

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**YATROGEN VEZİKO-VAGİNAL FİSTULLARIN
CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ VƏ NƏTİCƏLƏRİN
YAXŞILAŞDIRMA YOLLARI**

İxtisas: 3234.01 – Urologiya

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Elza Yusif qızı Binnətova**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: AMEA-nın müxbir üzvü,
tibb elmləri doktoru, professor
Sudeyif Bəşir oğlu İmamverdiyev

Rəsmi opponentlər: tibb elmləri doktoru, professor
Kamal İsmayıl oğlu Abdullayev

tibb elmləri doktoru, professor
Eldar Yəhya oğlu Hüseynov

tibb elmləri doktoru
Tofiq Vahid oğlu Mehdiyev

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri: tibb elmləri doktoru, professor
_____ **Surxay İsmayıl oğlu Hadiyev**

Dissertasiya şurasının elmi katibi: tibb elmləri doktoru, professor
_____ **Fariz Hidayət oğlu Camalov**

Elmi seminarın sədri: tibb elmləri doktoru, professor
_____ **Əlimərdan Aşur oğlu Bağışov**

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Sidik cinsiyyət orqanlarının müxtəlif yatrogen zədələnmələri sidik fleqmonasına, peritonitə, sidik cinsiyyət fistullarına gətirib çıxara bilər. Sidik-cinsiyyət fistulları operativ uroginekologiyanın əsas problemlərindən biridir¹.

Uro-genital fistul zamanı sidiyin daima uşaqlıq yolundan axması xarici tənəsül orqanlarında, ətraf toxumalarda yaralar əmələ gətirib, qadınların sosial və cinsi həyatına pis təsir göstərərək, onların cəmiyyətdən uzaqlaşmasına, özlərinə qapanmalarına, ailə həyatlarının pozulmasına səbəb olur².

Uro-genital fistullar üzrə nə qədər elmi araşdırmalar aparılsa da, bu mövzu hələ də uroginekologiyanın ciddi və davam etməkdə olan problemlərindən olub, aktual olaraq qalır. Veziko-vaginal fistulların cərrahi müalicəsi həmişə dünya təbabətinin diqqətində olmuş, tarix boyu daha yaxşı nəticələr əldə etmək üçün yeni cərrahi təkliflər, girişlər, eyni zamanda fistulu bərpa etmə yolları işlənmiş, cərrahi müalicənin uğurunu artırmaq üçün səylər göstərilmişdir. Müasir dövrdə tibbin inkişafına baxmayaraq bəzi ölkələrdə ağır doğuşlar, bəzi ölkələrdə isə kiçik çanaq orqanlarında geniş operativ müdaxilələr, laparoskopik operasiyalar və Kesar əməliyyatları VVF sayının artmasına gətirib çıxarmışdır^{3,4}.

Türkiyə Respublikasında veziko-vaginal fistulların 50%-i total abdominal histerektomiya, 27,8%-i Kesar, 22,2%-i doğuş travmaları nəticəsində yaranır⁵.

¹Penalver, M., Angioli, R. Urinary diversion. Chapter 11 / In: Gleen Hurt W., editor. Urogynecologic surgery // Second ed. Lippincot: Raven Press, – 2000. – p. 193-206.

²Weston, K. Depression among women withobstetric fistula in Kenya / K.Weston, M.Stephen, J.Mwangi [et al.] // Int. J. Gynecol. Obstet., – 2011. 115, – p. 31-33.

³Лоран, О. Лечение больных со сложными мочевыми свищами / О.Лоран, Л.Синякова, Н.Твердохлебов [и др.] // Врач, – 2008. № 8, – с. 45-47.

⁴Ouedraogo, I., Payne, C., Nardos, R. Obstetric fistula in Niger: 6-month postoperative follow-up of 384 patients from the Danja Fistula Center // Int. Urogynecol J., – 2018. 29 (3), – p. 345-351.

⁵Ateş, K. Experience of our surgery in iatrogenic vesicovaginal fistlas / K.Ateş, R.Mehmet, S.Selçuk [et al.] // J. Turk Ger. Gynecol. Assoc., – 2010. 11, – p. 137-140.

Laparoskopiya və Da Vinçi robotik sistemlərinin cərrahiyyədə tətbiqi VVF ləğvi əməliyyatlarına da təsirsiz ötürməyib⁶. Yeni texnologiyalar əsasən klassik açıq abdominal transperitoneal və ekstraperitoneal transvezikal VVF ləğvi əməliyyatlarına alternativdir⁷.

Fistulların yerləşməsi, sayı müxtəlif olduğu kimi icra olunan cərrahi əməliyyatlar da müxtəlifdir və girişləri cərrahlar özləri seçir. Bu elmi araşdırmamızda biz çalışdıq ki, fistulların yerləşməsini, toxumaların vəziyyətini, sayını, ölçülərini nəzərə alaraq cərrahi girişləri müəyyən edək və residiv fistulların yaranma səbəblərini araşdıraq. Residivlərin hər zaman mümkün olması hələ də bu sahədə elmi araşdırmaların aparılmasına ehtiyac olduğunu göstərir.

Tədqiqatın obyektı. Veziko-vaginal fistul ləğvi əməliyyatı icra olunmuş qadınlar.

Tədqiqatın məqsədi. Müasir uroloji avadanlıqların cərrahi girişlərin seçiminə, 3 qat tikiş (əlavə uc-uca) texnikasının əməliyyatların nəticələrinə təsirini və residiv fistulların yaranma səbəbini müəyyən etməkdir.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Veziko-vaginal fistulların yaranmasına səbəb olan etioloji amilləri klinik materiallar əsasında təhlil etmək.

2. Müraciət etmiş VVF-lı xəstələrin mərkəzi şəhərlərdə və regionlarda rastgəlmə tezliyini müəyyən etmək.

3. Veziko-vaginal fistulların diaqnostikasında sistoskopiya, vaginal müayinə, sistoqrafiya, fistulplastika, ekskretor uroqrafiya, kompyuter tomoqrafiyası (KT), maqnit-rezonans tomoqrafiya (MRT) müayinələrinin icra olunmasının cərrahi əməliyyat girişinin seçilməsinə təsirini aydınlaşdırmaq.

4. Veziko-vaginal fistulların cərrahi müalicəsində həm transvezikal, həm də transvaginal girişlə heç bir toxuma loskutu istifadə etmədən sidik kisəsi və vagina divarına qoyulan 3 qat (əlavə uc-uca) tikişlərlə divarlar arasında hermetikliyin təmin olunmasının

⁶De, R. An update on surgery for vesicovaginal and urethrovaginal fistulae // Curr. Opin. Urol., – 2011. 21 (4), – p. 297-300.

⁷Hemal, A. Wadwa P. Robotic repair of vesico-vaginal fistula. In: Robotics in genitourinary surgery // London: Springer, – 2011. – p. 611-616.

cərrahi əməliyyatların nəticələrinə təsirini müəyyən etmək.

5. VVF ləğvi əməliyyatlarında residiv fistulların yaranma səbəblərini araşdırmaq.

6. Veziko-vaginal fistulların cərrahi müalicəsində daha az invaziv metodların tətbiq imkanlarını araşdırmaq və onların residiv fistulların profilaktikasında effektivliyini təyin etmək.

Tədqiqat metodları. Tədqiqatda əsas diaqnostika üsulu olaraq sistoskopiya, vaginal müayinə, sistoqrafiyadan istifadə edilmişdir.

Dissertasiyanın müdafiyyə çıxarılan əsas müddələri:

1. Veziko-vaginal fistullar tibb elminin ən çətin problemlərindən biri olub ən çox ginekoloji əməliyyatlardan – uşaqlığın total histerektomiyası, uşaqlığın subtotal histerektomiyası və Kesar əməliyyatları zamanı sidik kisəsinin yatrogen zədələnməsi hesabına yaranır.

2. Xəstələrin diaqnostikasında sistoskopiya və vaginal müayinə icra olunaraq fistulun yerləşməsi, ölçüsü, sayının müəyyən olunması transvaginal və ya transvezikal cərrahi girişlərin seçilməsində xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

3. Həm birincili, həm də residiv fistula görə müraciət etmiş xəstələrin mərkəzi şəhərlərdə və regionlarda yaşayanlarda rastgəlmə tezliyini və hər iki qrupun cərrahi əməliyyat xüsusiyyətlərini müəyyən etmənin əhəmiyyəti var.

4. Cərrahi əməliyyat zamanı fistul yolunu xaric edərkən kobud manipulyasiyalardan çəkinilərək toxuma loskutu istifadə olunmadan sidik kisəsi və uşaqlıq yoluna qoyulan 3 qat tikişlərlə divarlar arasında hermetikliyin əldə olunmasının nəticələrə təsirinin öyrənilməsinin xüsusi əhəmiyyəti var.

