

<https://doi.org/10.30546/745034.2026.001.436>

## UŞAQLARDA KONSERVATİV MÜALİCƏYƏ TABE OLMAYAN QƏBİZLİKLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ SİRKULYAR ENDOSTEPLERİN TƏTBİQİNƏ DAİR TƏCRÜBƏMİZ

POLUXOV R.Ş., MUSAYEVA K.B., SOFUYEV B., XƏLİLOV N.C.,  
MUSTAFAYEVA G.İ., BAĞIROV M.Q.

*Azərbaycan Tibb Universiteti Uşaq Cərrahlığı kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

*Summary: Chronic constipation is a pathological condition characterized by persistent or intermittent impairment of bowel function, prolongation of the interval between acts of defecation, and incomplete evacuation of the rectum (1). Studies conducted to date have shown that the prevalence of constipation worldwide ranges from 0.7% to 29.6% (2).*

*Functional constipation can be completely resolved when timely and appropriate treatment is provided. However, in the absence of adequate therapy, secondary degenerative changes in the colonic wall develop, leading to dysbiotic disorders, microcirculatory disturbances, and endogenous intoxication (3). In such cases, the ineffectiveness of conservative treatment results in secondary dilatation of the colon, particularly in the rectosigmoid region, thereby necessitating surgical intervention (4).*

*In recent years, most surgeons have increasingly preferred the use of endostaplers during distal resections of the colon (5). Nevertheless, some specialists continue to advocate for hand-sewn anastomoses (6). According to their opinion, mechanical anastomoses are associated with a higher rate of anastomotic leakage and require greater financial costs. However, the formation of hand-sewn anastomoses is not always technically feasible. While hand-sewn anastomoses can generally be performed without significant difficulty during intraabdominal resections of the rectum, their creation at a distance of 3–4 cm from the anal canal is practically impossible (7).*

*In this regard, a comparative evaluation of the outcomes of endostapler use in distal colonic resections remains one of the pressing issues in modern colorectal surgery.*

*Keywords: Chronic constipation, Rehbein operation, circular staplers.*

**Резюме:** Хронический запор — это патологическое состояние, характеризующееся стойким или периодическим нарушением функции кишечника, увеличением интервалов между актами дефекации и неполным опорожнением прямой кишки (1). Проведённые эпидемиологические исследования показали, что распространённость запоров в мире колеблется в пределах 0,7–29,6% (2).

**Функциональные запоры при своевременном и адекватном лечении могут полностью излечиваться. Однако при отсутствии должного лечения на фоне вторичных дегенеративных изменений стенки толстой кишки развиваются дисбиотические нарушения, микрососудистые изменения и эндогенная интоксикация (3). В таких случаях неэффективность консервативной терапии приводит к вторичному расширению толстой кишки, особенно в ректосигмоидной зоне, что, в свою очередь, обуславливает необходимость хирургического вмешательства (4).**

**В последние годы большинство хирургов отдают предпочтение использованию эндостеплеров при выполнении дистальных резекций толстой кишки для формирования механических анастомозов (5). Тем не менее ряд специалистов остаётся сторонниками формирования анастомозов ручным швом (6). По их мнению, механические анастомозы характеризуются более высокой частотой несостоятельности швов и требуют больших финансовых затрат. Однако формирование анастомозов ручным способом не всегда является технически простым и возможным. Так, при внутрибрюшных резекциях прямой кишки наложение ручного анастомоза, как правило, не представляет значительных трудностей, тогда как на уровне 3–4 см от анального канала выполнение такого анастомоза практически невозможно (7).**

В связи с этим сравнительное изучение результатов применения эндостеплеров при дистальных резекциях толстой кишки остаётся одной из актуальных проблем современной коло-ректальной хирургии.

**Ключевые слова:** хронический запор, операция Ребейна, циркулярные степлеры.

**Açar sözlər:** Xroniki qəbizlik, Rehbein əməliyyatı, sirkulyar stepler

**Giriş.** Xroniki qəbizlik–bağirsaq funksiyasının davamlı və ya dövrü olaraq pozulması, defekasiya aktları arasındakı müddətin uzanması, düz bağırsağın tam boşalmaması ilə özünü göstərən patoloji bir vəziyyətdir (1).

