**Cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi və fistulalar**

**Cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi və fistulalar**

Qadın cinsiyyət üzvlərinin travmalarına nadir hallarda rast gəlinir. Zədələyici faktorun xarakterinə görə onlar aşağıdakı formalara bölünürlər: küt travma nəticəsində əmələ gələn zədələr; deşilmiş, kəsilmiş, odlu silah yaraları; iti əşyalar üzərinə yıxılma nəticəsində əmələ gələn travmalar; cinsiyyət üzvlərinə yad cismlərin daxil olması nəticəsində; cinsi əlaqə, doğuş, tibbi əməliyyatlar (yatrogen) zamanı əmələ gələn zədələr. Lokalizasiyadan asılı olaraq zədələnmələrin aşağıdakı növləri ayırd edilir: xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun travmaları, uşaqlıq boynu və cisminin zədələnmələri; düz bağırsaq-cinsiyyət və sidik-cinsiyyət fistulaları.

**Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun travmaları** doğuş vaxtı, kobud cinsi əlaqə olduqda, xüsusilə sərxoş vəziyyətdə, zorlama halı olduqda və ya cinsi əlaqə qeyri-adi vəziyyətdə baş verdikdə əmələ gələ bilər. Termiki və kimyəvi yanıqlar, qəsdən törədilən, istehsalat travmaları çox nadir hallarda baş verir. Tibbi xarakterli zədələnmələr bədxassəli şişlərin şüa terapiyası zamanı, güzgülərlə ehtiyatsız müayinə zamanı, yaşlı qadınlara pessarilərin yeridilməsi zamanı mümkündür.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun zədələnmələri zamanı əsas şikayətlər ağrı və qanaxmadan ibarətdir. Vulva nahiyyəsində qan təchizatı güclü olduğundan qapalı zədələnmələr adətən ödem və hematoma ilə müşayiət olunur, açıq travmalar isə - qanaxma ilə. Sürətlə böyüyən göyümtül – qırmızı törəmə şəklində hematomanın əmələ gəlməsi xəstədə cinsiyyət üzvləri nahiyyəsində gərginlik hissi, ağrılar, tenezmlər, bəzən anemizasiya ilə təzahür olunur. Uşaqlıq yolunun böyük zədələnməsi olduqda (xüsusilə zorlama vaxtı) tez-tez uretranın, sidikliyin, düz bağırsağın və ətraf toxumaların tamlığı pozulur. Bu səbəbdən belə xəstələrdə gələcəkdə fistulalar əmələ gələ bilər. Sidikliyin, düz bağırsağın və onun sfinkterinin travmaları zamanı sidiyi, qazları və nəcisi saxlaya bilməmə halı qeyd oluna bilər.

Diaqnostika adətən çətinlik törətmir və anamnezə, baxışa, ginekoloji (bimanual və güzgülər vasitəsilə) və rektal müayinələrə əsaslanır. Qarın boşluğuna sirayət edən zədələnmələrə və ya sidikliyin yaralanmasına şübhə olduqda sistoskopiya, laparoskopiya, diaqnostik laparotomiya aparılır.

Travmalar ağır olmadıqda müalicə antiseptik məhlulların yerli tətbiqi ilə məhdudlana bilər; ağır travmalar olduqda müxtəlif cərrahi müdaxilələrin istifadəsinə zəruriyyət yaranır. Güclü qanaxma zamanı təcili olaraq hemostaz yaratmaq və qan itkisini bərpa etmək lazımdır; bəzən şok əleyhinə tədbirlər aparmaq lazım olur. İnfeksiyalaşma mümkün olduğuna görə tetanus əleyhinə zərdab yeridirlər, yara çirkləndikdə isə əlavə qanqrena əleyhinə də zərdab yeridilir. Geniş təsir spektrli antibiotiklər təyin olunur. Yaranın birincili işlənməsi ümumi cərrahi prinsiplərə uyğun aparılır. Aralıq nahiyyəsində yara təmiz və təzə olduğu halda uşaqlıq yolunun selikli qişasına yaranın üst bucağından başlayaraq ketqut tikişlər qoyulur, dəriyə - ipək sapla tikişlər qoyulur. Yara uretraya yaxın yerləşdikdə tikiş sidikaparıcı kanala metalik kateterin yeridilməsi fonunda qoyulur; sidik ifrazının reflektor ləngiməsinin mümkünlüyünü nəzərə alaraq, sonra metalik kateteri elastik kateterlə əvəz edib, onu sidiklikdə saxlayırlar. Uşaqlıq yolunun dəhlizinin soğanağından qanaxma olduqda tikişi qoyarkən venoz kələfi zədələməmək məqsədilə liqaturanı sümüküstü toxumaya qədər çatdırırlar; az miqdarda parenximatoz qanaxma olduğu halda müalicə qanayan sahəyə bərk tampon və sıxıcı sarğının tətbiqi ilə məhdudlaşır. Hematoma böyümürsə, sıxıcı sarğı, soyuq tətbiq olunur, sakitlik, kalsium xlorid, vikasol, PP, C vitaminləri təyin edilir. Hematoma böyüyərsə, dərini ən çox qabardığı yerdə kəsib qan laxtalarını xaric edib, qanayan damarlara tikiş qoymaq lazımdır. Hematoma təzə olduqda yaranı tamamilə tikmək də olar. Əgər travmadan sonra infeksiyalaşma əlamətləri olarsa, hematomanın boşluğuna drenaj qoymaq lazımdır. Bir neçə gün ərzində boşluğu dezinfeksiyaedici məhlullarla yuyurlar (hidrogen peroksidi, dioksidin, furasilin məhlulu).