5. Sidik axarı zədələnməsinin profilaktikası üçün sidik axarı kateterizasiyasının aparılmasının, uyğun sidik kisə drenajının seçilməsinin, əməliyyatdan sonrakı dövrdə sidik kisə drenajının adekvat işləməsinin təmin etmənin, uşaqlıq yolu sanasiyasının və antibiotikoterapiyanın aparılmasının fistulların bərpasında rolu mühümdür və bu məqsədlə tətbiqi qaçılmazdır.

6. Yatrogen veziko-vaginal fistulların qadınların ailə və iş həyatına onların orqanizminin fiziki və psixi sağlamlığına təsirini müəyyən etmək xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Elmi yenilik:

– Elmi araşdırmamızda fistulların diaqnostikasında sistoskopiya və vaginal müayinənin aparılmasının VVF-in diaqnostikasında yetərli olduğunu, Ekskretor uroqrafiya, KT və MRT müayinələrinə ehtiyac olmadan (sidik axarı zədələnmələri daxil deyil) transvezikal və transvaginal VVF ləğvi əməliyyatlarına göstərişlər, girişlərin üstünlük və çatışmazlıqları müəyyənləşdirilmişdir.

– VVF-lı xəstələrdə müayinə alqoritmi hazırlanaraq hər bir müayinəyə göstərişin təyini, müalicə taktikasının və sidiyin drenaj üsulunun seçilməsi üçün fistulların lokalizasiyası, ölçüsü, ətraf toxumalarda olan dəyişikliklər ilə yanaşı uretral kateterə qarşı xəstənin toleranlıq testinin aparılması.

– Residiv fisula sayını azaltmaq üçün klassik VVF ləğvi əməliyyatlarından fərqli olaraq 3 qat (əlavə uc-uca) tikiş texnikası ilə toxumalararası hermetikliyin əldə olunması.

İşin praktik əhəmiyyəti:

– Veziko-vaginal fistullu xəstələrin və eyni zamanda residiv fistullu xəstələrin daha çox Azərbaycanın regionlarında rast gəlməsini nəzərə alaraq regionlarda ginekoloqların, uroloqların eyni zamanda orta tibb işçilərinin peşəkarlıqlarının artırılmasının zəruri olduğu müəyyən olunmuşdur.

– Əldə olunmuş nəticələr əsasında VVF ləğvi əməliyyatlarında residiv fistulların yaranmasının qarşısını almaq üçün müayinə və müalicə planı işlənib hazırlanmışdır. Bütün bunlar bu tədqiqat işinin əhəmiyyətini yüksəldir və geniş praktikada tətbiqini zəruri edir.

– Üçqat və əlavə uc-uca tikiş texnikasının, eyni zamanda sidiklik və uşaqlıq yolu arasında hermetikliyin təmin olunmasının, sidik kisə selikli qişasının çevrilməsinə yol verməmənin praktikada tətbiqinin mümkünlüyü müəyyənləşdirilmişdir.

– Tədqiqat işimizdə tətbiq olunan müasir texnikalar, avadanlıqlar və tikiş materialları uro-genital fistul diaqnozu ilə cərrahi müalicə olunan xəstələrdə ağırlaşmaların – qanıtırmənin, sidik yolu infeksiyalarının, residiv fistul sayının azalmasına, hospitalizasiya günlərinin qısalmasına və müalicənin uzaq nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına imkan vermişdir.

Aprobasiya. Tədqiqatın nəticələri müxtəlif elmi yığıncaqlarda

müzakirə edilmişdir: əməkdar elm xadimi, professor Abbas Əhməd oğlu Axundbəylinin anadan olmasının 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransda (Bakı, 2018), "Urologiya və reproduktiv təbabətin genetik aspektləri" adlı Azərbaycan uroloqlar və androloqların XV simpoziyunda (Bakı, 2019), "Elmdə ilk addım" adlı XII tələbə konfransında (Sumı, 2021), "Elm və təhsilin inkişafının nəzəri və praktik aspektləri" adlı III Beynəlxalq Elmi və Praktiki Konfransda (Lvov, 2021), "Müasir tibb və əczaçılığın aktual problemləri" adlı Gənc alim və tələbələrin beynəlxalq iştirakı ilə keçirilən elmi-praktiki konfransda (Zaporozhye, 2021).

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi ATU-nun "Urologiya", "II Mamalıq və Ginekologiya" və "III Cərrahi xəstəliklər" kafedralarının əməkdaşlarının iclasında (05.07.2018, protokol № 9), işin aprobasiyası ATU-nun nəzdində fəaliyyət göstərən D 03.011 Dissertasiya Şurasının elmi seminarlar keçirən Aprobasiya iclasında (07.11.2018, protokol № 13) keçirilmişdir. İşin təkrar müzakirəsi Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurasının elmi seminarında aparılmışdır (09.03.2021, protokol № 1).

Tədqiqatın nəticələrinin tətbiqi. Tədqiqat işinin nəticələri Azərbaycan Tibb Universitetinin (ATU) Urologiya kafedrasının bazası olan akademik M.Ə.Mir-Qasimov adına Respublika Klinik Xəstəxanasında tətbiq edilmişdir.

Tədqiqatın yerinə yetirildiyi yer. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Dissertasiya işinin əsas nəticələrinin dərc olunması. Tədqiqatın əsas müddəaları və nəticələri 15 elmi işdə öz əksini tapmışdır.

Dissertasiyanın həcmi və quruluşu. Dissertasiya 151 səhifədə təqdim edilmiş (cəmi 192788 işarə), girişdən (5 səh., 8458 işarə), ədəbiyyat icmalından (32 səh., 60879 işarə), material və metodlar fəslindən (19 səh., 19926 işarə), şəxsi tədqiqatların 3 fəslindən (61 səh., 74898 işarə), yekundan (11 səh., 20863 işarə), nəticələrdən (1,5 səh., 2044 işarə), praktik tövsiyələrdən (1,5 səh., 2077 işarə) və ədəbiyyat siyahısından (16 səh.) ibarətdir. Dissertasiya 37 cədvəl, 18 şəkil, 6 qrafik və 4 sxemlə əyaniləşdirilmişdir. Ədəbiyyat siyahısında 161 mənbədən istifadə olunmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqat işimizə 2005-2017-ci illər ərzində ATU-nun urologiya kafedrasının bazası olan Respublika Klinik Xəstəxanasının urologiya şöbəsində veziko-vaginal fistul ləğvi əməliyyatı icra olunmuş 53 xəstə daxil olunmuşdur. Xəstələrdən 24 nəfəri transvaginal, 29 nəfəri transvezikal girişlə əməliyyat olunmuşdur.

Bütün xəstələr əməliyyatönu dövrdə, anamnezinə, şikayətlərinə, cərrahi əməliyyatın girişinə, yaş qruplarına, yaşayış yerlərinə, bədən kütlə indeksinə, diurezin olmasına, yanaşı xəstəliklərin rast gəlməsinə, sidik daşı xəstəliyinə, xronik sistitin, hidronefrozun olmasına, ginekoloji anamnezinə, yatrogen səbəblərə, fistulların yerləşməsinə, ölçüsünə və xəstələrin sağlamlığının fiziki və psixi göstəricilərinə görə araşdırılmışdır.

Xəstələrin yaşı ortalama $45,3 \pm 1,4$ (min-21, max-68) olmuşdur. Xəstələrin 4 (7,5%) nəfəri 30 yaşdan kiçik, 11 (20,8%) nəfəri 31-40 yaş arası, 24 (45,3%) nəfəri 41-50 yaş arası, 11 (20,8%) nəfəri 51-60 yaş arası, 3 (5,7%) nəfəri isə 60 yaşdan yuxarı (>60), xəstəliyin davam etmə müddəti $43,4 \pm 12,4$ (3-516) ay olmuşdur. Yəni bir qrup xəstələr tez, bir qrup xəstələr isə illər sonra bizə müraciət etmişlər.

Xəstələr yaşayış yerlərinə görə Bakı, Sumqayıt (mərkəz şəhərlərdə yaşayanlar) şəhərləri və regionlar olaraq iki qrupa yerləşdirildi. Xəstələrin 11 (20,8±5,6%) nəfərini Bakı, Sumqayıt şəhərlərində yaşayanlar, 42 (79,2±5,6%) nəfərini isə regionlarda yaşayanlar təşkil etmişdir.

Xəstələrdən 20 (37,7±6,7%) nəfərində təbii sidik aktı olmamış, sidik yalnız uşaqlıq yolundan axmışdır. Digər 33 (62,3±6,7%) xəstədə isə həm təbii sidik aktı olmuş, həm də sidik vaginadan axmışdır.