Aparılan araşdırmalar zamanı məlum olmuşdur ki, dünyada qəbizliyin rast gəlmə tezliyi 0,7%-29,6% arasındadır (2).

Funksional qəbizliklər vaxtında düzgün müalicə olunarsa tam sağalma əldə etmək mümkündür. Lakin vaxtında adekvat müalicə aparmadıqda yoğun bağırsağ divarında gedən ikincili degenaretiv dəyişikliklər fonunda disbiotik pozğunluqlar, mikrosirkulyator dəyişikliklər və endogen intoksikasiya meydana çıxır (3). Belə hallarda konservativ müalicənin effektiv olmasında yoğun bağırsağda, xüsusi ilə də rektosigmoidal zonada ikincili genişlənmələrə səbəb olur. Nəticədə cərrahi müalicənin aparılması zərurəti yaranmış olur (4).

Son illər əksər cərrahlar yoğun bağırsağın distal rezeksiyalarında endosteplərin tətbiqinə üstünlük verməyə başlamışlar (5). Buna baxmayaraq bir sıra mütəxəssislər anastomozların tikişlərlə formalaşdırılmasının tərəfdarlarıdır (6). Onların fikircə mexaniki anastomozların tikiş tutarsızlığı daha yüksəkdir və daha çox maliyyə xərcləri tələb edib. Lakin anastomozların tikişlərlə formalaşdırılması həmişə texniki cəhətdən asan olmur. Belə ki, düz bağırsağın intraabdominal rezeksiyalarında tikiş anastomozları texniki cəhətdən çətin olmasa da, anusdan 3-4 sm məsafələrdə praktiki olaraq mümkün olmur (7). Bu baxımdan yoğun bağırsağın distal rezeksiyaları zamanı sirkulyar steplərin tətbiqinin nəticələrinin müqayisəli öyrənilməsi aktual problemlərdən biri olaraq qalır.

**İşin məqsədi:** Uşaqlarda konservativ müalicəyə tabe olmayan idiopatik qəbizliklər zamanı yoğun bağırsağın rezeksiyası və anastomozun formalaşdırılması zamanı sirkulyar steplərin tətbiqi.

**Material və metodlar:** Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasına 2019-2022 illər ərzində xroniki qəbizlik şikayəti ilə 3-18 yaş arası 200 xəstə müraciət etmişdir. Konservativ müalicələr təyin olunmamışdan öncə xəstələrin hər biri qarın boşluğunun ultrasəs müayinəsindən və irriqografiya müayinəsindən keçirilmişdir. Aparılan müayinələr zamanı 79 xəstədə S-ə bənzər bağırsağda əlavə ilgəyin olması (dolixokolon), 57 xəstədə düzbağırsağın genişlənməsi (meqarektum), 25 xəstədə köndələn çənbər bağırsağın sallanması (transverzoptoz), 39 xəstədə isə S-ə bənzər bağırsağda əlavə ilgəyin olması ilə yanaşı düzbağırsağda genişlənmənin (dolixomeqarektum) olduğu qeyd edilmişdir. Xəstələrin hər birinə 3 il müddətində davamlı olaraq osmotik laksativlər, şamlar, stimüləedici laksativlər, probiotiklər, prukoloprid, fizioterapiyalar təyin olunmuşdur. Aparılan konservativ müalicələrin fonunda 200 xroniki qəbizlikli xəstədən 90 nəfərində davamlı olaraq qəbizlik halı qaldığına görə, xəstələrə qəbul olunan dərman maddələrinin miqdarını azaltmaq, həyat keyfiyyətini yüksəltmək məqsədilə cərrahi müalicə təyin olunmuşdur.

Cərrahi müalicə təyin olunmuş 90 xəstədən 10 nəfərini 3-6 yaş arası məktəbəqədər, 15 nəfərini 6-10 yaş arası kiçik məktəbli uşaqlar, 45 nəfərini 10-15 yaş arası erkən yeniyetmə dövründə olan uşaqlar və 20 nəfərini isə 15-18 yaş arası gecikmiş yeniyetməlik dövründə olan uşaqlar təşkil edirlər.

