

QADINLARDA KİÇİK ÇANAQ DİAFRAQMASININ PATOLOGİYALARI ZAMANI YANAŞI XƏSTƏLİKLƏRİN MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ

İ.T. Qasımzadə

Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: birləşdirici toxumanın displaziyası, daxili cinsiyyət üzvlərinin sallanması, sidik saxlamama, uşaqlıq boynunun ellonqasiyası, kiçik çanaq orqanlarının sallanması

Giriş: Ginekoloji xəstəliklər içərisində daxili cinsiyyət üzvlərinin sallanması və düşməsi (DCÜSvD) 28-40% təşkil edərək, ginekoloji patologiyaların strukturunda 3-cü yerdə durmaqdadır [1,2,5,8]; böyük həcmli ginekoloji əməliyyatların isə 15%-dən çoxunu həmin patologiyadan olan xəstəliklərin payına düşür [9,6].

Araşdırmalar göstərir ki, kiçik çanaq orqanlarının sallanması reproduktiv yaş qrupuna malik qadınlar arasında 31-dən 76%-dək rast gəlmə göstəricisinə malikdir. Ümumiyyətlə dünya üzrə hər 11 qadınlardan 1ində çanaq orqanlarının sallanması səbəbi ilə cərrahi əməliyyat aparılır. Bu xəstələrin 30%-ində təkrari cərrahi əməliyyatların aparılması zərurəti meydana gəlir. Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, bu qadınların 43%-ni reproduktiv yaş qrupuna daxil olan qadınlar təşkil edir.

DCÜSvD demək olar ki, əksər hallarda progressiv xarakter daşıyır. Baxmayaraq ki, bu problemin tədqiqatları 18-ci əsrdən başlayaraq günümüzə qədər klinisistlər tərəfindən davam etdirilir bu potoloji prosesin müalicəsinin nəticələri nə xəstələri nə də ki tədqiqatçıları qane etməməkdədir. Belə ki, DCÜSvD-nin cərrahi korreksiyası üçün onlarla metodlar təklif edilsə də, belə əməliyyatlardan sonra residivlərin

rast gəlmə faizi 20-35% təşkil etməkdədir; belə ki, proktoloji ağırlaşmalar cərrahi korreksiyaya uğramış hər 3 xəstədən birində, uro-dinamiki pozuntular hər 2 xəstədən birində qeyd edilir[11].

Material və metodlar: Tədqiqat işi daxil cinsiyyət üzvlərinin sallanması şikayətləri ilə " German Tibb Mərkəzi"nə müraciət edən 108 qadın üzərində aparılmışdır. Tədqiqatlar zamanı differensasiya olunmuş birləşdirici toxuma displaziyası olan xəstələr (Marfan sindromu, Ehlers-Danlos sindromu, osteogeneziya imperfecta, və s.), həmçinin digər birləşdirici toxuma xəstəlikləri (romatoid artrit, sistem lupus eritematozu, skleroderma, polimiyozit, dermatomiyozit və s.) olan xəstələr təcrübələrə daxil edilməmişdir.

Tədqiqata cəlb edilən qadınlar iki qrupa ayrılmışdır: əsas qrup müxtəlif DCÜSvD formaları olan 53 qadınlardan ibarət idi (uşaqlıq və uşaqlıq yolunun sallanması, sistosel, rektosel və histerektomiya əməliyyatı olmuş xəstələrdə güdülün sallanması); nəzərə alınmayan qrupu bu patologiyası olmayan 55 qadınlardan ibarət idi. Tədqiqat qrupundakı DCÜSvD-nin ağırlıq dərəcəsi cədvəl 1-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1.

Əsas qrupa daxil olan qadınlar arasında sallanmaların rast gəlmə tezliyi

DCÜSvD-nin növləri	Əsas qrup N=53	
	ad	%
II dərəcəli ÇOP	36	67.9
III dərəcəli ÇOP	14	26.4
IV dərəcəli ÇOP	3	5.6
Histerektomiya əməliyyatından sonrakı enterosele	2	3.7
Çanaq dibi əzələlərinin çatmamazlığı	25	47.1
ÇOP sistosele ilə	29	54.1
ÇOP rektosele ilə	18	33.9
Uşaqlıq boynunun ellonqasiyası və uşaqlıq boynu güdülünün sallanması	19	35.8