Ümumi xəstələrdən 8 (15,1±4,9%) nəfərin sidik kisəsində daş xəstəliyi olmuş, 3 (5,7±3,2%) xəstədə yanaşı olaraq (kalkulyoz xolesistit, göbək yırtığı) xəstəlikləri aşkarlanmış, 50 (94,3±3,2%) xəstədə isə digər xəstəliklərə rast gəlinməmişdir. Qadınlar uyğun mütəxəssislər tərəfindən nəzarətə alınmış və VVF ləğvi əməliyyatı ilə yanaşı olaraq göbək yırtığının ləğvi və xolesistektomiya əməliyyatları icra olunmuşdur. Sidik kisəsində daş müşahidə olunan

xəstələrə eyni zamanda litotripsiya və sistolitotomiya əməliyyatları icra olunmuşdur.

Ginekologi anamnezə görə 45 (84,9±4,9%) nəfər xəstədə hamiləlik olmuş, 8 (15,1±4,9%) nəfər xəstədə isə heç vaxt hamiləlik olmamışdır.

Doğuş prosesi 40 (75,5±5,9%) xəstədə olmuş, 13 (24,5±5,9%) xəstədə isə doğuş olmamışdır. 3 (5,7±3,2%) qadının anamnezində abort olmuş, 50 (94,3±3,2%) qadının anamnezində abort olmadığı müşahidə olunmuşdur. Anamnezinə əsasən Kesar əməliyyatı keçirən xəstə 7 (13,2±4,7%) nəfər, Kesar əməliyyatı keçirməyənlər isə 46 (86,8±4,7%) nəfər təşkil etmişdir.

Qadınların 15 (28,3±6,2%) nəfərinin anamnezində bizim əməliyyata qədər VVF ləğvi əməliyyatı keçirdikləri müşahidə olunub və onlara tərəfimizdən residiv fistul diaqnozu qoyulub. Residiv fistulu olanlardan 11 (20,8±5,6%) xəstə bir dəfə, 2 (3,8±2,6%) xəstə iki dəfə 2 (3,8±2,6%) xəstə isə üç dəfə VVF ləğvi əməliyyatı olunublar. Xəstələrdən 38 (71,7±6,2%) nəfəri daha əvvəl VVF ləğvi əməliyyatı keçirmədikləri üçün birincili xəstələr hesab olunub və onlara xəstəlik yarandıqdan üç ay sonra bizim tərəfimizdən cərrahi əməliyyat icra olunub.

Veziko-vaginal fistullu xəstələr fistulun yaranma səbəbinə – etioloji amillərə görə araşdırılıb. Fistulların etiologiyası üzrə məlumatlar cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrdə etioloji amillər

Fistulun yaranma səbəbi	Xəstələrin sayı
Uşaqlığın artımlarla birlikdə total histerektomiyası	21 (39,6±6,7%)
Uşaqlığın subtotal histerektomiyası	17 (32,1±6,4%)
Ağır doğuş	3 (5,7±3,2%)
Kesar əməliyyatı	7 (13,2±4,7%)
Travma	2 (3,8±2,6%)
Digər əməliyyatlardan sonra	2 (3,8±2,6%)
Uşaqlığın sallanmasına görə fiksasiya əməliyyatı	1 (1,9±1,9%)

Bizim müşahidəmiz göstərir ki, ginekoloji əməliyyatlar zamanı sidik kisə zədələnmələrinin rastgəlmə faizi yüksəkdir.

Sidiklik uşaqlıq yolu fistulu olan xəstələrin klinik müşahidəsi.

Müayinəyə xəstələrin şikayətlərini dinləməklə başlanaraq əsas şikayətlərin sidiyin uşaqlıq yolundan axması, USM-də hidronefroz müşahidə olunan xəstələrdə böyrək nahiyəsində ağrı, temperatur və üşütmə, sidik kisəsində daşı olan xəstələrdə isə aralıq nahiyəsində ağrı və iynə batma hissinin olması olmuşdur. Xəstələrdən anamnez toplanaraq onların yaşayış yeri, yaşı, keçirdiyi xəstəliklər və əməliyyatlar dəqiqləşdirilmiş xəstəliyin müddəti müəyyən olunmuşdur.

Bütün xəstələrimizə əməliyyatdan əvvəl qanın ümumi və biokimyəvi analizləri, qanda infeksiyaların təyini, sidiyə gedən xəstələrdə sidiyin ümumi analizi, EKQ müayinəsi və 40 yaşdan böyük xəstələrə kardioloqun baxışı, döş qəfəsinin rentgenoskopiyası, daxili orqanların USM-i aparılmışdır. Bu müayinələr bütün əməliyyatönu hallarda aparıldığı üçün onların cərrahi əməliyyatın nəticələrinə təsirini müəyyən etmədik.

Xəstələrə diaqnostik müayinə metodu olaraq baxış, vaginal müayinə, sidik kisəsinə rəngli mayenin vurulması (0,4%-li indiqokarminlə boyanmış fizioloji məhlul), sistoskopiya aparılmış, əməliyyatdan əvvəl fistulun yerləşməsi, ölçüsü, sayı, sidik axarlarına münasibəti müəyyən olunmuş, supratrıqonal-trıqondan 2,5-3,0 sm yuxarı, trıqonətrafi-sidik axarı mənəşəblərindən 2,0-2,5 sm məsafəyə qədər uzaqlıqda və subtrıqonal yerləşdiyi, sidik kisəsində daş, törəmə olub olmadığı müəyyən olunaraq cərrahi əməliyyatın girişi seçilib, diaqnozunda çətinlik çəkdiyimiz bir xəstəyə sistoqrafiya icra olunub.

Eksternal baxış VVF zamanı ən vacib müayinədir ki, baxış zamanı uşaqlıq yolundan sidik gəldiyi açıq aydın görünür. Palpasiya vasitəsilə vaginada çapıq toxuması, tikiş materialı və ya geniş fistul hiss olunur. Vaginal baxış isə fistul yolunu görməyə şərait yaradır.

Əsas diaqnostika üsulu olaraq sistoskopiya, vaginal müayinə (vaginal müayinə zamanı rəngli maye sınağının aparılması, clik test-uretradan dəmir qadın kateteri salınaraq fistuldan xaric olunması) sistoqrafiya icra olunmuşdur.

Cərrahi əməliyyatın girişini seçərkən xəstəyə xüsusilə vaginal

müayinə aparılmış, uşaqlıq yolunun selikli qişasının vəziyyəti, vaginanın diametri və eyni zamanda fistulun sidik kanalının xarici dəliyindən və uşaqlıq yolu girişindən nə qədər yüksəklikdə yerləşməsi dəqiqləşdirilərək transvaginal manipulyasiyanın mümkünlüyü və ya qeyri-mümkünlüyü müəyyən olunub. Sistoskopiya və vaginal müayinələrə əsasən aşağıdakı nəticələr əldə olunub. Xəstələrə vaginal baxış aparılaraq uşaqlıq yolundan maye xaric olduğu görülmüş, 39 (73,6±6,1%) xəstəyə sistoskopiya, 19 (35,8±6,6%) xəstəyə vaginal baxış zamanı klik test, 5 (9,4±4,0%) xəstənin sidik kisəsinə rəngli maye vurulması, 1 (1,9±1,9%) xəstəyə isə sistografiya icra olunaraq veziko-vaginal fistul diaqnozu təsdiqlənmişdir.

Fistulu supratrigoanal yerləşmiş xəstələr 29 (54,7±6,8%) nəfər, fistulu subtrigoanal və trigoanətrafi zonada yerləşən xəstələr isə 24 (45,3±6,8%) nəfər olmuşdur.

Biz öz elmi araşdırmamız zamanı vaginal müayinə və sistoskopiya müayinə üsullarına üstünlük verdik və fistulların yerləşməsinə ureterlərə münasibətini dəqiqləşdirərək cərrahi əməliyyat girişlərini seçdik.

Bütün fistullu xəstələr əməliyyatdan əvvəlki dövrdə əməliyyatönu müayinələrdən keçirilərək anestezioloq tərəfindən qiymətləndirilmiş və uyğun anesteziya (ümumi və ya spinal) planlaşdırılmış, cərrahi əməliyyat zamanı fistul ləğvi əməliyyatlarının ümumi prinsiplərinə diqqət olunmuşdur.

Riyazi-statistik analiz üsulları. Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla variasiya, diskriminant və dispersiya üsullarının tətbiqi ilə aparılmışdır. Bütün hesablamalar EXCEL-2013 elektron cədvəlində və SPSS-20 paket proqramında aparılmış, nəticələr cədvəllərdə və diaqramlarda cəmləşdirilmişdir.