Aralığın cırılması düz bağırsağın travması və yaranın nəcislə çirklənməsi ilə müşayiət olduğu halda, xüsusilə də yardım travmadan 12 saat və ya daha gec göstərilərsə, yaranı və düz bağırsağı 5% kalium permanqanat, furasilin və ya rivanol məhlulu ilə yuyub, sonra antiseptiklərin tətbiqi ilə yumşaq tampon qoyulur. Xəstəyə duru yeməklər, antibiotiklər, sulfanilamidlər, dezintoksikasiyaedici terapiya, ilk günlər ərzində tiryək preparatlarından istifadə olunur. Tədricən furasilinlə tamponları Vişnevski məhlulu ilə əvəz edirlər, 6-7-ci sutkada bağırsağı işlədici preparatlar, 10-11-ci sutkada durub gəzməyə icazə verilir, 2-3 aydan sonra isə cərrahi əməliyyat icra olunur. Əməliyyatın xarakteri travmanın xüsusiyyətindən asılıdır.

İti əşyaların üstünə yıxılma nəticəsində əmələ gələn xarici cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi olduqda, yaranın birincili işlənməsi və tikilməsi aparılmalıdır.

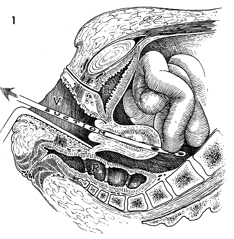
Bəzi hallarda cinsi əlaqədən sonra qarın boşluğuna keçən və güclü qanaxma ilə müşayiət olunan uşaqlıq yolunun tağlara qədər çatan dərin cırılması baş verir. Uşaqlıq yolunun cırığını təcili sürətdə mütləq ağrısızlaşdırma ilə tikmək lazımdır. Uşaqlıq yolunun divarlarının cırıqları böyük təhlükə yaradır, çünki bu yerdə uşaqlıq arteriyasının uşaqlıq yolu şaxələri keçir.

Ən ağır travmalar uşaqlıq yolunun inkişaf anomaliyaları olduqda əmələ gəlir. Belə xəstələrdə uretranın və düz bağırsağın eyni zamanda əmələ gələn və güclü qanaxma ilə müşayiət olunan zədələnmələri mümkündür. Zədələnmiş orqanların tamlığını bərpa etmək əksər hallarda böyük çətinlik törədir.

**Uşaqlıq boynunun və cisminin** zədələnmələri əksər hallarda doğuş vaxtı, mamalıq əməliyyatlarını yerinə yetirərkən, süni abort etdikdə, uşaqlıqdaxili kontraseptivi yeridərkən, uşaqlığın selikli qişasının diaqnostik qaşıntısını apararkən, histeroskopiya zamanı rast gəlirlər. Zədələnmələr tez-tez kriminal abort zamanı baş verir.

Perforasiyaya uşaqlıq yolunun qeyri-düzgün vəziyyətləri (hiperantefleksiya, retrofleksiya), və həmçin uşaqlığın divarında destruktiv proseslərin hesabına baş verən dəyişikliklər (məs., xərçəng, xorionkarsinoma və s. zamanı şişin yayılıb parçalanması nəticəsində) səbəb olur.

Uşaqlığın perforasiyası əksər hallarda süni abort edərkən baş verir (1%) və əməliyyatın hər bir mərhələsində baş verə bilər (şəkil 1).

şəkil 1

Perforasiya zamanı uşaqlığın travmatizasiyasının dərəcəsi zədələyici alətin növündən (uşaqlıq zondu, Heqar genişləndiricisi, küretka, vakuum-ekskoxleatorun ucluğu) asılı olaraq, müxtəlif ola bilər. Ən təhlükəli zədələnmələr küretka və abortsanqla işləyərkən baş verir. Fəsadsız (qonşu orqanların zədələri olmadıqda) və fəsadlaşmış (bağırsağın, piyliyin, sidikliyin, uşaqlıq artımlarının və s. travmaları ilə müşayiət olunan) perforasiyalar ayırd edilir. Uşaqlığın cisminin travmaları onun dibində, ön, arxa divarlarında, boğaz nahiyyəsində, kənarlarda, xüsusilə damar kələfi nahiyyəsində yerləşə bilər. Yara böyük ölçüdə olub, güclü qanaxma ilə müşayiət oluna bilər. Ən böyük təhlükəni qarın boşluğu orqanlarının zədələri təşkil edir (şəkil 2).

şəkil 2

Uşaqlığın perforasiyasının klinik gedişatı onun lokalizasiyası, zədələnmə dərəcəsi və qonşu orqanların tamlığının pozulması ilə təyin edilir. Peritonun travması olmadan və qanaxma ilə müşayiət olunmayan uşaqlığın zondla perforasiyası simptomsuz keçə bilər. Peritonun zədələnməsi baş verdikdə kəskin ağrı, hətta şok yarana bilər. Uşaqlığın damar kələfi nahiyəsində perforasiya üçün ağır daxili və xarici qanaxmanın olması səciyyəvidir. Uşaqlığın perforasiyasının vacib simptomlarına alətin (zond, genişləndirici, küretka) uşaqlıq boşluğunun uzunluğundan böyük dərinliyə keçməsi, perforasiya dəliyindən piyliyin, bağırsağın ilmələrinin çıxarılması, xəstənin vəziyyətinin kəskin dəyişməsi (güclü ağrılar, şok və daxili qanaxma əlamətləri).