Nəticələr: Kiçik çanaq orqanlarının sallanmaları sidik və defekasiya aktlarının pozğunluqları, sidik saxlamamazlıq, daimi qəbzlik, cinsi funksiyanın pozulması, aralıq nahiyəsində daimi narahatlıq, ağırlıq, yad cism hissiyatı kimi bir sıra funksional pozğunluqlarla müşayiət olunur. Cədvəl 2-də əsas və nəzarət qruplarındakı qadınların şikayətlərinin müqayisəli göstəriciləri göstərilmişdir. Əsas qrupdan olan xəstələr aralıq nahiyəsində yad cism

hissiyatından (44.1%) və sidik ifrazının çətinliyindən (12.3%) şikayət etmişlər, eyni zamanda heç bir sağlam qadın oxşar xəstəliklərdən əziyyət çəkmir. Stress sidik saxlamama nəzarət qrupundan olan 1.8% qadın və KÇOSvD olan 14 (% 27.6) qadında aşkar olundu ($p < 0.001$). Tədqiqat qruplarında uşaqlıq yolundan qanaxama və qasıq nahiyəsində ağrıların olması şikayətlərindəki fərqlər əhəmiyyətli deyildir.

Cədvəl 2.

Əsas və nəzarət qrupuna qrupa daxil olan qadınlar arasında rast gəlinən şikayətlərin müqayisəli təhlili

Şikayətlər	Nəzarət qrupu (n=55)		Əsas qrup (n=53)		P
	Bəli	Xeyr	Bəli	Xeyr	
Cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat	5 (9.9%)	49 (90.1%)	6 (11.8%)	46 (88.2%)	0.553
Qarının aşağı nahiyəsində küt ağrılar	4 (9.2%)	50 (90.8%)	4 (7.4%)	48 (92.6%)	0.512
Aralıq nahiyəsində yad cisim hissiyatı	0 (0%)	55 (100%)	23 (44.1%)	29 (55.9%)	4.3×10^{-9}
Sidik ifrazının çətinləşməsi	0 (0%)	55 (100%)	6 (12.3%)	46 (87.7%)	1.4×10^{-10}
Stress sidik saxlamamaq	1 (1.8%)	53 (98.2%)	14 (27.6%)	38 (72.4%)	7×10^{-9}

Müasir ədəbiyyat məlumatlarından ağır fiziki əmək, yüksək çəki, təkrari doğuşlar və digər amillərin kiçik çanaq orqanlarının sallanmalarının inkişafına səbəb ola biləcəyi məlumdur. Bu baxımdan, nəzarət və əsas qruplardan olan qadınları KÇOSvD üçün səbəb olan risk faktorlarının mövcudluğuna görə müqayisə etdik (cədvəl 3). Kiçik çanaq orqanlarının sallanması olan qadınlar arasında normal çəkili qadınlara nisbətən artıq çəki və piylənmə problemləri əhəmiyyətli dərəcədə daha yüksəkdir ($p < 0.001$), bu da KÇOSvD patogenezinə piy mübadiləsinin pozulmasının vacibliyini göstərir. Baxmayaraq ki, ənənəvi olaraq sallanmaların inkişafında ağır fiziki əmək və ağır yüklərin qaldırılması daha mühim səbəb olaraq qiymətləndirilir, bizim təcrübəmizdə, bu qanunauyğunluğu rast gəlmədik ($p = 1.0$), 52 qadın ağır fiziki əməklə məşğul idi, bunlardan 5 (9.9%) nəzarət qrupunun 6(10%) nəfər qadında KÇOPvD aşkar olundu. Eyni zamanda daha əvvəl aparılmış ginekoloji əməliyyatların (əvvəlki KÇOSvD korreksiyası, tubektomiya, histerektomiya, yumurtalıq rezeksiyası və s.) sallanmaların meydana gəlməsi ilə əlaqəsini qiymətləndirdik. Ginekoloji əməliyyat keçmiş qadınların sayı müvafiq olaraq 24 (46.1%) və 26 (50.2%) nəzarət və əsas qruplarda bu göstəricidə heç bir fərq aşkar olunmadı ($p = 0.409$). Kiçik çanaq orqanlarının sallanmasına səbəb olan ən

