ilə qiymətləndirmədə ciddi fərq görülməmişdir. Başqa bir tədqiqatda prosedurdan əvvəl və sonra, xüsusilə manometriya edilmiş 35 xəstənin nəticələrinə baxılmış və əvvəllər duru nəcis saxlamazlığı olan xəstələrdə anal inkontinensiya və manometrik dəyərlərin artdığı müşahidə edilmişdir. Əvvəllər duru nəcis qaçırtması olmayan xəstələrin nəticələri pisləşməmişdir. Bu tədqiqatda residiv riski 5,7% olmuşdur [25]. Başqa bir tədqiqatda oxşar nəticələr əldə edilmiş, 70 xəstənin 81 aylıq izləmənin nəticələrinə əsasən, əməliyyatdan sonra anal inkontinensiyanın yaxşılaşması və 8,6% hallarda residiv qeyd edilmişdir. Bu tədqiqatlar birincili fistulotomiya əsasında sfinkterin bərpasının mürəkkəb fistullar üçün əhəmiyyətli seçim olması fikrini irəli sürür. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu xüsusi bir texnikadır və beynəlxalq miqyasda nisbətən az mərkəzdə tətbiq edilir [26].

**Endorektal İrəliləyici Selikli Qişa Loskutu (flep).** Endorektal irəliləyici loskut düz bağırsağın selikli qişası, selikaltı qatı və bir neçə əzələ lifindən ibarət müəyyən qalınlıqda hərəkətli loskuttur. Adekvat qan təchizatının təmin edilməsi məqsədilə loskiutun əsası zirvəsindən 2:1 nisbətində enli olmalıdır. Əməliyyat zamanı fistul yolu epitel təbəqəsini təmizləmək üçün qaşınır (küretaj olunur), ardınca daxili dəlik tikişlə bağlanır və gərginlik olmadan ehtiyatla irəliləyən flep defektin üzərinə yerləşdirilir. 1654 xəstənin nəticələrinə əsasən hissəvi fleplərin tam fleplərdən daha yaxşı nəticə verdiyi bildirilmişdir [27]. Digər üsullarda olduğu kimi, uğur faizləri müxtəlif tədqiqatlarda stabil olmayıb, çox çeşidlidir. Birincili yaxşılaşma faizləri ən çox 65 - 93% arasında dəyişir [28].

Flepdən əvvəl drenəedici setona ehtiyac olub - olmadığı aydın deyil. Bir çox tədqiqat randomizə olmadığı üçün, bu suala cavab vermək çox çətinidir, çünki setonlar seçici olaraq istifadə edilir və mürəkkəb fistulların



müalicəsinin irəli mərhələsi üçün saxlanır. Müəlliflər, davam edən iltihab və sepsis əlamətləri olarsa, setonla preoperativ drenajın faydalı olduğunu düşünürlər [29].

Əgər birinci cəhd uğursuzluqla nəticələnersə, ikinci irəliləyici flepi sınamaq məntiqlidir. Mitalas və əməkdaşları ikinci dəfə flep tətbiq edilmiş 26 xəstənin nəticələrini təqdim etmiş, yaxşılaşma faizi 69% olmuşdur. İlk müdaxilə uğurla nəticələnmiş xəstələrlə birlikdə götürüldə yaxşılaşma 90%-dən çox olur. Bundan başqa, eyni tədqiqatda endorectal irəliləyici flep tətbiq edilməsinin kontinensiyaya minimal təsiri olduğu düşünülür [30].

Əvvəllər fibrin yapışqan inyeksiyasının irəliləyici fleplə birlikdə istifadəsi müalicə üsulu kimi müdafiə edilirdi. Sonralar bu hibrid yanaşmanın, tək fleplə müqayisə etdikdə residivin artması ilə əlaqəli olduğu görüldü. Fibrin yapışqanın sağalma zamanı fistul yolunun lazımı drenajının qarşısını alması, artmış uğursuzluq faizlərini izah edir [31].

Kron xəstəliyində irəliləyici fleplər məhdud dərəcəli uğurla tətbiq edilə bilər. Aktiv mukozal xəstəliklərdə tətbiq edilməməlidir. Dərc olunan nəticələr, hətta qoruyucu stoma olan xəstələrdə belə fistulun residiv riskinin 46 - 57% olduğunu göstərir [32].

