

DOI: 10.34921/amj.2023.4.025

## SİDİKLİK-UŞAQLIQ YOLU FİSTULLARININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNƏ YENİ YANAŞMA

Ə.A.Bağışov

Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrası, Bakı

Məqalədə sidiklik-uşaqlıq yolu fistulu olan 221 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin təhlili verilmişdir. Xəstələrin yaşı 17 ilə 57 arasında dəyişmiş, orta yaş isə 32 olmuşdur. Xəstəliyin müddəti 2-3 aydan 31 ilə qədər davam etmişdir. Sidikliyin zədələnməsinin etioloji faktorlarını mamalıq travmaları (45,5%), ginekoloji əməliyyatlar (55,8%), məişət travması (0,2%), avtotravmalar (0,2%) təşkil etmişdir. 123 xəstəyə transvaginal, 76 xəstəyə transvezikal, 16 xəstəyə transabdominal, 2 xəstədə kombinə edilmiş – transveziko-vaginal yolla fistuloplastika icra edilmişdir. 17 xəstə klinikaya residiv fistulla daxil olmuşdur. Əməliyyat taktikası sidiklik və uşaqlıq yolu divarlarının bir-birinə sıx yaxınlaşmasını tam təmin edən 3-sıralı tikişlərin qoyulmasından və müəllif tərəfindən təklif edilən fistul divarında tədricən kəsik aparmaqla tikişlərin qoyulmasından ibarət olmuşdur. Müəllifin fikrincə, bu üsulu tətbiq etməklə, residivlərin əsas səbəbi olan yara bucaqlarının qaçmasının qarşısı alınır və fistuloplastikanın nəticəsi bu tikişlərdən asılıdır. Həmin tikişlər müəllif tərəfindən əsas və ya “dayaq tikişlər” adlandırılmışdır. İcra edilən fistuloplastika əməliyyatlarının hamısı uğurlu olmuş və 100% sağalma müşahidə edilmişdir. Uğurlu nəticələrin alınmasında müasir tikiş materiallarının mühüm rolu olduğu qeyd edilir.

**Açar sözlər:** sidiklik-uşaqlıq yolu fistulu, fistuloplastika, “dayaq tikişlər”

**Ключевые слова:** мочепузырно-влагалищные фистулы, фистулопластика, «укрепляющие» швы

**Key words:** bladder-vaginal (vesicovaginal) fistula, fistuloplasty, "strengthening" seams

Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulu rastgəlmə tezliyində görə sidik-cinsiyyət fistulları arasında üstünlük təşkil edir. Bu fistullar əsasən mamalıq və ginekoloji praktikada: doğuş zamanı işemiyə və ya yatrogen travma nəticəsində əmələ gəlir və 95% hallarda təsadüf olunur [1,2].

Sidiklik-uşaqlıq yolu fistullarının cərrahi müalicəsinin, yəni onun tikilməsinin (fistulorafiya) əsas prinsipləri 1852-ci ildə C.Sims tərəfindən işlənmişdir. Bu prinsiplərə görə fistulorafiyanın əsasını fistul kənarında çapıq toxumalarının kəsilib kənar edilməsi, sidikliyin və uşaqlıq yolu divarlarının geniş mobilizə edilməsi təşkil edir. Sonra orqanların divarları bir-birinə ayrıca, tikiş xətlərini bir-birinə nəzərən dəyişdirilməklə tikilir. Tikişlərin tutması üçün sidiklik müəyyən müddətə fasiləsiz drenaj edilməlidir [3].

Fistuloplastika müxtəlif cərrahi yollarla: uşaqlıq yolundan – transvaginal, sidiklikdən – transvezikal və qarın boşluğundan – transperitoneal və kombinə edilmiş – transveziko-vaginal yolla həyata keçirilir. Son 15-20 ildə cərrahiyyədə laparoskopik üsulların və robotik sistemlərin tətbiqi veziko-vaginal fistulların

tikilməsində də özünü göstərməkdədir. Lakin bu tipli təcrübələr çox deyildir [4]. Yerli şərait olduqda transvaginal yol ən optimal sayılır [5].