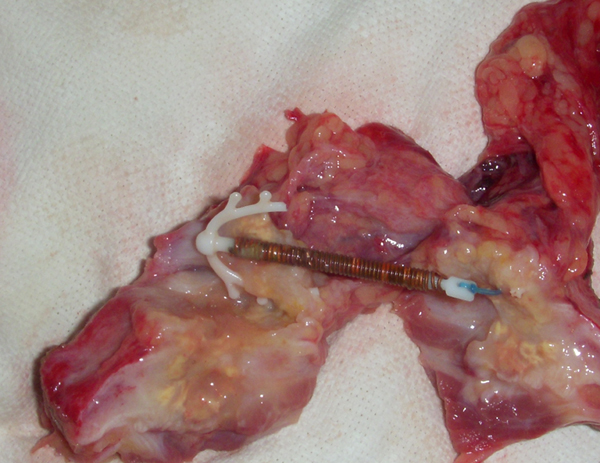
Uşaqlığın perforasiyası baş verdikdə və ya bu fəsada şübhə yarandıqda həkim taktikası bütün sonrakı əməliyyatların dayandırılmasından ibarətdir. Uşaqlıq zondla və ya kiçik ölçülü genişləndirici ilə deşildikdə, qadını yatağa uzandırıb, qarnın aşağı nahiyəsinə buz qoyub, diqqətlə cinsiyyət yollarından qanlı ifrazatın olub-olmamasını izləyirlər, mütəmadi olaraq arterial təzyiq, nəbzin tezliyini, bədən temperaturunu ölçürlər, peritonun qıcıqlanma simptomlarını aşkar etmək məqsədilə dinamikada qarnı palpasiya edirlər, qanın klinik müayinəsini aparırlar, diurezə nəzarət edirlər. Narkotik və analqetik maddələrin yeridilməsi əks göstərişdir, çünki onların tətbiqi başlanan peritonitin əlamətlərini gizlədə bilər. Peritonun iltihabının və daxili qanaxmanın simptomları olmadığı halda konservativ müalicəni davam edirlər. Bu müalicə dezintoksikasiya edici terapiyanı (hemodez, reopoliqlükin və digər qanəvəzedicilərin vena daxilinə damcı ilə yeridilməsi), antibakterial terapiyanı, uterotoniklərin (oksitosin, pituitrin və s.) yeridilməsini daxil edir. Nəbzin tezliyinin artması, temperaturun yüksəlməsi, pelveoperitonitin hətta cuzi simptomlarının əmələ gəlməsi arxa tağın punksiyası üçün göstəriş təşkil edir və qan alındıqda təcili laparotomiya aparılır. Peritonun qıcıqlanma və daxili qanaxma simptomlarının güclənməsi laparoskopiya üçün, hətta punksiyanın nəticəsi mənfi olsa belə, göstəriş təşkil edir.

Uşaqlıq boynunun zədələnmələri əksər hallarda uşaqlığın yerləşməsini nəzərə almadan zondla kobud müayinə zamanı, güc tətbiq etməklə servikal kanalı genişləndirdikdə baş verir. Uşaqlıq boynunun perforasiyası olduqda qarın boşluğuna nüfuz edən yaralanmalar əmələ gələ bilər. Bəzi hallarda uşaqlıq boynunun perforasiyası uşaqlığın enli bağına çatan və hematoma ilə nəticələnən yol əmələ gətirir. Uşaqlıq boynunun nüfuz edən yaralanması zondla ehtiyyatlı müayinə ilə təsdiq olunur. Diaqnoz təsdiqləndikdə sonrakı əməliyyatları dayandırıb, uşaqlığın perforasiyasında olduğu kimi müalicə aparmaq lazımdır. Enli bağın səhifələrinin arasında yerləşən hematoma əksər hallarda qarnın palpasiyası zamanı aşkar oluna bilər, xüsusilə, daha dəqiqliklə bimanual müayinə zamanı (qeyri-müəyyən konturları olan elastik konsistensiyalı ağrılı törəmə). Qarın boşluğuna nüfuz edən perforasiyanın diaqnozunu təsdiqləmək məqsədilə laparoskopiya və kuldoskopiyadan istifadə etmək olar (qarın boşluğunda qan aşkar edilir). Uşaqlığın və ya uşaqlıq boynunun perforasiyası böyük ölçüdə genişləndirici və ya küretka ilə baş verdiyi halda və ya perforasiya dəliyindən daxili orqanlar çıxarıldıqda (bağırsaq, piylik) təcili sürətdə laparotomiya aparılmalıdır. Uşaqlığın travması tibb müəssisəndən kənar yerdə baş verdiyi halda da (kriminal abort) həmçinin əməliyyat mütləq aparılır. Laparotomiya vaxtı uşaqlığın bütün şöbələrinə baxılır, bağırsağın və kiçik çanağın qonşu orqanlarının təftişi aparılır. Cərrahi əməliyyatın həcmi (zədələnmənin tikilməsi, uşaqlığın hissəvi və ya bütövlükdə kəsilib çıxarılması) zədələnmənin ölçüsü və lokalizasiyasından, xəstənin yaşından, infeksiyanın inkişaf edib etməməsindən asılıdır. Uşaqlığın divarının kiçik defekti aşkar olunduqda yaranın kənarlarını kəsib tikməklə məhdudlaşmaq olar. Əməliyyat zamanı döl yumurtasının hissələrinin uşaqlıqdan tam xaric edilməsinə nail olmaq məqsədilə selikli qişanı qaşımaq lazımdır. Damar kələfinin zədələnməsi, parametral toxumada hematomanın əmələ gəlməsi ilə nəticələnən uşaqlıq divarının böyük və çoxsaylı defektləri olduqda uşaqlığın supravaginal amputasiyası aparılır, bəzi hallarda isə - uşaqlığın ekstirpasiyası. Qonşu orqanların böyük travmaları aşkar olunduğu halda müvafiq mütəxəssislərin yardımına ehtiyac yaranır.

Yatrogen travmaların qarşısını almaq onların nəticələrini aradan qaldırmaqdan asandır. Süni abort zamanı uşaqlığın zədələnməsinin qarşısını almaq üçün bu əməliyyat hamiləliyin 12 həftəsindən gec aparılmamalıdır: uşaqlığın vəziyyəti və ölçülərini təyin etmək məqsədilə bimanual müayinənin aparılması vacibdir; uşaqlıq boynunun istiqamətini və boşluğun uzunluğunu dəqiqləşdirmək üçün zondla müayinə mütləq aparılmalıdır; uşaqlıq boynunun ön dodağına qoyulmuş gülləvari (və ya ikidişli) maşanı önə çəkməklə, uşaqlıq boynu ilə cismi arasındakı bucağı düzəltmək; uşaqlıq boynu kanalını ehtiyyatla genişləndirmək, Heqar genişləndiricilərini ölçülərinə müvafiq ardıcıllıqla daxil etmək; abortsanqdan yalnız döl yumurtasının soyulmuş hissələrini xaric etmək məqsədilə istifadə etmək; əməliyyatı adekvat ağrısızlaşdırma altında yerinə yetirmək.