**Dəri İrəliləyici Flepi/Adacıq İrəliləyici Flep Anoplastikası.** Endorectal irəliləyici fleplər simptomatik mukozal ektropionlarla əlaqələndirilir və anal kanalda sıx çapıq olarsa, bu texnikanın tətbiqi çətinləşir. Bu səbəblərə görə, irəliləyici loskut anal kanalın xarici səthindən hazırlanır. Bu texnika dəri irəliləyici flepi və ya adacıq irəliləyici flep anoplastikası adlanır. Bu üsul başlanğıcda anal stenozun müalicəsinə istiqamətlənmiş tədqiqatlardan alınmış, lakin anal fistulun həlledici müalicəsi üçün də uyğun alternativ olduğu sübut olunmuşdur [33,34].

V-Y fleplər, Y-V fleplər, kanal flepləri, S-fleplər və s. müxtəlif anoplastika variantları mövcuddur. Tipik yanaşma, daxili dəliyin üzərindəki selikli qişanın xaric edilməsi, fistul yolunun qaşınması və daxili dəliyin bağlanması, eyni zamanda gərginlik və toxuma devaskulyarizasiyasının qarşısını almaq üçün anal kənardan hərəkətli loskutun anal kanala daxil edilməsindən ibarətdir [33].

Bildirilən müvəffəqiyyət faizləri əksərən 70-80% arasındadır. Əksər tədqiqatlar kiçik həcmli olduğu üçün, nəticələr buna əsasən şərh edilmişdir. Əgər ilkin əməliyyat uğursuz olarsa, bu xəstələrin sağalma faizi yüksək olmur. Nəticələr kontinensiyaya olan təsirinə görə də müqayisə edilir. Ümumiyyətlə, dəri flepinin endorectal fleplə oxşar funksional nəticələrə və sağalma faizlərinə malik olduğu görünür və mürəkkəb anal fistullu xəstələr üçün birinci seçim müalicə üsuludur [34].

**Fibrin Yapışqanlar.** Anal fistulların fibrin yapışqan inyeksiyası ilə müalicəsi ilk vaxtlar əhəmiyyətli populyarlıq qazanmışdır, çünki bu texnika mürəkkəb problemin sadə və asan qəbul edilən bir üsul kimi görünürdü. Texnika fistul yolunun qaşınmasından, daxili dəliyin bağlanması, fistul yolunun yapışqanla doldurulmasından ibarətdir. Yapışqan sağalma əsnasında müvəqqəti matrix rolunu oynayır. Eyni zamanda yapışqan fekal kontaminasiyanın qarşısını alır və sağlam toxumanın inkişaf etməsi üçün skelet funksiyası daşıyır [35].

Tədqiqat işində birincili sağalma faizi 30 - 60%, uzunmüddətli izləmə aparılan tədqiqatlarda sağalma faizinin aşağı olduğunu göstərilmişdir [36]. Uzunmüddətli sağalma faizlərini araşdıran prospektiv tədqiqatda yapışqan inyeksiyasından 16 ay sonra xəstələrin 14%-də fistulun funksiya etdiyi bildirilmişdir [37].

Ümumiyyətlə, fibrin yapışqan və digər dolğu maddələrinin istifadəsi mürəkkəb fistulların müalicəsində effektivdir, lakin ASCRS parametrləri 2C tövsiyə sinfinə daxil olan fistullar üçün qəbul edilən yanaşma hesab edilir [2].

**Anal Fistula Plug (AFP).** Anal fistul plug (AFP) texnikası ilk dəfə 2004-cü ildə təsvir edilmiş, ilk tədqiqat 2006-cı ildə dərc edilmişdir. Əməliyyat texnikası fistul yolunun qaşınması və oraya bioprostetik plugun yerləşdirilməsi, plugun daxili dəlikdən görülməsi və xarici dəlikdən dəri səthi səviyyəsində kəsilməsindən ibarətdir. Əvvəlcə plug burulmuş bioloji material kimi təsvir edilmişdi, lakin daha sonra ticarət məqsədilə Surgisis AFP (Cook Medical , Canton, İN) adı altında donuz bağırsağının selikaltı qatından hazırlanmış biosorulan materialdan hazırlanmışdır. Bu texnika sadəliyi, istifadəsinin asanlıığı, ətraf toxumalara zərər verməməsi və nisbətən yüksək xəstə tolerantlığı səbəbilə tezliklə bəyənilirdi [38].

AFP üçün ilk bildirilən sağalma faizi 85 - 87% olmuşdur. Bu fazilər azsaylı tədqiqatlardan əldə edilmiş və sonrakı tədqiqatlar bu yüksək nəticələri təsdiq edə bilməmişdir [38,39]. Kifayət qədər diqqətli izləmə dövrünə malik olan tədqiqatların bir çoxunda sağalma faizi 50%-dən az, bəzində isə 24% kimi aşağı səviyyələrdə olmuşdur. Bundan başqa, birinci plugun uğursuz nəticəsindən sonra ikinci plugun yerləşdirilməsinə dair məlumatlar mövcuddur. Lakin belə yanaşmanın uğurla nəticələnməsinin çox da mümkün olmadığı göstərilir. Ədəbiyyat məlumatlarında mürəkkəb fistullar üçün sağalma faizi 35 - 87% arasında dəyişidiyi qeyd edilir [2, 40-42].



