



CƏRRAHIYYƏ

ELMİ-PRAKTİK FƏRƏZ
(xüsusi buraxılış)

*Azərbaycan Respublikasının əməkdar elm xadimi,
Professor Həsən Abbas oğlu Sultanovun 90 illik yubileyinə
həsr olunmuş Beynəlxalq elmi-praktik
konfransın materialları*

№4, 2022

Cədvəl

Tələbə qızların uşaqlığının və yumurtalıqlarının göstəriciləri (M±Se)

USM göstəriciləri	Tələbə qızların USM göstəriciləri	Sağlam qadınların USM göstəriciləri	P
Uşaqlıq, sm:			
- uzunluğu	4,6±0,04 (3,4-6,1)	6,65±0,11 (5,3-8,8)	<0,05
- eni	3,63±0,02 (2,0-2,29)	6,3±0,09 (4,9-6,5)	<0,05
- ön-arxa ölçüsü	4,49±0,07 (2,1-5,8)	3,58±0,06 (2,9-4,5)	<0,05
Endometriumun qalınlığı	0,97±0,05 (0,16-1,8)	—	—
Sağ yumurtalıq, sm:			
- uzunluğu	3,1±0,05 (1,2-4,5)	3,3±0,07 (2,4-3,9)	>0,05
- eni	2,61±0,05 (1,3-4,5)	2,4±0,09 (2,0-2,7)	>0,05
- qalınlığı	2,1±0,08 (1,6-2,4)	2,0±0,11 (1,7-2,3)	>0,05
- həcmi	8,5±0,02	7,92±0,03	<0,05
-arterik follikulların sayı	3,3±0,05 (2,0-7,0)	4,0±0,02 (3,0-6,0)	<0,05
- yerləşməsi	yumurtalıq toxumasında	yumurtalıq toxumasında	—
Sol yumurtalıq, sm:			
- uzunluğu	3,1±0,09 (2,4-4,1)	2,8±0,06 (2,4-3,0)	>0,05
- eni	2,47±0,03 (1,4-3,5)	2,4±0,13 (2,0-2,0)	>0,05
- qalınlığı	1,9±0,11 (1,6-2,7)	2,0±0,09 (1,8-2,6)	>0,05
- həcmi	7,3±0,08	6,72±0,12	<0,05
-atretik follikulların sayı	3,5±0,02 (2,0-6,0)	3,9±0,09 (3,0-5,0)	<0,05
- yerləşməsi	yumurtalıq toxumasında	yumurtalıq toxumasında	—

Qeyd: P – tələbə qızların və sağlam qadınların USM göstəriciləri arasında fərqi düzəliş

Yekun. Tələbə qızların reproduktiv sağlamlığının vəziyyətini müəyyən ginekoloji xəstəliklərin erkən dövrdə aşkarlanmasına və müalicənin başlanılmasına imkan verir.

АМБУЛАТОРНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ

АЛЫШОВА Н.Ф., ДЖАВАДОВА Г.Р., ШАМСАДИНСКАЯ Н.М., ГАМИДОВА Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии II АзМед Университета, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: Внутриматочные патологии, обезболивание цервикального канала, амбулаторная гистероскопия

Введение. В гинекологии возрос интерес к миниинвазивным амбулаторным методикам, к которым относится так называемая амбулаторная (офисная) гистероскопия, которая практически отодвинула в сторону диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, что увеличило число точных своевременно поставленных диагнозов.

Цель работы. Оптимизация диагностики и лечения патологических процессов эндометрия и эндоцервикса с использованием миниинвазивных малотравматичных эндоскопических методов.

Материалы и методы. Нами проанализировано и обобщено опыт использования амбулаторной гистероскопии для диагностики и лечения внутриматочной патологии за последние 5 лет (2018-2022 гг.) в Учебно Хирургической Клинике АзМедУниверситета

у 100 пациенток в репродуктивном возрасте (62%), пременопаузе (27%), и постменопаузе (11%). Для амбулаторной гистероскопии использовался гистероскоп до 5 мм, что не требует расширения цервикального канала. Длительность исследования 2-5 мин. Обезболивание - местная анестезия. Специальной подготовки накануне процедуры не требуется. Проводиться на 5-7 сутки после месячных.