Uşaqlığın perforasiyası bədxassəli prosesə şübhə ilə əlaqədar aparılan diaqnostik qaşınma vaxtı baş verə bilər. Əzələ qatının xərçəng prosesi ilə dərin zədələnməsi olduqda perforasiya əməliyyatı aparan şəxs tərəfindən asanlıqla edilə bilər. Bu səbəbdən diaqnostik qaşınmadan əvvəl histeroqrafiya və ya histeroskopiya aparmaq məsləhətdir; bu toxumanın qaşıntısını dəqiq, maksimal ehtiyyatla və ablastik aparmağa imkan yaradır.

Uşaqlığın perforasiyası uşaqlıqdaxili kontrasepsiyanın fəsadı da ola bilər. Bu fəsad az hallarda rast gəlinsə də (1:5000), çox ciddi xarakter daşıyır. Uşaqlığın perforasiyası hissəvi (kontraseptiv miometriuma nüfuz edir) və tam (kontraseptiv qarın boşluğuna nüfuz edir) ola bilər. Əksər hallarda perforasiya uşaqlıqdaxili vasitənin (UDV) yeridilmə momentində baş verir, xüsusilə də əgər UDV abortdan dərhal sonra daxil edilir (şəkil 3).

 şəkil 3

Perforasiyanın haqqında o halda fikirləşmək lazımdır ki, UDV-nin yeridilmə vaxtı qadın kəskin ağrı hiss edir və ya güclü sancışəkilli ağrılar UDV-nin yeridilməsindən sonra bir neçə gün ərzində qadına əziyyət verir.

Qadın qarnın aşağı nahiyəsində olan daimi ağrılardan şikayət edib, lakin UDV-nin düşməsini hiss etməyibsə, həkim isə uşaqlıq yolunda UDV-nin saplarını təyin etmirsə, ikincili (spontan) perforasiyaya şübhə yarana bilər.

Daxili qanaxmanın nəzərə çarpan klinik əlamətləri az hallarda rast gəlir. Məhdudlaşmış və ya yayılmış peritonitin simptomları gec meydana çıxır. Ginekoloji müayinə baş vermiş perforasiyanın diaqnostikasında dəqiq məlumat vermir. Bu səbəbdən diaqnostikada USM, histeroskopiya və laparoskopiya əsas rol oynayır. UDV-nin qarın boşluğuna nüfuz etməsini təsdiq edəndən dərhal sonra onun cərrahi yolla xaric edilməsinə başlamaq lazımdır. Əməliyyat zamanı uşaqlığı diqqətlə müayinə (baxış) etmək lazımdır. Uşaqlıqda nekrotik və iltihabi proseslərin olması onun kəsilib götürülməsinə göstəriş təşkil edir. Uşaqlığın perforasiyasının erkən diaqnostikası və vaxtında yerinə yetirilən cərrahi müdaxilə uşaqlığın saxlanılmasını təmin edir. UDV—nin qarın boşluğunda uzun müddət qalması yataq yaralarının, iltihabi prosesin, bitişmələrin, bağırsaq keçməməzliyinin əmələ gəlməsinə gətirib şıxarır.

Doğuş zamanı əmələ gələn uşaqlıq boynunun cırılmaları tam bərpa olunmadıqda onlar əksər hallarda sağalma ikincili bitişmə ilə başa çatır. Belə hallarda xarici dəlik nahiyyəsində sirkulyar əzələlərin tamlığı pozulmuş olur; boylama əzələ lifləri isə sirkulyar əzələlərin əks təsiri olmadıqda öz tonusunun hesabına xarici dəliyi bir qədər açırlar. Servikal kanalın selikli qişasının çevrilməsi ilə səciyyələnən uşaqlıq boynunun belə vəziyyəti *ektropion* adlanır. Qələvi mühitə malik olan servikal kanala turş reaksiyası olan uşaqlıq yolunun möhtəviyyatı daxil olur. Bu mütəmadi kimyəvi qıcıqlanmaya şərait yaradır. Uşaqlıq boynunun anatomik dəyişiklikləri və şirənin əmələ gəlməsinin çatışmamazlığı servikal kanala infeksiyanın daxil olmasına şərait yaradır, nəticədə xroniki iltihabi proses inkişaf edir (*endoservisit*). İkitərəfli cırıqlar olduqda uşaqlıq boynu daha çox deformasiyaya uğrayır. Xəstələrin şikayətləri selikli – irinli ifrazatın əmələ gəlməsindən ibarət olur; bəzi hallarda kontakt qanaxmaların olması mümkündür.

Uşaqlıq boynunun cırılmaları, deformasiyaları və ektropionu olduqda müalicəni şırınqa (soda, kalium permanqanat, furasilin ilə), uşaqlıq yolu vannaları (protarqol ilə), tamponlar (sintomisin emulsiyası ilə) şəklində iltihab əleyhinə tədbirlərdən başlayırlar. Uşaqlıq boynunun deformasiyası böyük olmadığı halda iltihabın təzahürlərini aradan qaldırdıqdan sonra diatermokoaqulyasiya və ya kriodestruksiya aparılır. Dərin cırıqlar cərrahi yolla müalicə olunmalıdır. Xərçənglə zədələnmənin mümkünlüyünü nəzərə alaraq, uşaqlıq boynunda cərrahi əməliyyatlardan əvvəl sitoloji müayinə, kolposkopiya, lazım olduqda biopsiya aparılmalıdır.