Son zamanlar edilən ikinci AFP tətbiqi haqqında məlumatlar verilməyə başlanılmışdır. Gore Bio-A fistul pıluğu sintetik biosorulan skelet olub, “Surgisis Plug”la eyni funksiya göstərir, lakin daha ucuz və fistul yolunun ölçüsünə və sayına uyğun modifikasiya edilmiş şəkildə hazırlanır. Bu tip Plugla birincili sağalmanın 69% olduğu bildirilmiş, lakin sonrakı çoxmərkəzli tədqiqatda 12 aylıq sağalmanın 49% olduğu göstərilmişdir [43,44].

Ümumiyyətlə, AFP mürəkkəb anal fistullar üçün qəbuledilə bilən yanaşma kimi görünür, çünki əsasən minimal yan təsirlərə malik olub, orqanizm tərəfindən yaxşı qəbul edilir. Bununla yanaşı, uğursuzluq ehtimalı yüksəkdir və xəstə ilə ətraflı müzakirə olunmalıdır.

**Fistul Yolunun İntersfinkter Liqasiyası (LİFT).** Son illərdə bəlkə də ən çox maraq göstərilən texnika fistul yolunun intersfinkter liqasiyasıdır. İlk dəfə 1993-cü ildə Dr.Robin Phillips [45] tərəfindən təsvir edilmiş, lakin 2007-ci ildə Dr.Arun Rojanasakul [46] tərəfindən gözdən keçirilmiş və yenidən təklif edilməsindən sonra populyarlıq qazanmışdır. LİFT texnikası intersfinkter sahənin disseksiyası, transsfinkter fistul yolunun identifikasiyası və mobilizasiya olunması, fistul yolunun liqasiyası və kəsilməsi və xarici dəliyin qaşınmasından ibarətdir. Bunun ardınca intersfinkter kəsik kövşək bağlanır.

LİFT texnikasının bir neçə variasiyası mövcuddur. Bəzi müəlliflər LİFT-dən əvvəl rutin seton yerləşdirilməsini tövsiyə edir, digərləri isə setonu selektiv olaraq tətbiq edir [47]. Klassik texnikaya anal kanalda olan defektin bağlanması aid deyil, lakin bəzi tədqiqatlar anal kanaldan daxili dəliyin qaşınması və bağlanması fikrini müdafiə edir [48].

Hal - hazırda LİFT haqqında son 9 ili əhatə edən, sağalma faizi 40 - 95% arasında dəyişən, 30-dan çox publikasiya mövcuddur [47-51]. Ümumiyyətlə, bu tədqiqatlarda minor ağırlaşmaların aşağı faizləri qeyd edilmiş, major ağırlaşmalar göstərilməmişdir [50]. Orta izləm 6-78 həftə arasında, orta sağalma müddəti 8 həftə olmuş, residiv isə tipik olaraq, müdaxilədən 2-8 ay sonra meydana çıxmışdır [50,51]. LİFT-dən sonrakı funksional nəticələr mükəmməl olmuş, minimal fekal inkontinensiya şikayətləri bildirilmişdir [51]. LİFT Wexner Fekal İnkontinensiya Şkalasına (Orta: 0-1) təsir etmir, həmçinin LİFT-dən sonra anorectal manometriya göstəricilərində dəyişiklik olmur [52].

Uğursuz LİFT əməliyyatından sonra təkrarı LİFT bir tədqiqatda 54%-lik (7/13 xəstə) sağalma faizi göstərdiyinə görə uyğun yanaşma kimi düşünülmüşdür [47]. Diqqət çəkən erkən nəticələr LİFT texnikasının intersfinkter sahədə uğursuzluğa meyilli olduqlarını və beləliklə, fistulun transsfinkterdən intersfinkterə endirilməyə meyilli olduğunu göstərmişdir. Bununla yanaşı, daha yeni nəticələr bu azalmanın 10-16% hallarda gərşəkləşdiyini göstərmişdir [47,48].

LİFT həmçinin, Kron xəstələri üçün də 1 illik izləm sonrasında 67% sağalma faizi göstərən qəbul edilmiş yanaşmadır [53]. LİFT endorectal flep texnikası ilə müqayisə edilmiş, iki ayrı randomizə tədqiqat aparılmış və hər ikisində ekvivalent sağalma faizləri əldə edilmişdir. LİFT, həmçinin rektovaginal fistul daxil olmaqla digər fistullar üçün də tövsiyə edilmiş, lakin bu haqda yüksək keyfiyyətli nəticə yoxdur [15,54].