Результаты. Анализ полученных данных показал высокую эффективность амбулаторной гистероскопии для диагностики различных видов внутриматочной патологии в амбулаторных условиях у пациенток различных возрастных групп, частота которой распределилась следующим образом: частичная атрезия цервикального канала (6%), атрезия внутреннего зева (3,5%), полипы цервикального канала (11%), хронический эндометрит (14%), внутриматочные синехии (14%), внутриматочные перегородки (2%), полипы эндометрия (12,5%), гиперплазия эндометрия (13,5%), миоматозные узлы 0-II типа (11%), аденомиоз (6,5%), инородное тело (ВМК) в полости матки (4,5%). В 25% случаев при предварительном УЗИ признаков внутриматочной патологии выявлено не было, причем 55% этих пациенток были женщины с бесплодием, которым амбулаторная гистероскопия была произведена перед планированием программы ЭКО. Амбулаторное лечение внутриматочной патологии было проведено у пациенток с частичной атрезией цервикального канала, единичными полипами эндоцервикса и эндометрия и тонкими внутриматочными синехиями. При этом обезболивание и расширение цервикального канала в процессе хирургического вмешательства не требовалось.

Заключение. Амбулаторная (офисная) гистероскопия позволяет с высокой точностью диагностировать различные виды внутриматочной патологии у пациенток различных возрастных групп и в ряде случаев провести ее лечение без анестезии и дополнительной травматизации.

MÜASİR ŞƏRAİTDƏ UŞAQLIQ BORUSU HAMİLƏLİYİNİN KLİNİK-DİAQNOSTİK ASPEKTLƏRİ VƏ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

BAĞIROVA S.K., VƏZİROVA R.Ş., HƏMİDOVA N.A., CAVANŞİR P.A.

Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: Ektopik hamiləlik, laparoskopik üsulla salpinqektomiya, reproduktiv sağlamlıq

Giriş. Ektopik hamiləlik (EH) mamalıq-ginekoloji patologiyaların strukturunda aparıcı yerlərdən birini tutmaqda davam edir. Onun tezliyi praktiki olaraq dünyanın bütün ölkələrində artmaqdadır və bütün hamiləliklərin 0,4-1%-i və daha çox təşkil edir. EH qadının reproduktiv sağlamlığını pozur, hətta letallıqla nəticələnə bilər. Ölkəmizdə ektopik hamiləlik ana ölümünün strukturunda 7-ci yeri tutur. Onun müxtəlif formaları içərisində ən çox təsadüf olunan boru hamiləliyidir. Boru hamiləliyinin çoxsaylı səbəblərinin sırasında cinsi yolla yoluxan infeksiyalar, o cümlədən uşaqlıq artımlarının xlamidiya etiologiyalı iltihab xəstəlikləri, endometrioz, uşaqlıqdaxili kontraseptivlər, uşaqlıq borularında aparılmış rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlar və s. əsas yer tutur.

İşin məqsədi. Kliniki praktikaya yeni texnologiyaların tətbiq olunması ilə əlaqədar olaraq ektopik hamiləliyin müasir şəraitdə klinik-diaqnostik aspektlərinin və müalicə üsullarının öyrənilməsi.

Material və metodlar. Azərbaycan Tibb Universitetinin TCK-nın II mamalıq-ginekologiya şöbəsində 2016-2021-ci illərdə boru hamiləliyinə görə müayinə və müalicə olunmuş 14 pasiyentin xəstəlik tarixlərinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Xəstələrin yaşı 18-45 arasında təbəddüd etmiş və bu patologiyadan tezliyi 18-30 yaşlı qadınlarda daha yüksək olmuşdur. Pasientlərin əksəriyyətini (10; 71,2%) təkrar hamilə olan qadınlar təşkil etmişdir, onların anamnezində çoxsaylı abortlar, hər 2 qadınlardan 1-də (50%) artımların iltihab xəstəlikləri, 2 xəstədə isə (14,3%) boru hamiləliyi olmuşdur.

