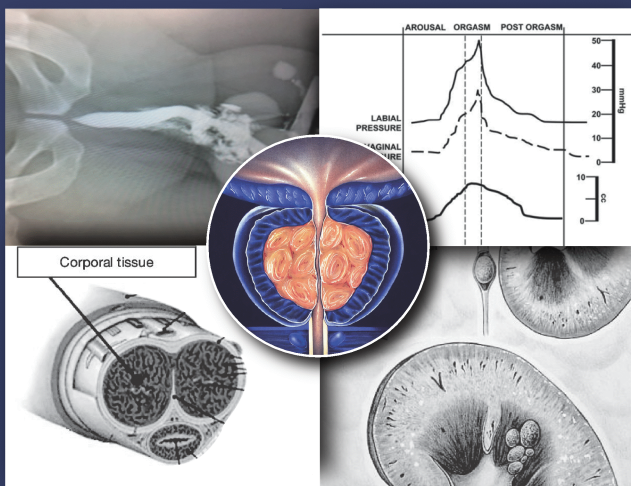


UROLOGIYA VƏ REPRODUKTIV TƏBABƏT JURNALI



Lex[®] 5 MG / 20 MG TADALAFİL

- ✓ Prostat vəzinin xoşxassəli hiperplaziyasının əlamətləri və simptomlarının müalicəsi
- ✓ Prostat vəzinin xoşxassəli hiperplaziyasının əlamətləri və simptomları və eyni zamanda erektil disfunksiyanın müalicəsi
- ✓ Erektil disfunksiyanın müalicəsi



2 dördün 1 qarşısı!

- Birdəfəlik qəbulu zamanı
- Cinsi fəaliyyəti tez bir zamanda **uzunmüddətli** bərpa edir

- **Sürətli**
- **Güvənli**
- **Təhlükəsiz**



45-50 yaşından yuxarı kişilərdə:

- Cinsi zəiflik yaranması **sıx rast gəlinir.**
- Dərman seçimi daha ciddi olmalıdır.



NOBEL İLAC A.Ş.-nin AR NÜMAYƏNDƏLİYİ
SAĞLAMLIQ ÜÇÜN DƏYƏR
Təbii səhiyyə, Təbii və ilac bələdiyyəsi, 010400000, 1131 "Təbii Səhiyyə" qurumları
TEL: (+994 12) 480 00 76, (+994 11) 438 22 29 www.nobelilac.com.tr





Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyi



UROLOGİYA VƏ REPRODUKTİV TƏBABƏT

Jurnalı

Cild 7.1 2026

Bakı - 2026

**Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyi**

Azərbaycan Tibb Universiteti

**Azərbaycan Uroloqlar
Assosiasiyası**

**Andrologiya və Reprodukativ
Təbabət Assosiasiyası**

Jurnal 2018-ci ildə təsis olunub.
İldə dəfə buraxılır.

Ali Attestasiya komissiyasının qərarı ilə
"Andrologiya və Reprodukativ Təbabət
jurnalı" dissertasiyaların əsas nəticələrinin
dərc olunması tövsiyə edilən elmi nəşrlərin
müvafiq elmi sahələri üzrə siyahısına daxil
edilmişdir.

Jurnal Azərbaycan Respublikasının Ədliyyə
Nazirliyindən 10.11.2017-ci ildə 4148 sayılı
mətbu nəşrlərin reyestrinə daxil edilmə
nömrəsi ilə qeydiyyatdan keçmişdir.

Redaksiyanın ünvanı:

*Bakı şəhəri Nəsimi rayonu, 4-cü mkr.,
Cavadxan küçəsi, 19/37*

Адрес редакции:

*Город Баку Насиминский район,
4-й мкр., улица Джавадхан, дом 19, кв. 37*

Address:

*City of Baku Nasimi district, 4th mkr.,
Javadkhan street, Building 19, Apt. 37*

Tel.: (+994) 50 3271036

web-site: arta.az

e-mail: urorept@gmail.com

Redaksiya heyəti:

Baş redaktor: S.B.İmamverdiyev

Baş redaktorun müavini və elmi katib: İ.S. Əhmədov

Korrektor və tərcüməçi: Cavid Əhmədzadə

Abdullayev K.İ.

Bayramov N.Y.

Bağırov A.M.

Bağışov Ə.A.

Camalov F.H.

Əliyev M.Y.

Əliyev S.A.

Gəraybəyli G.Ç.

Hüseynov E.Y.

Mahalov İ.Ş.

Mehdiyev T.V.

Nağıyev R.

Quliyev F.

Şolan R.

Məhəmmədhasənov R.M.

Musayev X.N.

Əfəndiyev E.

Redaksiya şurası:

Ateş Kadioğlu (Türkiyə)

Atilla Semercioz (Türkiyə)

Abdullah Armağan (Türkiyə)

Bahman Quliyev (Rusiya)

David Ralph (İngiltərə)

Dmitriy Puşkar (Rusiya)

İrfan Orhan (Türkiyə)

Ignatio Moncada (İspaniya)

Igor Apolixin (Rusiya)

İsa Özbey (Türkiyə)

Jens Rassweiler (Almaniya)

Kemal Sanca (Türkiyə)

Barış Altay (Türkiyə)

Turgay Turan (Türkiyə)

Luis Eduardo Castano (Kolumbiya)

Mikola Boyko (Ukrayna)

Nicolaos Sofikitis (Yunanıstan)

Önder Yaman (Türkiyə)

Ramazan Aşçı (Türkiyə)

Pedro Vendeira (İspaniya)

Pyotr Şeplev (Rusiya)

Selahittin Çayan (Türkiyə)

Usupbayev Akilbek (Qırğızıstan)

Yuriy Alyayev (Rusiya)

Зайда Камалудиновна Гаджисва (Rusiya)

Azərbaycan Andrologiya və Reproduktiv Təbabət Assosiasiyasının idarə heyəti

Fəxri sədr:

AMEA-nın müxbir üzvü Prof. Dr. S.B. İmamverdiyev



Sədr:

Prof. Dr. İ.S. Əhmədov



İdarə heyətinin üzvləri:

**Rauf
Rzayev**



**Seymur
Kərimov**



**Elçin
Əfəndiyev**



**Cavid
Aşurov**



**Elnur
Əliyev**



**Seyidəli
Həmidli**



**Rizvan
Hüseynov**



Bölmələr:

Kişi sonsuzluğu sektoru:
Fuad İsmayilov



Qadın sonsuzluğu:
Samirə Tağıyeva



Kişi cinsi sağlığı:
Fərid Mikayilov



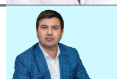
Qadın cinsi sağlığı:
Aidə İskəndərova



Uroloji patologiyalar sektorunun rəhbəri:
Anar Əhədov



Gənc asistanlar qrupunun rəhbəri:
Araz İbrahimov



Rezidentlər sektorunun rəhbəri:
Cavid Əhmədov





Qaydalar

“Urologiya və Reproduktiv Təbabət” jurnalı Andrologiya və Reproduktiv Təbabət Assosiasiyasının rəsmi mətbu orqanıdır. Jurnalda urologiya, andrologiya, habelə ginekologiya, dermatovenerologiya, psixiatriya, endokrinologiya sahələrindəki araşdırmalar, praktikadan müşahidələr və ədəbiyyat icmalları yayınlanır. Jurnal ildə 2 dəfə dərc edilir. Məqalələr Azərbaycan, İngilis, Rus və Türk dillərində qəbul olunur.

Məqalələrin qəbulu və dərc edilməsi zamanı aşağıdakı qaydalara əməl olunması vacibdir:

1. Məqalələr Microsoft Word proqramında yazılmış və doc formatında qəbul olunur.
 2. Məqalə standart A4 formatlı vərəqə, Times New Roman şrifti ilə yazılmalıdır. Şriftin ölçüsü 12 olmalıdır. Vərəqin kənarlarında 2.5 sm boş yer saxlanılmalıdır. Bütün vərəqlər səhifələnməlidir.
 3. Məqalənin həcmi araşdırma məqalələri üçün 3000 söz, praktikadan müşahidələr üçün 1500 söz, ədəbiyyat icmalları üçün isə 5000 sözdən artıq olmamalıdır.
 4. Məqalənin ilk səhifəsində ardıcılıqla məqalənin adı, yazarın (yazarların) ad, soyad və ata adları, yazarların çalışdığı və ya araşdırmanın aparıldığı qurumun adı, yazarın (yazarların) ünvanları, əlaqə telefonları və e-mail ünvanları yazılmalıdır.
 5. İngilis dilində yazılmış məqalələr xaricində bütün məqalələrə ingilis dilində xülasə əlavə olunmalıdır. Xülasədə qısa olaraq çalışmanın məqsədi, material və metodları və tədqiqatın nəticələri haqqında məlumat verilməlidir. Xülasəyə açar sözlər əlavə olunmalıdır.
 6. Açar sözlər 5 sözdən artıq olmamalıdır.
 7. Orijinal məqalənin tərkib hissəsi aşağıdakılardan ibarət olmalıdır:
a) Giriş b) Material və metodlar c) Nəticələr d) Müzakirə
 8. Məqalədə istifadə olunan şəkil və qrafiklər aydın seçilməli, nömrələnməli və başlıqlarla verilməlidir. Şəkillər jpeg və tiff formatında qəbul olunur.
 9. Ədəbiyyat siyahısı müraciət ardıcılığı ilə sıralanmalı və nömrələnməli, nömrələr məqalənin mətnindəki nömrələrlə üst-üstə düşməlidir. Ədəbiyyat siyahısı araşdırma məqalələri üçün 10-15, ədəbiyyat icmalları və müzakirələr üçün 50-60-dan çox olmamalıdır.
- Yuxarıdakı tələblərə cavab verməyən məqalə redaksiya tərəfindən qəbul olunmur.
- Qəbul olunmuş materiallar geri qaytarılmır.
- Redaksiya heyətinin məqalələri ixtisar etmək və düzəlişlər aparmaq səlahiyyətləri vardır.



MÜNDƏRİCAT

Tibb Elminə İstiqamət Verən Bir Karyera:**Prof. Dr. Atəş Kadioğlunun Akademik Mirası****Giriş..... 7****İmamverdiyev S.B.**

К вопросу лечения вазоренальной гипертонии. С.Б.Имамвердиев.

Кафедра урологии азербайджанского университета (БАКУ). 12

Ə.A. Bağışov.

Kombinə olunmuş–müştərək sidik-cinsiyyət fistulları 22

C.İ.Əhmədzaadə.

Aşırı Aktiv Mesaneli Erkek Hastalarda Transkütanöz Tibial Sinir Stimülasyonunun

Kısa Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi 24

A.Ş.İskəndərova, İ.S.Əhmədov, P.İ.Əhmədzaadə.

Qadınlarda Sidik kanalı karunkulunun Patofiziologiyası,

Qiymətləndirilməsi və İdarə Edilməsi 35

Э.Н. Эфендиев, И.С. Ахмедов.

Влияние потребления энергетических напитков на

мужскую фертильность 42

V.Y. Əbdürəhimova, T.A.Talıbov, İ.F.Mahmudov.

Qadınlarda uretral karunkula yanaşmamız. 48

Tibb Elminə İstiqamət Verən Bir Karyera: Prof. Dr. Atəş Kadioğlunun Akademik Mirası

Andrologiya elminin tarixi inkişafı, digər tibbi və cərrahi sahələrdən olduğca fərqli bir yol izləmişdir. Fərqli “köklərdən” bəhrələnərək böyüyən bu sahə, heç bir vaxt tək bir çatır altında tamamilə əriməmişdir. Günümüzdə andrologiya sahəsindəki əsas liderlik milli və beynəlxalq urologiya dərnəkləri tərəfindən idarə olunsada, bu qurumlar laboratoriyaya alimlərini, embrioloqları, endokrinoloqları və ginekoloqları (yəni dünya miqyasında andrologiya fəaliyyəti göstərən digər bütün tərəfdaşları) nadir hallarda tam mənada öz daxilinə daxil edə bilmişdir. Əlli il əvvəl, andrologiya və reproduktiv təbabət müstəqil bir ixtisas sahəsi kimi demək olar ki, dilə belə gətirilmirdi. Andrologiyanın günümüzdəki nüfuzlu mövqeyinə yüksəlməsi; elmi ciddiyət, mentorluq və xəstə xidməti standartlarını təyin edən uzaqgörən həkim və tədqiqatçıların qətiyyətli mübarizələri sayəsində mümkün olmuşdur. Bu məqalə, andrologiya elminin inkişafına istiqamət verən, sahəmizdə dərin və qalıcı izlər qoyan böyük liderlərin mirasını yaşatmaq məqsədilə qələmə alınmışdır.



Bu çalışma, oxucu kütləsini təşkil edən klinisistlər, elm adamları, rezidentlər (asistanlar) və köməkçi tibb heyəti üçün sadəcə bioqrafik bir mətn olmaqdan qat-qat üstün bir mənə daşıyır. Sahə professionallarına bu mütəxəssislərin nə üçün kritik əhəmiyyətə malik olduğunu, kəşflərinin gündəlik klinik fəaliyyətimizi necə formalaşdırdığını anlamaq imkanı yaradır və uğurlu karyeralardan çıxarılacaq universal dərsləri gözlər önünə sərir. Liderlərin rəhbər tutduğu üsul və prinsipləri dərk etmək; kişi reproduktiv sağlamlığı sahəsindəki tədqiqatları və xəstə xidmətini irəliyə aparmaqda həyati rol oynayan fədakarlıq, əməkdaşlıq və innovasiya kimi dəyərlərə işıq tutur.

Andrologiyanın köklü keçmişini qorumağı hədəfləyən bu yazı, tibbdə rol modellərin dəyərini vurğulayır və mükəmməlliyi mükafatlandırmağın əhəmiyyətini xatırladır. Beləliklə, birliyimizin sübuta əsaslanan fəaliyyətə, elmi tərəqqiyə və bütöv xəstə xidmətinə olan bağlılığı da möhkəmlənir. Bu qabaqçıl isimlərin həyat hekayələri; texnologiyalar və müalicə üsulları dəyişsə də, sahəmizi irəliyə aparan əsas ünsürün elmi dürüstlük və uzaqgörən baxış bucağı olduğunu aydın



şəkildə nümayiş etdirir.

Professor Dr. Atəş Kadioğlu: Andrologiyanın Müdrik Cərrahı

Prof. Dr. Atəş Kadioğlu, kişi cinsi disfunksiyası və kişi reproduktiv sağlamlığının anlaşılması ilə müalicəsi mövzularında 30 ildən artıqdır həyata keçirdiyi işlərlə, andrologiya sahəsində həm Türkiyədə, həm də beynəlxalq arenada ən mühüm şəxs hesab olunur. Özü yalnız elmi və cərrahi uğurları ilə deyil; tibbi etik və metodoloji tərəfləri integrasiya edən fəlsəfi və bütöv yanaşması ilə də tanınır. Qədim tibb müdrikliyini müasir klinik fəaliyyətlərlə birləşdirmək bacarığı, onu sadəcə texniki bacarıqları ilə önə çıxan bir cərrah deyil; eyni zamanda intellektual dərinliyə, insani həssaslığa və fənlərarası bir baxış bucağına malik uzaqgörən bir “elm adamı-cərrah” modeli kimi mövqeləndirir. Türkiyədə və beynəlxalq arenada urologiya və andrologiya sahələrinin institusionallaşmasında və müasir cərrahi üsulların yayılmasında baş rolunu oynamışdır.

1. Erkən Həyatı və Təhsil illəri

Atəş Kadioğlu, 1959-cu ildə İstanbulda dünyaya göz açdı. Tibb və akademik dünyaya olan meyli, ailə köklərindən gələn güclü bir irsin davamı xarakterində idi. Atası Əhməd Kadioğlu (1929-1991), Türk nefrologiya tarixinin qabaqcıl və ən hörmətli isimlərindən biri idi. Bu akademik mühitdə böyüyən Kadioğlu, Türkiyənin ən nüfuzlu təhsil müəssisələrindən biri olan İstanbul Erkəklər Liseyini (İstanbul Erkek Lisesi) uğurla bitirdi. Lisey illərində qazandığı intizam və intellektual dərinliyi, çox yaxşı səviyyədə olan alman və ingilis dilləri ilə təclandı.