Cinsiyyət orqanların zədələnmələrinin məhkəmə - təbabət ekspertizası cinsi cinayətlər olduğu hallarda xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Zərərçəkmişlər tibb müəssisələrinə müraciət etdikdə, həkim tam həcmdə yardım göstərməlidir, həm cinsiyyət yollarından həm də ağız boşluğundan və düz bağırsaqdan (göstərişlər olduqda) spermatozoidlərin və qonokokkların mövcudluğuna yaxma götürülməlidir. Bütün məlumatlar iştirak edənlərin (həkim, tibb bacısı) adları, soyadları qeyd olunmaqla tibbi sənədlərdə öz əksini tapmalıdır. İlkin tibbi yardım göstərdikdən sonra həkim baş vermiş hadisə haqqında polis orqanlarına məlumat verməlidir.

**Genital fistulalar.**

Genital fistulalar qadınlarda poliorqan pozulmalara, əmək qabiliyyətinin uzunmüddətli itirilməsinə, menstrual və reproduktiv funksiyaların pozulmasına gətirib çıxaran, ağır mənəvi və fiziki əziyyət verən, sosial fəallığı məhdudlandıran bir xəstəliklərdir.

Genital fistulalar – mürəkkəb bir patologiya olub cinsi orqanlar və çanaq toxumasının fistulalarını bağırsaq, sidik sistemi, qarnın ön divarı ilə birləşdirir. Bunlar ginekoloji və mamalıq müdaxilələrin nəticəsində, uşaqlıq artımlarının irinli-iltihabi xəstəliklərinin və ya cərrahi əməliyyatlarin fəsadlarının nəticəsində əmələ gələ bilərlər. Bu patologiyanın həqiqi tezliyi tam məlum deyil, çünki belə xəstələrin müalicəsi müxtəlif stasionarlarda (uroloji, proktoloji, ümumi cərrahi, ginekoloji) aparılır.

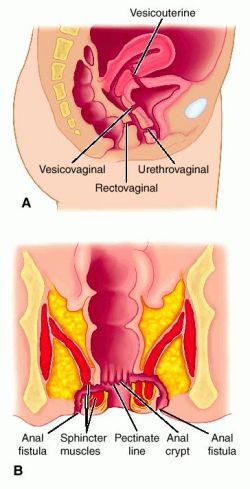
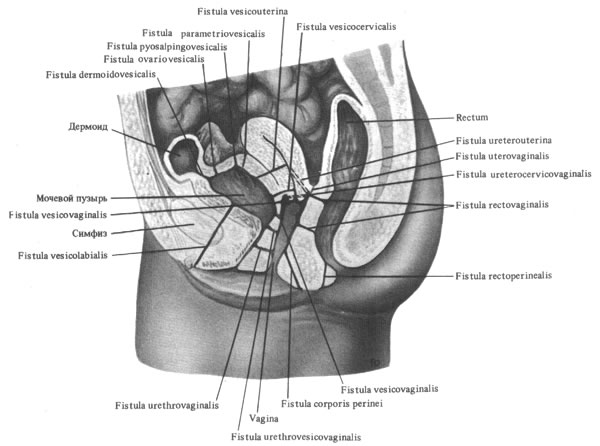
Anatomik-funksional xüsusiyyətlərinə görə genital fistulaları aşağıdakı qruplara bölmək olar:

1. Düz bağırsaq-genital fistulaları;
2. Sidik-cinsiyyət fistulaları:

* Sidik fistulaları (sidiklik-uşaqlıq yolu, sidiklik-uşaqlıq, sidiklik- uşaqlıq artımları).
* Sidik axarları fistulaları (sidik axarı-uşaqlıq yolu, sidik axarı-uşaqlıq).
* Uretra-uşaqlıq yolu, sidiklik-uretra-uşaqlıq yolu fistulaları.
* Kombinəolunmuş fistulalar: sidik-cinsiyyət və sidik-bağırsaq.
* Mürəkkəb sidik-cinsiyyət fistulaları.

3. Xüsusi genital fistulalar.

1. Qarın divarı fistulaları.

**Düz bağırsaq-uşaqlıq yolu fistulaları** toxumaların travmatik zədələnməsi, patoloji doğuşlar (iri döl, dar çanaq və s), mamalıq əməliyyatları (maşaların qoyulması, dölparçalayıcı əməliyyatlar), ginekoloji əməliyyatlar zamanı zədələnmələr nəticəsində əmələ gəlirlər; bəzi hallarda keçirilmiş paraproktit və şua terapiyasından sonra da yarana bilərlər.

Düz bağırsaq-uşaqlıq yolu fistulaların klinik təzahürləri kifayət qədər səciyyəvidir. Xəstələrin əsas şikayətləri uşaqlıq yolundan qazların, irinin, bəzən isə nəcisin xaric olmasından ibarətdir. Ginekoloji baxış zamanı uşaqlıq yolunun selikli qişasının və xarici cinsiyyət üzvlərinin dərisində hiperemiya və maserasiya qeyd olunur. Güzgülərlə baxış zamanı uşaqlıq yolunun arxa divarında fistulanın müxtəlif diametrə malik olan (1-2 mm-dən bir neçə sm-ə qədər) xarici dəliyi aşkar olunur. Düz bağırsağın ön divarında yerləşən fistulanın daxili dəliyinin ölçüsünü xarici dəliyə salınmış düyməli zondla, eyni zamanda düz bağırsağın barmaqla müayinəsini aparmaqla təyin etmək olar.

Fistulalar müxtəlif formada ola bilərlər. Əksər hallarda silindrik formaya rast gəlinir (fistula bütün uzunluğu boyu eyni diametrə malikdir). Bir qədər az hallarda fistulanın qıfabənzər formasına rast gəlinir (dəliklərin birinin diametri digərinə nisbətən böyükdür). Fistulanın mürəkkəb forması da mümkündür – xarici və daxili dəlik eyni diametrdə olub, mərkəzi hissədə isə fistula daha böyük ölçüdə boşluq əmələ gətirir.