LİFT əməliyyatına bir sıra əlavələr təklif edilmişdir. Bunlara intersfinkter boşluqlara bioprostetik tor (BioLİFT) yerləşdirilməsi [55], simultan LİFT və endorektal flep tətbiq edilməsi [56] və intersfinkter boşluqdan xarici dəliyə plug (LİFT-Plug) [57] yeridilməsi aiddir. Bu texnikaların nəticələri ümidvericidir, lakin tədqiqatlar az olub, ənənəvi LİFT texnikasına nəzərən ciddi faydası yoxdur.

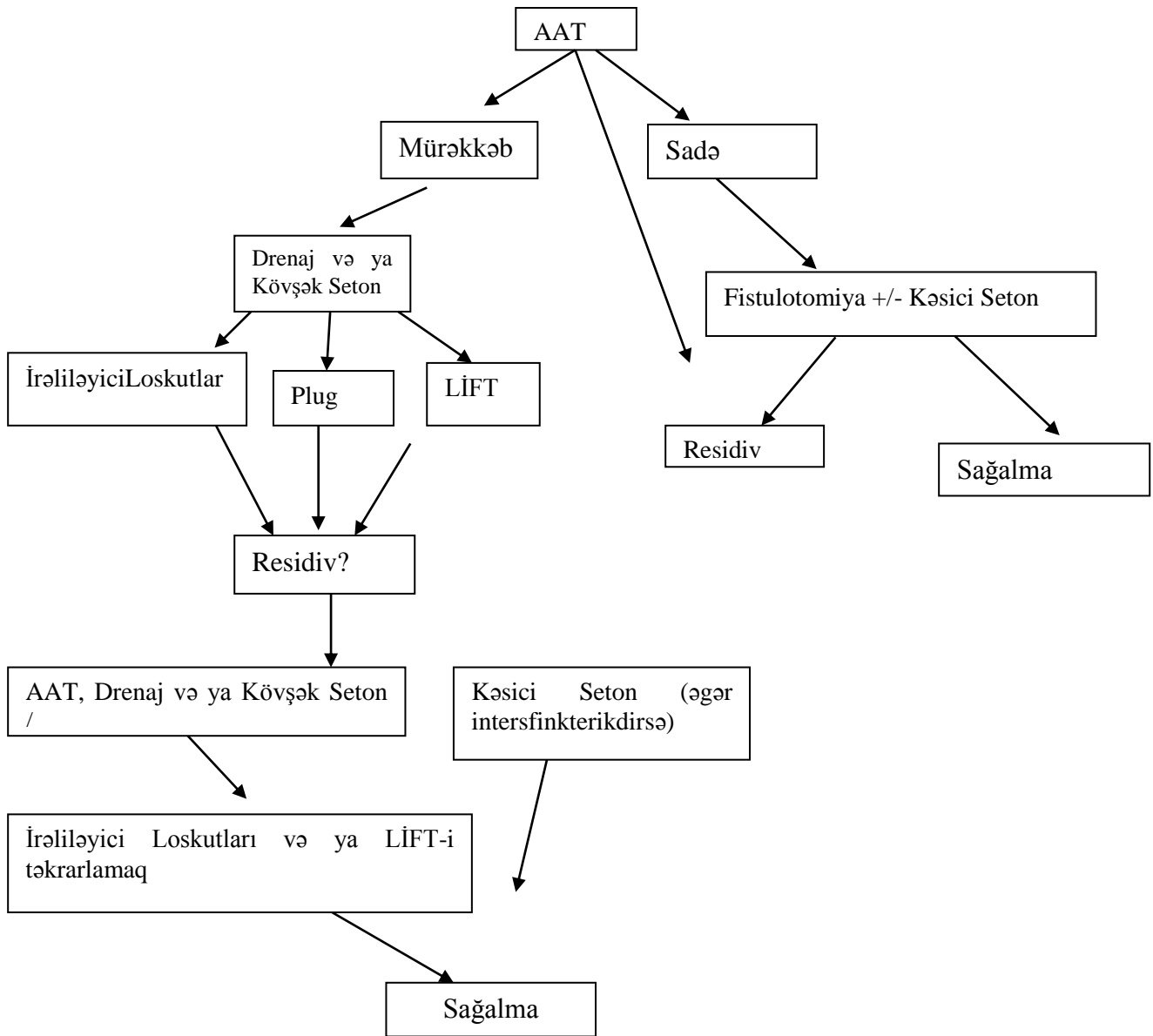
**Fistul Müalicəsində Yeni Texnikalar.** İstifadə edilən ən yeni texnologiyalardan biri fistul yolunun lazer ablasiyasıdır. Bu FiLaC sistemi fistul yolu boyunca lazer şüaları vasitəsilə denaturasiya, çapıq yaranmasına və toxumanın kiçilməsinə səbəb olan ötürücü vasitəsilə işləyir [58]. Bu texnika 2014-cü ildə yalnız bir tədqiqatla təqdim edilmişdir. Bu tədqiqata 45 xəstə daxil edilmiş, ortalama 30 aylıq izləmədən sonra birincili sağalma 71% olmuş, fekal inkontinensiya şikayəti qeyd edilməmişdir [59].