mühim amil doğuşun təbii yollarla sonlandırılması olmuşdur ki, burada da başlıca amil doğuşların sayı deyil, doğuşun xüsusiyyəti vacibdir rol oynayır. Hər iki qrupun doğuş sayının statistik göstəricilərində əhəmiyyətli fərqlər müəyyən edildi; Belə ki, KÇOSvD olan qrupda 31 xəstə (% 59.6) doğuş sayı 2 daha artıq (≥ 2 doğuş), nəzarət qrupunda isə yalnız 21 qadında (% 38.5) aşkar olunmuşdur. Bəzi ədəbiyyat məlumatlarına görə, KÇOSvD üçün ilk doğuş, xüsusən də gənc yaşlı qadınlarda təhrikəci bir faktordur, lakin nümunəmizdə bu fərziyyə təsdiqlənmədi. 19 yaşından kiçik ilk doğan sağlam qadınlarda 14,2% (7) və əsas qrupdan 10,4 % (5) qadında müşahidə edilmişdir. İki qrupdakı fərqlər, iri döl ilə doğuş sayında ortaya çıxdı, fetal makrosomiya, KÇOPvD olan qadınlarda əhəmiyyətli dərəcədə daha çox oldu və nəzarət qrupundakı% 14,9 ilə müqayisədə 31,4% təşkil etdi ($p < 0.001$). Tədqiqat qrupundakı doğuş travmalarının tezliyi (aralıq nahiyəsinin / uşaqlıq boynunun cırılması, epizyotomi / perineotomiya) də (52.2%) nəzarət qrupundan (32.7%) daha əhəmiyyətli dərəcədə yüksək aşkarlanmışdır. Araşdırmamızda mamalıq əməliyyatları (mamalıq maşalarının tətbiqi, dölün vakuu ilə çıxarılması və plasentanın əl ilə çıxarılması) göstəricilərində hər iki qrupundan olan qadınlarda heç bir fərq müşahidə olunmadı ($p = 0.854$). Ədəbiyyat məlumatlarına görə keysəriyyə

prolaps riskini azaldır, yumşaq doğum kanalının uzanmasının və zədələnməsinin qarşısını alır. (Gyhagen et al., 2015). Nəzarət qrupunda, bu

əməliyyatın yalnız 1 (1.5%) xəstədə aparıldığı əsas qrupla müqayisədə təxminən daha çox 5 (% 9.2) qadında keysəriyyə əməliyyatı icra olunmuşdur.

Cədvəl 3.
DCÜS və D-nin risk faktorları

Risk faktorları	Nəzarət qrupu (n=55)		Əsas qrup (n=53)		P
	Bəli	Xeyr	Bəli	Xeyr	
Ağır fiziki iş	6 (10%)	47(86.6)	5 (9.9%)	46 (87.1%)	1.0
Kəskin aşağı çəki (BÇİ 25-29.9 olduğunu nəzərə alsaq 25ə qədər)	23 (42.9%)	31 (57.1%)	33 (62.7%)	19 (37.3%)	7.3×10 ⁻⁴
Piylənmə(BÇİ≥30.0 müqayisədə BÇİ 25ə qədər)	24 (43.1%)	31 (56.9%)	34 (64.5%)	18 (35.5%)	2.3×10 ⁻⁴
Apılmış ginekoloji əməliyyatlar	25 (46.1%)	29 (53.9%)	26 (50.2%)	26 (49.8%)	0.409
İlk doğuşda aşağı yaş qrupu (≤19yaş)	7 (14.2%)	47 (85.8%)	5 (10.4%)	47 (89.6%)	0.299
Təbii doğuş	50 (90.8%)	5 (9.2%)	52 (98.5%)	1 (1.5%)	3.2×10 ⁻⁴
Keysəriyyə	5 (9.2%)	49 (90.8%)	1 (1.5%)	52 (98.5%)	3.2×10 ⁻⁴
≥2 doğuş sayı	21 (38.5%)	33 (61.5%)	31 (59.6%)	21 (40.4%)	8.4×10 ⁻⁶
Yeni doğulmuşun çəkisi≥4000qr	8 (14.9%)	46 (85.1%)	16 (31.4%)	36 (68.6%)	2.1×10 ⁻⁴
Doğuş travmaları(aralıq nahiyəsinin / uşaqlıq boynunun cırılması, epizyotomi / perineotomiya)	17 (32.7%)	37 (67.3%)	27 (52.2%)	25 (47.8%)	1.8×10 ⁻⁵
Mamalıq əməliyyatları (mamalıq maşalarının tətbiqi, dölün vakuuqla çıxarılması və plasentanın əl ilə çıxarılması)	3 (6.3%)	51 (93.8%)	14 (6.8%)	51 (93.2%)	0.854