Klinik diaqnoz anamnezə, USM-in, laborator analizlərinin nəticələrinə (β-İXQ) və laparoskopiyaya əsasən qoyulmuşdur. 7 hamilədə borunun partlaması, 5-də boru abortu baş vermişdir. Laparoskopik üsulla salpinqektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. 1 qadında proqressivləşən boru hamiləliyi laparoskopik

üsulla təsdiq olunmuş, "milking" əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Proqressivləşən boru hamiləliyi olan da-
ha 1 qadında USM-də döl yumurtasının ölçüsünün 3 sm-dən böyük olmadığı və qadının reproduktiv funksi-
yanın saxlanılması arzusunun nəzərə alaraq metrotreksat preparatı ilə konservativ müalicə aparılmışdır.

Yekun. Uşaqlıq borusu hamiləliyinin diaqnostikasında USM-nin, laborator müayinələrin (β -İXQ) rolu böyükdür. Lakin bu müayinə üsulları bəzi hallarda (klinik əlamətlər silinmiş olduqda) kifayət qədər diaqnostik əhəmiyyət daşıyırlar. Belə vəziyyət diaqnostik səhvlərə yol açır. Çətin diaqnostik diaqnozun dəqiq təsdiqi üsulu diaqnostik laparoskopiyadır. Onun köməyi ilə diaqnoz təsdiq olunduqdan sonra dərhal cərrahi laparoskopiyaya keçilir. Bu taktika xəstənin həyatının xilasına və sağlamlığının qorunmasına xidmət edir.

QEYSƏRİYYƏ KƏSİYİNDƏN SONRAKİ ÇAPIĞIN DİAQNOSTİK QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

SULTANOVA S.H., MÜRSƏLOVA S.A., MİRZƏYEVA X.M., CƏFƏROVA T.F., ƏLİYEVƏ X.P.

Azərbaycan Tibb Universitetinin I məmaliq və ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: Hamiləlik, keysəriyyə kəsiyi, fizioloji doğuş,

Giriş. Qeysəriyyə kəsiyindən sonra fizioloji doğuşların aparılması məmaliğin aktual problemlərindən hesab olunur. Bu kəsiklə əməliyyatlarının tezliyinin sayının azaldılmasının bir yolu uşaqlığın çapığı olan qadınların təkrar hamiləliklərinin fizioloji doğuş yolları ilə aparılmasından ibarətdir.

İşin məqsədi. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatlarından sonrakı çapığın vəziyyətini qiymətləndirməklə optimal doğuş yolunun seçilməsi

Material və metodlar. Tərəfimizdən uşaqlığın postoperasion çapığı olan 29 hestasiyanın 33-36 həftə-
lərində qadınlarda hazırkı hamiləliyin və doğuşun gedişi müəyyənəşdirilmişdir. Anamnez toplanarkən Qeysəriyyə kəsiyinin nə zaman, hansı texnik vasitələrlə aparılması, əməliyyatın müddəti, stasionar yatış günlərinin sayı, postoperativ dövrdə yaranın sağalma tempi və sürəti müəyyən edilmişdir. Qadının yaşı, əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinin xüsusiyyətləri və müddəti, keçirilmiş əməliyyatların, abortların, küretajların sayı və zamanı dəqiqləşdirilmişdir. Hazırkı hamiləliyin gedişinin xarakteri və çapıqla bağlı şikayətlər öyrənilmişdir. Aşağıdakı müayinələr aparılmışdır: klinik-anamnestik, obyektiv, laborator-instrumental (ultrasonoqrafik Dopplerometriya, kardiotoqrafik). Uşaqlığın çapığının vəziyyəti obyektiv, palpator və ultrasonoqrafik olaraq dəyərləndirilmişdir. Əlavə olaraq abdominal USM, fetometriya, amniotik indeks, çapığın exoqrafik müayinəsi və dölün bətdaxili vəziyyətini qiymətləndirmək üçün orta beyin arteriyasının Dopplerometriyası ilə KTQ müayinələri aparılmışdır.