Video köməyiylə anal fistul müalicəsi (VAAFT) fistul yolunun bilavasitə görmə nəzarəti ilə ləğv edilməsi texnikasıdır və daxili dəliyin bağlanmasına şərait yaradır. Bu mürəkkəb anal fistullar üçün yaxşıdır, çünki fistul yolu bilavasitə gözlə görünür, toxuma kəsilməsinə ehtiyac olmur, beləliklə sfinkterin funksiyası qorunur. Bu texnika ilə bağlı tədqiqatlar məhduddur, bəzi mənbələrdə 13-16%-lik residiv açıqlanmışdır. Əlbəttə, mürəkkəb fistullara FiLaC və VAAFT yanaşması maraqlıdır, lakin bu texnikaların yaygın şəkildə mənimsənilməsi üçün daha ciddi göstəricilər təqdim edilməlidir [60,61].

**İleal Poş - Anal Anastomozdan Sonrakı Fistullar.** İleal Poş-Anal Anastomozdan Sonrakı Fistullar hissəvi mürəkkəb olub, adətən anastomoz defekti nəticəsində yaranır. Geartner və əməkdaşları [62] öz təcrübələrində bir neçə əməliyyat üsulu tətbiq etmişlər. Bunlara M.Gracilis əzələ flepi, fistula plug, irəliləyici flep, yapışqan, seton, Martius flepi (bulbocavernosus) və ya fistulotomiya aiddir. Bu tədqiqatda sağalma 64% olmuş və fistul yolunun ləğv edilməsi üçün ortalama 2,8 prosedura ehtiyac yaranmışdır. Mürəkkəb və multipl fistullar üçün sağalma 0% qeyd edilmişdir. Poşla əlaqəli fistullar seçilən müalicə üsulundan asılı

olmayaraq yüksək uğursuzluq faizinə sahib olub, bu mürəkkəb məsələni həll etməyə çalışan cərrahlara meydan oxumağa davam edirlər.

Müəlliflər Dudukgian və Abcarianın [3] dərc etdiyi versiyanı modifikasiya edərək mürəkkəb anal fistullara yanaşma ilə bağlı alqoritmi təklif etmişlər (Şək.).



**Şək. Mürəkkəb pararektal fistulların əsaslandırılmış müalicə üsullarının alqoritmi. AAT- Anesteziya Altında Təftiş**

**Yekun.** Mürəkkəb anal fistulların müalicəsi üçün müxtəlif texnikalar mövcuddur. Ən yaxşı üsul məlum deyil və hazırkı nəticələr yüksək keyfiyyətli göstəricilərin və böyük həcmli randomizə tədqiqatların olmamasından əziyyət çəkir. Nəticə seçiləcək texnika, anatomiyanın düzgün dəyərləndirilməsi, cərrahın seçimi və müxtəlif texnikalardakı təcrübədən asılı olacaqdır. Ümumiyyətlə, uğursuzluq ehtimalı çoxdur və lazım gəldikdə birdən çox müdaxilə etməyə hazır olmaq lazımdır.

#### ƏDƏBİYYAT

1. Parks A.G. Pathogenesis and Treatment of Fistula-in-Ano. // Br Med J., 1961, v.1(5224), p. 463-469.
2. Steele S.R., Kumar R. Feingold D.L. et al. Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano // Dis Colon Rectum. 2011, v.54(12), p.1465-74.