DCÜS və D-nin inkişafında müşayiət edilən amillər rolunu oynaya bilən ekstragenital patologiyalar müqayisə edildikdə, nəzarət və əsas qruplardakı bir sıra xəstəliklərdə fərqlər aşkar edildi (şəkil 3.2). Arterial hipertenziya, ürəyin işemik xəstəliyi (İHD) və aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənmələri kimi ürək-damar xəstəlikləri DCÜSvəD olan

qadınlarda əhəmiyyətli dərəcədə daha çox müşahidə olunmuşdur. (p<0.001). Nəzarətdə və əsas qrupda olan bütün qadınlarda tənəffüs sisteminin xroniki xəstəliklərinin (bronxial astma, xroniki bronxit) rast gəlmə tezliyi təxminən eynidir və müvafiq olaraq 7,7 %və 6,8 (p = 0,73) təşkil etmişdir (p=0.73).

Cədvəl 4.
Əsas və nəzarət qrupuna daxil olan qadınlarda ekstragenital xəstəliklərin müqayisəli təhlili

Yanaşı xəstəliklər	Nəzarət qrupu (n=55)	Əsas qrup (n=53)
Arterial hipertoniya	19(35.9 %)	32(60.6%)
Sidik – cinsiyyət sisteminin xəstəlikləri	5(9.9 %)	25(48.3%)
Mədə-bağırsağ traktının xəstəlikləri	22(41.5 %)	20(39.5%)
Aşağı ətraf venalarının varikozu	7(12.7%)	15(29.4%)
Dayaq-hərəkət sisteminin xəstəlik	6(11.3%)	13(26.3%)
Şəkərli diabet	1(3.2%)	6(10.7%)
Tənəffüs sisteminin xəstəlikləri	3(7%)	5(9.3%)
Yırtıqlar	4(7.7%)	3(6.8%)
	1(3.5%)	1(2.4%)

Mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri (xroniki qastrit, xroniki qastroduodenit, xroniki xolesistit, xolelitiyaz, xroniki pankreatit, onikibarmaq bağırsaq xorası, mədə xorası, xroniki hemoroid, bağırsaq divertikulu) 22(41.5%) qadın prolapsı olmayan və 20(39.5%)DCÜSvəD olan xəstədə aşkar olunmuşdur ($p=0.641$). Şəkərli diabet ($p = 0.40$) və müxtəlif lokalizasiyalı yırtıqlardan ($p = 0.60$) əziyyət çəkən qadınların göstəricilərində də əhəmiyyətli fərq aşkar olunmadı. Əsas qrupda olan qadınlar arasında dayaq-hərəkət sisteminin xəstəlikləri (artroz, dorsopatiya, revmatizm) nəzarət qrupundakı qadınlara nisbətən üç dəfə çox idi ($p=0.001$). Sidik – cinsiyyət sisteminin xəstəliklərindən olan xroniki sistit, urolitiyaz, xroniki piyelonefrit, xroniki glomerulonefrit, obstruktiv və ya tez-tez sidiyə çıxma və

stress sidik saxlamama kimi sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri, əsas qrupdan olan qadınların demək olar ki, yarısından (48.3%), yalnız 9,9 % isə nəzarət qrupunda olan qadınlarda aşkar olundu ($p=0.001$).

Xülasə: Beləliklə, tədqiqat nümunəsində DCÜS və D olan qadınlar arasında sidik-cinsiyyət sistemi xəstəliklərinin daha çox rast gəlinəndi təsdiq edildi (sidik ifrazının çətinləşməsi, sidik saxlamama). Eyni zamanda doğuş sayından və doğuşun xüsusiyyətlərindən asılı olaraq aralıq nahiyəsində yad cisim hissi, piylənmə, ürək-damar sistemi, dayaq-hərəkət sistemi xəstəliklər də bu qrupa daxil olan qadınlar arasında kifayət qədər yüksək rast gəlmə tezliyinə malikdir.