Tibb təhsilini atasının da izi ilə gedərək İstanbul Universiteti İstanbul Tibb Fakültəsində (Çapa) davam etdirdi və 1983-cü ildə tibb doktoru unvanını aldı. Eyni fakültədə urologiya sahəsinə yönələn Kadioğlu, 1990-cı ilə qədər rezidentura (asistentlik) müddətini tamamlayaraq urologiya mütəxəssisi oldu. Ardından baş assistent olaraq akademik heyətdə yerini aldı.

2. Beynəlxalq Təcrübələr və Akademik Yüksəliş

Dr. Kadioğlu, mütəxəssisliyini aldıqdan dərhal sonra müasir andrologiyanın dünyadakı mərkəzlərində bilik və təcrübəsini artırmaq üçün xaricə elmi məzuniyyətə getdi.

Kişi Cinsəl Sağlığı (1991): San-Fransiskodakı Kaliforniya Universitetində (UCSF) sahənin dünyaca məşhur avtoriteti Prof. Tom Lue ilə birlikdə inkişaf etdirdi.

Kişi Sonsuzluğu Təhsili (1994): Hustondakı Beylor Tibb Fakültəsində (Baylor College of Medicine), kişi sonsuzluğu müalicəsində qlobal bir ekol olan Prof. Larry Lipshultz ilə birlikdə çalışdı.

Bu strateji baxış, onun Türkiyəyə qayıtdıqda andrologiyanı multidissiplinar və müasir bir standartla çatdırılmasını təmin etdi. 1994-cü ildə Urologiya Dosenti unvanını alan Kadioğlu, 2000-ci ildə isə Urologiya Profosu seçildi. Eyni zamanda Avropa Cinsi Tibb Komitəsinin İdarə Heyətinin Üzvü (FECSM - Fellow



of the European Committee of Sexual Medicine) unvanına layiq görüldü.

3. Klinik və Cərrahi Qabaqcılıq

Cinsi tibb və reproduktiv təbabət cərrahiyyəsində ekol bir isim olan Prof. Kadioğlu, 30 ili aşan peşə həyatında 10.000-dən çox androloji əməliyyata imza ataraq bu sahədə qırılması çətin bir rekorda və böyük bir təcrübəyə sahib olmuşdur. Klinik fəaliyyətində xüsusilə bu sahədə istinad edilən cərrah mövqeyindədir:

Penil Protez İmplantasiyası (Xoşbəxtlik Çubuğu): 2.200-dən çox uğurlu vaka ilə bu cərrahiyyədə Avropanın ən təcrübəli isimlərindən biri olmuşdur.

Peyronie Xəstəliyi və Anadangəlmə Penil Əyriliklər: Təxminən 750 vakalıq cərrahi seriyası ilə, Avrasiya və Avropa bölgəsində bu spesifik patologiyanın həl-lində ən çox məsləhətləşilən mütəxəssislər arasındadır və şöhrəti bu coğrafiyanın bütövlünə yayılmışdır.

Mikroskopik Sperm Əldə Etmə (Micro-TESE) və Varikozel Cərrahiyyəsi: Kişi sonsuzluğunun ən kritik mərhələlərindən olan varikozel cərrahiyyəsində 5.000-dən çox əməliyyat icra etmiş; azospermiya xəstələrində mikro-TESE üsul-larının Türkiyədəki qabaqcıllarından biri olmuşdur.

Distal Ejakulyator Kanal Tutulmaları: Bu nadir və çətin sonsuzluq səbəbinin cərrahi müalicəsində global standartları təyin edən seriyalar dərc etmişdir.

4. Akademik Məhsuldarlıq və Nəşr Dünyasındakı Rolu

2000-ci ildən bəri İstanbul Universiteti İstanbul Tibb Fakültəsi Urologiya Kafedrası (Ana Bilim Dalı) nəzdindəki Andrologiya Elmi Sahəsinin Rəhbəri (Bi-lim Dalı Başkanı) vəzifəsini icra edən Prof. Dr. Atəş Kadioğlu, inzibati olaraq da fakültəsinə böyük töhfələr vermiş və 2011-2014-cü illər arasında Dekan Müavini vəzifəsini boynuna götürmüşdür. Akademik məhsuldarlığı ilə diqqət cəkmək pro-fessorun tədqiqatları; erektil disfunksiya (sərtləşmə problemi), Peyronie xəstəliyi, priapizm, kişi infertilliyi (varikozel və distal ejakulyator kanal obstruksiyaları) və qadın cinsi funksiya pozuntuları kimi geniş bir sahəyə yayılmışdır.

Elmi Nəticələr və İstinadlar: Resenziyalı (hakemli) jurnallarda dərc olunmuş 430 məqaləsi və çox sayda kitab bölməsi mövcuddur. Bu işləri elm dünyasında 11.650-dən çox istinad almışdır və h-indeksi Oktyabr 2025-ci il məlumatlarına görə 55-dir. Bu uğurları ilə Türkiyənin tibb elminə istiqamət verən ən nüfuzlu 100 elm adamı arasında yer alır.

Redaktorluq və Redaksiya Heyətləri: European Urology, The Journal of Sexual Medicine, Asian Journal of Andrology, Andrology, International Urology and Nephrology, World Journal of Urology və Balkan Medical Journal kimi nü-fuzlu jurnalların redaksiya və resenziya heyətlərində fəaliyyət göstərən Kadioğlu, hazırda Urology Research and Practice jurnalının Baş Redaktoru (Editor-in-Chief) vəzifəsini yerinə yetirir.

Beynəlxalq Təlimatlar (Kılavuzlar): Beynəlxalq konqreslərin imtina edilməz dövlətli məruzəçilərindən biri kimi Türkiyəni global platformalarda uğurla təmsil

etmiş; Avropa Urologiya Dərnəyinin (EAU) Seksual və Reproduktiv Sağlamlıq Təlimat Komitəsinin aktiv müəllifi olmuşdur. Həmçinin Beynəlxalq Cinsi Tibb Məsləhət Şuraları nəzdində; Qadın Cinsi Funksiya Pozuntusu Patofiziologiyası, Priapizm və Peyronie Xəstəliyi komitələrində yüksək səviyyəli vəzifələr icra etmişdir.

5. Peşəkar Cəmiyyətlərdəki Liderlik Rolları

Prof. Dr. Atəş Kadioğlu, andrologiyanın alt ixtisas sahələri ilə (embrinoloqlar, endokrinoloqlar, ginekoloqlar və laboratoriya alimləri) bütövləşməsi gərəkdiyinə inanaraq milli və beynəlxalq peşə təşkilatlarında mühüm inzibati və liderlik vəzifələri daşımışdır:

Türk Andrologiya Dərnəyi: 2002–2009-cu illər arasında rəhbərliyini etmişdir və hazırda dərnəyin Fəxri Sədridir (Onursal Başkanı).

Türk Urologiya Dərnəyi: 2008–2012-ci illər arasında sədr vəzifəsini yerinə yetirmişdir. Günümüzdə dərnəyin Fəxri Sədri və Türk Urologiya Akademiyasının koordinatorudur.

Avropa Urologiya Dərnəyi (EAU) və Beynəlxalq Arenadakı Rolu: EAU nəzdində mühüm məsuliyyətlər daşıyan Kadioğlu, ESAU (Avropa Androloji Urologiya Bölməsi) idarə heyətində (2016-2024) fəaliyyət göstərmiş və bu heyətdə əlaqəli/assosiasiya olunmuş üzv (2024-2028) kimi qalmağa davam etmişdir. 2021-ci ildən bəri EAU Cinsi və Reproduktiv Təbabət Təlimat Komitəsinin aktiv üzvüdür.

Komitə Sədrlikləri: 2010 və 2025-ci illərdə Beynəlxalq Cinsi Tibb Konsultasiyası nəzdində Priapizm Komitəsinin Həmsədri vəzifəsini icra etmiş, 2025-ci ildən etibarən də ISSM (Beynəlxalq Cinsi Tibb Dərnəyi) Maraqların Toqquşması (COI) Komitəsinin üzvlüyünə seçilmişdir.

Konqres Sədrlikləri: Avrasiya Andrologiya Platforması (10 dəfə), Avrasiya Urologiya Platforması (5 dəfə), Cənub-Şərqi Avropa Görüşü (SEEM 2010), Avropa Cinsi Tibb Dərnəyi Konqresi (ESSM 2014) və Beynəlxalq Urologiya Dərnəyi Konqresi (SIU 2023) kimi dünya miqyasındakı böyük təşkilatlara sədrlik edərək global miqyasda səhiyyə siyasətlərinin və klinik standartların təyin olunmasında söz sahibi olmuşdur.

6. Qlobal Təsir, Mükafatlar və Akademik Unvanlar

Kişi cinsi və reproduktiv sağlamlığında klinik standartların formalaşmasında lokomotiv rol oynayan Prof. Kadioğlunun elmə töhfələri dünya miqyasında bir çox prestijli mükafat və unvanla təclandırılmışdır:

2018: Sanko Universiteti tərəfindən hazırlanan və Turkish Time jurnalında dərc olunan “Türk Elminə / Tibb Elminə İstiqamət Verən 100 Şəxs” siyahısında yer almışdır.

2021: Dubayda təşkil olunan Dünya Urologiya Konqresində, SIU (Société Internationale d’Urologie) tərəfindən peşə həyatının ən prestijli ordenlərindən biri



olan “Fərqlənən Karyera Mükafatı”na (Distinguished Career Award) layiq görülmüşdür.

Fəxri Professorluqlar və Beynəlxalq Unvanlar: Beynəlxalq akademik uğurları nəticəsində; Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi və Azərbaycan Tibb Universiteti tərəfindən 2025-ci ildə Prof. Dr. Atəş Kadioğluna Fəxri Professor unvanı verilmişdir. Kadioğlu, eyni zamanda Azərbaycan Urologiya və Andrologiya dərnəklərinin fəxri üzvüdür. Özbəkistan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, Daşkənd Avraşiya Multidissiplinar Universiteti və Səmərqənd Dövlət Tibb Universiteti tərəfindən “Fəxri Professorluq” unvanı verilmişdir. Həmçinin Qırğızıstan Respublikası İ.K. Axunbayev adına Qırğız Dövlət Tibb Akademiyası və Priştina Universiteti nəzdində Fəxri Professorluq unvanlarını daşıyır.

Qlobal Andrologiya Forumu (GAF): 2024-cü ildən bəri Qlobal Andrologiya Forumunun (GAF) Baş Məsləhət Şurasının Üzvü olan Kadioğlu, andrologiya elminə ömür boyu etdiyi töhfələrə görə, tamamilə ləyaqətə əsaslanan, şəffaf və obyektiv bir qiymətləndirmə prosesinin ardından verilən “Seçkin GAF Akademiki” (Distinguished GAF Academician) sertifikatı ilə onurlandırılmışdır.

7. Müəllim, Mentor Kimliyi və Şəxsi Həyatı

Tibb təhsili islahatlarında və uzmanlıq (ixtisas) sonrası təhsil proqramlarında aktiv rol oynayaraq urologiyada hər zaman sübuta əsaslanan və xəstəyə yönəlmiş bir yanaşmanı müdafiə edən Prof. Kadioğlu, cərrahi dühası ilə yanaşı yetişdirdiyi tələbələrə də sahəyə istiqamət vermişdir. Balkanlar (Kosovo, Albaniya, Bosniya və Herseqovina, Şimali Makedoniya), Mərkəzi Asiya (Azərbaycan, Qırğızıstan, Özbəkistan, Türkmənistan, Qazaxıstan) və Yaxın Şərqdən gələn 100-dən çox mütəxəssis həkimə şəxsən mentorluq etmiş, bu ölkələrdə güclü bir andrologiya birliyi yaradaraq yerli andrologiya klinikalarının qurulmasını təmin etmişdir.

Evli və iki övlad atası olan Prof. Dr. Atəş Kadioğlu, 2000-ci ildən bəri İstanbul Universiteti nəzdindəki Andrologiya Elmi Sahəsinin rəhbərliyini qürurla davam etdirir. Cərrahi dühası, ədəbiyyata (literatura) qazandığı tədqiqatları və yetişdirdiyi yüzlərlə tələbəsi ilə andrologiya sahəsinin gələcəyini inşa etməyə davam edən professor; müasir tibbin innovativ texnologiyalarını qədim tibb fəlsəfəsi ilə birləşdirən, intellektual bazası ilə tibb dünyasında “müdrək cərrah” ekolunu yaratmağa davam edən canlı bir əfsanədir.

Müəlliflər: Cavid Əhmədzadə, Beste Ceren Özgün, İ. S. Əhmədov



**К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.
С.Б.ИМАМВЕРДИЕВ.
КАФЕДРА УРОЛОГИИ АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
(БАКУ).**

Vazorenal hipertoniyanın müalicəsinə dair.

Böyrək arteriyasının daralması ya trombozuna görə yaranan hipertoniya zamanı

nefrektomiyanın məsləhət olmasını Leadbetter (1938) qeyd edəndən sonra bu sahəyə diqqət bütün dünyaya yayıldı. Seldinger üsulu ilə aortoqrafiyanın tətbiqi bu xəstəliyin diaqnostikasını təmin etdi. Müxtəlif əməliyyat üsulları böyrək arteriyasının keçiriciliyini təmin etmək üçün geniş praktikada yayıldı. Müəyyən hallarda aortoarteriit anevrizmaya səbəb olmaqla böyrək arteriyalarında daralma və vazorenal hipertoniyaya səbəb olur.

Təsvir olunan məqalədə qeyd olunan fəsada görə məcburi sol böyrək arteriyasının enstrakorporal rezeksiyası və autotransplantasiyası uğurla həyata keçirilməsi təsvir

olunur. Xəstənin sağ böyrəyinin arteriyası tromboza görə kəskin kiçilmiş vəziyyətində idi. Onu xaric etmək lazım lazım olmadı.

Описание первой успешной нефрэктомии Leadbetter (1938) по поводу вазоренальной гипертензии привело к пересмотру целого ряда положений,

связанных с диагностикой и лечением больных, страдающих от гипертензии.

Публикации в западных и американских журналах работ о хирургическом лечении лиц с гипертонической патологией, на почве сужения и тромбоза почечных артерий существенно повлияли на активизацию клинического изучения проблемы вазоренальной гипертензии. Известные зарубежные хирурги (De Bakey, 1964; Routasse, 1964; Morris, 1966) опубликовали результаты оперативного лечения больных вазоренальной гипертензией, в диагностике которых главную роль играла аортография. Внедрение в практику аортографии по Сельдингеру (путем зондирования аорты через бедренную артерию) обеспечивало точную диагностику вазоренальной гипертензии. Особое внимание уделялось показаниям к аортографии. В Советском Союзе проблемой вазоренальной гипертензии активно занимались в московских хирургических и урологических клиниках (Б. В. Петровский с соавт. 1960; А. Я. Пытель с соавт., 1968; А. В. Покровский, с соавт., 1967). Учитывая определенную серьезность вопроса решения показаний к аортографии, проводи-

лись комплекс исследований, чтобы определить показания к аортографии. В этом направлении работали как в европейских клиниках, так и в Советском Союзе. Большую и весьма ценную исследовательскую работу

в этом направлении провел известный азербайджанский ученый Мехти Мамедович Мехтиев под руководством академика Бориса Васильевича Петровского в первом Московском мединституте имени Сеченова. М. М. Мехтиевым (1965) проводились экспериментальные и клинические исследования, которые завершились выполнением диссертации доктора медицинских наук. Были выработаны показания к аортографии:

1. артериальная гипертензия неясной этиологии у лиц моложе 30–35 лет; остро возникшая артериальная гипертония у лиц в любом возрасте, развившаяся после сильных болей в поясничной области, либо после травмы этой области;
2. систолический шум, выслушиваемый над брюшной аортой (выше пупка) или в эпигастральной и поясничной области у гипертензивных больных;
3. асимметрия артериального давления на конечностях, что наблюдается при сопутствующей атеросклеротической окклюзии в бифуркации аорты и панартерииах дуги и брюшного отдела аорты,;
4. внезапное ухудшение течения гипертонической болезни у лиц средней и старшей возрастной группы со стойким артериальным давлением (диастолическое давление 110 мм и более) при неэффективности гипотензивной терапии, ранее оказавшейся успешной;
5. разница в размерах почек на 1.5–2 см, выявляемая при экскреторной урографии (М.М. Мехтиев, 1965).