TƏDQIQAT NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

VVF ləğvi əməliyyatlarına ortalama 164,0±11,6 (min-70, max-540) dəqiqə sərf olunmuşdur. Sidik axarları 5,7±3,2% xəstədə fistul cəlb olduğu üçün VVF ləğvi ilə yanaşı sistoneostomiya

əməliyyatına ehtiyac duyulmuş, sidik axarı mənşəbləri fistul çox yaxın olan $7,5\pm 3,6\%$ xəstəyə isə sidik axarlarının zədələnməsinin qarşısını almaq üçün sidik axarı kateterizasiyası aparılmışdır.

Xəstələrin ümumi yatış müddəti ortalama $21,2\pm 1,2$ (min-11,max-62) gün, əməliyyatdan sonrakı yatış dövrü $16,6\pm 1,1$ (min-5,max-54) gün olmuşdur⁸.

Xəstələr uzaq nəticələrə görə qiymətləndirilərkən ilk əməliyyatlarda $96,2\pm 2,6\%$ xəstədə sağalma əldə olunmuş, $3,8\pm 2,6\%$ xəstə isə ikinci əməliyyatdan sonra uğur əldə olunmuşdur (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Residiv fistulun səbəbləri

Amillər		VVF ləğvi əməliyyatı		Ümumi	χ^2	p
		Olmayıb	Olub			
Uretral Kateterə qarşı reaksiya	Say	2	–	2	0,820	0,365
	%	5,3%		3,8%		
Sidik yolu infeksiyası	Say	1	–	1	0,402	0,526
	%	2,6%		1,9%		
Residiv	Say	1	1	2	0,482	0,487
	%	2,6%	6,7%	3,8%		

Birincili VVF-i olan xəstələrin yaşı $44,4\pm 1,6$ (min-21,max-67), xəstəliyin davam etmə müddəti $30,6\pm 9,3$ (min-3,max-324) ay, residiv xəstə qrupunda xəstəliyin davam etmə müddəti $75,9\pm 36,6$ (min-3, max 516) ay olduğu müəyyən olunmuşdur. Residiv veziko-vaginal fistullu xəstələrin yaşları $47,5\pm 2,7$ (min-31, max-68), $p=0,374$, xəstələrin bədən-kütlə indeksi (BKİ) $27,4\pm 1,5$ (min-19, max 40,4) kg/m^2 ($p=0,423$) olmuşdur. Birincili xəstələrin 10 ($26,3\pm 7,1\%$) nəfəri mərkəzi şəhərlərdə 28 ($73,7\pm 7,1\%$) nəfəri regionlarda yaşayanlar olmuşdur. Residiv VVF-li xəstələrin yalnız 1 ($6,7\pm 6,4\%$) nəfəri

⁸İmamverdiyev, S.B., Binnətova, E.Y. Veziko-vaginal fistulaların diaqnostika və müalicəsi // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2015. № 2, – s. 121.

mərkəzi şəhərlərdə, 14 (93,3±6,4%) nəfəri isə regionlarda yaşayan p=0,112 olmuşdur.

Birincili xəstələrin əməliyyatının davametmə müddəti 157,5±11,1 (min-70, max-340) dəqiqə arasında dəyişmiş, residiv fistullu xəstələrin cərrahi əməliyyatının davametmə müddəti 180,3±30,0 (min-75, max-540) dəqiqə (p=0379, F=0,787) olmuşdur.

Birincili və residiv fistullu xəstə qrupları arasında sidik axarı kateterizasiya olunmasına görə statistik fərq (p=0,001) müəyyən olunmuşdur. Demək ki, belə hallarda sidik axarları fistul cəlb oluna bilər ki, bu da sidik axarı kateterizasiyasının icrasına və VVF ləğvi əməliyyatlarının aparılmasında texniki çətinliklərə, cərrahi əməliyyatın davametmə müddətinin (157,5±11,1, min-70, max-340) dəqiqədən 180,3±30,0 (min-75, max-540) dəqiqəyə qədər uzanmasına, əməliyyatdan sonrakı dövrdə uretral drenajın daha uzun müddətə saxlanılmasına, stasionar yatış müddətinin daha uzun olmasına gətirib çıxarır⁹.

Birincili fistulların ümumi stasionar yatış müddəti 19,5±1,0 (min-11, max-44) gün, residiv fistullu xəstələrin ümumi stasionar yatışı 25,3±3,2 (min-13, max-62) gün, (p=0,030, F=5,016) olmuşdur. Birincili xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionar yatışı 15,1±1,0 (min-5, max-42 gün), residiv fistullu xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdəki yatışı isə 20,6±2,9 (min-8, max-54) gün (p=0,026, F=5,267) müəyyən olunmuşdur.

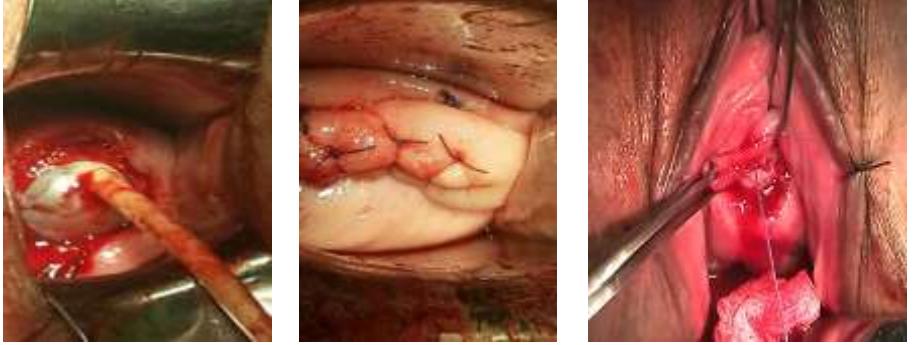
Xəstələrin VVF ləğvi əməliyyatları iki girişlə transvezikal və transvaginal olaraq icra olunmuşdur (şək. 1).

Xəstələrdən 8 (15,1±4,9%) nəfərində sidik kisəsində daş müşahidə olunduğu üçün 6 (11,3±4,4%) nəfərə yanaşı olaraq sistolitotomiya əməliyyatı, transvaginal VVF ləğvi icra olunan 2 (3,8±2,6%) nəfərə isə litotripsiya əməliyyatı icra olunmuşdur.

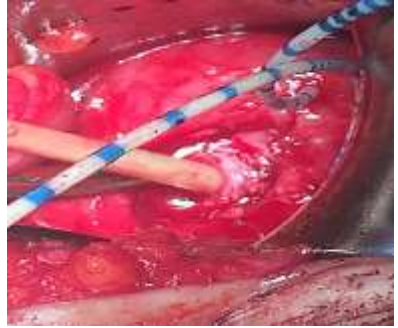
Xəstələrdən 3 (5,7±3,2%) nəfərində sidik axarı mənşəbləri bilavasitə fistul yoluna açılmış və sistoneostomiya əməliyyatına ehtiyac duyulmuşdur.

⁹Биннетова, Э.Ю. Наш опыт в лечении рецидивных и первичных везико-вагинальных фистул // – Тюмень: Медицинская наука и образование Урала, – 2019. № 4, – с. 83-88.

Fistulu sidik axarı mənşəblərinə yaxın olan 4 ($7,5\pm 3,6\%$) xəstədə sidik axarlarının zədələnməsinin qarşısını almaq üçün sidik axarı kateterizasiyası aparılmışdır.



a)



b)

Şək. 1. Transvaginal (a) və Transvezikal (b) VVF ləğvi əməliyyatları

Əməliyyatlarda sidik kisəsinin drenləşdirilməsi iki cür aparılmışdır. Anamnezində uretral kateterə qarşı reaksiyası olan xəstələrə və transvezikal VVF ləğvi icra olunan xəstələrin bir qrupuna qasıqüstü drenaj qoyulmuşdur. Xəstələrin 35 ($66,0\pm 6,5\%$) nəfərinə uretral drenaj, 18 ($34,0\pm 6,5\%$) nəfərinə isə qasıqüstü drenaj

qoyulmuşdur. Tikiş materialı olaraq yalnız uzun müddətə sorulan (Vikril № 2/0, 3/0, 0) saplar istifadə olunan xəstələr 43 (81,1±5,4%) nəfər, sadə ketqut, xrom ketqut və vikril istifadə olunan xəstələr isə 10 (18,9±5,4%) nəfər təşkil etmişdir.

Transvaginal qrupdakı xəstələrin orta yaş göstəricisi 46,2±1,8 (min-21, max-66) yaş, transvezikal qrupdakı xəstələrin yaşları 44,6±2,1 (min-23, max-68) p=0,556 ($\chi^2=3,193$) olmuşdur.