Rektovaginal fistulalar olduqda diaqnoz anamnestik məlumatlara, şikayətlərə və ginekoloji müayinənin nəticələrinə əsaslanır. Diaqnostika çətin olan hallarda (fistulanın xarici dəliyinin diametri çox kiçik ölçüdə olduqda) düz bağırsağa rəngli mayeni yeridib onun uşaqlıq yolundan xaric edilməsini müşahidə edirlər. USM, kolonoskopiya, rektoromanoskopiya, fistuloqrafiya , kompyuter tomoqrafiyadan da istifadə edilir.

Müalicə - cərrahi yolladır.

**Sidik-cinsiyyət fistulaları.** Bu qadının nisbətən cavan yaşda əlilliyinə gətirib çıxaran sidik orqanlarının zədələnmələri nəticəsində və ya patoloji doğuşlar, mamalıq və ya ginekoloji əməliyyatlar zamanı trofik pozulmalar nəticəsində əmələ gələn ağır və nisbətən tez-tez təsadüf edilən xəstəlikdir. Trofik fistulaların əsas səbəbi – doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, uzunmüddətli susuz dövr fonunda anatomik və klinik dar çanaq zamanı baş verən doğuşdur. Nəticədə qan və limfa dövranı pozulur, sidik və cinsiyyət üzvlərinin toxumalarının nekrozu baş verir. Fistulalar mamalıq maşalarının tətbiqindən, dölün vakuum-ekstraksiyasından, embriotomiyadan, kesar kəsiyindən, histerektomiyadan sonra, süni abort zamanı sidik orqanlarının zədələnməsi aşkar edilmədikdə əmələ gəlir.

Sidik-cinsiyyət fistulalarının əmələ gəlməsinin digər səbəblərinə aşağıdakılar aiddir: xərçəngin unudulmuş formalarında əmələ gələn onkoloji fistulalar, şüa fistulaları (rentgen şüaları artıq dozada olanda), sidikliyin yad cisimləri (masturbasiya zamanı daxil olanlar), zor tətbiq edilən cinsi əlaqə, kimyəvi yanıq, genital orqanların vərəmlə zədələnməsi, məişət travması.

Travmatik və ya trofik mənşəli sidiklik və ya uretral fistulaların cərrahi müalicəsi üçün optimal müddət – onların əmələ gəlməsindən sonra 4-6 ay təşkil edir. Fistulaların residivlərindən sonra da eyni müddət ərzində cərrahi əməliyyat aparılır.

Sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulaları zamanı orqansaxlayıcı əməliyyatları böyrəyin funksiyası tam pozulmamış, yəni 5-6 gündən sonra yerinə yetirirlər.

Sidikliyin və sidik axarının kombinəolunmuş zədələnməsi olduğu halda korreksiyaedici əməliyyat 2 aya qədər müddət ərzində yerinə yetirilməlidir.

Şüalanmadan sonrakı və kimyəvi yanıqlarla şərtlənən fistulalar əmələ gələndən 1 il sonra əməliyyat olunur.

Əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq sidik-cinsiyyət üzvlərinin iltihabi proseslərinin müalicəsindən, vulva və budlar nahiyəsində dəri örtüklərinin sanasiyasından (gigiyenik vannalar, antiseptik kremlər, prednizolon məlhəmi) ibarətdir. Uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun sanasiyası vaginal şamların, vaginal şırınqaların, sintomisin emulsiyası ilə tamponların, müalicəvi palçığın tətbiqi ilə aparılır. Sidikliyin antiseptiklərlə yuyulması, sidiyin turşulaşdırılması, medikamentoz terapiya aparılır. Böyrəklərin funksiyası mütləq öyrənilməlidir. Əməliyyatdan 3-4 gün əvvəl bulyon və meyvə şirələrini daxil edən pəhriz təyin edilir. Son 2 gün ərzində gündə 2 təmizləyici imalə edilir. Xoş psixoloji mühit və əməliyyatın uğurla nəticələnməsinə inam yaradırlar.

*Əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılması.* Fistuloplastikadan sonra əmələ gələ ən ciddi fəsadlar peritonit və böyrək çatışmamazlığıdır. Ilk növbədə diqqəti kateterlərin funksiyasına yetirmək lazımdır ki, onlar sidiyi sərbəst evakuasiya etsinlər. Əməliyyatdan sonrakı ilk həftə ərzində pəhriz toyuq bulyonundan, limonla çaydan ibarət olmalıdır. Defekasiya aktını tiryək cövhəri ilə ləngitmək lazımdır (7-8 damcı gündə 3 dəfə). Antibakterial terapiyanı sidik florasının həssaslığından asılı olaraq təyin edirlər. Fizioterapevtik prosedurların aparılması məqsədəuyğundur. Yataq rejimi istənilən vəziyyətdə 5-6 sutka (10 qədər) gözlənilməlidir. Sərbəst sidik ifrazı hər 30-40 dəqiqədən bir, sonra isə hər 2-3 saatdan bir olmalıdır. Sidik ifrazı ləngidikdə hər 4-5 saatdan bir sidikliyi kateterizasiya edib antiseptik məhlullarla yuyurlar. Daimi kateter qoyulduqda seliyin və duzların mexaniki xaric edilməsi məqsədilə sidikliyi daim damcı üsulu ilə yumaq məsləhətdir.

***Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulaları*** sidikliyin divarının dölün başı ilə sıxılması zamanı işemiyanın nəticəsində, vaginal doğuşhəlledici əməliyyatlar zamanı (mamalıq maşalarının tətbiqi, dölün vakuum-ekstraksiyası, embriotomiya) əmələ gəlirlər.