К указанным рекомендациям в данном этапе развития медицинской технологии следует относить ультразвуковое исследование (УЗ) органов мочевого тракта.

Надежный диагноз наличия изменения почечных артерий можно установить выполняя аортографию. Это исследование стало основанием для определения показаний к реконструктивным вмешательствам на почечных артериях.

Следует отметить, что при сочетанном поражении почечных артерий и подвздошных артерий (синдром Лериша и др.) возникает необходимость в выполнении транслумбальной аортографии. Так М.М. Мехтиев отмечает, что из 80 больных, которым выполнялась аортография у 32 аортография выполнялась транслумбальной пункцией аорты (1965).

Клинические исследования позволили для отбора больных для аортографии ориентироваться на показатели малоинвазивных методов исследования. Так, М.Д. Князев, Г.С. Кротовский (1974) для этих целей подчеркивают



преимущество изотопной ренографии.

Клинические формы поражения почечных артерий имеют важное значение при определении показаний к оперативным вмешательствам. Этому вопросу клиницисты уделяют большое внимание (Ратнер с соавт. 1970; Невских с соавт., 1969; Б.В. Петровский, В.С. Крылов, 1968 и др.). Так, Г.С. Кротовский (1974) отмечает, что реконструктивные операции на почечных артериях выполнялись при атеросклерозе у 40, фибромускулярной гиперплазии — у 16, а при аорто-артериите — у 5 больных.

Спиридонов А.А. (1972) отмечает, что при атеросклеротическом поражении оперированы 62 больных, при фибромускулярном поражении 20, а при аорто-артериите — 80 больных.

Причиной вазоренальной гипертензии чаще всего является атеросклеротическое поражение почечных артерий. Мехтиев М.М. (1965) отмечает что оно встречалось чаще всего у больных средней и старшей возрастной группы и в основном стенотическое поражение охватывало устье и начальный отдел ствола почечной артерии, причем чаще у лиц мужского пола. Нередко атеросклеротическое поражение охватывало и бифуркацию аорты. Другой причиной поражения почечных артерий является фиброзно-мышечная гиперплазия. Особенность этого поражения заключается в том, что изменения возникают у молодых больных, чаще у лиц женского пола 18-26 лет. Важной особенностью этой патологии является тотальное поражение почечной артерии или захватывает внутрпочечные ветви. Характерным для ангиографической картины является четкообразная форма сужения — чередующиеся друг за другом стеноз и дилатация, напоминающие собой «нитку бус».

Панартериит как и фиброзно-мышечная гиперплазия отличается многообразием патологических изменений. Клиническая картина пан-артериита аорты и ее ветвей характеризуется полиморфизмом и может охватить дугу аорты и отходящие от нее ветви. В литературе это заболевание описывалось под различными названиями: болезнь отсутствия пульса, синдром дуги аорты, первичного артериита и чаще — болезни Такаяси. Это заболевание не ограничивается поражением дуги аорты и ее брахицефальных ветвей. Весьма важным является диагностика и клиническая оценка пан-артериита брюшной аорты с вовлечением в процесс почечных артерий, приводящей к тяжелой вазоренальной гипертензии. Ниже нами будет приведена выписка из истории болезни больной, оперированной нами по поводу вазоренальной гипертензии на почве артериита. Это заболевание может наблюдаться у лиц раннего возраста. В литературе имеются описания больных 3-х, 13 и 14 лет (Спиридонов А.А., 1972; М.Д. Князев, С.Б. Имамвердиев, 1975).

Особенность панартериита заключается в частом поражении обеих почек. При этом степень сохранности функции почек определяется в разной



степени.

В Азербайджанской республике (по предложению профессора М. Д. Джавадзаде) проблема вазоренальной гипертензии изучается с 1968 года (С. Б. Имамвердиев, 1969; М. Д. Джавадзаде, С. Б. Имамвердиев, 1970). Впоследствии С. Б. Имамвердиев в 1972-1974 годах провел исследования по изучению оперативного лечения вазоренальной гипертензии при поражении обеих почечных артерий (С. Б. Имамвердиев, 1974). Клиническое изучение проблемы вазоренальной гипертензии продолжалось на кафедре урологии Азербайджанского медицинского университета в 1976-м и последующих годах.

Уместно отметить, что в 60-х, 70-х годах 20 века в северной америке и европе проблеме вазоренальной гипертензии уделялось большое внимание. Азербайджанские ученые были среди первых, и их работы публиковались в ведущих журналах советского союза (М. М. Мехтиев, 1963; 1964; 1965; М. Д. Джавадзаде, С. Б. Имамвердиев, 1970, 1972). Первые операции по поводу вазоренальной гипертензии — операция чревоартериальная эндоартерэктомия из почечной артерии по поводу атеросклеротического стеноза почечной артерии были выполнены в ноябре 1969 года в урологической клинике Азербайджанского института усовершенствования врачей (АИУВ), руководимого профессором М. Д. Джавадзаде (М. Д. Джавадзаде, С. Б. Имамвердиев, 1972).

Наряду с этим необходимо отметить и то, что М. М. Мехтиев исследовательскую работу проводил в Москве в 1-м Московском медицинском институте имени Сеченова. В бакинских клиниках изучение этой проблемы зависело от внедрения в практику аортографии. Этот вопрос был решен в клинике АИУВ. Первые больные со стенозом почечных артерий были выявлены аортографией по Сельдингеру в 1969 году, выполненной С. Б. Имамвердиевым, что послужило основанием для выполнения операций на почечной артерии.

Впоследствии С. Б. Имамвердиев продолжал заниматься этой патологией (в Москве) во Всесоюзном научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной хирургии (ВНИИКЭХ), руководимой академиком Б. В. Петровским. Работа С. Б. Имамвердиева была посвящена хирургии вазоренальной гипертензии при двустороннем поражении почечных артерий. Эта группа больных была наиболее тяжелой группой для решения вопроса о хирургических вмешательствах (С. Б. Имамвердиев, 1974).

После образования кафедры урологии в Азербайджанском медицинском университете (март, 1975) С. Б. Имамвердиев был принят на эту кафедру (1976), а базой кафедры было урологическое отделение Республиканской клинической больницы им. Миркасимова. В этом отделении наряду с лече-

нием различных урологических больных, началась работа по диагностике и лечении больных с вазоренальной гипертонией. Была налажена аортография по Сельдингеру. Хотя рентген снимки были одиночными (из-за отсутствия рентгенаппарата для серийных снимков), удавалось получить изображение аорты и ее ветвей, начиная с нижних отделов грудной аорты.

Внедрение (С. Б. Имамвердиевым) в клинику реконструктивных вмешательств на почечной артерии послужило приливу в клинику больных вазоренальной гипертонией. В одном из наблюдений возможность проведения оперативного вмешательства была критически тяжелой, но клинический опыт позволил принять должное решение и осуществить необходимое хирургическое вмешательство. Необходимо отметить, что аортограммы оперированной тяжелой больной прежде нигде нами не публиковались.

Больная М., 28 лет, поступила в урологическое отделение Республиканской клинической больницы им. Миркасинова в мае 1979 года с жалобами на наличие неуправляемой артериальной гипертонии. С ее слов последние 5 лет безуспешно лечится (амбулаторно, временами стационарно в Шекинском районе республики) из-за сильных головных болей. Отмечает, что временами систолическое давление поднимается так высоко, что показатель аппарата по измерению давления не охватывает эту цифру. На фоне применения гипотензивных средств А/Д держится в пределах 220-240/120-140 мм. рт. столба.

Общее состояние больной было удовлетворительное. Одышки или отеков на конечностях не было. Продолжала работать в средней школе учительницей физкультуры.

При объективном исследовании обращало внимание то, что А/Д определялось лишь на правой конечности и на обеих нижних конечностях. На левом плече, предплечье А/Д не определялось и не было пульса.

Больной была произведена аортография по Сельдингеру.

В сосудистой фазе на аортограмме (рис 1) начиная с уровня 8-го ребра грудной аорты отмечается расширение аорты более чем в два раза, несколько сужаясь постепенно на протяжении до 4-го поясничного позвонка. Далее аорта нормального диаметра, подвздошные артерии не изменены (края расширенной части аорты неровные). Левая почечная артерия начиная от аорты резко сужена (до 1,5-2 мм), определяется умеренное постстенотическое расширение, внутрипочечные ветви не изменены. Определяется и паренхима почки, и по ее размерам создается впечатление о наличии гипертрофии паренхимы в определенной степени.

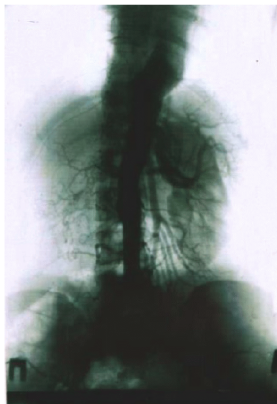


Рис. 1. Аортаграмма больной М.

Правая почечная артерия не определяется (полная окклюзия) и нефрограмма отсутствует. Показатели экскреторной урографии были весьма удовлетворительные слева. Вместе с тем правая почка также функционировала, ее размеры были меньше по сравнению с левой почкой. Размеры левой почки 12,5 x 6 см, а правой 7,5 x 3,4 см. Чашечно-лоханочная система слева была нормальной, а справа «миниатюрной» — контрастирование запаздывало.

Необходимость в реконструкции левой почечной артерии не вызывало сомнения. Однако аорто-артериит и аневризматические изменения брюшной аорты в зоне отхождения почечных артерий делало невозможным всякие манипуляции на аорте. В тоже время нижняя часть брюшной аорты и подвздошные артерии были нормальными. Было решено произвести ауто-трансплантацию левой почки в левую подвздошную область.

25/V-1979 года произведена операция, которая включала следующие этапы:

1. мобилизация левой почки и ее сосудов по возможности ближе к магистральным сосудам.
2. подготовка внутренней подвздошной артерии и наружной подвздошной вены для анастомозов.
3. удаление почки из организма и помещение ее в лоток с охлажденным физраствором, перфузия почки охлажденным до 4-6°C раствором Коллинза.

4. резекция пораженной части почечной артерии,

5. пересадка почки в подвздошную ямку путем наложения сосудистых анастомозов — вначале почечной артерии с внутренней подвздошной артерией конец в конец, затем почечной вены в наружную подвздошную вену конец в бок.

Следует особо отметить то, что операция выполнена одним разрезом, в левом полубоковом положении больной, начиная от середины конца 12-го грудного ребра (отступая на 2 см от края ребра) до подвздошной области (разрез Бергмана-Израэля). Мочеточник оставался нетронутым. Подготовка почки к пересадке осуществлялся на нетронутом мочеточнике. Для пересадки почки она была перевернута таким образом, что верхний полюс почки стал нижним, а нижний полюс — верхним полюсом почки. Мочеточник дугою направлялся от лоханки вверх и сделав дугу направлялся книзу над анастомозами (сосудистыми).

Операция длилась 5 часов. Технически операция прошла без каких бы то ни было осложнений.

Через 3 часа после операции по катетеру из мочевого пузыря стала выделяться моча вполне адекватно внутривенно переливаемой жидкости. Первые сутки через каждые 6 часов внутривенно вводился 20 мг лазикса. Начиная с 3-го дня после операции необходимость в применении мочегонных средств не было. Показателями А/Д были в пределах 130-140/80-90 мм. рт. ст.

Больная из клиники выписана через 12 дней после операции. Через 6 месяцев больная была приглашена в клинику для контрольного обследования. Отмечала хорошее общее состояние, работала на прежней должности — преподаватель физкультуры в средней школе по месту жительства (кичик Дахна, Шекинский район Азербайджана). При обследовании анализы мочи и крови были без особенностей, содержание креатинина в крови было нормальное. Проведена экскреторная урография. Начиная с 10-ой минуты после внутривенного введения 40,0 мл 70% уротраста чашечно-лоханочная система левой пересаженной почки ясно визуализируется (адекватная функция почки), определяется незначительное расширение чашечно-лоханочной системы (рис. 2). На 30-ой минуте контрастирование почки уменьшается (убедительное свидетельство хорошей динамики мочевых путей левой почки) значительное количество контрастного вещества заполняет мочевой пузырь (рис. 2). Местами нечетко определяется мочеточник. Обращает внимание и наличие определенной функции правой почки — почка уменьшена в размерах, видны следы контрастного вещества в верхней и нижней группах чашечек.



Рис. 2. Экскреторная урограмма после операции больной М.

Для выявления более четкого состояния мочеточника, лоханочно-мочеточникового сегмента левой почки была произведена восходящая урография слева: мочеточниковый катетер проведен на 10-12 см в левый мочеточник и по нему введен 8 мл 30% уротраста. На восходящей уретеропиелограмме четко определяется левый мочеточник, который, сделав дугу на уровне крестцовой кости, опускается в лоханку почки, расположенной в подвздошной ямке (рис. 3).



Рис. 3. Восходящая урограмма после операции больной М.

Таким образом, при двухстороннем неравномерном поражении почечных сосудов и почек, восстановление артериального кровообращения в почке с хорошо сохранившейся функцией может улучшать состояние пациента. При этом отпадает необходимость выполнения операции на контралатеральной стороне. Этот феномен был подтвержден и в предыдущих наблюдениях клиницистов и свидетельствует о наличии антигипертензивной функции почек и участие ее в патогенезе вазоренальной гипертензии. Обращает внимание и то, что у оперированной больной аортографией было выявлено окклюзия правой почечной артерии, а функция почки в определенной степени была сохранена. Наши клинические исследования показали, что при аортоартериите с постепенным и неравномерным поражением различных ветвей брюшной аорты, развитие коллатералей удовлетворяют артериальное, хотя и неполное, кровообращение органов. Поэтому в приведенном наблюдении почка, хотя и была уменьшена в размерах, в определенной степени сохранила функцию. Подобное объяснение касается и отсутствием пульса на левой конечности оперированной больной. При этом никаких ощущений, указывающих на недостаток артериального кровообращения у пациентки не было. Указанные обстоятельства нашли свое отражения и на других наших исследованиях (С.Б. Имамвердиев, В.Б. Меджидов, 1978).

В настоящее время в лечении вазоренальной гипертензии произошли большие изменения в связи с усовершенствованием малоинвазивных способов восстановления проходимости артерий разных органов, включая почечных. Однако могут наблюдаться случаи, когда открытые операции, включая аутотрансплантацию почки, оказываются единственно возможным методом лечения.

Современные принципы лечения вазоренальной гипертензии существенно изменились. После 1980 года подходы к лечению вазоренальной гипертензии сместились в сторону «лекарствам для всех». До середины 2000 года стентирование почечных артерий считалось «панацеей». Клиницисты стали убеждаться в том, что около 80% случаев больных удастся лечить медикаментозно и результаты такие же, как при установке стентов. Вместе с тем возникают ситуации, когда внезапное ухудшение функции почек становится показанием к более активным действиям. В 2024-2025 годах в рекомендацию по лечению вазоренальной гипертензии вошли радиочастотная или ультразвуковая абляция симпатических нервов в почечных артериях. Современные катетеры стали многоканальными, что позволяет проводить более полную деструкцию нервов, снижая риск системных осложнений. Ключевой вопрос: кому из пациентов все же нужна операция, а кто может обойтись лекарствами, должна решаться индивидуально, принимая во внимание возникшие осложнения основной болезни.

Литература

1. М.М. Мехтиев. Диагностика и хирургическое лечение реноваскулярной гипертензии. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 1965. Б.В. Петровский, М.Д. Князев, Г.С. Кротовский.

2. Некоторые аспекты хирургического лечения реноваскулярной гипертонии.

Хирургия, 1971, 3, 17-21.

3. Н.А. Лопаткин, Е.Б. Мазо. Сравнительная оценка оперативного лечения больных вазоренальной гипертонией. В книге «XIII научная сессия.

4. С.Б. Имамвердиев. Радиоизотопная ренография в диагностике реноваскулярной гипертонии. Материалы 37-ой научной сессии Аз. ГИУВ им. А. Алиева, посвященной 100-летию со дня рождения В.И. Ленина, 50-летию установления советской власти в Азербайджане. Баку, 1969, 43-44.

5. М.Д. Джавадзаде, С.Б. Имамвердиев.