Nəticələr və müzakirə. Tədqiqata cəlb olunmuş hamilə qadınlar 20-40 yaş arasında (orta – 28,6 yaş) olmuşdur: 18 (62,1%) 30 yaşa qədər, 11-i isə (37,9%) 30 yaşdan çox. 19 qadında (65,5%) 2, 8-də (27,6 %) 3 və 2-də (6,9 %) 3 doğuş olmuşdur. 3 qadında (3,4 %) 2 dəfə uşaqlığın küretajı əməliyyatı olmuşdur. Bütün qadınlar yalnız bir keysəriyyə kəsiyi keçirmişlər. 22 qadında (75,9%) vaxtında, 3-də (10,3 %) vaxtından əvvəl və 4-də isə (13,8 %) kiçik keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsad-sız keçmişdir.

Uşaqlıqda çapığı hazırkı hamiləliyin gedişinə mənfi təsir edə bilər. Belə ki, onlarda erkən düşüklər, normal ciftin vaxtından qabaq ayrılması, dölün qeyri-düzgün yerləşməsi, cift gəlişi, dölün hipotrofiyası mütəmadi rast gəlinir. Bu məqsədlə pasientlərdə hamiləliyin gedişi öyrənilmişdir. Beləliklə, düşük təhlükəsi 4 (13,8%), preeklamsiya 3 (10,3%), normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq ayrılması 3 (10,3%), dəmir defisitli anemiya 25 qadında (86,2%) aşkarlanmışdır.

29 qadında çapığın hamar, ağrısız, exoqrafik qənaətbəxş olmuşdur. Ultrasəs müayinəsinin nəticələrinə əsasən çapığın qalınlığı 3-7 mm, eynicinsli, ön kontur hamar, exoqenliyi isə əzələ toxumasına oxşar olmuşdur. Kardiotoqrafik müayinədə 6 dölün bətdaxili hipoksiyası aşkarlanmış və feto-plasental qan dövranını yaxşılaşdıran müalicə aparılmışdır. Exoqrafiyada dölün mayenin miqdarı bütün hallarda normal dəyərləndirilmişdir. Dölün fotometrik və Dopplerometrik göstəriciləri hestasiyaya uyğun normada olmuşdur.

29 hamilədə doğuş vaxtında baş gəlişində, 6-da (20,7%) dölün mayenin vaxtından qabaq, 20-də dölün mayenin erkən axması (6,9%) olmuş, 8-də (27,8%) amneotomiya icra edilmişdir. 26 qadında (89,7%) normal doğuş fəaliyyəti, 3-də (10,3%) birincili doğuş zəifliyi olmuşdur. 8 hamilədə epiziotomiya, 6-da perineotomiya edilmişdir. Cift xaric olunduqdan sonra abdominal USM-də uşaqlıq boşluğu kontrol edilmişdir. Doğuşların orta müddəti 11 saat 40 dəqiqə təşkil etmişdir. Zəhi qadınlarda 3-4-cü günlərdə USM aparılmışdır.

Yekun. Hamiləliyin normal gedişi olan qadınlarda uşaqlığın postoperasion çapığı klinik-exoqrafik düzgün dəyərləndirdikdə hamiləliyi təbii doğum yolları ilə (fizioloji doğuş) sonlandırmaq mümkündür və daha effektivdir.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

ТАГИЕВА И.А., АЛИЕВА С.А., РЗАЕВА А.М.