Transvaginal qrupdakı xəstələrin xəstəliklərinin davametmə müddəti 43,6±21,4 (min-3, max-516) ay, transvezikal qrupdakı xəstələrin xəstəliyinin davametmə müddəti 43,2±14,6, min-3, max-324 ay olmuşdur.

Xəstələrdən 7 (29,2±9,3%) nəfəri Bakı, Sumqayıt şəhərlərində, 17 (70,8±9,3%) nəfəri isə regionlarda yaşayanlar, digər qrupda isə 4 (13,8±6,4%) nəfərin yaşayış yeri, mərkəzi şəhərlər (Bakı, Sumqayıt), 25 (86,2±6,4%) nəfərin yaşayış yeri isə regionlar (p=0,170 $\chi^2=1,887$) olmuşdur.

Transvaginal qrupdakı xəstələrin boyu 160,5±1,2 (min-150, max-172) sm., kütlələri 73,9±3,1 (min-48, max-110) kq, BKİ 28,7±1,1 (min-20,9, max-40,4) kq/m² olmuşdur. Transvezikal girişlə cərrahi əməliyyat olunan xəstələrin boyları ortalama 160,2±1,0, min-146, max-170sm., bədən kütlələri ortalama 70,8±3,3, min-47, max-110 kq. BKİ 27,6±1,3 (min-19, max-45,2) kq/m², p=0,563 olmuşdur.

Transvaginal VVF ləğvi icra olunan xəstələrin hamısına 24 (100%) uretral drenaj qoyulmuş, Transvezikal girişlə cərrahi əməliyyat icra olunan xəstələrə qasıqüstü drenajdan istifadə olunmuş və sidik kisəsi 11 (37,9±9,0%) xəstədə uretral kateterlə, 18 (62,1±9,0%) xəstədə isə qasıqüstü üçkanallı kateter qoyularaq drenləşdirilmişdir ($\chi^2=22,558$; p<0,001). Transvezikal qrupdakı xəstələrin 3 (10,3±5,7%) nəfərində sidik axarı zədələnməsinin qarşısını almaq üçün sidik axarı kateterizasiyası aparılmışdır ($\chi^2=0,718$; p=0,397).

Transvaginal girişlə cərrahiyyə əməliyyatı icra olunan xəstələrin ümumi stasionar yatışı 20,5±1,0 (min-11, max-38) gün təşkil etmiş, transvezikal girişlə əməliyyat icra olunan xəstələrin ümumi yatışı 22,0±2,0 (min-12, max-62) gün, (F=0,583, p=0,449) olmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı yatış günləri isə transvaginal qrupda

15,8±1,0 (min-5, max-29) gün, transvezikal qrupda 17,4±1,9 (min-7, max-54) gün ($F=0,513$, $p=0,477$) müəyyən olunmuşdur.

Transvaginal qrupa daxil olan xəstələrin cərrahi əməliyyatına sərf olunan zaman 112,3±5,9 (min-70, max-180) dəq, transvezikal qrupun əməliyyat müddəti 206,7±16,9 (min-90, max-540) dəqiqə davam etmiş, qruplar arasındakı statistik əhəmiyyətli fərqlər $p<0,001$ olmuş yəni transvezikal girişlə VVF ləğvi əməliyyatına daha çox vaxt sərf olunmuşdur.

Transvezikal qrupdakı xəstələr uzaq nəticələrə görə araşdırılarkən heç bir xəstədə residiv müşahidə olunmamış (100,0%) xəstədə sağalma əldə olunaraq yaxşı qiymətləndirilmiş, transvaginal girişlə VVF ləğvi icra olunanlarla 22 (91,7±5,6%) xəstə uzaq nəticələrə görə yaxşı qiymətləndirilərək sağalma əldə olunmuş, 2 (8,3±5,6%) xəstə qeyri-kafi qiymətləndirilərək residiv fistul olduğu müəyyən olunmuşdur ($p=0,113$, $\chi^2=2,511$). VVF residivlərin 2 (3,8±2,6%) əsas səbəbinin kateterə qarşı reaksiya olmuş, bu xəstələrdə (xronik sistit və sidikliyin tutumunun azalması) fistulplastikadan sonra sidik yolu infeksiyasının aktivləşməsi və tenezmlər olmuşdur¹⁰.

Beləliklə, müşahidələrimizdən aydın olur ki, veziko-vaginal fistulplastika əməliyyatları xüsusi təcrübə tələb edərək fistulun hansı səbəbdən əmələ gəlməsini, anamnezində tez-tez kəskinləşən xronik sistit keçirməsini, sidikliyin tutumunun hansı səviyyədə olmasını diqqətdə saxlamağı tələb edir.

Xəstələrin həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi. Sidik kisəsi uşaqlıq fistulunun olmasının xəstələrin sosial həyatına təsirini müəyyən etmək üçün də araşdırmalar aparılmışdır. Sağlamlığın fiziki və psixi göstəricilərini müəyyən etmək üçün 30 nəfərə fiziki və psixoloji test aparılmışdır.

Nəticədə müəyyən olunmuşdur ki, fistulu olan xəstələrin problemləri onların sosial həyatına, ailədə psixoloji və emosional vəziyyətlərinə ciddi təsir göstərmiş, qadınlarda inamsızlığın yaranmasına, sosial həyatın məhdudlaşmasına, ailə həyatında gərginliyin yaranmasına və öz peşələrindən uzaqlaşmasına gətirib

¹⁰İmamverdiyev, S.B., Binnətova, E.Y. Transvezikal və transvaginal girişlə veziko-vaginal fistula ləğvi əməliyyatlarının nəticələri // – Bakı: Sağlamlıq, – 2017. № 5, – s. 180-185.

çıxarmışdır. Xəstələrin psixoloji və emosional vəziyyətinin yaxşılaşması üçün uzun zaman tələb olunmuşdur.

Birincili və residiv fistullarda veziko-vaginal fistul ləğvi əməliyyatlarından sonra xəstələrin həyat keyfiyyəti. Birincili və residiv fistulu olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi sorğusu aparılmış, qruplararası statistik fərqlər müəyyən olunmamış, bütün xəstələr eyni psixoloji və fiziki vəziyyətdə olmuşlar.

Bu testə əsasən belə aydın olur ki, anamnezində fistul ləğvi əməliyyatı olan və olmayan xəstə qruplarının sağlamlığının fiziki və psixi göstəriciləri arasında elə bir fərq yoxdur, onların hamısının emosional vəziyyətləri və psixi sağlamlıqları pisdır, onlar müxtəlif sosial aktivliklərdə iştirak etməkdən çəkinirlər.

Yatrogen səbəbi müxtəlif olan xəstə qruplardakı xəstələrin həyat keyfiyyətinin psixi və fiziki göstəriciləri müəyyən olunaraq bəlli olub ki, xəstələrin psixi və ümumi sağlamlıqları aşağı səviyyədə olmuş, sosial aktivliklərdə iştirak etməmişlər.

Sidik kisəsi uşaqlıq yolu fistulunun yaranmasına səbəb olan əməliyyatlar üçün Kruskall-Wallis testi tətbiq olunaraq sağlamlığın fiziki və psixi göstəriciləri müəyyən olunmuşdur. Yatrogen səbəbi uşaqlığın subtotal histerektomiyası olan və digər xəstə qruplarının sağlamlığının fiziki və psixi göstəriciləri arasında statistik əhəmiyyətli dürüst fərqlər PF ($p=0,635$), RP ($p=0,315$), BP ($p=0,838$), GH ($p=0,657$), VT ($p=0,694$), SF ($p=0,223$), RE ($p=0,013$), MH ($p=0,322$) olmuşdur.

Səbəbi uşaqlığın total histerektomiyası olan və digər xəstə qruplarının sağlamlığının fiziki və psixi göstəriciləri arasında PF ($p=0,174$), RP ($p=0,197$), BP ($p=0,948$), GH ($p=0,782$), VT ($p=0,735$), SF ($p=0,612$), RE ($p=0,816$), MH ($p=0,300$) olmuşdur. Bu testə əsasən belə aydın olur ki, yatrogen səbəblərin onların fiziki və psixi sağlamlıqlarının göstəricilərinə elə bir böyük təsiri yoxdur.

Yaş qruplarının arasında əməliyyatdan sonrakı dövrdə sistiti olan xəstələr və yaxın nəticələrin qiymətləndirməsi statistik əhəmiyyət daşımışdır. Belə məlum olur ki, 50 yaşdan yuxarı olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə sistit əlamətlərinin olması xəstələrə fiziki sağlamlıq baxımından mənfi təsir göstərir.