К вопросу диагностики и хирургического лечения нефрогенной гипертонии.

Материалы науч. конф. по проблеме гипертонии большого и малого кругов кровообращения. Баку, 1970, 45-48.

6. С.Б. Имамвердиев. Хирургическое лечение вазоренальной гипертонии, обусловленной двухсторонним поражением почечных артерий.

Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 1974.

Ə.A. Bağışov

Kombinə olunmuş – müştərək sidik-cinsiyyət fistulları

Kombinə olunmuş - müştərək fistullar zamanı patoloji prosesə sidik sistemi orqanlarının bir neçəsi daxil olur. Daha çox sidik axarı-sidiklik-uşaqlıq yolu fistullarına təsadüf edilir. Bütün sidik-cinsiyyət fistullarına nisbətə bu fistullar 5,4% təşkil edir (Kan D.V. 1980).

Müştərək fistullar əsasən uşaqlığın xoş və ya bədxassəli şişlərinə görə histerektomiyadan sonra, trofiki pozuntular nəticəsində formalaşır. Sidik yollarının digər orqanlarla müştərək (kombinə olunmuş) travmaları zamanı da belə fistullarının əmələ gəlməsi mümkündür (2).

Sidik axarı-sidiklik-uşaqlıq yolu (həmçinin sidik axarı- sidiklik- uşaqlıq) fistullarının patognomik simptomları yoxdur. Xəstələrin əsas şikayətlərini sidiyin qeyri-iradi axması, bel nahiyyəsində ağrılar təşkil edir. Çox vaxt yuxarı sidik yollarında sidiyin durğunluğu nəticəsində böyrəklərin funksiyası pozulmuş olur. Prosesə hər iki sidik axarı cəlb olunduqda isə xroniki, bəzən də kəskin böyrək çatışmazlığı inkişaf edir.

Müştərək fistulların diaqnostikası da çətindir. Fizikal müayinələr- uşaqlıq yolundan müayinə, rəngli məhlullar sınağı sidik orqanlarının bir neçəsinin zədələnməsi haqqında məlumat vermir. Lakin, bu zaman fistulun sidik yollarının hansı hissəsində yerləşdiyini dəqiqləşdirmək olar. Sidikliyə vurulan rəngli maye (brilyant yaşıl, metilen göyü) uşaqlıq yolunda aşkar olunmursa, fistulun sidik axarlarına aid olmasını yəqin etmək olar. Bəzən fistul dəliyindən sidik axarına zond (buj) salmaq mümkün olur.

Kompleks uroloji müayinə üsulları ilə diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkündür. Sistoskopiya müştərək fistulların diaqnostikasında rutin müayinədir. Bu zaman fistulun varlığı məlum olur. Fistul dəliyi çox vaxt sidiklik (leto) üçbucağı nahiyyəsində yerləşir və sidik axarı dəliyini də əhatə edir. Zədələnmə bir, yaxud ikitərəfli ola bilər. Zədələnməsidik axarına kateter salmaq mümkün olmur. Xromosistoskopiya zamanı vena daxilinə vurulmuş indiqokarmin boyasının fistuldan axması, sidik axarı dəliyinin də fistul sahəsində yerləşməsinə təsdiq edir. Sidik axarı dəliyinə salınmış kateter bəzən uşaqlıq yoluna keçir (3).

Kontrastlı rentgen müayinələri (sistoqrafiya, qalxan ureteropielografiya, vaqinoqrafiya, metrosalpinqografiya və s.) diaqnozu dəqiqləşdirməyə kömək edir. Ekskretor uroqrafiya yuxarı sidik yollarının anatomo-funksional vəziyyəti haqqında məlumat verir. Zədələnməsidik axarı və ləyən genişlənməsidik axarı ilə uşaqlıq yolu arasında selik-selik əlaqəsi yaranarsa (dodaqvari fistul) yuxarı sidik yolları genişlənməyə bilər (4).

Vaginoqrafiya zamanı isə kontrast maddə çox vaxt sidikliyə, sidik axarına

və böyrəyin kasa-ləyən sistemində dolur.

Kontrastlı kompyuter tomoqrafiya bu patologiyada rutin müayinə deyildir. Lakin, o, böyrəklərin funksional vəziyyəti haqqında məlumat verir və sidik axarlarının distal hissələrinin proyeksiyasını təyin edir.

Beləliklə, yalnız hər tərəfli uroloji müayinə nəticəsində sidik yolları ilə uşaqlıq yolu və uşaqlıq arasında əlaqələr aşkarlanır. Xüsusi ilə residiv sidiklik-uşaqlıq yolu fistulasının diaqnozu böyük diqqət tələb edir. Bəzən isə patologiyanın xarakteri əməliyyat zamanı bəlli olur.

Müştərək fistulların konservativ müalicəsi yalnız əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq məqsədi daşıya bilər və bu orta hesabla 3 ay davam etməlidir ki, fistul ətrafında davamlı çapıqlar əmələ gəlsin. Sidik axarı fistullarının sərbəst (spontan) bağlanması onun çox vaxt onun distal hissəsinin daralması ilə əlaqədar olur ki, bu da tezliklə böyrəyin atrofiyasına gətirib çıxarır. Fistulun spontan bağlanması müşahidə olunan xəstələr uzun müddət nəzarət altında olmalıdırlar. Kəskin hallarda xəstəni ancaq vaxtında qoyulmuş iktərəfli punksiyon nefrostoma xilas edə bilər.

Müştərək fistulların cərrahi korreksiyasını eyni vaxtda aparmaq məsləhətdir. Əvvəl sidiklik-uşaqlıq yolu fistulunun plastikası- transvezikal yolla, sonra isə sidik axarı defektindən asılı olaraq birbaşa uretero-sistoanastomoz, Boari əməliyyatı və onun variantları icra edilir. Sidiklik- sidik axarı- uşaqlıq fistulu varsa hər iki fistul transabdominal yolla eynizamanda ləğv edilir.

Ədəbiyyat

1. Кан Д.В., Лоран О.Б., Годунов Б.Н., Диагностика и лечение комбинированных мочеточниково-пузырно-влагалищных свищей /Урол., и нефрол.,1980, №1, с. 22-25.
2. Травматические повреждения органов мочевыделительной системы: рекомендации Европейской ассоциации урологов /Пер. с англ. Черняева В.А., 2011. 86 с.
3. S.B. İmamverdiyev, Ə.A. Bağışov Sidik axarı- uşaqlıq yolu fistullarının cərrahi müalicəsi /Urologiya və reproduktiv təbabət yur. Cild 6. 1/2023, səh. 20-23.
4. Ə.A. Bağışov. Mamalıq- ginekoloji praktikada sidik yolları zədələnmələrinin cərrahi müalicəsi. Monoqrafiya. Bakı,2022, 246s. S.82-99

Aşırı Aktif Mesaneli Erkek Hastalarda Transkütanöz Tibial Sinir Stimülasyonunun Kısa Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Turgay Turan¹, Javid Ahmadzada, Sedat Zengin¹, Mehmet Gün¹, Buğrahan Kılavuz¹, Mertcan Dama¹, Ülkü Dönmez²

1. İzmir Demokrasi Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Buca Seyfi Demirsoy EAH
2. İzmir Demokrasi Üniversitesi, Buca Seyfi Demirsoy EAH, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Özet

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, aşırı aktif mesane semptomları olan erkek hastaların tedavisinde ardışık transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonunun yaşam kalitesi ve semptomlar üzerindeki kısa dönem sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM: Üroloji polikliniğine sık idrara çıkma, sıkışma (urgency), noktürü ve/veya idrar kaçırma şikayetleri ile başvuran ve aşırı aktif mesane tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. 62 erkek hasta 2 gruba ayrılmıştır. İlk grup sadece standart medikal tedavi (antikolinerjik) alırken, ikinci gruba buna ek olarak transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu uygulanmıştır. Transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu tedavisi 6 hafta boyunca haftada 3 seans olacak şekilde ayarlanmıştır. Tüm hastalar 0., 2. ve 4. aylarda değerlendirilmiştir. Aşırı aktif mesane skoru, yaşam kalitesi formu (SF-12), idrara çıkma epizotlarının sayısı ve inkontinans verileri kaydedilmiştir.

BULGULAR: Her iki grupta da tedavi sonunda aşırı aktif mesanenin tüm klinik semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ve yaşam kalitesi skorlarında iyileşme görülmüştür ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada, transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu grubundaki tüm parametrelerdeki iyileşmenin 4. ayın sonunda medikal gruba göre daha anlamlı olduğu bulunmuştur.

SONUÇ: Standart medikal tedaviye ek olarak uygulanan transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu, aşırı aktif mesaneli erkek hastaların tedavisinde semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması üzerinde etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Aşırı Aktif Mesane; posterior tibial sinir stimülasyonu, transkütanöz tibial sinir stimülasyonu.

Abstract

OBJECTIVES: The aim of this study is to evaluate the short-term results of consecutive transcuteaneous posterior tibial nerve stimulation on quality of life and symptoms in the treatment of male patients with overactive bladder symptoms.

METHODS: Patients who came to the urology outpatient clinic with frequent urination, urgency, nocturia and/or urinary incontinence and who were di-

agnosed with overactive bladder were included in the study. 62 male patient were divided into 2 groups. The first group was treated with only standard medical therapy (anticholinergic) and second group was treated transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in addition to them. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation treatment was adjusted to be 3 sessions per week for 6 weeks. All patients were evaluated at 0., 2. and 4 months. Overactive bladder score, quality of life form (SF-12), number of urinary episodes, and incontinence were recorded.

Results: In both groups, there was a decrease in all clinical symptoms of overactive bladder and an improved quality of life scores at the end of treatment, with statistical significance ($p<0.05$). In the intergroup comparison, the improvement of all parameters in the transcutaneous posterior tibial nerve stimulation group was found to be more significant than the medical group at the end of the 4th month.

Conclusion: Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation administered addition to standard medical treatment is effective on symptoms and quality of life in the treatment of male patients with overactive bladder.

Keywords: Overactive Bladder; posterior tibial nerve stimulation, transcutaneous tibial nerve stimulation

Giriş

Aşırı aktif mesane (AAM), Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından, sıkışma tipi idrar kaçıma (urge inkontinans) ile birlikte veya bu durum olmaksızın, gün boyunca ve gece daha sık ortaya çıkan ani idrar yapma hissi (urgency) olarak tanımlanmaktadır (1). Genellikle idrara çıkma sıklığı ve noktürinin yanı sıra sıkışma tipi idrar kaçıma ile birlikte görülür. Semptomların varlığı sosyal izolasyonu artırabilir, yaşam kalitesini (YK) düşürebilir ve morbiditeyi yükseltebilir (2). Etiyolojik açıdan, idiyopatik veya nörolojik durumlar neden olarak gösterilebilir. AAM prevalansı araştırmalara göre değişiklik göstermektedir. ICS tarafından tüm kadın popülasyonundaki insidansın %13 ile %17 arasında olduğu ve bu oranın yaşla birlikte arttığı tahmin edilmektedir (3). 35 yaş altı kadınlarda sıklığı %5 iken, 65 yaş üstü kadınlarda %20-30 seviyelerindedir (4). Kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın görülmektedir (4).

Aşırı aktif mesane; elektrostimülasyon, ilaç tedavisi, davranışsal terapi, botulinum toksini enjeksiyonları ve cerrahi olmak üzere çeşitli yöntemlerle yönetilebilir (5-7). Başarı için doğru bir tanı ve iyi planlanmış bir tedavi süreci gereklidir. Modern tedavi prosedürleri ile en iyi klinik sonuçlar ve yaşam kalitesinde iyileşme elde edilmektedir. Elektriksel sinir stimülasyonu da AAM tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Bu non-invaziv teknik, düşük frekanslı akım veya eksponansiyel akım kullanarak aşırı mesane aktivitesini etkili bir şekilde baskılar.

Bir periferik nöromodülasyon yaklaşımı olan transkütanöz posterior tibial si-

nir stimülasyonu (TTNS) ile, iç ayak bileğinin üzerinden nervus tibialis'e (L4-S3) elektriksel stimülasyon uygulanır. Sinir uyarım yöntemi perkütan veya transkütanöz olarak gerçekleştirilebilir (8). Sinir trasesi cilt altında bir akupunktur iğnesi kullanılarak stimülatör ile uyarılıyorsa buna perkütan; kendinden yapışkanlı bir elektrot kullanılarak uyarılıyorsa transkütanöz adı verilir (8). Perkütan (PTNS) veya transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu uygulanan araştırmaların büyük bir kısmı, AAM hastaları için herhangi bir olumsuz yan etki olmaksızın yaşam kalitesinde iyileşme ve semptomlarda önemli bir azalma göstermiştir (8-11). Literatürde AAM tedavisine yönelik çalışmaların çoğu, bu durumun sık görülmesi nedeniyle kadın cinsiyeti ile ilgilidir (9-12). Öte yandan çalışmamız, AAM tanısı alan erkek hastalardan elde edilen verileri içermektedir. Çalışmamızın amacı, AAM semptomları olan erkek hastaların tedavisinde ardışık transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonunun yaşam kalitesi ve semptomlar üzerindeki kısa dönem sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntemler

Bu çalışma prospektif, karşılaştırmalı klinik bir çalışma olarak tasarlanmış olup, Ocak 2023 ile Ocak 2024 tarihleri arasında XXXX Üroloji ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalları tarafından ortaklaşa yürütülmüştür. Etik onay, İzmir Demokrasi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (onay tarihi: 26.06.2024, protokol numarası: 2024/303). Tüm katılımcılardan çalışmaya dahil edilmeden önce yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışmanın amacı ve detayları hakkında bilgilendirilen tüm katılımcılar, araştırmada yer almak üzere yazılı onam vermişlerdir.

AAM şikayeti olan 67 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Üroloji polikliniğine sık idrara çıkma, aciliyet (urgency), noktüri ve/veya idrar kaçırma şikayetleri ile gelen ve diğer olası nedenler dışlandıktan sonra aşırı aktif mesane tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) kriterlerine göre klinik olarak idiyopatik aşırı aktif mesane (AAM) tanısı almış, aciliyet, sık idrara çıkma, noktüri ve/veya sıkışma tipi idrar kaçırma şikayeti olan 18 yaş ve üzeri erkek hastalar dahil edilmiştir. Nörojenik mesane, sakral veya periferik sinir lezyonu, aktif idrar yolu enfeksiyonu, benign prostat hiperplazisi, ürolitiazis, nefrolitiazis, böbrek yetmezliği, mesane veya böbrek malignitesi olan hastalar ile TTNS tedavi seanslarını tamamlamayan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Ayrıca, çalışmaya başlamayı kabul eden ancak ardışık TTNS seanslarını tamamlamayan hastalar da çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma boyunca hastaların hiçbirinin tıbbi tedavisinde değişikliğe gidilmemiştir. Uygun hastalar, bilgisayar destekli bir randomizasyon dizisi kullanılarak rastgele iki gruba tahsis edilmiştir.

Medikal tedavi grubu (Grup 1, n=30) sadece standart antikolinergik tedavi alırken, kombine tedavi grubu (Grup 2, n=32) standart medikal tedaviye ek olarak transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu (TTNS) almıştır. TTNS, bir fiz-

yoterapist tarafından transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) cihazı kullanılarak uygulanmıştır. İki adet kendinden yapışkanlı elektrot (50×50 mm), medial malleolün arkasına ve tibial sinirin seyri boyunca yaklaşık 10 cm proksimale yerleştirilmiştir. Stimülasyon parametreleri 10 Hz frekans, 200 µs atım genişliği ve 30 dakikalık seans süresi olarak ayarlanmıştır. TTNS, birbirini izleyen altı hafta boyunca haftada üç kez uygulanmış olup, stimülasyon yoğunluğu ağrıya neden olmadan duysal bir yanıt ortaya çıkaracak şekilde ayarlanmıştır. Yoğunluk seviyesi, ağrı oluşturmada akımın net bir şekilde algılandığını belirleyen eşiğin hemen üzerinde tutulmuştur.