Кафедра акушерства и гинекологии II АзМед Университета

Ключевые слова. Беременность, маточно-плацентарное кровообращение, дисфункция плаценты

Введение. Проблема преэклампсии (ПЭ) до настоящего времени сохраняет свою актуальность, поскольку эта патология остается одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. Одним из пусковых механизмов развития ПЭ и плацентарной дисфункции является недостаточность маточно-плацентарного и плодового кровообращения. Частота плацентарной дисфункции и синдрома задержки развития плода (ЗРП) при ПЭ составляет 40-50%. В современных условиях основным методом снижения частоты ПЭ является ранняя диагностика и профилактика этого осложнения беременности.

Целью исследования явилась оценка ранних нарушений маточно-плацентарного и плодового кровообращения у беременных группы высокого риска по развитию ПЭ.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное общеклиническое и Допплерометрическое обследование 36 беременных, входящих в группу высокого риска по развитию ПЭ (ожирение, пиелонефрит, сахарный диабет, артериальная и вазоренальная гипертензии) при сроке беременности 12-20 недель. Из них 20 беременных (55,5%) с ожирением I и II степени, 7 (19,3%) – с прегестационным сахарным диабетом II типа, 3 (8,3%) с хронической артериальной гипертензией и 6 пациенток (16,7%) с пиелонефритом. Всем беременным проводилась оценка систолического соотношения (СДС), пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) на основе Допплерометрического исследования кровотока в маточных артериях и артериях пуповины.

Все обследованные беременные были подразделены на 2 группы соответственно методу профилактики развития ПЭ. I группу составили 21 беременные (58,3%) с нарушением маточно-плацентарного и плодового кровообращения, которым проводилась профилактика низкомолекулярным гепарином (клексан) в дозе 0,4 мг на протяжении 10 дней, II группу составили 15 беременных (41,7%), получавшие антиагрегант (аспирин) в дозе 100 мг. Динамическое наблюдение осуществлялось каждые 2 недели на основе оценки состояния плода. Так, проводилось УЗИ с Допплерометрическим исследованием гемодинамики в маточных артериях и артериях пуповины.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало положительную динамику в обеих исследованных группах. Однако, следует подчеркнуть, что Допплерометрические показатели, такие как СДС, ПИ и ИР были более обнадеживающими в I группе обследованных. Частота оперативного родоразрешения по акушерским показаниям в I группе составила 3 (14,3%), во II – 1 (6,7%). Так, частота синдрома ЗРП в I группе по сравнению со II была ниже – у 4 (19%), чем во II – у 5 пациенток (33,3%). ПЭ легкой степени тяжести развилась у 2 (9,5%) пациенток, входящих в I группу и у 3 пациенток (20%) II группы.

Заключение. Ранняя диагностика нарушений маточно-плацентарного и плодового кровообращения на основе Допплерометрических показателей и проводимая коррекция этих нарушений позволила избежать ухудшения показателей гемодинамики, а также снизить риск развития ПЭ и улучшить перинатальные исходы у беременных группы высокого риска по развитию ПЭ. Полученные данные еще раз подтвердили преимущество антикоагулянтной терапии в профилактике развития ПЭ по сравнению с антиагрегантной терапией.

DÜZ BAĞIRSAQ XƏRÇƏNGİNİN MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNƏ TƏSİR GÖSTƏRƏN FAKTORLARIN UNİVARIANT ANALİZİ

ƏZİMOV E.H., NAMAZOV A.E., *RÜSTƏMOVA A.B., ABBASOV A.H.,
*ƏLİYEV A.H., *AKYÜZ D.A., QAPAQOV F.M., MAHMUDOV M.G.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin I və *III cərrahi xəstəliklər kafedraları, Bakı, Azərbaycan*

Açar sözlər: Düz bağırsaq xərçəngi, total mezorektal eksiziya, laparoskopiya

Giriş. Müasir koloproktologiyada düz bağırsağın xərçənginin müalicəsinin multifaktorial analizi daha çox istifadə olunmağa başlamışdır. Bu həm müalicənin gedişində unudulan aspektləri xatırlamağa, həm də nəticələri düzgün interpretasiya etməyə imkan verir.