Bu testə əsasən bu xəstə qruplarının sağlamlığının fiziki və psixi

göstəriciləri arasında statistik əhəmiyyətli dürrüst fərqlər PF ($p=0,444$), RP ($p=0,940$), BP ($p=0,255$), GH ($p=0,079$), VT ($p=0,855$), SF ($p=0,056$), RE ($p=0,7310$), MH ($p=0,823$) olmuşdur. Belə aydın olur ki, yaşları fərqli olan xəstə qruplarının sağlamlığının fiziki və psixi göstəriciləri arasında heç bir fərq yoxdur. Yəni, sidiklik uşaqlıq yolu fistulu olan xəstələr yaşından asılı olmayaraq eyni fiziki və psixi sağlamlığa malik olurlar.

Xəstəliyin müddəti xəstələrin sağlamlığının fiziki və psixi göstəricilərinə təsiri PF ($p=0,444$), RP ($p=0,940$), BP ($p=0,255$), GH ($p=0,079$), VT ($p=0,8550$), SF ($p=0,056$), RE ($p=0,731$) və MH ($p=0,823$) olaraq müəyyən olunmuşdur. Bu testə əsasən belə nəticə çıxarmaq olar ki, xəstəliyin davam etmə müddətinin xəstələrin fiziki və psixi sağlamlığına ciddi təsiri yoxdur və bu xəstələr demək olar ki, eyni fiziki və psixoloji vəziyyətdə olurlar.

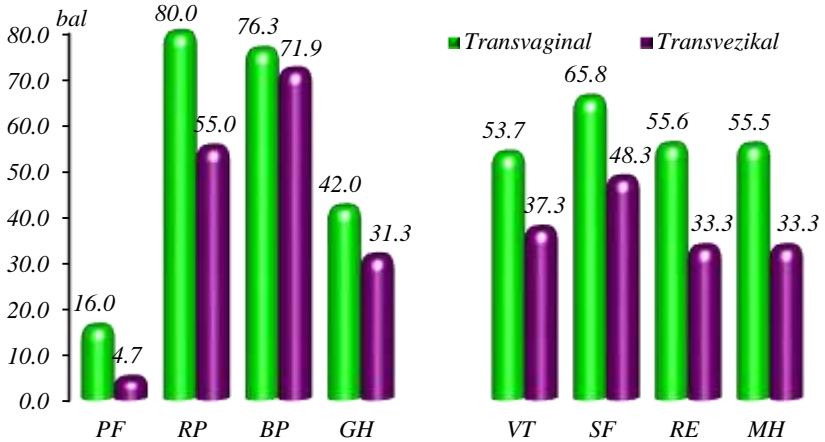
Yatrogen səbəbi Kesar əməliyyatı olan və digər xəstələrin PF ($p=0,056$), RP ($p=0,978$), BP ($p=0,716$), GH ($p=0,831$), VT ($p=0,021$), SF ($p=0,088$), RE ($p=0,131$), MH ($p=0,160$) olmuşdur. Bu testə əsasən belə aydın olur ki, anamnezində Kesar əməliyyatı olmayan xəstələr fiziki funksiyalarını daha rahat yerinə yetirir və həyat aktivlikləri daha yüksək olur.

Beləliklə, xəstələrin sağlamlığının fiziki göstəriciləri – fiziki funksiyalar (PF) ortalama $10,3 \pm 2,3$ (min-0, max-40), fiziki funksiyaların rolu (RP) $67,5 \pm 3,6$ (min-50, max-100), ağrının intensivliyi (BP) $74,1 \pm 2,8$ (min-33,33, max-100), sağlamlığın ümumi vəziyyəti (GH) $36,7 \pm 2,8$, (min-5, max-60), sağlamlığın psixi göstəriciləri – həyat aktivliyi (VT) $45,5 \pm 4,1$, (min-0, max-70), xəstələrin sosial funksiyaları (SF), $57,1 \pm 4,0$, (min-12,5, max-100), emosional vəziyyətin funksiyaların yerinə yetirilməsindəki rolu (RE) $44,4 \pm 5,8$ (min-0, max-100) müşahidə olunmuşdur.

Transvaginal və transvezikal girişlə icra olunan veziko-vaginal fistul ləğvi əməliyyatlarından sonra xəstələrin həyat keyfiyyəti

Transvaginal və transvezikal girişlə icra olunan veziko-vaginal fistul ləğvi əməliyyatlarından sonra xəstələrdə sağalma əldə olunmasına baxmayaraq hər qrup xəstədən 15 nəfərin həyat keyfiyyətini müəyyən etmək, onların fiziki və psixi sağlamlığının

göstəricilərini müəyyən etməyə çalışdıq (şək. 3).



Şək. 2. Müxtəlif əməliyyatların xəstələrin həyat keyfiyyətinə təsiri

Transvezikal girişlə cərrahi əməliyyat icra olunan xəstələrin fiziki və psixi göstəriciləri olaraq RF $4,7 \pm 0,9$ (min-0, max-10), $p=0,010$ olmuş və transvaginal qrupla müqayisədə fiziki aktivliklərdə çətinlik çəkmişlər. Xəstələrin həyatında RP $55,0 \pm 3,6$ (min-50, max-100), $p<0,001$, BP $71,9 \pm 4,7$ (min-33,3 max-100), $p=0,426$, GH $31,3 \pm 4,8$ (min-5, max-60), $p=0,052$ müəyyən olunmuş, VT ortalama $37,3 \pm 5,6$ (min-0, max-55), $p=0,042$, SF $48,3 \pm 4,7$ (min-12,5, max-87,5), $p=0,024$, RE $33,3 \pm 8$, (min-0, max-66,7), $p=0,057$, MH $33,3 \pm 5,5$ (min-0, max-52), $p=0,001$ olduğu müəyyən olmuşdur.

Beləliklə, xəstə qruplarımız arasında apardığımız Anova testinə əsasən icra olunmuş cərrahi əməliyyatlar, o cümlədən bizim iki müxtəlif girişlə apardığımız əməliyyatlardan olan transvaginal giriş transvezikal girişə baxdıqda xəstələrimizin fiziki cəhətdən fəaliyyətlərinə daha tez dönmələrinə, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağrının daha az olmasına, ümumi sağlamlılıqlarını daha tez əldə etmələrinə, eyni zamanda psixoloji baxımdan onların həyat və sosial aktivliklərini, ümumi sağlamlılıqlarını digər qrupa nisbətən daha tez əldə etmələrinə və ümumilikdə psixi sağlam olmalarına gətirib çıxarır.

Mövcud olan bütün ədəbiyyat materialları üzərində 282 məqalə əsasında statistika aparılaraq 39%-də transvaginal, 36%-də – transabdominal transvezikal, 15%-də – laparoskopik, 3%-də isə kombinə (transvezikal-transvaginal) girişlərin icra olunduğunu və bütün cərrahi əməliyyatlarda sağalmanın 95%, konservativ olaraq uzun müddət kateterlə drenə olunanların isə 63%-də sağalma əldə olduğunu qeyd müəyyən olunub¹¹.

Ümumilikdə götürdükdə bizim toxuma loskutu istifadə etmədən icra etdiyimiz bütün VVF ləğvi əməliyyatlarında ilk əməliyyatda 96,2±2,6 % sağalma əldə etdik və 3,8±2,6% xəstədə ikinci VVF ləğvi əməliyyatında uğur qazandıq. Ayrı-ayrılıqda götürdükdə transvezikal girişlə icra olunan xəstələrdə 100,0%, transvaginal qrupda isə 91,7±5,6% sağalma əldə olunaraq 8,3±5,6% xəstədə residiv yarandı. Həmin xəstələrdə vaginal darlıq müşahidə olunduğu üçün ikinci VVF ləğvi əməliyyatı transvezikal girişlə icra olunaraq 100% sağalma əldə olunmuşdur¹².

Birincili fistullarda transvaginal girişlərdə 3 qat (sidik kisəsi, paravaginal toxumalar və uşaqlıq yolu), transvezikal girişlərdə 3 qat (uşaqlıq yolu, sidik kisəsinin divarı və selikli qişa) tikişlər 14-15 günə, residiv fistullarda və uretral kateterə qarşı reaksiyası olanlarda episistostomik boru əməliyyatdan 12 gün sonra tədricən daha kiçik borularla əvəz olunaraq 18-20 günə 100,0% sağalmanı təmin edir.