Dünyanın ixtisaslaşdırılmış klinikalarının məlumatlarına görə veziko-vaginal fistuloplastikanın nəticələri 85-92% hallarda uğurlu olur. Əməliyyatdan sonra makrohəmaturiya 2%, yaranın irinləməsi 1,2%, fistulun residiv verməsi 8-15% təşkil edir [6].

**Tədqiqatın material və metodları.** Son 32 il (1990-2022 illər) ərzində ATU-nun Urologiya kafedrasında sidiklik-uşaqlıq yolu fistulu ilə 221 xəstə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Xəstələrin yaşı 17 ilə 57 arasında dəyişmişdir (orta yaş 32). Xəstəlik 2-3 aydan 31 ilə qədər davam etmişdir. Sidikliyin zədələnməsinin etioloji faktoru kimi mamalıq travmaları – 45,5%, ginekoloji əməliyyatlar – 55,8%, məişət travması – 0,2%, avtotravmalar – 0,2% təşkil etmişdir.

Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulunun yaranmasına səbəb olan ginekoloji əməliyyatların 96%-i ginekoloji orqanların şiş xəstəliklərinə, 1,5%-i yumurtalığın irinləmiş kistasına, 1%-i ön kolporafiyaya və 0,3%-i atreziya olunmuş uşaqlıq yolunun bərpasına görə aparılmışdır. 2 (0,1%) qadında geniş sidiklik-uşaqlıq yolu fistulu *koitus per uretram* nəticəsində uretranın

destruksiyası nəticəsində əmələ gəlmişdir.

Xəstələr fistulların sidiklik divarında lokalizə olunmasına görə fərqlənmişdir. Belə ki, mamalıq travması nəticəsində əmələ gəlmiş fistullar əsasən sidiklik boynu və veziko-uretral nahiyədə, ginekoloji fistullar isə uşaqlıq yolunun güdülündə və tağ hissələrində yerləşmişdir. Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulu 191 xəstədə tək, 13 qadında bir neçə (çoxlu) olmuşdur. Bir qadında avtotravma nəticəsində əmələ gəlmiş geniş sidiklik fistulu sol tərəfdə böyük-cinsiyyət dodaqları nahiyəsinə açılmışdır.

221 xəstədən 17 nəfərdə fistulun residivi olmuşdur. Klinikamıza daxil olana qədər 2 nəfərə 4 dəfə, 5 nəfərə 2 dəfə, 2 qadına 1 dəfə effektiv fistuloplastika əməliyyatları aparılmışdır. Qeyd etmək istəyirik ki, 4 dəfə fistul residivi olan bir qadın 2 dəfə Rusiyada (Moskva şəhərində), 1 dəfə Ukraynada (Kiyevdə) və sonuncu dəfə Bakıda özəl klinikaların birində cərrahi müalicə almış, nəticə isə uğursuz olmuşdur.

Fistuldan sidiyin fasiləsiz axması 13 xəstədə sidiklik daşlarının yaranmasına səbəb olmuşdur. Sidiklik uşaqlıq yolu fistulu ilə 25 il yaşayan 57 yaşlı qadında sidikliyin nəhəng daşını, rayon xəstəxanalarının birində açıq əməliyyatla belə xaric etmək mümkün olmamışdır. Daşın qonşu orqanlara kompressiyası bu qadını daimi yataq xəstəsinə çevirmişdir. Klinikamızda yenidən əməliyyat aparmaqla bu daşı parçalayıb xaric etmək və sonradan transvaginal yolla fistuloplastika icra etməklə xəstəni reabilitasiya etmək mümkün olmuşdur. Daşın ümumi çəkisi 796 q olmuşdur.

Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulunun 4 xəstədə konservativ müalicə nəticəsində spontan (sərbəst) bağlanması müşahidə edilmişdir. Təcrübə göstərir ki, ancaq ginekoloji fistulların sərbəst bağlanmaq ehtimalı vardır.