Material və metodlar. Düz bağırsağın xərçənginə görə cərrahi əməliyyat olunmuş 103 xəstənin (47 laparoskopik, 56 açıq üsulla) total mezorektal eksiziyadan (TME) sonrakı göstəricilərinin təhlilinə əsasən müalicənin nəticələri öyrənilmişdir. TME keyfiyyəti, SRS-pozitivliyi, SRS-median, şişin reqressiya dərəcəsi, çıxarılmış limfa düyümləri, lokal residiv, uzaq metastazlar və sağqalma göstəriciləri müqayisəli olaraq təhlil edilmişdir.

Nəticələr. Laparoskopik və açıq TME qruplarında yüksək, orta və aşağı TME keyfiyyəti $48,9 \pm 7,3\%$; $46,4 \pm 6,7\%$; $31,9 \pm 6,81\%$; $32,1 \pm 6,2\%$; $19,1 \pm 5,7\%$; $21,4 \pm 5,5\%$; SRS pozitivliyi yuxarı, orta və aşağı törəmələr üçün $15,4 \pm 10,0\%$; $12,5 \pm 8,31\%$; $16,7 \pm 8,81\%$; $13,6 \pm 7,3\%$; $18,8 \pm 9,81\%$; $16,7 \pm 8,8\%$; SRS meridian yuxarı, orta və aşağı törəmələr üçün 1,3; 1,4; 1,1; 1,2; 1,2; 1,2; şişin reqressiya dərəcəsi (ən çox II dərəcə) $51,1 \pm 7,3\%$ və $44,6 \pm 6,61\%$; çıxarılmış limfa düyünləri 14,8 və 15,2 ($p=0,157$); lokal residiv 14,9% və 14,3%; uzaq metastazlar 6,3% və 7,1%; sağqalma (faktiki və residivsiz) 81% ($71,5\%$) və 80% ($68,7\%$).

Yekun. Düz bağırsağın xərçənginin müalicəsinə təsir göstərən faktorların univariant analizi zamanı laparoskopik və açıq TME qrupları arasında statistik əhəmiyyətli fərqlərin olmaması ($p < 0,05$) müəyyən edildi.

DOĞUŞDAN SONRAKI REKTOSELENİN SƏBƏBLƏRİ VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

QƏDİMOVA Ş.H., *İMANOVA S.S.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq-ginekologiya
və *I cərrahi xəstəliklər kafedraları, Bakı, Azərbaycan*

Açar sözlər: Çanaq orqanlarının sallanması, doğuşdan sonrakı rektosele, histeroskopiya

Giriş. Qadınlarda çanaq orqanlarının sallanması problemi müasir təbabətin ən aktual problemləri sırasında ilk yerləri tutur. Bu xəstəliyin ağır klinik gedişi, cərrahi müalicənin bəzi hallarda yetərsizliyi və təbii ki, onun yüksək rastgəlmə tezliyi ilə əlaqədardır. Bəzən düz bağırsağın xəstəlikləri ginekoloji və uroloji patologiya ilə üst-üstə düşür. Genital sallanmalar orta hesabla bütün ginekoloji xəstələrin 25%-də və zəif qadınların 32%-də müşahidə olunur. Bu xəstəliklər cinsiyyət orqanlarının normal anatomiyasının və fiziologiyasının pozulmaları ilə yanaşı sidik kisəsinin (74,2%) və düz bağırsağın (25,8%) ciddi funksional dəyişiklikləri ilə təzahür edir. Ədəbiyyatda «rektosele» termini ilə adlandırılan xəstəlik indiyə qədər cərrahların və ginekoloqların çoxuna qənaətdəici səviyyədə məlum deyildir. Əgər koloproktoloqlar «rektoseleni» düz bağırsağın ön divarının uşaqlıq yoluna tərəf və ya anal-büzdüm bağı tərəfə divertikulabənzər qabarması kimi qəbul edirlərsə, ginekoloqlar eyni termini uşaqlıq yolunun divarlarının düşməsi, yaxud sallanması hesab edirlər. Aralığın yanaşı gedən xəstəlikləri probleminin aktuallığı həmçinin ondan ibarətdir ki, xəstələr bəzən növbəli şəkildə müxtəlif mütəxəssislər tərəfindən əməliyyat olunur və əksər hallarda təkrar əməliyyatlara məruz qalırlar.