Həkimin təcrübəsi artdıqca transperitoneal fistulplastikaya ehtiyac kəskin azalır, transvezikal (54,7%) əməliyyata göstəriş isə fistulun yüksəkdə olması, sidik axarına 2,0 sm-dən yaxın olması (fistulplastika zamanı ureterosistoneostomiya göstəriş yaranır) və vaginal darlıqdır. Digər bütün hallarda daha az travmatik və daha qısa vaxt tələb edən transvaginal (45,3%) fistulplastikaya göstərişlər artmış olur. Transvaginal plastikanın uğurlu olması üçün fistul sidik axarı mənfəzlərindən ən azı 2,0 sm. kənarında olmalıdır.

¹¹*Bodner-Adler, B., Hanzal, E., Pablik, E.* Management of vesicovaginal fistulas (VVF) in women following benign gynaecologic surgery: Asystematic review and meta-analyis // *PloS One*, 2017. 12 (2), e0171557.

¹²*İmamverdiyev, S.B., Binnətova, E.Y.* Sidiklik uşaqlıq yolu fistullarının toxuma loskutu olmadan cərrahi müalicəsi // – Bakı: Urologiya və reproduktiv təbabət jurnalı, – 2018. № 2, – s. 34-37.

Təcrübəmizdə endouroloji avadanlıqlardan istifadə olunaraq veziko-vaginal fistulların yerləşməsi dəqiqləşdirilmiş, VVF-in diaqnostikasında KT, MRT müayinələrinə ehtiyac olmadığı, transvaginal və transvezikal girişlə problemin həllinin mümkünlüyü müəyyən olunmuşdur. Son 15 ildə daha invaziv girişlərlə fistulplastika əməliyyatına ehtiyac olmadığı müəyyən olunmuşdur. Ancaq bəzən fistulplastika icra olunarkən fistul ətrafı toxumalar və sidik axarı mobilizə olunan zaman lazımınca kontrol olunması üçün periton boşluğunun açılması halları mümkündür. Ginekoloji əməliyyatdan sonra peritonun fistul yaxın olması gözlənilən bir prosesdir. Qeyd olunan hallar müstəsnalıq təşkil etsə də belə vəziyyətlərdən çıxmaq yollarını bilmək lazımdır.

Beləliklə, VVF bərpa əməliyyatlarında ən gözəl nəticə ilk əməliyyatda alındığı üçün biz də öz xəstələrimizdə keçirilmiş cərrahi əməliyyatla fistulplastika arasındakı zamanın ən az 3 ay olmasına diqqət etdik. Əməliyyatdan əvvəl bütün xəstələrdə fistulların ureterlərə münasibətini, yerləşməsini, sayını və ölçüsünü müəyyən edərək göstəriş olan xəstələrdə sidik axarlarının zədələnməsinin qarşısını almaq üçün sidik axarı stentləşməsi və ya kateterizasiyasını icra etdik. Müəyyən etdiyimiz müayinə və müalicə alqoritminə əsasən fistul ləğvi əməliyyatının girişini seçdik. Fistul ləğvi əməliyyatları zamanı, gələcəkdə ola biləcək vagina darlığının və qısalmasının, toxuma çatışmazlığının qarşısını almaq üçün sidik kisə və vaginanı ayırarkən mümkün qədər toxumaları qorumağa, fistul kənarını incə rezeksiya etməyə çalışdıq. Toxumalara 3 qat (əlavə uc-uca) tikişlər, transvaginal girişdə - sidik kisəsinə, paravezikal toxumalara və vaginanın divarına, transvezikal girişdə isə, vaginanın divarına, sidik kisəsinin əzələ və selikaltı qatına, selikli qişaya qoyuldu. VVF ləğvi əməliyyatlarında heç bir loskutdan istifadə olunmadan tikişləri sidik kisəsinin divarına qoyarkən selikli qişanın çevrilməməsinə əzələ qatı ilə örtülməsinə diqqət olundu. Vaginaya tikişlər qoyarkən “U” şəkilli tikişlər və lazım gələn nahiyələrə əlavə uc-uca tikişlər qoyuldu. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaranın birincili və infeksiyasız mühitdə sağalmasını təmin etmək üçün sidik kisə drenajının adekvat işləməsini təmin edərək antibiotikoterapiya və antiseptiklərlə vaginanın sanasiyası aparıldı. Bütün bunların

cərrahi əməliyyatın nəticələrinə təsir edən amillər olduğu və nəticələri yaxşılaşdırdığı, fistul əməliyyatlarında heç bir loskuta və transperitoneal girişə ehtiyac olmadan sağalmanın mümkünlüyü müəyyən olundu¹³.

Elmi araşdırmada həmçinin residiv fistulların yaranma səbəbləri araşdırılmışdır. VVF ləğvi əməliyyatlarından sonra sidik kisəsinin drenləşdirilməsi müəyyən hallarda ciddi məsələyə çevrilir. Bəzi xəstələr ginekoloji əməliyyatdan əvvəl xronik tez –tez residiv verən sistiddən dəfələrlə müalicə almış olurlar. Kiçik çanaqda icra olunan cərrahi əməliyyatdan sonra çapıq toxumalar yarandığı və orqanların lokaliasiyası dəyişdiyi üçün xəstələr daimi kateterin saxlanması kəskin reaksiya verirlər. Belə xəstələrə gün ərzində 4-5 dəfə ağrıkəsici, spazmolitik, m-xolinolitik dərmanlar tətbiq olunsada xəstələrdə rahatlıq yaratmaq mümkün olmur. Müəyyən olunmuşdur ki, residiv fistulların yaranma səbəblərindən biri də belə xəstələrdə uretral kateterə qarşı olan reaksiyalardır. Buna görə də kateterə qarşı tolerantlıq testinin residivlərin yaranmasının qarşısını almaq üçün icra oluna biləcək tədbirlərdən biri olduğunu deməyə imkan verir.

Təcrübə formalaşdıqca uşaqlıq yolundan keçməklə fistulplastika bir çox hallarda ilk seçim olur. Bununla belə hər zaman digər girişlərə transvezikal, transabdominal transperitoneal girişdən istifadə etmək məcburiyyəti yarana bilər. Ona görə də cərrah hər hansı forma fistulplastika əməliyyatlarının aparılması üçün hazırlıqlı olmalıdır.

NƏTİCƏLƏR

1. VVF-lər əsasən 21 (39,6±6,7%) uşaqlığın artımlarla birlikdə total histerektomiyası, 17 (32,1±6,4%) uşaqlığın subtotal histerektomiyası, 7 (13,2±4,7%) Kesar əməliyyatı, 3 (5,7±3,2%) doğuş nəticəsində yaranır və xəstəliyin klinik təzahürü fistulların yerləşməsinə görə dəyişir. Subtriqonal fistulu olan xəstələrin 37,7±6,7%-də təbii sidik aktı olmur və

¹³İmamverdiyev, S.B., Binnətova, E.Y. Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulalarının bərpası zamanı transvaginal girişin üstünlükləri // – Bakı: Sağlamlıq, – 2017. № 4, – s. 63-66.

- sidik yalnız uşaqlıq yolundan axır, $62,3\pm 6,7\%$ -də isə təbii sidik aktı olmaqla yanaşı sidik uşaqlıq yolundan gəlir [1].
2. Birincili fistulların $79,2\pm 5,6\%$ -i, residiv fistulların isə $93,3\pm 6,4\%$ -i regionlarda cərrahi əməliyyat olunan qadınlarda rast gəldiyi və regionlarda yaşayanların daha gec həkimə müraciət etdikləri ($75,9\pm 36,6$, max-516 ay) müəyyən olunub [11].
 3. VVF diaqnozunu təsdiqləmək üçün sistoskopiya ilə $73,6\pm 6,1\%$, vaginal baxış zamanı iki metallik kateterin (uşaqlıq yolundan fistuldan sidik kisəsinə və uretradan sidik kisəsinə salınan) toqquşdurulması, klik test $35,8\pm 6,6\%$, bəzi hallarda sidikliyə rəngli maye yeritmək $9,4\pm 4,0\%$, sistoqrafiya $1,9\pm 1,9\%$ hallarda yetərli olur və MRT, KT müayinəsinə hər vaxt ehtiyac olmur [12].
 4. VVF ləğvi əməliyyatlarında kateterə qarşı reaksiyası olan xəstələrdə (xronik sistitin aktivləşməsi və sidikliyin tutumunun azalması) residivlərin yaranmasının əsas səbəbi fistulplastikadan sonra sidikliyin kateterlə drenləşdirilməsi olmuşdur – $3,8\pm 2,6\%$ [1, 7].
 5. Həkimin təcrübəsi artdıqca transperitoneal fistulplastikaya ehtiyac kəskin azalır, transvezikal ($54,7\%$) əməliyyata göstəriş fistulun yüksəkdə olması, sidik axarına $2,0$ sm-dən yaxın olması (fistulplastika zamanı ureterosistoneostomiyaya göstəriş yaranır) və vaginal darlıqdır. Digər bütün hallarda daha az travmatik və daha qısa vaxt tələb edən transvaginal ($45,3\%$) fistulplastikaya göstərişlər artmış olur. Transvaginal plastikanın uğurlu olması üçün fistul sidik axarı mənfəzlərindən ən azı $2,0$ sm. kənarında olmalıdır [2, 4, 15].
 6. VVF ləğvi əməliyyatlarında 3 qat (transvaginal girişlərdə sidik kisəsi, paravaginal toxumalar və uşaqlıq yolu, transvezikal girişlərdə uşaqlıq yolu, sidik kisəsinin divarı və selikli qişa) tikişlərlə hermetikliyin təmini, birincili fistullarda uretral kateter $14-15$ günə, residiv fistullarda 18 günə və episistostomik boru qoyulanlarda əməliyyatdan 12 gün sonra borunun tədricən daha kiçik ölçülü borularla əvəz olunması $18-20$ günə ($100,0\%$) sağlamanı təmin edir [11].