3. Haig Dudukgian, Herand Abcarian. Why do we have so much trouble treating anal fistula? // *World J Gastroenterol.*, 2011, v.17(28), p.3292-3296
4. Алиев Э.А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки // *Проблемы колопроктологии*, 2000, № 17, с.25-27
5. Алиев Э.А. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера // *Международный медицинский журнал*, 2011, №3(67), с.90-95.
6. Алиев Э.А. Причины и профилактика недостаточности сфинктера заднего прохода // «Вестник» Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, 2011, №1, с.48-54
7. Ortega A.E., Cologne K.G. Classification and treatment of anorectal infections. In Abcarian H, ed. *Anal Fistula Principles and Management*. 1st ed. New York: Springer New York; 2014, p.17 - 26.
8. Aydınova P.R., Əliyev E.A., Rüstəm Ə.M. və b. Pararektal fistulların MRT diaqnostikası: göstərişlər, üstünlüklər və qüsurlar // *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, 2014, №2, s.5 - 7
9. Ratto C., Grillo E., Parello A. et al. Endoanal ultrasound-guided surgery for anal fistula // *Endoscopy*, 2005, v.37(8), p.722-728.
10. Nagendranath C., Saravanan M.N., Sridhar C., Varughese M. Peroxide-enhanced endoanal ultrasound in preoperative assessment of complex fistula-in-ano // *Tech Coloproctol.*, 2014, v.18, p.433-438.
11. Buchanan G.N., Halligan S., Bartram C.I. et al. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard // *Radiology*, 2004, v.233(3), p.674-681.
12. Gage K.L., Deshmukh S., Macura K.J. et al. MRI of perianal fistulas: bridging the radiological-surgical divide // *Abdom Imaging.*, 2013, v.38(5), p.1033-1042.
13. Sileri P., Cadeddu F., D'Ugo S. et al. Surgery for fistula-in-ano in a specialist colorectal unit: a critical appraisal // *BMC Gastroenterol.* 2011, v.11, p.120.
14. Ramanujam P.S, Prasad M.L, Abcarian H., Tan A.B. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients // *Dis Colon Rectum.*, 1984, v.27(9), p.593-597.
15. Mushaya C, Bartlett L, Schulze B, Ho Y H. Ligation of intersphincteric fistula tract compared with advancement flap for complex anorectal fistulas requiring initial seton drainage // *Am J Surg.*, 2012, v.204(3), p.283-289
16. Aydınova P.R. Pararektal fistullarda “seton” tətbi-qinin nəticələri // *Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri*, 2014, №2, s.186-190
17. Regelation Available at: <http://en.wikipedia.org/wiki/Regelation>. Accessed May 24, 2015
18. Chuang-Wei C., Chang-Chieh W., Cheng-Wen H. et al. J. Cutting seton for complex anal fistulas // *Surgeon*, 2008, v.6(3), p.185-188.
19. Ritchie R.D., Sackier J.M., Hodde J.P. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula // *Colorectal Dis.*, 2009, v.11(6), p.564-571.
20. Kamrava A., Collins J.C. A decade of selective use of adjustable cutting seton combined with fistulotomy for anal fistula // *Am Surg.*, 2011, v.77(10), p.1377-1380.
21. Ege B., Leventoğlu S., Menteş B.B. et al. Hybrid seton for the treatment of high anal fistulas: results of 128 consecutive patients // *Techniques in Coloproctology*, 2014, v.18, Issue 2, p.187-193.
22. Atkin G.K., Martins J., Tozer P. et al. For many high anal fistulas, lay open is still a good option // *Tech Coloproctol.*, 2011, v.15(2), p.143-150.
23. Tozer P, Sala S, Cianci V. et al. Fistulotomy in the tertiary setting can achieve high rates of fistula cure with an acceptable risk of deterioration in continence // *J Gastrointest Surg.*, 2013, v.17, p.1960-1965.
24. Ratto C., Litta F., Parello A. et al. Fistulotomy with end-to-end primary sphincteroplasty for anal fistula: results from a prospective study // *Dis Colon Rectum.*, 2013, v.56(2), p.226-233.
25. Perez F., Arroyo A., Serrano P. et al. Fistulotomy with primary sphincter reconstruction in the management of complex fistula-in-ano: prospective study of clinical and manometric results // *J Am Coll Surg.*, 2005, v.200(6), p.897-903.
26. Arroyo A., Pérez-Legaz J., Moya P. et al. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results // *Ann Surg.*, 2012, v.255, p.935-939.
27. Soltani A., Kaiser A.M. Endorectal advancement flap for cryptoglandular or Crohn's fistula-in-ano // *Dis Colon Rectum.*, 2010, v.53(4), p.486-495.
28. van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R. Is it possible to improve the outcome of transanal advancement flap repair for high transsphincteric fistulas by additional ligation of the intersphincteric fistula tract? // *Dis Colon Rectum.*, 2012, v.55(2), p.163-166.