Material və metodlar. Rektoselenin inkişafının səbəblərini və müalicənin nəticələrini öyrənmək üçün 2018-ci ildən 2021-ci ilə qədər olan müddətdə Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq və ginekologiya kafedrasının bazasında müşahidə altında olan 22 yaşdan 45 yaşa qədər yanaşı patologiyaları olan 172 qadın xəstə müayinə edilmişdir. Xəstəliyin davam etmə müddəti 1 ildən 10 ilə qədər təbəddüd etmişdir. Xəstələrin hamısında qanın və sidinin müayinəsi, EKQ, döş qəfəsinin Rentgenoqrafiyası, qarın boşluğunun USM aparılmış, o cümlədən spesifik müayinə metodları: uşaqlıq yolunun müayinəsi, düz bağırsağın barmaq ilə müayinəsi, uşaqlıq yolunun möhtəviyyatının və sidinin bakterioloji müayinəsi, rektoromonoskopiya, histeroskopiya, proktoqrafiya, elektromioqrafiya, rektal-anal refleksinin təyin edilməsi və kolposkopik müayinə tətbiq edilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Xəstələrin başlıca şikayətləri düz bağırsağın natamam boşalması hissiyyatı (134 qadın; 77,9%); qəbizlik (99; 57,6%), aralıq nahiyyəsində ağrılar və diskomfort (123; 71,5%), sidiyin saxlanmaması (58; 33,7%), sidik ifrazının ağrılı tezləşməsi (18; 10,5%), defekasiya zamanı ağrılar (48; 27,9%), uşaqlıq yolundan ağ ifrazat (25; 14,5%), qaşınma (32; 18,60) və quruluq (37; 21,5%) olmuşdur. Həmçinin 12,2% xəstələrdə cinsi sferanın pozulmaları ilə bağlı şikayətlər, 83,7%-də defekasiya aktının uzanması (10 dəqiqədən 60 dəqiqəyə qədər) qeydə alınmışdır. II-III dərəcəli rektoseledən və uşaqlıq yolunun arxa divarının III dərəcəli sallanmasından əziyyət çəkən 70,4% qadın defekasiyanı əlin köməkliliyi ilə başa çatdırmışdır. Xəstələrin yarısından çoxu (51,7%) təmizləyici imalələr istifadə etmiş, 59,9% xəstələr isə daima işlədici vasitələr qəbul etmişdir. Xəstəliyin inkişaf riski hamiləliyin və doğuşların ağırlaşmış gedişi zamanı, o cümlədən doğuşlar zamanı (27,9%), sürətli doğuşlar (16,8%), aralığın cırılması (23,8%), iri döl doğulması (12,8%), çoxdöllü hamiləlik zamanı (18,64%) cərrahi vəsaitlərin istifadəsi hesabına artmışdır.

Yekun. Təcrübəmizə görə rektoselenin yalnız I ağırlıq dərəcəsi uğurlu korreksiyaya məruz qalır. II və III dərəcə çox vaxt uyğun cərrahi əməliyyatlar hesabına aradan qaldırılır. Cərrahi müalicəyə göstərişlər aşağıdakılardır: 83,7% pasiyentlərdə subyektiv olaraq uşaqlıq yoluna edilən təzyiq və uşaqlıq yolunda «kisənin» olması; 70,4% hallarda düz bağırsağın yalnız əl yardımı hesabına boşalması; 88,95% hallarda düz bağırsağın boşalmasının yaxşılaşmasına yönəldilmiş bütün tədbirlərin (qidalanma rejiminə əməl edilməsi, mütəmadi təmizləyici imalələr, işlədici preparatların müntəzəm qəbulu) effektsiz olması.