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Bu xəstələrin diaqnostikasında sistoskopiya (USM-də hidronefroz olduqda ureterorenoskopiya) və vaginal müayinələrin aparılması ilə fistulun yeri, ölçüsü, sidik axarlarına olan münasibətini, sidik kisəsində daş olub-olmadığını, vaginanın diametrini müəyyən etdikdən sonra cərrahi əməliyyatın transvaginal və ya transvezikal girişə uyğunluğunu dəqiqləşdirmək olur.
2. VVF ləğvi əməliyyatı 1-ci dəfə aparılırsa fistul yaranandan 2,5 ay və artıq, residiv olanlarda isə 3 aydan çox vaxt keçdikdən sonra icra olunmalıdır. VVF-ya görə iki və daha çox uğursuz əməliyyat keçirmiş xəstələrin təkrar fistulplastikası yalnız yüksək uro-ginekoloji təcrübəsi olan həkimlər tərəfindən aparılarda uğurlu ola bilər.
3. VVF dəliyinin həcmi çapıq toxumalar xaric edildikdən sonra 2-3 dəfə genişlənir və sidik axarlarına daha yaxın ola bilər ki, əməliyyatın girişi müəyyən olunarkən bu hal nəzərə alınmalıdır. Buna görə də fistulun yerləşməsinə, ölçüsünə, sayını ureterlərə olan münasibəti müəyyən etmək, cərrahi əməliyyatın girişinə düşünərək qərar vermək tövsiyə olunur ki, ola biləcək residiv hallarında təkrar icra olunan əməliyyatlarda toxuma çatışmazlığı yaranmasın və transvezikal VVF ləğvinin aparılması mümkün olsun. Biz bu elmi araşdırmamıza daxil etdiyimiz xəstələrdə heç bir toxuma loskutundan istifadə etmədik, heç bir xəstədə də toxuma çatışmazlığı olmadı. Mümkün olduğu hallarda daha invaziv girişlərdən çəkinməyi tövsiyə edirik.
4. VVF ləğvi əməliyyatları zamanı cərrahi girişdən aslı olmayaraq fistul yolunu xaric edərkən toxumalarla mümkün qədər həssas davranmaq, sidik kisə tikişlərini qoyarkən selikli qişanın çevrilməsinin qarşısını almaq, toxumaların daha əlverişli biri-birinə yaxınlaşdırılması imkanı aparıcı olmalıdır. Sidiklik divarına və uşaqlıq yoluna tikişlərin biri boylama, digəri köndələn qoyulması fikrini mütləq hesab etmək olmaz. Sidikliyin divarına və vaginaya tikişlər elə qoyulmalıdır ki,

qatlar arasında boşluq əmələ gəlməsin. Əks halda qatlararası sahədə toxuma mayesinin toplanması infeksiyalaşma riskini artırır və bunun əməliyyatın nəticəsinə həlledici təsiri ola bilər.

5. Əməliyyatdan əvvəlki dövrdə anamnezində uretral kateter olmayan xəstələrdə kateterə qarşı toleranlıq testinin aparılması əməliyyat zamanı sidik kisəsinin drenləşdirilmə üsulunu seçməyə imkan verir və residivlərin qarşısını almaq üçün tövsiyə oluna bilər.

DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP EDİLMİŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI:

1. İmamverdiyev, S.B., Binnətova, E.Y. Veziko-vaginal fistulaların diaqnostika və müalicəsi // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2015. № 2, – s. 121-125.
2. Binnətova, E.Y., İmamverdiyev S.B. Yatrogen veziko-vaginal fistulaların transperitoneal girişlə ləğvinə müasir baxışlar // – Bakı: Cərrahiyyə, – 2016. № 1, – s. 62-65.
3. İmamverdiyev, S.B., Binnətova E.Y. Veziko-vaginal fistulaların müalicəsində transvezikal girişin rolu // – Bakı: Cərrahiyyə, – 2016. № 3, – s. 11-15.
4. İmamverdiyev, S.B., Binnətova E.Y. Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulalarının bərpası zamanı transvaginal girişin üstünlükləri // – Bakı: Sağlamlıq, – 2017. № 4, – s. 63-67.
5. İmamverdiyev, S.B., Binnətova E.Y. Transvezikal və transvaginal girişlə veziko-vaginal fistula ləğvi əməliyyatlarının nəticələri // – Bakı: Sağlamlıq, – 2017. № 5, – s. 180-187.
6. İmamverdiyev, S.B., Binnətova E.Y. Veziko-vaginal fistula ləğvi əməliyyatlarının nəticələri // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2018. № 2, – s. 148-152.
7. Имамвердиев, С.Б., Биннетова, Э.Ю. Преимущество трансвагинального доступа при ликвидации везико-вагинальных фистул // – Астана: Вестник Хирургии Казахстана, – 2017. № 4/53, – s. 38-44.
8. Имамвердиев, С.Б., Биннетова, Э.Ю. Хирургическое лечение безканеного лоскута везиковагинальных фистул // – Минск: Репродуктивное Здоровье. Восточная Европа, – 2018. № 3, – с. 321-325.
9. İmamverdiyev, S.B., Binnətova, E.Y. Sidiklik uşaqlıq yolu fistullarının toxuma loskutu olmadan cərrahi müalicəsi // – Bakı: Urologiya və reproduktiv təbabət jurnalı, – 2018. № 2, – s. 34-39.
10. Binnətova, E.Y. Yatrogen veziko-vaginal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələri // Əməkdar elm xadimi, professor

Abbas Əhməd oğlu Axundbəylinin anadan olmasının 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. – Bakı, – 2018, – s.114-115.

11. Биннетова, Э.Ю. Наш опыт в лечении рецидивных и первичных везико-вагинальных фистул // – Тюмень: Медицинская наука и образование Урала, – 2019. № 4, – с. 83-88.
12. Binnətova, E.Y. Veziko-vaginal fistulların diaqnostikasında sistoskopiya və vaginal müayinələrin rolu // – Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2019. № 4, – s. 30-33.
13. Binnetova E.Yu. Vesico-vaginal fistula as a topical problem of modern medicine // Перший крок у науку: матеріали XII студентської конференції, Суми: – 18-19 березня, – 2021. – с. 22.
14. Биннетова Э.Ю. Сравнительная характеристика эффективности хирургических операций у пациентов с везико-вагинальными фистулами // Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції теоретичні та практичні аспекти розвитку науки та освіти, Львів: – 10-11 квітня, – 2021. – с. 20.
15. Binnetova E.Yu. Comparative characteristics of patients with primary and secondary vesicovaginal fistulas // Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021», Запоріжжя: – 15-16 квітня, – 2021. с. 125-126.

ŞƏRTİ İXTİSARLARIN SİYAHISI

- ATU – Azərbaycan Tibb Universiteti
- BKİ – bədən-kütlə indeksi
- BP – ağrının intensivliyi
- GH – ümumi sağlamlıq
- KT – kompyuter tomoqrafiya
- MRT – maqnit-rezonans tomoqrafiya
- PF – fiziki funksiya
- RE – emosional vəziyyətin rolu
- RKX – Respublika Klinik Xəstəxanası
- RP – fiziki funksiyaların rolu
- SF – sosial funksiya
- USM – ultrasəs müayinəsi
- VT – həyat aktivliyi
- VVF – veziko-vaginal fistul

Dissertasiyanın müdafiəsi _____ il tarixində saat _____ Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəh., Ə. Qasımsadə küç., 14 (konfrans zalı).

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat _____ il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 08.05.2021

Kağızın formatı: 60 x 84 1/16

Həcm: 37356

Tiraj: 40