Plastik əməliyyat zamanı, icra yolundan asılı olmayaraq, fistul nahiyəsində çapıq toxumaların tamamilə kənar edilməsi, fistulun divarlarının kifayət qədər azad edilməsi (*Ditelin ayırma üsulu*) əsas meyar kimi qəbul edilmişdir. Bu üsulla 217 xəstəyə 220 fistuloplastika əməliyyatı aparılmışdır. Fistuloplastika zamanı qonşu orqan və toxumalardan istifadə edilməmiş, ancaq yerli toxumalar hesabına birbaşa plastika icra edilmişdir.

**Müzakirə.** Transabdominal fistuloplastika 18 xəstəyə aparılmışdır. Əməliyyat 11 xəstədə ümumi qəbul edilmiş üsulla, geniş fistul ilə 3, residiv fistulu olan 4 xəstədə isə klinikamızda işlənmiş üsulla aparılmışdır.

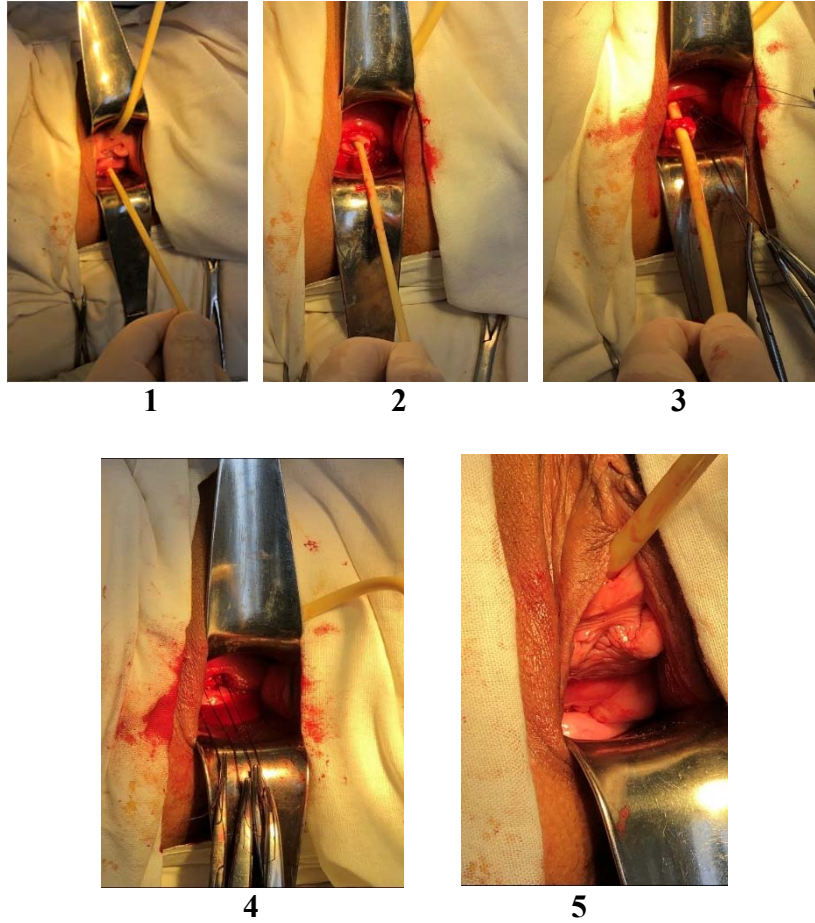
Transvaginal yolla 123 xəstəyə plastik əməliyyat icra edilmişdir. Bundan əlavə, uretrovezikal və halqavari fistulu olan 9 xəstəyə əməliyyat transvaginal aparılmışdır. Əvvəlcədən sidikliyə uretral kateter salınmışdır. Sidik *axarı*

*dəliklərinin mühafizəsi* üçün kateterin balonu 35-40 ml məhlulla doldurulmuşdur. Sonra fistul kanalına kateter daxil edilmişdir. Bu kateterlə fistul dəliyinin uşaqlıq yolu dəhlizinə yaxınlaşdırılması təmin edilir.