Cərrahi əməliyyat təyin olunmuş 90 xəstədən 32 nəfərində S-ə bənzər bağırsağda əlavə ilgəyin olması ilə yanaşı düz bağırsağda genişlənmənin olması (dolixomeqarektum), 45 xəstədə düzbağırsağın genişlənməsi (meqarektum), 13 xəstədə isə köndələn çənbər bağırsağın sallanması (transverzoptoz) olduğu müəyyən edilmişdir.

Ümumilikdə 90 xəstədən 53 nəfərində açıq üsulla icra olunan Rehbein əməliyyatı, 22 nəfərində Laparoskopik köməklə Rehbein əməliyyatının olması, kolo-kolo anastomozun qoyulması və 15 xəstədə isə Laparoskopik köməklə yoğun bağırsağın ayrılması, sirkulyar stepler vasitəsilə kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatı icra olunmuşdur. Cərrahi əməliyyatdan öncə xəstələr şöbə daxilində bağırsağı nəcis daşlarından təmizləmək məqsədilə hipertonic məhlullarla imalə olunmuşlar. Cərrahi əməliyyat endotraxeal intubasiya altında ümumi venadaxili anesteziya və miorelaksasiya şəraitində aparılmışdır.

Cərrahi əməliyyata götürülmüş 53 xəstədən 20 nəfərində S-ə bənzər bağırsaqda əlavə ilgəyin olması ilə yanaşı düz bağırsaqda genişlənmənin olması (dolixomeqarektum), 33 nəfərində isə yalnız düz bağırsaqda genişlənmənin (meqarektum) olduğu məlum olmuş xəstələrə açıq üsulla Rehbein əməliyyatı tətbiq edilmişdir. Açıq üsulla Rehbein əməliyyatı icra olunmuş xəstələrdən 10 nəfərini 4-6 yaş arası məktəbəqədər yaş dövrünü əhatə edən uşaqlar, 7 nəfərini 6-10 yaş arası kiçik məktəbli uşaqlar, 30 nəfərini 10-15 yaş arası erkən yeniyetmə dövründə olan uşaqlar, 6 nəfərini isə 15-18 yaş arası uşaqlar təşkil edirlər.

Laparoskopik köməklə Rehbein əməliyyatının olması, kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatı icra olunmuş 22 xəstədən 15 xəstədə köndələn çənbər bağırsağın sallanması (transverzoptoz), 7 xəstədə isə S-ə bənzər bağırsaqda əlavə ilgəyin olması ilə yanaşı düzbağırsaqda genişlənmənin (dolixomeqarektum) olduğu aşkarlanmışdır. Laparoskopik köməklə Rehbein əməliyyatı icra olunmuş xəstələrdən 8 nəfərini 6-10 yaş arası uşaqlar, 12 nəfərini 10-15 yaş arası uşaqlar, 2 nəfərini isə 15-18 yaş arası uşaqlar təşkil edirlər.

Laparoskopik köməklə yoğun bağırsağın ayrılması sirkulyar stepler vasitəsilə kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatı icra olunmuş 15 xəstədən 12 nəfərində düz bağırsağın genişlənməsi (meqarektum), 3 nəfərində isə S-ə bənzər bağırsaqda əlavə ilgəyin olması ilə yanaşı düz bağırsaqda genişlənmənin olduğu aşkar edilmişdir. Sirkulyar stepler vasitəsilə əməliyyat olunmuş 3 xəstəni 10-15 yaş arası uşaqlar, 12 xəstəni isə 15-18 yaş arası yeniyetmə uşaqlar təşkil edirlər.

Cərrahi əməliyyatları davam etmə müddətinə görə sıralasaq açıq üsulla icra olunan Rehbein əməliyyatının davam etmə müddətinin medianı 270 dəqiqə (İQR:240-300 dəq), Laparoskopik köməklə Rehbein əməliyyatı, kolo-kolo anastomozun qoyulmasının medianı 190 dəqiqə (İQR:180-210 dəq), Laparoskopik yolla yoğun bağırsağın ayrılması, sirkulyar stepler vasitəsilə yoğun bağırsağın rezeksiyası kolo-kolo anastomozun qoyulmasının medianı 160 dəqiqə (İQR:150-180 dəq) hesablanmışdır. Bu isə öz növbəsində əməliyyat zamanı istifadə olunan anesteziya dərmanlarının və miorelaksantların dozasının azalmasına təsir edir.