29. van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A. et al. Long-term functional outcome and risk factors for recurrence after surgical treatment for low and high perianal fistulas of cryptoglandular origin // *Dis Colon Rectum.*, 2008, v.51(10), p.1475-1481.
30. Mitalas L.E., Gosselink M.P., Zimmerman D.D., Schouten W.R. Repeat transanal advancement flap repair: impact on the overall healing rate of high transsphincteric fistulas and on fecal continence // *Dis Colon Rectum.*, 2007, v.50(10), p.1508-1511
31. van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A., Slors J.F. Fibrin glue and transanal rectal advancement flap for high transsphincteric perianal fistulas; is there any advantage? // *Int J Colorectal Dis.*, 2008, v.23(7), p.697-701
32. Mizrahi N., Wexner S.D., Zmora O. et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? // *Dis Colon Rectum.*, 2002, v.45(12), p.1616-1621.
33. Farid M., Youssef M., El Nakeeb A. et al. Comparative study of the house advancement flap, rhomboid flap, and y-v anoplasty in treatment of anal stenosis, a prospective randomized study // *Dis Colon Rectum.*, 2010, v.53(5), p.790-797.
34. Hossack T., Solomon M.J., Young J.M. Ano-cutaneous flap repair for complex and recurrent supra-sphincteric anal fistula // *Colorectal Dis.*, 2005, v.7(2), p.187-192.
35. Singer M., Cintron J. New techniques in the treatment of common perianal diseases, stapled hemorrhoidopexy, botulinum toxin, and fibrin sealant // *Surg Clin North Am.*, 2006, v.86(4), p.937-967.
36. Witte M.E., Klaase J.M., Gerritsen J.J., Kummer E.W. Fibrin glue treatment for simple and complex anal fistulas // *Hepatogastroenterology*, 2007, v.54(76), p.1071-1073.
37. Buchanan G.N., Bartram C.I., Phillips R.K. et al. Efficacy of fibrin sealant in the management of complex anal fistula, a prospective trial // *Dis Colon Rectum.*, 2003, v.46(9), p.1167-1174.
38. Johnson E.K., Gaw J.U., Armstrong D.N. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas // *Dis Colon Rectum.*, 2006, v.49(3), p.371-376.
39. Champagne B.J., O'Connor L.M., Ferguson M. et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas, long-term follow-up // *Dis Colon Rectum.*, 2006, v.49(12), p.1817-1821.
40. Lewis R., Lunniss P.J., Hammond T.M. Novel biological strategies in the management of anal fistula // *Colorectal Dis.*, 2012, v.14(12), p.1445-1455.
41. Adamina M., Ross T., Guenin M.O. et al. Anal fistula plug, a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae // *Colorectal Dis.*, 2014, v.16, p.547-554.
42. Ky A.J., Sylla P., Steinhagen R. et al. Collagen fistula plug for the treatment of anal fistulas // *Dis Colon Rectum.*, 2008, v.51(6), p.838-843.
43. Stamos M.J., Snyder M., Robb B.W. et al. Prospective multicenter study of a synthetic bioabsorbable anal fistula plug to treat cryptoglandular transsphincteric anal fistulas // *Dis Colon Rectum.*, 2015, v.58(3), p.344-351.
44. Heydari A., Attinà G.M., Merolla E. et al. Bioabsorbable synthetic plug in the treatment of anal fistulas // *Dis Colon Rectum.*, 2013, v.56(6), p.774-779.
45. Matos D., Lunniss P.J., Phillips R.K. Total sphincter conservation in high fistula in ano, results of a new approach // *Br J Surg.*, 1993, v.80(6), p.802-804.
46. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiplachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract // *J Med Assoc Thai.*, 2007, v.90(3), p.581-586.
47. Wallin U.G., Mellgren A.F., Madoff R.D., Goldberg S.M. Does ligation of the intersphincteric fistula tract raise the bar in fistula surgery? // *Dis Colon Rectum.*, 2012, v.55(11), p.1173-1178.
48. Liu W.Y., Aboulian A., Kaji A.H, Kumar R.R. Long-term results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for fistula-in-ano // *Dis Colon Rectum.*, 2013, v.56(3), p.343-347.
49. Madbouly K.M., El Shazly W., Abbas K.S., Hussein A.M. Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano, a prospective randomized trial // *Dis Colon Rectum.*, 2014, v.57(10), p.1202-1208.
50. Alasari S., Kim N.K. Overview of anal fistula and systematic review of ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) // *Tech Coloproctol.*, 2014, v.18(1), p.13-22.
51. Madbouly K.M., El Shazly W., Abbas K.S., Hussein A.M. Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano, a prospective randomized trial // *Dis Colon Rectum.*, 2014, v.57(10), p.1202-1208.
52. Tsunoda A., Sada H., Sugimoto T., Nagata H., Kano N. Anal function after ligation of the intersphincteric fistula tract // *Dis Colon Rectum.*, 2013, v.56(7), p.898-902.