Son 10 ildə transvaginal fistuloplastika əməliyyatlarını öz məxsusi metodumuzla həyata keçirmişik. Bu üsul ayrılmış sidiklik və uşaqlıq yolu divarlarının bir-birinə sıx yaxınlaşmasını tam təmin edən *3-sıralı tikişlərin qoyulmasından* və fistul divarında *kəsiyin tədricən aparılmasından* ibarətdir. Bu zaman fistul kənarındakı çapıq halqa kəsilə-kəsilə sərbəstləşmiş uşaqlıq yolu divarına poliqliköl sapları ilə (№2) tək-tək tikişlər qoyulur. Bu münvalla fistuldan azad olmuş *sidikliyin divarı tikişə götürüldüyündən yaranan bucaqları qaçmır, residivlərin əsas səbəbinin qarşısı alınır!* Fistuloplastikanın nəticəsi bu tikişlərdən asılıdır. Sonra kateter, üzərinə *“üzük kimi taxılmış”* görünən fistul halqası xaric edilir. Biz bu tikişləri (**I sıra**) əsas və ya *“dayaq tikişlər”* adlandırırıq. Sonra uşaqlıq yolunun çapıqdan sərbəstləşdirilmiş divarı (paravaginal toxuma) № 3/0 poliqliköl sapları ilə Uvari tikişlərlə (**II sıra**) tikilir. Sonra isə artıq biri-birinə söykənən uşaqlıq yolunun selikaltı qatına və selikli qaşasına (№ 0) vikril saplarla (**III sıra**) yaxınlaşdırıcı tək-tək tikişlər qoyulur. Uşaqlıq yolunda 1 sutka müddətinə yodlu məhlullar (betadin, yosept və s.) hopdurulmuş tənzip tampon saxlanılır (şəkil 1).

Müasir tikiş materialları möhkəmliyi və sterilliyi ilə fərqlənir, gec sorulur, toxuma reaksiyası zəifdir, toxumalar arasında yad cismə çevrilmir, uşaqlıq yolu divarından sökülməsinə ehtiyac qalmır.

Transvezikal fistuloplastika 76 xəstəyə aparılmışdır. Bu zaman fistul kanalına anteqrad olaraq Foley kateteri salınmış kateterin balonuna fistulun ölçüsündən asılı olaraq 30-40 ml maye doldurulmuşdur. Kateteri dartılaraq fistulun kənarı yara səthinə yaxınlaşdırılmışdır. Fistul ətrafında dairəvi kəsik aparılaraq əvvəl sidikliyin divarı uşaqlıq yolundan 1,5-2 sm məsafədə ayrılmışdır. Bundan sonra, uşaqlıq yolu divarında bizim modifikasiya ilə fistul dəliyini əhatə edən dairəvi kəsik aparılmışdır. Uşaqlıq yolu divarına qoyulmuş tikişlər bağlanılır. Daha sonra heç bir gərginlik olmadan bir-birinə yaxınlaşmış sidiklik divarına № 2/0 poliakril saplarla sidikliyin seroz və əzələ qatına tək-tək tikişlər qoyulur, sonda sidikliyin selikli qişası üçüncü sıra № 2/0 ketqut sapları ilə yaxınlaşdırılır.



**Şəkil 1.** Transvagenal fistuloplastikanın mərhələləri: 1 – fistulun təftişi: uretraya və fistul dəliyinə Foley kateteri salınmışdır; 2 – fistul dəliyi ətrafında halqavari kəsik aparılmışdır; 3 – çapıqdan ibarət fistul halqası kateterə “üzük kimi” taxılmış, sidiklik divarına tək-tək tikişlər qoyulmuşdur; 4 – ikinci sıra tikişlər; 5 – son görünüş.

Transvezikal fistuloplastika zamanı sidikliyin selikli qişa və selikaltı qatına, sidik daşlarının əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədi ilə, ketqut sapları qoymaq məsləhətdir. Çünki bu halda düyünlər sidiklikdə qalır.