Aşırı aktif mesane semptomları, Aşırı Aktif Mesane Anketi kısa formu (OAB-V8) kullanılarak değerlendirilmiştir. Yüksek skorlar semptom şiddetinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi, fiziksel ve zihinsel sağlık alanlarını değerlendiren ve daha yüksek skorların daha iyi bir yaşam kalitesine işaret ettiği Kısa Form-12 (SF-12) kullanılarak değerlendirilmiştir. İdrar sıklığı ve inkontinans epizotlarını kaydetmek için üç günlük işeme günlüğü kullanılmıştır.

Aşırı aktif mesane semptomları ve bunların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi Aşırı Aktif Mesane Anketi'nin kısaltılmış versiyonu (OAB-V8) ile değerlendirildi. OAB-V8'de semptomlara ilişkin sekiz soru yer almakta olup yanıtlar 0 ile 40 arasında puanlanmaktadır (13). Yüksek puanlar semptomların daha kötü olduğunu işaret etmektedir. Katılımcıdan aşırı aktif mesane hastalarında sıklıkla görülen üriner semptomlara bağlı rahatsızlık düzeyini derecelendirmesi istenmektedir. Anketteki olası yanıtlar şunlardır: "hiç", "biraz", "kısmen", "oldukça", "çok" ve "çok fazla".

Ayrıca, bir yaşam kalitesi ölçütü olarak fiziksel ve mental sağlık alanlarını kapsayan 12 soruluk SF-12 indeksini kullandık. SF-12, sağlığın bireyin günlük yaşamı üzerindeki etkisini değerlendiren öz bildirime dayalı bir sonuç ölçütüdür (14). Bu değerlendirme formları çalışmaya katılan tüm hastalar için tedavi öncesinde ve tedaviden 2 ve 4 ay sonra kaydedilmiştir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri dağılımının normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma sahip sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak ifade edilmiş ve bağımsız örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Normal dağılmayan değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiş ve Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Grup içi karşılaştırmalar Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılarak yapılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Dışlama kriterleri göz önüne alınarak beş erkek hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Üç hasta kontrol seanslarına gelmedikleri için çalışma dışında tutulmuştur.

Çalışmayı tamamlayan 62 hastanın verileri değerlendirilmiştir. TTNS ile elektrostimülasyon uygulanan hastaların yaş ortalaması $41 \pm 8,6$ iken, ilaç tedavisi alan hastaların yaş ortalaması $40,9 \pm 10,9$ olarak bulunmuştur. Gruplar yaş ve başlangıç klinik özellikleri açısından homojendi (Tablo 1). Vücut kitle indeksi TTNS grubunda $26,11 \pm 3,9$ ve TTNS uygulanmayan grupta $26,12 \pm 3,9$ olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,987$). Çalışmanın başlangıcında TTNS grubunun %81'inde idrar kaçırma şikayeti varken, bu oran TTNS almayan grupta %76 idi (Tablo-1). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,447$). İdrara çıkma sıklığı sadece ilaç alan grupta $12,8 \pm 2,8$ /gün iken, ek olarak TTNS alan grupta $12,4 \pm 1,9$ /gün olarak saptanmış ve anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0,530$) (Tablo-1). Tedavi öncesi AAM ve SF-12 skorlarında 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo-1).

Grup içi karşılaştırmada; her iki grupta da tedavi sonrası 2. ayda tedavi öncesine kıyasla AAM, SF-12 ve idrara çıkma sıklığı skorlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme tespit edilmiştir ($p=0,001$). Bu anlamlı iyileşmenin 4. ayda da her iki grupta devam ettiği gözlemlenmiştir (Tablo-2).

Gruplar arası karşılaştırmada; 2. aydaki AAM skorlarındaki iyileşmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,554$) (Tablo-1). Ancak tedavi sonunda (4. ay) başlangıca göre, AAM skorlarındaki iyileşmenin TTNS alan grupta diğer gruba kıyasla daha anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,015$) (Tablo-1). İdrara çıkma sıklığındaki azalma değişimi incelendiğinde, hem 2. hem de 4. aylarda gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo-1).

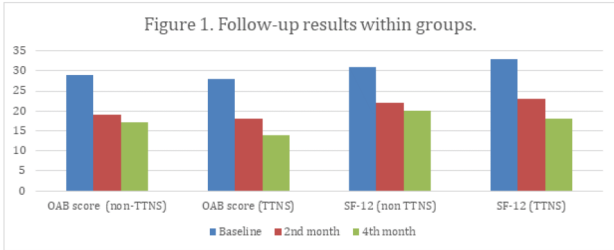
Tablo-1. AAM'li hastaların demografik verileri ve değişkenleri

	Drug treatment group (n=30)	Drug treatment plus TTNS group (n=32)	P value
Age (Mean±SD)	40,9±10,9	41±8,6	0,968
BMI (kg/m ²)	26,12±3,9	26,11±3,9	0,987
Incontinence n (%)	23 (76%)	26 (81%)	0,447
Frequency (day)	12,8±2,8	12,4±1,9	0,530
OAB score (Baseline)	29±6	28,3±6,2	0,662
OAB score (2 nd month)	19,1±7,8	18,13±5,9	0,554
OAB score (4 th month)	17,7±6,4	14,2±4,3	0,015
SF-12 (Baseline)	31±6,1	33,3±5,3	0,117
SF-12 (2 nd month)	22,2±5,3	23,9±5,5	0,214
SF-12 (4 th month)	20,7±4,7	18,78±3,7	0,083

Tablo-2. Gruplar içi takip sonuçlarının karşılaştırılması.

	Drug treatment group(n=30)		Drug treatment plus TTNS group(n=32)	
	Mean±SD	P value	Mean±SD	P value
OAB score (Baseline vs 2 nd month)	9,83±5,2	0,001	10,1±4,6	0,001
OAB score (Baseline vs 4 th month)	11,3±4,3	0,001	14,09±5,2	0,001
OAB score (2 nd month vs 4 th month)	1,46±2,06	0,001	3,9±3,2	0,001
Frequency (Baseline vs 2 nd month)	3,2±1,8	0,001	3,2±1,3	0,001
Frequency (Baseline vs 4 th month)	4,33±2,1	0,001	4,75±1,7	0,001
Frequency (2 nd month vs 4 th month)	1,1±1,2	0,001	1,5±1,5	0,001
SF-12 (Baseline vs 2 nd month)	8,8±4,5	0,001	9,37±4,0	0,001
SF-12 (Baseline vs 4 th month)	10,3±4,8	0,001	14,5±4,08	0,001
SF-12 (2 nd month vs 4 th month)	1,5±2,1	0,001	5,1±3,6	0,001

Şekil-1. Gruplar içi takip sonuçları.



Tartışma

AAM'li erkek hastalarda yaptığımız çalışmamızın bir sonucu olarak, standart tıbbi tedavi ile eşzamanlı uygulanan TTNS'nin kısa dönem takiplerde AAM skorları üzerinde başlangıca kıyasla daha etkili olduğunu bulduk. Ayrıca, bu anlamlı iyileşmenin tedaviden sonraki 4. ayda da devam ettiğini saptadık (Şekil-1). Literatürde AAM tanısı konmuş kadın hastalarda antimuskarinik ilaç tedavisi ile TTNS uygulamasını karşılaştıran birçok randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Erkek hastalarda TTNS'nin yaşam kalitesi ve AAM skorları üzerindeki

etkisini değerlendiren çalışmalar ise literatürde sınırlıdır (15-17). Souto ve ark. tarafından 72 AAM hastası kadın üzerinde yapılan çalışmada, ilaç tedavisine ek olarak TTNS (toplam 12 hafta boyunca, haftada 2 seans) alan grupta tedavi bitiminde AAM skorlarında anlamlı bir iyileşme saptanmıştır (16). Manriquez ve arkadaşlarının 64 kadın hastayı kapsayan çalışmasında; 12. haftanın sonunda hem TTNS alan grupta hem de ilaç tedavisi alan grupta AAM skorlarında anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir (17). Bununla birlikte, söz konusu çalışmada TTNS grubunda AAM'nin 2 alt alanında daha anlamlı bir iyileşme bulunmuştur. Çalışmamızda benzer şekilde, AAM'li erkek hastalarda ilaç tedavisine ek olarak verilen TTNS'nin (6 hafta boyunca, haftada 3 seans) takip eden 12 hafta boyunca skorlarda anlamlı bir iyileşme sağladığını tespit ettik.

Radinmehr ve ark., 48 postmenopozal AAM hastası kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, farklı varyasyonlarda TTNS alan iki grubu ve sadece ilaç tedavisi alan bir grubu değerlendirmişlerdir (18). Hastaların yaşam kalitesi skorlarının her 3 grupta da iyileştiğini, ancak gruplar arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada 67 kadın hasta 3 gruba ayrılmıştır (19). 1. grup sadece yaşam tarzı önerilen hastalardan, 2. grup buna ek olarak pelvik taban kas eğitimi alan hastalardan ve 3. grup ise bunlara TTNS eklenen hastalardan oluşturulmuştur (19). Bu çalışmada da tedavi sonrası hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için King Sağlık Anketi kullanılmıştır. Yalnızca TTNS grubunun anket sonuçları genel sağlık algısı, rol kısıtlamaları ile fiziksel ve sosyal kısıtlamalar açısından anlamlı bir iyileşme göstermiştir. Benzer şekilde, çalışmamızda hem ilaç grubunda hem de kombine grupta SF-12 skorlarında anlamlı bir iyileşme bulduk ve 2. ile 4. aylarda gruplar arasında fark saptamadık.

Abulseud ve ark. tarafından 30 AAM hastası kadın üzerinde yürütülen bir çalışmada, ilaç tedavisine ek olarak uygulanan TTNS'nin 8 hafta sonra idrar sıklığında bir azalma sağladığı bulunmuştur (20). Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda da her iki grupta 2. ve 4. aylarda başlangıca göre idrar sıklığında bir azalma tespit edilmiş olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tibial sinir stimülasyonu perkütan, transkütanöz veya implante edilebilir cihazlar aracılığıyla gerçekleştirilir. Literatürde, perkütan ve transkütanöz TNS uygulamalarının AAM tedavisinde benzer şekilde etkili olduğu görülmüştür (21-23). Bununla birlikte, literatürde TTNS uygulamasının sıklığı ve süresine ilişkin bir standardizasyon bulunmamaktadır. Haftada bir seans, haftada iki seans, ayda bir seans veya 15 günde bir seans uygulanan çalışmalar mevcuttur (12, 24-26). Çalışma süreleri ise 4, 6, 8, 12 hafta olarak değişkenlik göstermektedir. Haftalık uygulanan seans sayısı arttıkça tedavinin etkinliğinin de artacağını düşündüğümüzden, çalışmamızda hastalarımıza arka arkaya 6 hafta boyunca, haftada 3 seans ve her seans 30 dakika olacak şekilde TTNS uyguladık.

Çalışmamızın kısıtlılığı, tedavi sonrası takip süresinin kısa olmasıydı.

AAM'li erkek hastalarda TTNS etkinliğinin ne kadar süre devam ettiğini göstermek için uzun dönem takip çalışmalarına ihtiyaç vardır. Literatürde, TTNS tedavisi sonrası semptom takibi, sıklığı ve yeniden uygulama zamanı üzerine farklı çalışmalar bulunmaktadır (25, 26). Bir çalışmada, haftada bir TTNS seansı alan 33 hastaya 9 ay sonra tekrar tedavi uygulanmış ve 12. ayın sonunda başlangıça kıyasla sıklık, inkontinans ve noktüride anlamlı bir iyileşme tespit edilmiştir (26). Van der Vaal da başlangıçtaki TTNS tedavisi kısa vadede başarılı olan hastaların tedaviye devam etmesi gerektiğini vurgulamıştır (27). Peter ve ark. geçmişte TTNS'den fayda gören 29 hastanın ayda bir TTNS seansına devam etmeleri sayesinde, tedavinin 3. yılında AAM semptomlarında %77 iyileşme gösterdiğini gözlemlemişlerdir (28). Gelecekte tekrarlayan TTNS uygulamaları yapılması halinde, AAM'li erkek hastalarda elde edilen sonuçların daha etkili ve uzun ömürlü olabileceğini öngörüyoruz.

Sonuç

Standart tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu, aşırı aktif mesaneli erkek hastaların tedavisinde semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması üzerinde etkilidir

References:

1. Hutchinson A, Nesbitt A, Joshi A, Clubb A, Perera M. Overactive bladder syndrome: Management and treatment options. *Aust J Gen Pract.* 2020 Sep;49(9):593-598. doi: 10.31128/AJGP-11-19-5142. PMID: 32864677.
2. White N, Iglesia CB. Overactive Bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016 Mar;43(1):59-68. doi: 10.1016/j.ogc.2015.10.002. PMID: 26880508.
3. Robinson D, Cardozo L. Managing overactive bladder. *Climacteric.* 2019 Jun;22(3):250-256. doi: 10.1080/13697137.2018.1552254. PMID: 31034265.
4. Shaw C, Wagg A. Overactive Bladder in Frail Older Adults. *Drugs Aging.* 2020 Aug;37(8):559-565. doi: 10.1007/s40266-020-00777-8. PMID: 32557178.
5. Henderson E, Drake M. Overactive bladder. *Maturitas.* 2010 Jul;66(3):257-62. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.03.010. Epub 2010 Apr 15. PMID: 20399043.
6. Madersbacher H. Overactive bladder--a practical approach to evaluation and management. *J Med Liban.* 2004 Oct-Dec;52(4):220-6. PMID: 16432986.
7. Wein AJ, Rackley RR. Overactive bladder: a better understanding of pathophysiology, diagnosis and management. *J Urol.* 2006 Mar;175(3 Pt 2):S5-10. doi: 10.1016/S0022-5347(05)00313-7. PMID: 16458739.
8. McPhail C, Carey R, Nambiar S, Willison N, Bahadori S, Aryan P, Nguyen

- T, Behnia-Willison F. The Investigation of Percutaneous Tibial Nerve Stimulation (PTNS) as a Minimally Invasive, Non-Surgical, Non-Hormonal Treatment for Overactive Bladder Symptoms. *J Clin Med.* 2023 May 16;12(10):3490. doi: 10.3390/jcm12103490. PMID: 37240596; PMCID: PMC10219410.
9. Frey JN, Vidal A, Krebs J, Christmann C. Percutaneous Tibial Nerve Stimulation in the Treatment of Refractory Idiopathic Overactive Bladder Syndrome: A Retrospective Cohort Study. *J Clin Med.* 2023 Oct 26;12(21):6783. doi: 10.3390/jcm12216783. PMID: 37959248; PMCID: PMC10648249.
10. Ghavidel-Sardsahra A, Ghojzadeh M, Rahnama'I MS, Naseri A, Yazdandoost S, Khezerloo T, Seyedi-Sahebari S, Hosseini-fard H, Vahed N, Mostafaei H, Salehi-Pourmehr H, Hajebrahimi S. Efficacy of percutaneous and transcutaneous posterior tibial nerve stimulation on idiopathic overactive bladder and interstitial cystitis/painful bladder syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2022 Feb;41(2):539-551. doi: 10.1002/nau.24864. Epub 2022 Jan 15. PMID: 35032328.
11. Wang M, Jian Z, Ma Y, Jin X, Li H, Wang K. Percutaneous tibial nerve stimulation for overactive bladder syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2020 Dec;31(12):2457-2471. doi: 10.1007/s00192-020-04429-8. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32681345.
12. Sonmez R, Yildiz N, Alkan H. Efficacy of percutaneous and transcutaneous tibial nerve stimulation in women with idiopathic overactive bladder: A prospective randomised controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med.* 2022 Jan;65(1):101486. doi: 10.1016/j.rehab.2021.101486. Epub 2021 Nov 11. PMID: 33429090.
13. Peterson AC, Sehgal A, Crump RT, Baverstock R, Sutherland JM, Carlson K. Evaluating the 8-item overactive bladder questionnaire (OAB-v8) using item response theory. *Neurourol Urodyn.* 2018 Mar;37(3):1095-1100. doi: 10.1002/nau.23420. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28976596.
14. Dekalo A, Myers JB, Kennelly M, Welk B. General and bladder-related quality of life: A focus on women living with spinal cord injury. *Neurourol Urodyn.* 2022 Apr;41(4):980-990. doi: 10.1002/nau.24912. Epub 2022 Mar 29. PMID: 35347755.
15. Harry J, Kendall, Julia Schrijvers, John P.F.A. Heesakkers, Tibial neuromodulation for lower urinary tract dysfunction (idiopathic overactive bladder and non obstructive urinary retention): A review of the literature, *Continence*, Volume 11, 2024, 101326, ISSN 2772-9737, <https://doi.org/10.1016/j.cont.2024.101326>.
16. Souto SC, Reis LO, Palma T, Palma P, Denardi F. Prospective and randomized