SUMMARY

Comparative analysis of co-morbidities in pathologies of the small pelvic diaphragm in women

I.T. Gasimzade

M.A. Topchubashov Scientific Surgical Center, Baku, Azerbaijan

Keywords: *dysplasia of connective tissues, prolapse of internal genital organs, urinary incontinence, elongation of the cervix, prolapse of the pelvic organs*

Studies show that the prolapse of the pelvic organs occurs in 31-76% of women in the reproductive age group. In general, 1 out of every 11 women in the world undergo surgery because of the prolapse of the pelvic organs. 30% of these patients need re-operations. It should be noted that 43% of these women are women in reproductive age. DCUSVP is a phenomenon of polyreoidism and the etiology include physical, genetic, and psychological factors. Traumatic injury to the pelvic floor plays a leading role; As a result, a serious injury disrupts the functioning of the intermediate muscles, the urethral and anal sphincters. DCUSVP has a progressive feature in most cases.

However, this research was conducted with clinicians in the 18th century, but the outcomes of the pathophysiological treatment are unsatisfactory for patients, as well as for the researchers.

РЕЗЮМЕ

Сравнительный анализ сопутствующих заболеваний при патологиях диафрагмы малого таза у женщин

И.Т. Гасымзаде

Центр научной хирургии имени акад. М.А. Топчубашова, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *дисплазия соединительных тканей, пролапс внутренних половых органов, недержание мочи, элонгация шейки матки, пролапс органов малого таза*

Исследования показывают, что выпадение органов малого таза встречается у 31-76% женщин репродуктивного возраста. В целом, 1 из 11 женщин в мире подвергаются хирургическому вмешательству в связи с опущением органов малого таза. 30% этих пациентов нуждаются в повторных операциях. Следует отметить, что 43% этих женщин - женщины репродуктивного возраста. DCUSVP - это явление полиреоида, этиология которого включает физические, генетические и психологические факторы. Травматическое повреждение тазового дна играет ведущую роль; В результате серьезная травма нарушает работу мышц, уретрального и анального сфинктеров. DCUSVP в большинстве случаев имеет прогрессивную функцию. Хотя это исследование проводилось с клиницистами еще в 18 веке, но результаты патофизиологического лечения неудовлетворительны как для пациентов, так и для исследователей.

ƏDƏBİYYAT

1. Магалов И.Ш., Изучение состояния тазового дна у женщин с нарушением функции нижних мочевых путей/ Баку 2003.
2. Викторова И. А. Клинико-биохимическая диагностика дисплазий соединительной ткани.: Дис. канд. мед. наук. / Омск 2013.
3. Гавалов С.М., Зеленская В.В. Особенности клинических проявлений и течения различных форм бронхолегочной патологии у детей с малыми формами дисплазии соединительной ткани. //Педиатрия. 2009 Т. 1 С. 49-52.
4. Грошилин В.С., Чернышова Е.В., Опыт применения нового способа хирургического лечения ректовагинальных Свищей // ТЕЗИСЫ ВСЪЕЗДХИРУРГОВ ЮГА РОССИИс международным участием 19 мая 2017 -Ростов –на Дону, стр 282.
5. Евсеева, М.Е. Особенности течения беременности у женщин с синдромом дисплазии соединительной ткани //Автореферат дисс к.м.н., Москва, 2006, 19 стр.
6. Кадурин Т. И., Горбунова В. Н. Дисплазия соединительной ткани / СПб: 2009. 701 с.
7. Казачкова Э.А., Тукай К.С. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца и беременность. / 2007. 121 с.
8. Нечаева Г.И., Яковлев В.М., Конев В.П., Друк И.В., Морозов С.Л. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение //Лечащий врач 2008 Т. 1 С. 24-34.
9. Хитарь А.Г. (1,2), Дульеров К.А. (1,2), Завгородняя Р.Н. (1), Ковалев С.А. (1,2), Воронова О.В. Дифференцированный подход к методам диагностики при лечении ректоцеле. // ТЕЗИСЫ ВСЪЕЗДХИРУРГОВ ЮГА РОССИИс международным участием 19 мая 2017 -Росто –на Дону, стр 299.
10. Шульгин, А.С. Профилактика и лечение осложнений после трансвагинальных реконструктивных операций при пролапсе тазовых органов у женщин//Автореф.дисс.к.м.н. Санкт-Петербург, 2011, 17 стр.
11. Goland S., Barakat M., Khatri N., Elkayam U. Pregnancy in Marfan syndrome: maternal and fetal risk and recommendations for patient assessment and management // Cardiol Rev. 2009. - Vol. 17. - №6. - P. 253-262.