Kombinə edilmiş yolla 6 xəstədə transveziko-vagenal fistuloplastika icra edilmişdir. Bunun səbəbi həmin xəstələrdə sidik axarı dəliyinin fistul dəliyinə bilavasitə açılması olmuşdur. Onlarda 2 nəfərə sidik axarına stent salmaqla transvezikal fistuloplastika, digərinə isə fistuloplastika ilə bərabər ureterosistoneostomiya aparılmışdır. Daha 3 xəstədə transvagenal girişlə başladığımız əməliyyatı bu yolla sona çatdırmaq praktik olaraq mümkün olmamışdır. 1 xəstədə dar uşaqlıq yolu, digərində fistulun çox hündür yerləşməsi, daha xəstədə periton boşluğunun zədələnməsi nəticəsində orqanlarının uşaqlıq yoluna boşalması olmuşdur. Bu səbəblərdən ikinci yol – sidiklik açılmışdır.

Fistuloplastika yolundan asılı olmayaraq bütün xəstələrdə sidiklik Foley kateteri ilə drenaj

edilmişdir. Fistulun ölçülərindən və uretranın patoloji prosesə qoşulmasından asılı olaraq kateter sidiklikdə bəzən 8 gün (xəstədə tenezmlər olduqda) əksər hallarda 10, geniş fistulların tikişməsindən sonra 12, nadir hallarda 14 gün saxlanmışdır. Tenezmlər (sidik ifrazına çağırışlar) olduqda xəstələrə antixolinergik preparatlar (tolterol, solifenasin və s.) verilmişdir.

Beləliklə, kinikamızda 221 xəstəyə icra edilən fistuloplastika əməliyyatlarının hamısı uğurlu olmuş və 100% sağalma müşahidə edilmişdir. Hərçənd ki, bizim fistuloplastika apardığımız və residiv müşahidə edilən 2 (0,9%) xəstədə təkrar əməliyyatlar aparılmış və onlar sağalmışdır.

Sidik-cinsiyyət fistullarına görə müxtəlif cərrahi yollarla aparılan fistuloplastik əməliyyatlar və klinik müşahidələr bizə aşağıdakı ümumi **nəticələr** çıxarmağa imkan vermişdir.

1. Plastik əməliyyat vaxtının düzgün təyin edilməsi, xəstələrin əməliyyatını hazırlığı və rasionel əməliyyat yolunun seçilməsi fistulop-

lastikanın uğurlu olmasını təmin edən mühüm amillərdir;

2. Fistuloplastika zamanı “dayaq” tikişlərin qoyulması *residivlərin qarşısını alır*; 3 sıra (2-ci sıra U-vari) tikişlərin qoyulması sidikliyin uşaqlıq yolu və sidiklik divarları arasında toxuma mayesinin yığıla biləcəyi boşluqların («ölü») sahələrin) aradan qalxmasını və əməliyyatın uğurlu olmasını təmin edir.

3. Sidiklik-uşaqlıq yolu fistullarına görə aparılan plastik əməliyyatların uğurlu nəticələri tikiş materialından, tikişlərin qoyulma texnikasın-

dan, yaranın və sidikliyin adekvat drenaj edilməsindən, həmçinin əməliyyatı aparan cərrah-uroloqun bu sahədə təcrübəsindən asılıdır.

4. Fistuloplastika yolunun seçilməsi cərrahın təcrübəsindən, fistulun ölçüsündən və lokalizasiyasından asılıdır. Fistulun plastikası üçün uşaqlıq yolundan giriş daha fizioloji sayılır. Uşaqlıq yolu geniş olduqda və fistul dəliyini uşaqlıq yolu dəhlizinə yaxınlaşdırmaq mümkün olduqda fistulorafiya üsulu daha çox əlverişlidir.