- comparison of electrical stimulation of the posterior tibial nerve versus oxybutynin versus their combination for treatment of women with overactive bladder syndrome. *World J Urol.* 2014 Feb;32(1):179-84. doi: 10.1007/s00345-013-1112-5. Epub 2013 Jun 8. PMID: 23749315.
17. Manríquez V, Guzmán R, Naser M, Aguilera A, Narvaez S, Castro A, Swift S, Digesu GA. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation versus extended release oxybutynin in overactive bladder patients. A prospective randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Jan; 196:6-10. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.09.020. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26645117.
18. Radinmehr H, Radnia N, Tabatabaei A, Asadi MR, Rahbar S, Talimkhani A, Irani AD, Hajvalie GR. Transcutaneous tibial neurostimulation and Solifenacin in urgent incontinence of postmenopausal women. *Eur J Transl Myol.* 2023 Jun 20;33(2):11358. doi: 10.4081/ejtm.2023.11358. PMID: 37345495; PMCID: PMC10388598.
19. Bykoviene L, Kubilius R, Aniuliene R, Bartuseviciene E, Bartusevicius A. Pelvic Floor Muscle Training With Or Without Tibial Nerve Stimulation and Lifestyle Changes Have Comparable Effects on The Overactive Bladder. A Randomized Clinical Trial. *Urol J.* 2018 Jul 10;15(4):186-192. doi: 10.22037/uj.v0i0.4169. PMID: 29781068.
20. Abulscoud A, Moussa A, Abdelfattah G, Ibrahim I, Saba E, Hassouna M. Transcutaneous posterior tibial nerve electrostimulation with low dose tiroprism chloride: Could it be used as a second line treatment of overactive bladder in females. *Neurol Urodyn.* 2018 Feb;37(2):842-848. doi: 10.1002/nau.23361. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28792105.
21. 21-Al-Danakh A, Safi M, Alradhi M, Almoiliqy M, Chen Q, Al-Nusaif M, Yang X, Al-Dherasi A, Zhu X, Yang D. Posterior Tibial Nerve Stimulation for Overactive Bladder: Mechanism, Classification, and Management Outlines. *Parkinsons Dis.* 2022 Mar 16;2022: 2700227. doi: 10.1155/2022/2700227. PMID: 35400016; PMCID: PMC8984064.
22. Ramírez-García I., Blanco-Ratto L., Kauffmann S., Carralero-Martínez A., Emília S. Efficacy of transcutaneous stimulation of the posterior tibial nerve compared to percutaneous stimulation in idiopathic overactive bladder syndrome: randomized control trial. *Neurourology and Urodynamics.*2019;38(1):261–268.
23. Padilha JF, Avila MA, Seidel EJ, Driusso P. Different electrode positioning for transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of urgency in women: a study protocol for a randomized controlled clinical trial. *Trials.* 2020 Feb 11;21(1):166. doi: 10.1186/s13063-020-4096-7. PMID: 32046754; PMCID: PMC7014940.
24. Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ Jr, Rosenblatt P. Percutaneous

- afferent neuromodulation for the refractory overactive bladder: results of a multicenter study. *J Urol.* 2001 Apr;165(4):1193-8. PMID: 11257669
25. Jacomo RH, Alves AT, Lucio A, Garcia PA, Lorena DCR, de Sousa JB. Transcutaneous tibial nerve stimulation versus parasacral stimulation in the treatment of overactive bladder in elderly people: a triple-blinded randomized controlled trial. *Clinics (Sao Paulo).* 2020 Jan 10;75:e1477. doi: 10.6061/clinics/2020/e1477. PMID: 31939564; PMCID: PMC6943254.
 26. Macdiarmid SA, Peters KM, Shobeiri SA, Wooldridge LS, Rovner ES, Leong C, et al. (2010) Long-term durability of percutaneous Tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder. *J Urology* 183(1):234–240. Available from: doi:10.1016 /j.juro.2009.08.160.
 27. Van der Pal F, van Balken MR, Heesakkers JP, Debruyne FM, Bemelmans BL. Percutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of refractory overactive bladder syndrome: is maintenance treatment necessary? *BJU Int.* 2006 Mar;97(3):547-50. doi: 10.1111/j.1464-410X.2006.06055.x. PMID: 16469023.
 28. Peters KM, Carrico DJ, Wooldridge LS, Miller CJ, MacDiarmid SA. Percutaneous tibial nerve stimulation for the long-term treatment of overactive bladder: 3-year results of the STEP study. *J Urol.* 2013 Jun;189(6):2194-201. doi: 10.1016/j.juro.2012.11.175. Epub 2012 Dec 3. PMID: 23219541.

Qadınlarda Sidik kanalı karunkulunun Patofiziologiyası, Qiymətləndirilməsi və İdarə Edilməsi

A.Ş.İskəndərova, İ.S.Əhmədov, P.İ.Əhmədzadə

*Mərcan Medicare Clinic, Azərbaycan Tibb Universiteti, Tədris Cərrahiyyə Kliniki, Urologiya Kafedrası, Bakı, Azərbaycan
Türkiyə, İstanbul, Altınbaş Universiteti.*

Xülasə: Sidik kanalı karunkulu geniş yayılmış, xoşxassəli, qırmızı rəngli, lezyondur. Ölçüsü adətən <1sm olur. Əksər hallarda postmenopozal qadınlarda estrogen səviyyəsinin aşağı olması səbəbindən yaranır. Lakin nadir hallarda yetkinlik yaşına çatmamış qızlarda da rast gəlinir. Adətən asimptomatikdir, lakin qanaxmaya, ağrılı sidik ifrazına (dizuriya) və ağrıya səbəb ola bilər. Yerli estrogen kremi, isti vannalar və ya cərrahi yolla çıxarılma ilə müalicə olunur. Əsas səbəb menopauzadan sonra estrogen səviyyəsinin aşağı olması sidik kanalı toxumalarının incəlməsinə gətirib çıxarır ki, bu da tez-tez xroniki iltihabla daha da ağırlaşır. Demək olar ki, həmişə xarici sidik kanalının arxa divarından əmələ gəlir. Əsasən fiziki müayinə zamanı kiçik, yumşaq, qırmızı və ya bənövşəyi rəngli, bəzən saplaq şəklində lezyon aşkar edilir. Karunkulları uretra polipləri, papillomalar və ya bədxassəli şişlər də daxil olmaqla digər daha ciddi uretra xəstəliklərindən fərqləndirmək vacibdir.

Açar sözlər: sidik kanalının karunkulu, uretra patologiyası, postmenopozal dövr, estrogen azlığı, hematuriya, cərrahi eksiziya.

Giriş:

Sidik kanalının karunkulası ilk dəfə 1750-ci ildə Samuel Şarp tərəfindən təsvir edilmişdir. Bu, sidik kanalının xoşxassəli, polipoid lezyonudur və adətən distal sidik kanalının selikli qişasının arxa divarında ətli çıxıntı kimi özünü göstərir. Ən çox menopauzadan sonrakı qadınlarda müşahidə olunur, baxmayaraq ki, menopauzadan əvvəlki qadınlarda və qızlarda da nadir hallarda rast gəlinir.

Uretral karunkul bir çox müəlliflər tərəfindən tez-tez uretral prolaps və uretral polip terminləri ilə əvəzedici şəkildə istifadə olunur. Uretral prolaps, uretral keçidi əhatə edən selikli qişanın çevrəvi çıxıntısıdır və adətən ya premenarxal qızlarda, ya da postmenopauzal qadınlarda müşahidə olunur. Müqayisə üçün, uretral karunkul, postmenopozal qadınlarda xarakterik olaraq müşahidə olunan tək bir kvadrat selikli qişanın prolapsıdır. Uretral poliplərin premenarxal qızlarda müşahidə olunan uretral karunkulların analoqu olduğu düşünülür və oxşar şəkildə özünü göstərir. Bunların hamısı eyni spektrdə müxtəlif dərəcədə olan xəstəliklərdir və bir çox tədqiqatçılar tərəfindən ədəbiyyatda geniş şəkildə bir terminlə

əvazədicisi şəkildə istifadə olunur.

Sidik kanalının karunkulası postmenopozal qadınlarda rast gəlinən kifayət qədər yaygın bir vəziyyətdir. Adətən simptomuz olsa da, qanaxma, ağrı, tenesmus və dizuriya kimi narahatedici fiziki simptomlara, eləcə də əhəmiyyətli narahatlıq və simptomlara səbəb ola bilər. 1926-cı ildə Ferrier çox düzgün qeyd etmişdir: «Sidik kanalının karunkulası demək olar ki, inanılmaz dərəcədə əzab yarada bilər». Oxşar şəkildə Skene məlumat vermişdir: «Həddindən artıq ağrılı neoplazmalarda bəzi xəstələr daimi ağrı və narahatlıq hiss edirlər, onlar solğun, arıq, əhval-ruhiyyəsiz olur və ölüm arzulayırlar.» Əslində, keçmişdə klinisyanlar sidik kanalının karunkuluna indiki nəsilədən daha çox diqqət yetirirdilər. İki əsrədən çoxdur tibbdə tanınmış bir vəziyyət olmasına baxmayaraq, sidik kanalının karunkulası hələ də çox zəif başa düşülən bir vəziyyətdir və mövcud ədəbiyyat vəziyyətin düzgün idarə olunmasına böyük ölçüdə rəhbərlik edə bilmir. Müxtəlif müalicə strategiyaları təklif olunsa da, vəziyyətin optimal idarə olunması ilə bağlı fikir birliyi yoxdur. Mövcud ədəbiyyatda sidik kanalı karunkulu üçün sübuta əsaslanan müalicə azdır və müalicə variantlarının əksəriyyəti əsasən xəstə hesabatları və retrospektiv kohort tədqiqatları əsasında idarə olunur.

Tədqiqatın məqsədi

Məqalənin məqsədi sidik kanalı karunkulunun diaqnostikasında və müalicəsində tətbiq edilən yanaşmaların effektivliyini sistemətik şəkildə nəzərdən keçirmək, bu sahədəki çatışmazlıqları və bu narahatedici vəziyyətin idarə olunması üçün əlavə tədqiqatlara ehtiyac olduğunu vurğulamaqdır.

Patogeneza ümumi baxış:

Qadın sidik kanalının uzunluğu adətən 4-5 sm-dir və selikli qısa ön tərəfdən keratinləşməmiş skuamoz epiteldən, arxadan isə keçid epitelindən ibarətdir. O, hamar əzələ və damar strukturlarının təbəqələri ilə əhatə olunub və sidik-cinsiyyət diafraqması ilə dəstəklənir.

Karunkullar ən çox menopauza sonrası qadınlarda rast gəlinir. Bu xəstələrdə uretranın hamar əzələlərinin estrogenləşməsinin azalması və uretranın selikli qıfısına dəstək olmaması səbəbindən yaranır düşünlür. Bu sidik-cinsiyyət atrofiyası uretranın selikli qıfısının prolapsına imkan verir. Prolaps seqmentinin xroniki qıcıqlanması iltihabə səbəb olur və qranulyasiyanın böyüməyə səbəb olduğu düşünlür. Başqa bir nəzəriyyə görə isə karunkulların təkrarlanan uretrit və digər iltihabi proseslərdən sonra baş verən iltihabi bir proses olmasıdır. 41 çıxarılan karunkulu araşdırən Conces və digərləri histoloji xüsusiyyətləri «dəyişkən fibrotik, ödəmli, iltihablı və damar stromasını əhatə edən qarışıq hipoplastik urotelial və skuamoz astar daxil olmaqla» təsvir edirlər.

Sidik kanalı karunkulası üçün bir çox potensial diferensial diaqnoz mövcuddur və bunların bir çoxu çox oxşar görünür. Aşağıdakı cədvəldə daha çox yayılmış və ya ciddi lezyonları və onları necə fərqləndirəcəyimizi təsvir edirik.

Uretra karunkullarının differensial diaqnostikasi		
	Lezyon	İzahı
Xoşxassəli lezyonlar	Uretral karunkul	Kiçik tək kvadrat şəklində uretranın prolapsıdır, adətən posterior uretra kanalına təsir edir. Onlar bənövşəyi və ya qırmızı rəngdədir, ödəmli selikli qişanın ekzofitik çıxıntılarıdır, bu da yumşaq ola bilər. Onlar tromboza çevrilə bilər və bənövşəyi və ya qara görünə bilər.
	Uretra prolapsı	Distal uretra mukozasının xarici uretra keçidindən ətrafa doğru çıxmasıdır.
	Uretral polip	Daha çox uşaqlarda rast gəlinən xoşxassəli saplı lezyondur.
	Para-uretral kist (Skene vəzinin kisti)	Uretrada əmələ gələn hamar, yuvarlaqlaşdırılmış maye ilə dolu lezyondur. Skene vəzləri qadın prostatının embrioloji qalığıdır. Vaginanın ön divarında yerləşərək uretraya drenaj olunurlar. T2 çəkinli MRT-də aydın şəkildə yumru maye ilə dolu kistlər kimi görünür.
	Uretra divertikulu	Sidik kanalının ön vaginal divara lokal şəkildə çıxmasıdır. Etiologiyası aydın deyil, lakin ən çox yayılmış nəzəriyyə Skene vəzinin infeksiyası, obstruksiyasıdır ki, bu da kist boşluğunun uretranın lumeninə açılmasına gətirib çıxarır və bu, əsl divertikul əmələ gətirmək üçün epitellosir. Tipik əlaməti üç D-dir: dizuriya, disparuniya və boşluqdan sonrakı dribbling. Tam qiymətləndirmə üçün MRT istifadə olunur.
	Bartolin vəzi kistəsi	Vaginal girişin yan tərəfində olan, Bartolin vəzinin tıxanması nəticəsində yaranan kistik kütlə.
	Kondiloma	Sidik kanalının ətrafındakı ziyyətli dəri böyümələri cinsi yolla ötürülən insan papilloma virusu (HPV) infeksiyasının nəticəsi ola bilər.
Bədxassəli lezyonlar	Uretral karsinoma	Uretradan əmələ gələn qeyri-müntəzəm, dağılan və ya xorahı lezyon. Çətin palpasiya olunan kütlə şəklində özünü göstərə bilər və limfadenopatiya ola bilər. Birincili uretra xərçəngi çox nadirdir və qadınlarda və yaşlı xəstələrdə dörd dəfə daha çox rast gəlinir. Risk faktorlarına uretranın daralması və cinsi yolla keçən infeksiyaların tarixi daxildir. Daha tez-tez uretranın bədxassəli işləri birbaşa sidik kisəsindən yayılır. Ən çox görülən ilkin şiş növü anterior uretrada meydana gələn skuamöz hüceyrəli karsinomadır (75%), qalanları posterior uretrada keçid hüceyrəli karsinomalar və ya adenokarsinomalar, sarkomalar və ya melanomalardır.
	Sidik kisəsi xərçəngi	Sidik kisəsindəki şişlər uretradan aşağıya doğru irəliləyə bilər, çox vaxt papilyar görünüşə malikdir.
	Uretra leyomiomasi	Uretradan çıxan və peri-uretral hamar əzələdən əmələ gələn transvaginal yolla palpasiya olunan düyünlü şiş.
	Vulva xərçəngi	Uretra kanalına yaxın, lakin ondan ayrı ola bilən, forması və rəngi qeyri-müntəzəm olan xorahı lezyondur, yumşaq ola bilər.

Material və Metod: Klinik təqdimat və qiymətləndirmə***Tədqiqatlar / diaqnoz***

Xəstələr adətən müxtəlif simptomlarla müraciət edirlər və karunkul təsadüfən də müəyyən edilə bilər. Simptomlara qanaxma, ağrı, dizuriya və ya kütlə daxil olmaqla aşağı sidik yollarının simptomları daxil ola bilər. Müayinəyə lezyonun yaxından müayinəsi və bimanual müayinə daxildir. Hər hansı bir şübhə varsa, qasıq limfa düyünləri müayinə olunmalıdır. Müayinələrə sidik analizi, mikroskopiya və kultür daxildir. Əlavə müayinələr fərdi simptomlardan asılı olacaq: sistoureetskopiya, ultrasəs, KT və ya histeroskopiya daxil ola bilər. Daha mürəkkəb sidik kanalı lezyonları üçün MRT əlavə məlumat verə bilər. Bədxassəli bir patologiyaya şübhə varsa, toxuma biopsiyası tövsiyə olunur.