Açıq üsulla icra olunan Rehbein əməliyyatından və Laparoskopik köməklə yoğun bağırsağın ayrılması, kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatlarından sonra xəstələr per os yolla əməliyyatın  $5\pm 1$  sutkasında, sirkulyar stepler vasitəsilə yoğun bağırsağın rezeksiyası kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatından sonra isə xəstələr  $3\pm 1$  sutkada per os yolla qidalandırılmışlar.

Xəstələrin əməliyyatdan sonra xəstəxanada qalma müddətlərinə görə müqayisə etsək açıq üsulla Rehbein əməliyyatından və Laparoskopik köməklə yoğun bağırsağın ayrılması kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatlarından sonra xəstələrin qalma müddəti eyni olub  $7\pm 1$  gündür. Sirkulyar steplerlə yoğun bağırsağın rezeksiyası, kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatından sonra isə xəstələrin xəstəxanada qalma müddəti  $5\pm 1$  gündür.

Əməliyyatlardan sonra istifadə olunan ağrıkəsicilərin istifadə müddətinə görə açıq üsulla icra olunan Rehbein əməliyyatından sonra xəstələrə  $4\pm 1$  gün, Laparoskopik köməklə icra olunan Rehbein əməliyyatı, kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatlarından sonra  $3\pm 1$  gün, Laparoskopik köməklə yoğun bağırsağın ayrılması sirkulyar steplerlə yoğun bağırsağın rezeksiyası və kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatından sonra  $2\pm 1$  gün müddətində ağrıkəsicilərdən istifadə olunmuşdur.

**Nəticə:** Uşaqlarda konservativ müalicəyə tabe olmayan xroniki qəbizliklər zamanı aparılan müxtəlif əməliyyatların əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə olan ağırlaşmaların sayı və reabilitasiya müddətlərinin nəticələrinin müqayisəsi onu göstərdiki aşağı yaş qrupundan olan uşaqlarda seçim əməliyyatı kimi açıq üsulla icra olunan Rehbein əməliyyatı, yuxarı yaş qrupundan olan uşaqlar üçün isə seçim əməliyyatı kimi Laparoskopik yolla yoğun bağırsağın ayrılması, sirkulyar stepler vasitəsilə kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatı daha əlverişlidir. Buna görə də 10-18 yaş arası uşaqlarda Laparoskopik köməklə yoğun bağırsağın ayrılması, sirkulyar steplerlə yoğun bağırsağın rezeksiyası kolo-kolo anastomozun qoyulması əməliyyatına seçim əməliyyatı kimi daha çox üstünlük verilməlidir.

## ƏDƏBİYYAT:

1. Строкова О.А., Герасименко И.В. Основные подходы к диагностике и лечению запоров. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;165(5):49-55.
2. MD. Rukunuzzaman, Zannatul Ferdous Sonia, Afsana Yasmin, ASM Bazlul Karim, Khan Lamia Nahid Approach to Child with Constipation and Management Update Bangladesh J Child Health 2017; VOL 41 (3) : 170-180

3. Ачкосов С.И., Зученко А.П., Капуллер Л.Л.. Результаты Субтотальной резекции ободочной кишки у больных с хроническим толстокишечным стазом. Актуальные вопросы колопроктологии 2003 стр. 413-414.

4. Яфясов Р.Я., Ахунзянов А.А. Особенности диагностики и лечения хронических запоров у детей. Казанский Медицинский Журнал 2006. №4 стр. 286-288.

5. Тирев Е.А., Заривчацкий М.Ф., Орлов О.А., Маякино О.Б. Применения циркулярный ситвающих аппаратов при передней резекции прямой кишки. Пермский Медицинский журнал. 2010 №3 стр. 5-9.

6. Захаром М.Л., Мельпик В.М., Пойдо А.И. Хирургическая реабилитация больных после колэктомии и резекции прямой кишки Российский Гостроэнтерологии, Колопроктологии 2005 Т.15- N6. С-61.

7. Ищепко В.П. Дубипкин В.А., Григорьев Е.Г. Ошибки и опостности при исползовании хирургических ситвающих аппаратов при низких резекциях толстой кишки. Pacific Medical Journal 2004 N3 p. 55-58