Əsas simptom sidiyin qeyri iradi ifrazıdır. Travma olduqda əməliyyatdan sonrakı ilk günlər ərzində əmələ gəlir, sidikliyin trofik pozulmaları olduqda isə - daha gec müddətlərdə. Itirilən sidiyin həcmi fistulanın kalibrindən asılıdır. Fistulalar tək və çoxsaylı ola bilər. Fistulanın da əhəmiyyəti var (dairəvi, oval, aypara şəkilli). Əgər fistulanın qapağı varsa, müəyyən vəziyyətdə sidiyi saxlamaq olur. Fistulanın lokalizasiyasının da müəyyən rolu vardır: fistula sidikliyin zirvəsində yerləşdiyi halda xəstələr şaquli vəziyyətdə sidiyi itirmirlər. Xəstəlik duzların çökməsi və daşların əmələ gəlməsi ilə şərtlənən sistit və ağrılarla müşayiət olunur.

Diaqnostika baxışın, palpasiyanın, laborator, endoskopik və rentgenoloji müayinələrin nəticələrinə əsaslanır. Fistulaların aşkarlanmasına aşağıdakılar kömək edirlər: uşaqlıq yoluna güzgülərlə baxış, sidikliyə yeridilən rəngli mayenin uşaqlıq yolunda aşkar olunması; sidikliyə metallik kateter və eyni zamanda fistuladan zond yeridilərkən, onlar bir birinə toxunduqda metallik səs əmələ gəlir. Sistoskopik müayinə fistulaların lokalizasiyasını, onların formasını, ölçüsünü və sidik axarlarının dəliyinə münasibətini təyin etməyə imkan verir.

Konservativ müalicə sidiyi uretral kateterlə xaric edib, eyni zamanda uşaqlıq yoluna məlhəmtərkibli tamponların qoyulmasından ibarətdir; bu müalicə 10-12 gündən çox aparılmır.

Cərrahi müalicənin mahiyyəti təbii yolla iradi sidikxaricetməni bərpa etməkdən ibarətdir; bu məqsədlə sidiklik və uşaqlıq yolu arasında əlaqəni kəsmək məqsədilə onların divarlarının bir-birindən ayrılması aparılır. Fistulanın kənarlarını dartılmadan birləşdirmək üçün onun çapıq toxumasını kəsib götürmək mütləqdir. Əgər fistulaların kənarlarını bir-birinə yaxınlaşdırmaq mümkün olmursa, böyük defektləri sintetik materialla, piyliklə, nazik bağırsaqla, beynin sərt qişası ilə, konservləşdirilmiş perikardla, qızıl lövhələrlə örtürlər.

Fistuloplastikanın effektivliyi fistulorafiyanın metodikasından və cərrahi yanaşmadan asılıdır. Cərrahi yanaşmanın aşağıdakı üsulları mövcuddur: uşaqlıq yolundan, sidiklikdən, abdominal və kombinəolunmuş. Bu yanaşma sidikliyi uşaqlıq yolunun divarından ayırmağa imkan yaradıb fistulanın kənarlarının hərəkətliliyini təmin etməlidir. Digər tərəfdən, sidikliyin və uşaqlıq yolunun tikişləri üst-üstə düşməməlidir.

Uşaqlıq yolu vasitəsilə yanaşmaya göstərişlər – sidik axarlarının dəliklərindən uzaqlıqda və ya onlarla sərhəddə yerləşib, lakin sidiklik və uşaqlıq yolu tərəfindən kateterizasiya oluna bilən fistulaların olmasıdır.

Sidiklik vasitəsilə yanaşmaya göstərişlər: sidik axarlarının dəliklərinə yaxın yerləşən fistulaların olması, dar, stenozlaşmış uşaqlıq yolu.

Abdominal periton vasitəsilə yanaşma fistulanı geniş mobilizasiya etməyə və onu tikməyə imkan yaradır.

***Sidiklik-uşaqlıq fistulaları*** aşağı seqmentdə aparılan kesar kəsiyindən, doğuş zamanı uşaqlığın cırılmasından sonra, çanaq gəlişlərində, süni abortdan sonra, kiçik çanağın absesi olduqda əmələ gəlirlər. Əsas simptomlar sidiyin uşaqlığa daxil olması ilə şərtlənən qarnın aşağı nahiyəsində güclənən ağrılar, sidiyin qeyri-iradi xaric olunması, sikliki menouriya (Yussif simptomu), yalançı amenoreyanı təşkil edir.

Diaqnostika uşaqlıq yoluna güzgülərlə baxış (uşaqlıqdan sidiyin axması aşkar edilir), uşaqlığın zondla yoxlanılması, sistoskopiya, metrosalpinqoqrafiya, ultrasəs müayinəsi zamanı əldə edilən məlumatlarına əsaslanır.

Müalicə əsasən cərrahi yolla aparılır – uşaqlıq yolu, sidiklik, abdominal yolla.

Cərrahi yanaşmanın seçimi fistulanın lokalizasiyasından, ölçülərindən və sidik axarlarının dəliklərinə münasibətindən asılıdır. Sidiklik-uşaqlıq fistulalarının cərrahi müalicəsinin mahiyyəti toxumaların bir-birindən ayrılmasından, orqanların hərəkətliliyinin bərpasından və ayrı-ayrılıqda sidikliyin (2 qat fasiləsiz və ya düyünlü tikişlər) və uşaqlığın (2 qat fasiləsiz tikişlər) defektinin tikilməsindən ibarətdir. Bu zaman 7-8 gün ərzində qarın boşluğunun, sidikliyin və uşaqlıq boşluğunun drenajı mütləqdir. Fistuloplastikadan sonra 3-4 ay ərzində cinsi əlaqədən çəkinmək, sonra isə - hamiləlikdən qorunmaq tövsiyyə olunur. Doğuş ekstraperitoneal kesar kəsiyi ilə başa çatır.

***Sidiklik-uşaqlıq artımları fistulaları*** irinli tuboovarial törəmələrin, dermoid kistaların sidikliyə açılması nəticəsində əmələ gəlirlər. Aparıcı simptom – daima irinli sidiyin axması.