Müzakirə: Terapevtik Seçimlər

Uretral karunkulların müalicəsində əsas məqsəd həm xəstənin şikayətlərini aradan qaldırmaq, həm də törəmənin bədxassəli (uretra xərçəngi, melanoma və s.) olma ehtimalını istisna etməkdir. Tədqiqatlar göstərir ki, konservativ müalicə yalnız erkən mərhələdə və kiçik törəmələrdə effektiv ola bilər. Lakin cərrahi eksiziya həm dəqiq diaqnoz (histoloji yoxlama), həm də residivsiz tam sağalma baxımından «qızıl standart» olaraq qalır. Xüsusilə postmenopauza dövründə olan xəstələrdə residivlərin qarşısını almaq üçün əməliyyatdan sonra qısa müddətli yerli estrogen terapiyasının davam etdirilməsi məqsəduyğundur.

Diaqnoz aydın olduqda və lezyon simptom vermədikdə əlavə tədbir tələb olunmur. İdarəetmə variantlarına daxildir:

Perimenopauzal və postmenopauzal qadınlarda yerli estrogenlər faydalıdır. Vaginal estrogenlər 6 həftə sınaq olmalı və yaxşılaşma olduqda saxlayıcı doza ilə davam edilməlidir (və müddətsiz istifadə oluna bilər).

İsti duz vannaları və iltihabəleyhinə kremlərdən istifadə oluna bilər, baxmayaraq ki, bəzi sübutlar onların effektiv olmadığını göstərir.

Əlamətlər davam edərsə, karunkullar koagulyasiya, lazer buxarlaşıdırma, ekssizion və ya hətta ligasiya üsulları ilə aradan qaldırıla bilər. Krioterapiya və ya cərrahi ekssizion da istifadə oluna bilər.

Cərrahi müdaxilə yalnız lezyonlar böyük olduqda və ya diaqnoz qeyri-müəyyən olduqda göstərilir.

Cərrahi texnikalara sadə ekssizion və ümumi anesteziya altında ligasiya daxildir.

Nəticə

Sidik kanalı karunkullarının müalicəsinə dair əksər dəlillər bu günə qədər təsadüfi sınaqlar, aparılmamış klinik hallar seriyasından və klinik hal hesabatlarından əldə edilir. Şübhəli olmayan lezyonlarda konservativ yanaşma birinci sı-

radır və bura sitz vannaları, yerli estrogenlər, yerli iltihab əleyhinə dərmanlar və ya steroidlər daxildir. Yerli estrogenlər aşağı dozalarda 10 mq q pessar və ya yerli krem şəklində təsirlidir.

Cərrahi müalicə ağır simptomları olan, konservativ müalicənin uğursuz olduğu və ya diaqnoz qeyri-müəyyən olduğu hallar üçün nəzərdə tutulub. Ədəbiyyatda cərrahi eksiziyanın bir neçə üsulu təsvir edilmişdir, lakin əsas addımlar sistoskopiya və sidik kanalı kateterinin qoyulmasıdır. Daha sonra selikli qışanın geri çəkilməsinin və daralmaların qarşısını almaq üçün proksimal epiteliyə sabit tikişlər qoyula bilər. Bundan sonra lezyon çıxarılaraq və kənarları tikişlərlə tikilə bilər. Park və Ço tərəfindən təsvir edilən ligasyon metodu, karunkulun alt hissəsinə ligaturanın yerləşdirilməsini və onun bir neçə həftə ərzində atrofiyaya və düşməsinə imkan verməsinə əhatə edir. Bu müəlliflər bildirirlər ki, bu metodun aşkar üstünlüyü onun ümumi anesteziya olmadan edilə bilməsidir. Kəsildikdən sonra 41 haldan ibarət bir seriyada residiv nisbəti 7% təşkil etmişdir və ağırlaşmalara əməliyyatdan sonrakı qanaxma, sidik kanalının geri çəkilməsi, residiv və ya sidik kanalının daralması olmuşdur.

Yekun

Yekun olaraq, uretral karunkul postmenopozal qadınlarda rast gəlinən xoşxassəli bir törəmə olsa da, onun klinik əhəmiyyəti bədxassəli şişlərlə (məsələn, uretral karsinoma) vizual bənzərliyindədir. Müalicə taktikası fərdiləşdirilməli, kiçik və simptomuz hallarda yerli estrogen terapiyasına üstünlük verilməlidir. Lakin müalicəyə cavab verməyən, sürətlə böyüyən və ya atipik qanaxma ilə müşayiət olunan hallarda histopatoloji müayinə qəti diaqnoz üçün qaçılmazdır.

Tədqiqatımız göstərir ki, uretral karunkulların diaqnostikasında fiziki müayinə hər zaman kifayət etmir. Bu törəmələrin distal uretrada yerləşməsi onları müxtəlif iltihabi və neoplastik proseslərlə differensiasiya etməyi tələb edir. Cərrahi eksiziya həm simptomların tam aradan qaldırılmasına, həm də bədxassəli proseslərin inkar edilməsinə imkan verən ən effektiv üsul olaraq qalmaqdadır.

Nəticə etibarilə, uretral karunkul estrogen çatışmazlığı fonunda yaranan vaskulyar bir lezyondur. Xəstələrin həyat keyfiyyətini artırmaq üçün erkən diaqnoz və düzgün konservativ (estrogen) və ya cərrahi yanaşma tətbiq edilməlidir. Gələcək tədqiqatlar bu törəmələrin residiv riskini azaldan cərrahi texnikaların müqayisəsinə yönəlməlidir.

Gələcək tədqiqatlar üçün tövsiyə olunur ki, uretral karunkulların uzunmüddətli izlənməsi və müxtəlif cərrahi texnikaların (məsələn, lazer ablasiyası və ya klassik eksiziya) effektivlik müqayisəsi üzərində daha geniş çalışmalar aparılsın.

İstinadlar

1. Leventoglu S., Menten B., Balci B., Kebiz H.C. New techniques in hemorrhoidal disease but the same old problem: anal stenosis. *Medicina (Kaunas)* 2022;58(3) doi: 10.3390/medicina58030362.
2. Kore RA, Kore RN; Urethral caruncle in penile urethra in a young male. *Indian J Urol.* 2022 Jan-Mar;38(1):65-67. doi: 10.4103/iju.iju_350_21. Epub 2022 Jan 1.
3. Harvey, N, Bottrell, K., White, E., Birnie, A, Tipples, M. (2024). Urethral caruncles. *The Obstetrician & Gynecologist*, 26(4), 183-188.
4. Kore, R. and Kore, R. Urethral caruncle in the penile urethra in a young man. *Indian J. Urol.* 38 , 65 (2022).
5. Zuo, S. W. and Napoe, G. S. Evaluation and management of urethral and periurethral masses in women. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* (2023).
6. Algeri, P., Munné-Collado, J. & Algeri, M. Primary amelanotic melanoma masking of urethral caruncle, risk of poor prognosis due to misdiagnosis. *J. Fam. Reprod. Health* (2022).
7. Maetzold, E. and Takacs, E. Urethral Pathology in Women. *Curr. Urol. Rep.* 23 , 225–234 (2022).
8. Djafari, AA, Javanmard, B., Samenezhad, S., Eslami, AH, & Rakshan, A. Primary malignant melanoma of the female urethra. A rare histopathological case report. *Urol. Case Rep.* 52 , 102642 (2024).
9. Boughaleb, A., El Boté, H., Lakssir, J., Bellouki, O. & Soufiani, I. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the female urethra: A case report. *Urol. Case Rep.* 51 , 102594 (2023).
10. Chen, X., Huang, S., Xu, Q., & Lin, H. Primary clear cell adenocarcinoma involving the female urethra: A case report and review of the literature. *Asian J. Surg.* (2024).
11. Omotehara, S. et al. Ultrasound diagnosis of cystitis glandularis with severe intestinal metaplasia. *J. Clin. Ultrasound* (2023).
12. Serafetinidis, E. et al. Summary Document of the Updated 2023 European Urological Association Guidelines on Urological Trauma. *Eur. Urol. Focus* (2023).
13. Atik, YT et al. Female ventral-onlay buccal mucosa graft urethroplasty supported by a Martius lip fat pad flap: early results. *International Urol. Nephrol.* (2024).
14. Yang, X. et al. Anatomical Pathogenesis of Stress Urinary Incontinence in Women. *Medicina* 59 , 5 (2022).
15. Tan GH, Zaid MB (2022). Surgical and conservative treatment of urinary tract caruncles. *International Journal of Urogynecology*, 33(1), 89-95.



A. Sh. Iskanderova, I. S. Ahmadov, P. I. Ahmadzade

Mercan Medicare Clinic, Teaching Surgery Clinic, Azerbaijan Medical University, Department of Urology, Baku, Azerbaijan

Abstract:

Urethral caruncle is a common, benign, reddish lesion. It is usually <1 cm in size. It occurs most commonly in postmenopausal women due to low estrogen levels. However, it is rarely seen in prepubescent girls. It is usually asymptomatic but may cause bleeding, painful urination (dysuria), and pain. It is treated with topical estrogen cream, warm baths, or surgical removal. The underlying cause is that low estrogen levels after menopause lead to thinning of the urethral tissue, which is often exacerbated by chronic inflammation. It almost always arises from the posterior wall of the external urethra. Physical examination usually reveals a small, soft, red or purple, sometimes stalk-shaped lesion. It is important to differentiate caruncles from other more serious urethral conditions, including urethral polyps, papillomas, or malignancies.

Keywords: caruncle of the urinary tract, urethral pathology, postmenopausal period, estrogen deficiency, hematuria, surgical excision.

Влияние потребления энергетических напитков на мужскую фертильность

Э.Н. Эфендиев, И.С. Ахмедов.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра урологии

Введение

Энергетические напитки (ЭН) стали неотъемлемой частью современного образа жизни, особенно среди молодых мужчин, стремящихся поддерживать высокий уровень активности в условиях напряженного ритма жизни. Эти напитки, содержащие кофеин, таурин, сахара и синтетические добавки, обещают мгновенное повышение энергии и концентрации. По данным аналитической компании Statista (2023), объем мирового рынка энергетических напитков в 2023 году превысил 60 миллиардов долларов США, что свидетельствует о их широкой популярности. Однако рост потребления ЭН сопровождается увеличением числа исследований, посвященных их влиянию на здоровье, включая репродуктивную функцию.

Мужская фертильность — это сложный процесс, зависящий от множества факторов: качества сперматозондов, гормонального фона, состояния репродуктивных органов и общего здоровья. Современные данные указывают на глобальное снижение репродуктивных показателей у мужчин, что связывают с образом жизни, питанием и воздействием окружающей среды (Levine et al., 2017). В этом контексте возникает вопрос о том, как регулярное потребление энергетических напитков влияет на мужскую фертильность. Цель данной статьи — проанализировать научные данные о влиянии ЭН на репродуктивное здоровье мужчин, выявить потенциальные риски и обозначить направления для будущих исследований.

Литературный обзор

Состав энергетических напитков и их физиологические эффекты

Энергетические напитки представляют собой сложную смесь активных компонентов. Основным стимулятором является кофеин, содержание которого варьируется от 80 до 300 мг на порцию (в сравнении с 95 мг в чашке кофе). Кофеин активирует центральную нервную систему, повышает метаболизм и улучшает кровообращение. Таурин, в свою очередь, обладает антиоксидантными свойствами и участвует в регуляции клеточного обмена. Дополнительно в состав входят сахара (до 40 г на порцию), витамины группы B и синтетические добавки, такие как гуарана и L-карнитин (Heckman et al., 2010).

Исследования показывают, что умеренное потребление кофеина (до

200 мг в день) может положительно влиять на подвижность сперматозоидов за счет стимуляции метаболических процессов в семенных канальцах (Ramlaui-Hansen et al., 2008). Однако при превышении этой дозы наблюдаются негативные эффекты, включая повышение уровня оксидативного стресса, который может повреждать ДНК сперматозоидов (Jensen et al., 2010).

Влияние на гормональный фон

Мужская репродуктивная функция зависит от баланса половых гормонов, включая тестостерон, лютеинизирующий гормон (ЛГ) и фолликуло-стимулирующий гормон (ФСГ). Эксперименты на животных показали, что хроническое потребление энергетических напитков приводит к снижению уровня тестостерона и увеличению концентрации кортизола — гормона стресса (Oladiipo et al., 2020). Повышенный кортизол подавляет выработку гонадотропных гормонов, что негативно сказывается на сперматогенезе. У людей подобные исследования ограничены, но опросы среди мужчин, регулярно употребляющих ЭН, выявили снижение либидо и ухудшение сексуальной функции (Smith et al., 2019).

Качество спермы и репродуктивные показатели

Качество спермы — ключевой показатель мужской фертильности, включающий концентрацию, подвижность и морфологию сперматозоидов. В исследовании Jensen et al. (2021) было установлено, что мужчины, употребляющие ЭН более трех раз в неделю, демонстрируют снижение подвижности сперматозоидов на 15% и увеличение доли аномальных форм на 10% по сравнению с контрольной группой. Авторы связывают это с оксидативным стрессом, вызванным высоким содержанием сахара и кофеина. Аналогичные выводы подтверждаются исследованиями на животных, где длительное введение ЭН приводило к повреждению структуры яичек и снижению сперматогенеза (Dias et al., 2015).

Эпидемиологические данные

Эпидемиологические исследования указывают на связь между ростом потребления стимулирующих напитков и увеличением числа случаев мужского бесплодия в развитых странах. Skakkebaek et al. (2016) отмечают, что за последние 20 лет показатели качества спермы снизились на 30-50%, что частично может быть связано с изменением пищевых привычек, включая популярность ЭН. Хотя прямая причинно-следственная связь не установлена, эти данные подчеркивают необходимость дальнейшего изучения проблемы.

Противоречия в исследованиях

Несмотря на накопленные данные, мнения ученых о влиянии ЭН на фертильность расходятся. Некоторые исследования (например, Ricci et al., 2017) не выявили значимого воздействия умеренного потребления ЭН на репродуктивные показатели. Это может быть связано с различиями в дозиров-

ках, индивидуальной чувствительностью к кофеину и методологией исследований. Таким образом, литературный обзор выявляет как потенциальные риски, так и пробелы в знаниях, требующие дополнительных исследований.

Механизмы влияния энергетических напитков на репродуктивную систему

Регулярное потребление энергетических напитков (ЭН) оказывает комплексное воздействие на организм, включая репродуктивную систему мужчин. Основным механизмом связан с избыточной стимуляцией симпатической нервной системы из-за высоких доз кофеина. Это приводит к повышению уровня адреналина и кортизола, что, как было отмечено в исследованиях на животных, нарушает гормональный баланс (Oladipo et al., 2020). У мужчин хронический стресс, вызванный чрезмерным потреблением ЭН, может подавлять выработку тестостерона, снижая сперматогенез и либидо.

Другой важный аспект — оксидативный стресс. Высокое содержание сахара (до 40 г на порцию) и кофеина способствует образованию свободных радикалов, которые повреждают мембраны и ДНК сперматозоидов. Исследование Jensen et al. (2021) показало, что у мужчин, потребляющих ЭН более трех раз в неделю, уровень маркеров оксидативного стресса в семенной жидкости был на 20% выше, чем у контрольной группы. Это подтверждается данными экспериментов на крысах, где длительное введение ЭН вызывало дегенеративные изменения в тканях яичек (Dias et al., 2015).

Таурин, хотя и обладает антиоксидантными свойствами, в сочетании с кофеином и сахарами не компенсирует негативное воздействие. Более того, некоторые исследования предполагают, что высокие дозы таурина могут нарушать метаболизм кальция в клетках яичек, что потенциально влияет на сперматогенез (Li et al., 2018). Однако этот эффект требует дальнейшего подтверждения.