53. Gingold D.S., Murrell Z.A., Fleshner P.R. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with Crohn's disease // *Ann Surg.*, 2014, v.260(6), p.1057-1061.

54. Tan K.K., Alsuwaigh R., Tan A.M. et al. To LIFT or to flap? Which surgery to perform following seton insertion for high anal fistula? // *Dis Colon Rectum.*, 2012, v.55(12), p.1273-1277.

55. Ellis C.N. Outcomes with the use of bioprosthetic grafts to reinforce the ligation of the intersphincteric fistula tract (BioLIFT procedure) for the management of complex anal fistulas // *Dis Colon Rectum.*, 2010, v.53(10), p.1361-1364.

56. van Onkelen R.S., Gosselink M.P., Schouten W.R. Is it possible to improve the outcome of transanal advancement flap repair for high transsphincteric fistulas by additional ligation of the intersphincteric fistula tract? // *Dis Colon Rectum.*, 2012, v.55(2), p.163-166.

57. Han J.G., Yi B.Q., Wang Z.J. et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract plus a bioprosthetic anal fistula plug (LIFT-Plug), a new technique for fistula-in-ano // *Colorectal Dis.*, 2013, v.15(5), p.582-586

58. FiLaC Available at, <https://www.youtube.com/watch?v=8M-k0zEx1jo>. Accessed May 24, 2015

59. Giamundo P., Esercizio L., Geraci M. et al. Fistula-tract Laser Closure (FiLaC™), long-term results and new operative strategies // *Tech Coloproctol.*, 2015, v.19(8), p.449-453.

60. Meinero P., Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT), a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas // *Tech Coloproctol.*, 2011, v.15(4), p.417-422.

61. Kochhar G., Saha S. Andley M. et al. Video-assisted anal fistula treatment // *JLS*, 2014, v.183

62. Gaertner W.B., Witt J., Madoff R.D. Ileal pouch fistulas after restorative proctocolectomy, management and outcomes // *Tech Coloproctol.*, 2014, v.18(11), p.1061-1066.

#### Резюме

#### Подход к сложным параректальным свищам

Э.А. Алиев, П.Р. Айдынова, Х.Н.Ширинова

Сложные анальные свищи требуют особой оценки. Перед назначением какого-либо лечения необходимо определить анатомию свища и исключить сепсис. Существуют несколько подходов к анальным свищам и основываясь на предыдущий опыт они предлагаются больным. Новые технологии перспективны для ликвидации свища, однако оталенные результаты отсутствуют.

#### Summary

#### The approach to complex anal fistulas

E.A.Aliyev, P.R.Aydinova, Kh.N.Shirinova

Complex anal fistulas require careful evaluation. Prior to any attempts at definitive repair, the anatomy must be well defined and the sepsis resolved. Several muscle-sparing approaches to anal fistula are appropriate, and are often catered to the patient based on their presentation and previous repairs. Emerging technologies show promise for fistula repair, but lack long-term data.

Daxil olub: 16.01.2017

## QADINLARDA TOKSOPLAZMOZUN DİGƏR İNFEKSIYALARLA RASTGƏLMƏ TEZLİYİ

M.X.Musayeva

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı*

**Açar sözlər:** toksoplazmoz, qadınlar, infeksiyalar, müayinə

**Ключевые слова:** токсоплазмоз, женщины, инфекции, исследования

**Key words:** toxoplasmosis, women, infections, studies

Hamiləlik patologiyalarında iştirak edən, anadan dölə keçən infeksiyalar monoinfeksiya şəkli ilə yanaşı, mikst formada, yəni digər infeksiyalarla birlikdə rast gəlir. Hamiləlik patologiyalarında rolunu oynayan xəstəliklər içərisində opportunist infeksiyaların xüsusi yeri vardır.

Opportunist infeksiyalar törədicilərinin nisbətən zəif patogenliyi ilə seçilir. İnfeksiyon prosesin baş verməsi əsasən yoluxduğu orqanizmin immun sisteminin vəziyyətindən asılı olur. Opportunist infeksiyalar içərisində nisbətən çox yayılmasına, mama-ginekologiya və perinatologiyada törətdikləri patologiyalara görə sitomeqalovirus, genital herpes, toksoplazmoz, urogenital xlamidioz, ureaplazmoz mühüm rola malikdir. Bu infeksiyaların hər biri ayrı-ayrılıqda hərtərəfli öyrənilsə də, mikst infeksiyalarının rastgəlmə tezliyi, orqanizmdə törətdiyi patologiyalar, onların klinik gedişi, diaqnostika və müalicəsi müxtəlif regionlarda və