ÇANAQ DİBİNİN SALLANMASININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI

İMANOVA S.S., ZEYNALOV B.M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: Çanaq dibi, sallanma, mukozal prolaps, anal sfinkter çatmazlığı

Giriş. Çanaq orqanlarının sallanması müasir kolorektal cərrahliğin, xüsusilə operativ ginekologiyanın aktual problemləri sırasında ön mğvqələrdə durur. Xəstəliyin rastgəlmə tezliyinin yüksək olması, əmək və reproduktiv qabiliyyətli gənc və orta yaşlı insanlar arasında geniş yayılması problemin sosial dövlət əhəmiyyətini daha da artırır. Bəzi hadisələrdə düz bağırsağın cərrahi xəstəlikləri ginekoloji və uroloji patologiya ilə üst-üstə düşür. Xüsusilə genital prolapsin klinik simptomatikası yetərinə məlum deyildir. Genital sallanmalar orta hesabla bütün ginekoloji xəstələrin 25%-də, zahı qadınların isə 32%-də rast gəlinir. Bu xəstəliklər yalnız cinsiyyət orqanlarının normal anatomiyasının və fiziologiyasının pozulmasına deyil, həmçinin sidik kisəsinin (74,2%) və düz bağırsağın (25,8%) ciddi funksional dəyişikliklərinə səbəb olur.

Tədqiqatın məqsədi. Çanaq dibinin sallanması sindromu ilə xəstələrin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması yollarının öyrənilməsi

Material və metodlar. Çanaq dibinin sallanma sindromunun inkişafının səbəblərini və cərrahi müalicəsinin nəticələrini öyrənmək üçün 2012-2022-ci illər arası müddətdə ATU-nun I cərrahi xəstəliklər kafedrasının bazasında müşahidə altında olan 22-86 yaşlı yanaşı patologiyaları olan 388 xəstə (342 qadın) kompleks müayinə və cərrahi müalicə edilmişdir. Xəstəliyin mövcudluq müddəti 1 ildən 16 ilə qədər dəyişmişdir. Rutin müayinələr (qanın və sidiyin ümumi müayinəsi, EKQ, döş qəfəsinin Rentgenoqrafiyası, qarın boşluğunun, çanağın USM), həmçinin endorektal və intravaginal USM, RH-ji defekoqrafiya, o cümlədən digər spesifik müayinə metodları: uşaqlıq yolunun müayinəsi, düz bağırsağın barmaqla müayinəsi, uşaqlıq yolunun möhtəviyyətinin və sidiyin bakterioloji müayinəsi, rektoromonoskopiya, histeroskopiya, proktografiya, elektromioqrafiya, sfinkteromanometriya, rektal-anal refleksin təyini və kolposkopiya müayinələri aparılmışdır.

Nəticələr. Əsas şikayətlər düz bağırsağın və genital orqanların tək (98 xəstə; 25,2%) və müştərək sallanması (290; 74,5%), aralıq nahiyyəsində ağrılar və diskomfort (345; 89%), natamam boşalma hissiyyatı (196; 51%), qəbizlik (322; 83%), sidiyin saxlanılmaması (108; 28%), sidik ifrazının ağrılı olması və tez-ləşməsi (88; 23%), defekasiya zamanı ağrılar (201; 52%), uşaqlıq yolundan ağ ifrazat xaric olması (25; 6,4%), vaginal qaşınma (301; 77,6%) və quruluq (37; 9,6%) olmuşdur. Həmçinin 34,5% xəstədə cinsi sferanın