Diaqnoz sistoskopiyanın, irinli boşluğun rentgenkontrast maye ilə doldurulması ilə aparılan sistoqrafiyanın əsasında qoyulur.

Müalicə - irinli ocağın xaric edilməsi və sidikliyin tamlığının bərpa edilməsindən ibarətdir.

***Sidik axarı-uşaqlıq yolu və sidik axarı-uşaqlıq fistulaları*** vaskulyarizasiya pozulduqda və ya ginekoloji əməliyyatlar zamanı (xüsusilə bədxassəli yenitörəmələrlə, uşaqlıq boynunun fibromioması ilə, endometriozla, intraliqamentar kistalarla əlaqədar) sidik axarlarının zədələnməsi olduqda əmələ gəlirlər.

Klinik olaraq sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulalarının formalaşmasından əvvəl qızdırma, bel nahiyəsində ağrılar, dizurik hallar, leykosituriya, eritrosituriya müşahidə olunur. Cərrahi əməliyyatdan dərhal sonra (travmatik fistulalar) və ya bir neçə gün sonra (trofik fistulalar) normal sidik ifrazı ilə yanaşı uşaqlıq yolundan da sidiyin daimi axması səciyyəvidir. Tədricən böyrək parenximasının dağılması ilə əlaqədar uşaqlıq yolundan xaric olan sidiyin miqdarı azalır. Sidiyin axması kəsildikdən sonra hidroureteronefrozun inkişafı ilə bağlı ağrılar və qızdırma əmələ gəlir.

Sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulaları böyrəklərin funksiyası üçün hər zaman təhlükə təşkil edirlər. Fistula nahiyəsində çapıqlaşma ilə əlaqədar böyrəkdən sidiyin axması pozulur, qoşulan infeksiya isə böyrək parenximasını sürətlə parçalayır və nəticədə böyrək çatışmamazlığı inkişaf edir.

Diaqnostika məqsədilə əvvəlcə sidiklik-uşaqlıq yolu fistulasını inkar edib, sonra uşaqlıq yolunu güzgülərlə müayinə edərkən ritmiki sidik ifraz edən fistulanı aşkar etmək olur. Sistoskopiyada “lal” və ya “ölü” dəliklər (Virgel simptomu) aşkar olunur, böyrəklərin funksiyası saxlanıldıqda indiqokarminlə sınaq aparılır. Sidik axarının kateterizasiyası, ureteropieloqrafiya sidik axarının zədələnməsinin səviyyəsini təyin etməyə imkan yaradır.

Ekskretor uroqrafiya vasitəsilə zədələnmiş tərəfdə böyrəyin funksiyasının zəifləməsi, böyrək kasacığının və sidik axarının ektaziyası aşkar edilir.

Konservativ müalicə (6-8 sutka ərzində daimi kateterin qoyulması) fistulanın formalaşmasının yalnız ilk günlərində, yəni çapıq toxuması hələ formalaşmamış effektivdir. Cərrahi müalicə funksiya etməyən böyrəyin xaric edilməsindən və ya sidik axarlarının plastikasından ibarətdir, böyrəyin autotransplantasiyası da (qalça nahiyəsinə köçürülməsi və sidik axarının sidikliklə birləşdirilməsi) mümkündür.

***Sidik axarı-uşaqlıq fistulaları*** çox nadir hallarda rast gəlir və süni abortdan və ya aşağı seqmentdə kesar kəsiyindən sonra əmələ gəlirlər. Klinik gedişatı və müalicəsi sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulaları ilə eynidir.

***Uretra-uşaqlıq yolu fistulaları*** doğuşhəlledici və ya ginekoloji əməliyyatlar (kolporrafiya, histerektomiya, parauretral kistaların xaric edilməsi) zamanı sidik kanalının zədələnməsi nəticəsində, şüa terapiyasından sonra əmələ gəlir.

Xəstələrin şikayətləri sidiyin tamamilə və ya hissəvi saxlanılmamasından ibarətdir. Onlar uşaqlıq yolunun güzgülərlə müayinəsi, sidik kanalının kateterizasiyası zamanı və sidikliyə rəngli maye yeridildikdə aşkar olunurlar. Uretrosistoskopiya və vaginoqrafiya diaqnozun qoyulmasına kömək edir.

Müalicə cərrahi yolla aparılır və mahiyyəti fistula dəliyinin kəsilib götürülməsindən, uretranın və uşaqlıq yolunun divarlarının bir-birindən ayrılmasından və sonra uretraya yeridilmiş kateterin üzərində onların ayrı ayrılıqda tikilməsindən ibarətdir. Cərrahi müalicəyə qədər dimeksid və atrikanla uşaqlıq yolu və sidiklik daxili instillyasiyalar, furasilinlə şırınqalar vasitəsilə sanasiya aparılır.

***Kombinəolunmuş fistulalara*** patoloji prosesə sidik sisteminin bir neçə şöbəsi daxil olan hallar (sidik axarı – sidiklik – uşaqlıq yolu fistulaları, sidik-cinsiyyət orqanlarının və bağırsağın müştərək zədələnməsi) aiddir. Bu zaman sidik axarının bağırsağa köçürülməsi, dəri stomasının əmələ gətirilməsi və s. istifadə edilir.

Fistuloplastikadan sonra uşaqdoğma funksiyası mümkündür. Böyrəklərin funksiyasının qabarıq pozulmaları və sidik-cinsiyyət sistemində iltihabi dəyişikliklər hamiləliyə əks göstəriş təşkil edir. Doğuşu başa çatdırmağın yolu hər bir konkret halda fərdi olaraq seçilir.

Sidik-cinsiyyət fistulalarının profilaktikası dar çanağı, iri döl və s. olan qadınlara doğumayardımın düzgün təşkil edilməsindən, sidik və cinsi orqanlarının topoqrafik anatomiyasını bilməsindən, doğuşdan və ginekoloji əməliyyatlardan əvvəl sidik sisteminin öyrənilməsindən ibarətdir.