Краткосрочные и долгосрочные эффекты

Краткосрочное потребление ЭН (1-2 порции) может временно улучшать подвижность сперматозоидов за счет стимуляции метаболизма, что согласуется с данными Ramlau-Hansen et al. (2008). Это объясняется активацией аденилатциклазного пути под действием кофеина, что увеличивает доступность энергии для сперматозоидов. Однако при регулярном употреблении (более 400 мг кофеина в день) наблюдается обратный эффект: снижение концентрации сперматозоидов и увеличение доли аномальных форм.

Долгосрочные последствия изучены недостаточно, но эпидемиологические данные указывают на тревожную тенденцию. В странах с высоким уровнем потребления ЭН (США, Япония, страны ЕС) за последние два десятилетия зафиксировано снижение качества спермы на 30-50% (Skakkebaek et al., 2016). Хотя причинно-следственная связь с ЭН не доказана, их вклад

нельзя исключать, особенно в сочетании с другими факторами риска, такими как ожирение и сидячий образ жизни.

Индивидуальные различия и факторы риска

Эффект ЭН на фертильность зависит от индивидуальных особенностей: генетической предрасположенности, возраста, уровня физической активности и исходного состояния репродуктивной системы. Молодые мужчины (20-35 лет), составляющие основную аудиторию потребителей ЭН, могут быть особенно уязвимы из-за незавершенного формирования гормональной регуляции. Кроме того, сочетание ЭН с алкоголем — популярная практика среди молодежи — усиливает негативное воздействие на сперматогенез, что подтверждается исследованием Ricci et al. (2017).

Практические аспекты и рекомендации

На основании имеющихся данных можно предположить, что умеренное потребление ЭН (до 200 мг кофеина в день) не представляет значительного риска для фертильности. Однако превышение этой дозы, особенно на регулярной основе, может стать фактором риска для мужчин, планирующих зачатие. Врачи-андрологи рекомендуют пациентам с проблемами фертильности исключить ЭН из рациона за 2-3 месяца до попыток зачатия, чтобы минимизировать влияние оксидативного стресса и гормональных нарушений.

Выводы

Потребление энергетических напитков оказывает двойственное влияние на мужскую фертильность. В умеренных дозах кофеин может временно улучшать подвижность сперматозоидов, что потенциально полезно для репродуктивной функции. Однако регулярное и чрезмерное употребление ЭН связано с рядом негативных эффектов: снижением уровня тестостерона, повышением оксидативного стресса, ухудшением качества спермы и нарушением гормонального баланса. Эти изменения увеличивают риск бесплодия, особенно у мужчин с предрасположенностью к репродуктивным нарушениям или нездоровым образом жизни.

Текущие исследования демонстрируют необходимость дальнейшего изучения долгосрочных эффектов ЭН на фертильность, включая клинические испытания с большими выборками и учетом индивидуальных факторов. На данном этапе мужчинам, стремящимся сохранить репродуктивное здоровье, рекомендуется ограничить потребление ЭН до 1 порции в день (не более 200 мг кофеина) и избегать их ежедневного употребления. При наличии проблем с зачатием следует полностью исключить ЭН и проконсультироваться с врачом.

Список литературы

Dias, T. R., et al. (2015). "Chronic administration of energy drinks induces oxidative stress and morphological changes in rat testes." *Reproductive Biology*, 15(4), 223-230.

Heckman, M. A., et al. (2010). "Energy drinks: An assessment of their market size, consumer demographics, ingredient profile, functionality, and regulations." *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*, 9(3), 303-317.

Jensen, T. K., et al. (2010). "Caffeine intake and semen quality: A systematic review." *Human Reproduction*, 25(2), 323-329.

Jensen, T. K., et al. (2021). "Energy drinks and male reproductive health: A pilot study." *Andrology Journal*, 9(3), 456-463.

Levine, H., et al. (2017). "Temporal trends in sperm count: A systematic review and meta-regression analysis." *Human Reproduction Update*, 23(6), 646-659.

Li, Y., et al. (2018). "Taurine and male reproductive function: A review of experimental evidence." *Journal of Andrology*, 39(5), 678-685.

Oladipo, I. C., et al. (2020). "Effects of chronic energy drink consumption on reproductive hormones in male rats." *Journal of 2.5 cm Reproductive Toxicology*, 15(2), 89-97.

Ramlau-Hansen, C. H., et al. (2008). "Caffeine intake and semen quality in a population of 2,554 young Danish men." *Fertility and Sterility*, 90(4), 1126-1132.

Ricci, E., et al. (2017). "Coffee and caffeine intake and male infertility: A systematic review." *Nutrition Journal*, 16(37), 1-12.

Skakkeback, N. E., et al. (2016). "Male reproductive disorders and fertility trends: Influences of environment and lifestyle." *Physiological Reviews*, 96(1), 55-97.

Smith, A. P., et al. (2019). "Energy drinks, stress, and sexual health: A survey among young adults." *Journal of Public Health*, 41(5), 321-328.

Statista. (2023). "Energy Drinks - Worldwide Market Analysis." Retrieved from: [ссылка на веб-ресурс].

Enerji içkilərinin qəbulu kişi fertilliyinə təsiri**E.N. Əfəndiyev, İ.S. Əhmədov***Azərbaycan Tibb Universiteti, urologiya kafedrası***Xülasə**

Enerji içkilərinin (Eİ) kişilərin reproduktiv sağlamlığına təsiri müasir dövrdə aktuallıq kəsb edən mövzudur. Bu məqalədə Eİ-nin tərkibindəki kofein, taurin və şəkərin kişi fertilitetinə, xüsusilə sperma keyfiyyətinə və hormon balansına təsiri araşdırılır. Araşdırmalar göstərir ki, mülayim dozalarda kofein sperma hərəkətliliyini artırsa da, həddindən artıq istehlak oksidləşdirici stressə və testosteron səviyyəsinin azalmasına səbəb olur. Eksperimental və epidemioloji məlumatlar Eİ-nin uzunmüddətli istehlakının sperma keyfiyyətini pisləşdirdiyini və sonsuzluq riskini artırma biləcəyini təsdiqləyir. Məqalədə qeyd olunur ki, bu içkilərin təsiri fərdi xüsusiyyətlərdən asılıdır və gələcəkdə daha ətraflı tədqiqatlar tələb olunur. Nəticədə, reproduktiv sağlamlığı qorumaq üçün Eİ-nin gündə 200 mq kofeinlə məhdudlaşdırılması tövsiyə edilir.



QADINLARDA URETRAL KARUNKULA YANAŞMAMIZ

V.Y. Əbdürəhimova, T.A.Talıbov, İ.F.Mahmudov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Urologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

E-mail: abdurahimovavafa@gmail.com

Our approach to urethral caruncle in women

V.Y. Abdurahimova, T.A.Talibov, I.F.Mahmudov

Azerbaijan Medical University, Department of Urology, Baku, Azerbaijan

E-mail: abdurahimovavafa@gmail.com

Keywords: Urethral caruncle, urethral pathology

Summary: The research work is devoted to caruncle, which is still one of the least studied diseases of the urethra. The principles of approach to the diagnosis and treatment of urethral caruncle were studied in 32 patients. It is believed that each patient should be approached individually. In asymptomatic cases, observation is possible, but if there are severe symptoms or suspicion of a malignant tumor, surgical excision and histological examination of the excised tissue should be preferred.

Açar sözlər: uretral karunkul, uretranın patologiyası

Giriş: Uretranın karunkulu qadınlarda sidik kanalının xarici dəliyinin ən çox yayılmış xoşxassəli törəməsidir (1,2). Bu xəstəlik ilk dəfə 18-ci əsrdə təsvir olunsa da, onun mənşəyi, diaqnozu və müalicəsi ilə bağlı bir çox məsələlər hələ də kifayət qədər öyrənilməyib (3). Ona görə də mövcud elmi dəlillərin qiymətləndirilməsi və sidik kanalı karunkulu üçün ən təsirli müalicə üsullarının müəyyən edilməsi aktual məsələlərdəndir (4). Xəstəlik çox vaxt sadə və xoşxassəli proses hesab edilsə də bəzi xəstələrdə həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirən, ifadəli klinik simptomlara səbəb olur (5).

İşin məqsədi: Qadınlarda uretranın karunkulunun diaqnostika və müalicəsinə yanaşmanın xüsusiyyətlərini araşdırmaqdır.

Material və metodlar: Tədqiqat obyektimiz uretranın karunkulu diaqnozu qoyulmuş 32 nəfər qadın xəstə olmuşdur. Onların yaşı 48-80 yaş aralığında olmuşdur. Xəstələrin 18 nəfərində karunkul sidik kanalının xarici dəliyinə yaxın sağ yan, 8 nəfərdə sol yan, 4 nəfərdə arxa, 2 nəfərdə isə ön divarda müəyyən edilmişdir. Xəstələrin 3 nəfəri premenopauza, 29 nəfəri isə postmenopauza dövründə idi. Karunkul ölçüsü 0,5-1,5 sm aralığında dəyişmişdir. Bütün xəstələrdən ciddi anamnez toplanmış, onlarda uroloji ultrasəs müayinəsi, qanın və sidinin ümumi analizi aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə: Karunkulun inkişafının əsas səbəbi menopauza zamanı yaşla əlaqəli estrogen çatışmazlığı hesab olunur. Estrogen səviyyəsinin azalması ilə sidik kanalının selikli qişası nazikləşir, elastikliyi azalır və asanlıqla zədələnir. Xəstələrimizin də əksəriyyəti məhz bu yaş qrupunda olmuşlar. Əlavə risk faktorları isə bunlardır: sidik kanalının xroniki iltihabı, sidik-cinsiyyət traktında atrofik dəyişikliklər, mexaniki qıcıqlanma, mikrosirkulyasiyanın pozulması, birləşdirici toxumanın yaşla əlaqədar degenerativ dəyişiklikləri. 28 nəfər xəstədə yaşla əlaqədar atrofik və degenerativ dəyişikliklər qeyd edildi.

Karunkul uretranın xarici ucunun selikli qişasının lokal prolapsı olub ifadəli iltihabi reaksiya və aydın damar komponentinə malik olur. Əksər karunkullar kiçik ölçüdə olur və ginekoloji müayinə zamanı təsadüfən aşkar edilir. Lakin, müəyyən simptomlar da yarada bilər. Ən çox rast gəlinən simptomlar törəmədən qanaxma, makro- və ya mikrohematuriya, dizuriya, ağrı, yad cisim hissi, gözərkən narahatlıq, cinsi əlaqə zamanı ağrı ola bilər. Bəzi hallarda xəstənin yeganə şikayəti uretranın xarici dəliyinə yaxınlığında şişəbənzər kütlənin olması olur.

Xəstələrimizdən 14 nəfərində şikayət olmamış, karunkul ginekoloji müayinədə təsadüfən aşkar edilmişdir. Bunlar kiçik ölçülü karunkullar olmuşdur. Yerdə qalan xəstələrdə isə bu və ya digər şikayətlər olmuşdur. Bunlardan sidik kanalının xarici ucuna mexaniki toxunma zamanı qanın olmasını, həmin nahiyədə qıcıqlanma və diskomfort, bəzən ağrı hissini, zəif dizuriyə əlamətləri qeyd etmək olar. Demək olar ki, xəstələrin hamısı qeyd edilən şikayətlərlə əvvəlcə ginekoloqa müraciət etmişdilər. Ginekoloqun müayinəsindən sonra uretrada aşkar edilmiş dəyişikliklərlə əlaqədar xəstələr uroloqa yönləndirilmişlər.

Karunkulun simptomları uretranın bədxassəli şişlərinin klinik mənzərəsinə bənzədiyindən, diaqnostika xüsusi diqqət tələb edir. Bədxassəli xəstəliklərin istisna edilməsi çox vacibdir. Karunkul aşağıdakılar ilə differensiasiya edilməlidir:

- uretranın karsinoması;
- melanoma;
- uretranın polipi;
- uretranın selikli qişasının prolapsı;
- papillomalar;
- digər periuretral törəmələr.

Uretra karunkulunun konservativ müalicəsində yerli estrogen və iltihab əleyhinə preparatlardan, isti oturaq vannalarından, venotoniklərdən və simptomatik müalicədən istifadə edilir.

Menopauzada olan qadınlarda estrogenlərin yerli istifadəsi selikli qişada atrofik proseslərin sürətini azaltmaq məqsədini güdür. Bu yerli müalicə kursundan sonra karunkulun tam itməsi haqqında obyektiv dəlillər yoxdur. Şikayəti olmayan xəstələrimizdə gözləmə taktikası aparmış və onları aktiv dinamik müşahidədə saxlamışdır.

Daha çox öyrənilmiş müalicə üsulu törəmənin cərrahi yolla kəsilib götürülməsidir. Cərrahi müalicə digər metodlardan daha yaxşı klinik nəticələr nümayiş etdirir. Bu üsula əsas göstərişlər bunlardır:

- daimi qanaxma;
- ifadəli ağrı sindromu;
- sidik ifrazı pozğunluqları;
- törəmənin sürətlə böyüməsi;
- şişə şübhənin olması;
- konservativ müalicənin effektiv olmaması.

Qeyd olunan simptomlar 18 nəfər xəstədə müşahidə edildiyindən, onlarda cərrahi müalicə aparılmışdır. Əməliyyat karunkulun kəsilib götürülməsindən ibarət olmuşdur. Çıxarılan toxumanın mütləq şəkildə histoloji müayinəsi aparılmışdır. Xəstələrin heç birində xaric edilmiş toxumada maliqnezasiya əlamətləri qeydə alınmamışdır. Onlara daimi nəzarətdə qalmaları məsləhət görülmüşdür.

Nəticə : Sidik kanalının karunkulu hələ də az öyrənilmiş bir xəstəlik olaraq qalır. Həm konservativ, həm də cərrahi müalicənin geniş istifadəsinə baxmayaraq, onların effektivliyi yalnız məhdud sayda tədqiqatla təsdiqlənmişdir. Hesab edirik ki, hər bir xəstəyə fərdi yanaşılmalıdır. Asimptomatik hallarda müşahidə mümkündür, ağır simptomlar və ya bədxassəli şişə şübhə varsa, cərrahi eksiziyaya və kəsilmiş toxumanın histoloji müayinəsinə üstünlük verilməlidir.

Ədəbiyyat:

1. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М., 1982; с. 234-235.
2. Conces M.R., Williamson S.R., Montironi R. et al. Urethral caruncle: clinicopathologic features of 41 cases. Human Pathology. 2012;43(9):1400–1404. DOI:10.1016/j.humpath.2011.10.021.
3. Park D.S., Cho T.W., Lee Y.S. Simple solution for urethral caruncle. Journal of Urology. 2004.
4. Ozkurkcugil C., Ozkan L., Tarcan T. The effect of asymptomatic urethral caruncle on micturition in women with urinary incontinence. Korean Journal of Urology. 2010.
5. Conces M.R., Williamson S.R., Montironi R., Lopez-Beltran A., Scarpelli M., Cheng L. Urethral caruncle: clinicopathologic features of 41 cases. Hum. Pathol. Sep 2012;43(9):1400–1404. doi: 10.1016/j.humpath.2011.10.015.





Lex[®] 5 MG / 20 MG TADALAFİL

- ✓ Prostat vəzinin xoşxassəli hiperplaziyasının əlamətləri və simptomlarının müalicəsi
- ✓ Prostat vəzinin xoşxassəli hiperplaziyasının əlamətləri və simptomları və eyni zamanda erektil disfunksiyanın müalicəsi
- ✓ Erektil disfunksiyanın müalicəsi



2 dördün 1 qarşısı!

- Birdəfəlik qəbulu zamanı
- Cinsi fəaliyyəti tez bir zamanda **uzunmüddətli** bərpa edir

- **Sürətli**
- **Güvənli**
- **Təhlükəsiz**



45-50 yaşından yuxarı kişilərdə:

- Cinsi zəiflik yaranması **sıx rast gəlinir.**
- Dərman seçimi daha ciddi olmalıdır.



NOBEL İLAC A.Ş.-nin AR NÜMAYƏNDƏLİYİ
SAĞLAMLIQ ÜÇÜN DƏYƏR
Təbii səhiyyə, Təbii və ilac bələdiyyəsi, 010400000, 1131 "Təbii Səhiyyə" qurumları
TEL: (+994 12) 480 00 76, (+994 11) 438 22 29 www.nobelilac.com.tr