## ƏDƏBİYYAT

1. İmamverdiyev S.B., Bağışov Ə.A. Sidiklik-uşaqlıq yolu fistullarının cərrahi müalicəsi üzrə təcrübəmiz //Az.tibb jurnalı, 2011, № 3, s. 106-110. [Imamverdiyev S.B., Bagishov A.A. Our experience on surgical treatment of urinary tract fistula //Azerbaijan medical journal, 2011, No. 3, p. 106-110].
2. Хёрт Г. Пузырно-влагалищный свищ /Оперативная урогинекология. Пер. с англ. под ред. Н.А.Лопаткина, О.И. Аполихина, Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2003, с.191-194. [Hurt G. Vesico-vaginal fistula / Operative urogynecology. Translation from English, edited by N.A. Lopatkin, O.I. Apolikhin, Moscow, GEOTAR-MED. 2003, pp.191-194].
3. Ouedraogo I., Payne C., Nardos R. Obstetrik 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.
4. Лоран О.Б. Пушкарь Д.Ю., Годунов Б.Н. и др. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей // Акушерство и гинекология, 2000, № 4, 57-59.[Laurent O.B. Pushkar D.Yu., Godunov B.N. et al. Surgical treatment of vesicovaginal fistulas // Obstetrics and Gynecology, 2000, No. 4,p. 57-59].
5. Имамвердиев С.Б., Виннатова Э.Я. Преимущества трансвагинального доступа при ликвидации везико-вагинальных фистул //Вестник хирургии Казахстана, 2017, №4, с. 38-44. [Imamverdiyev S.B., Binnatova E.Ya. Advantages of transvaginal access in the elimination of vesico-vaginal fistulas // Bulletin of Surgery of Kazakhstan, 2017, No. 4, p. 38-44].
6. Binnatova E.Yu. Veziko-vaginal fistullarin diaqnostikasında sistoskopiya və vaginal müayinələrin rolu /Bakı, Azərbaycan Tibb jurnalı 2009, № 4, s.30-33. [Binnatova E. Y. The role of cystoscopy and vaginal examinations in the diagnosis of vesico-vaginal fistulas/ Baku, Azerbaijan Journal of Medicine, 2009, № 4, p.30-33]

## НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ ФИСТУЛ

**А.А.Багишов**

*Кафедра урологии Азербайджанского медицинского университета, Баку, Азербайджан*

**Резюме.** В статье представлен анализ оперативного лечения 221 больных с мочепузырно-влагалищным (везико-вагинальным) фистулом. Возраст больных был от 17-и до 57 лет (средний возраст – 32 года). Продолжительность фистулы варьировал от 2-3 месяцев до 31 года. Этиологическими факторами фистулы являлись: в 45,5% акушерская травма, в 55,8% – гинекологические операции, в 0,2% – бытовая травма, в 0,2% – автомобильная травма. У 123 больных операция по устранению фистулы (фистулопластика) выполнена трансвагинально, у 76 больных – трансвезикально, у 16 – трансабдоминально, а у 2-х комбинированным (трансвагинально-везикальным) методом. У 17 больных была рецидивная фистула. Во время фистулопластики по принципу предложенному автором накладывались трёхрядные швы, которые автор накладывал по мере диссекции краев фистулы. По мнению автора такой метод накладывания швов предотвращает расхождение краев раны, тем самым способствует значительному снижению риска рецидивов. Автор называет эти швы «укрепляющими». Все операции прошли удачно, в 100% случаев наблюдалось выздоровление. Успех операций также зависит от использования современного шовного материала.

## A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF VESICOVAGINAL FISTULAS

**A.A.Bagishov**

*Department of Urology, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan*

**Summary.** The article presents an analysis of surgical treatment of 221 patients with vesicovaginal fistula. The age of the patients was 17-57 years (average age - 32 years). The duration of the fistula varied from 2-3 months to 31 years. The etiological factor of fistula was: obstetric traumas in 45.5%, gynecological surgeries in 55.8%, household traumas in 0.2%, car traumas in 0.2%. In 123 patients, the fistula removal operation (fistuloplasty) was performed transvaginally, in 76 patients - transvesically, in 16 - transabdominally, and in 2 - combined (transvaginally-vesically) method. 17 patients had fistula recurrence. During fistuloplasty, according to the principle proposed by the author, 3-row stitches were applied, which the author applied as the edges of the fistula were dissected. According to the author, this method of suturing prevents wound dehiscence, thereby significantly reducing the risk of recurrence. The author refers these seams "strengthening". All operations were successful, recovery was observed in 100% of cases. The success of operations also depends on the use of modern suture material.

**Müəlliflə əlaqə üçün:**

**Bağışov Əlimərdan Aşur oğlu** - tibb elmləri doktoru, professor, Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrası

**E-mail:** dr.alimardan@mail.ru