

KİÇİK ÇANAQ ORQANLARININ TOTAL PROLAPSININ CƏRRAHİ MÜALİCƏ TAKTİKASININ SEÇİLMƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMALAR VƏ KLİNİK NƏTİCƏLƏRİN TƏHLİLİ

Ayna İlham qızı Məmmədrəhimova

Naxçıvan Referans Tibb Mərkəzi, Naxçıvan, Azərbaycan

Açar sözlər: *kiçik çanaq orqanlarının prolapsı (KÇOP), sistosele, rektosele, cərrahi müalicə, çanaq dibi fizioterapiyası, mesh, kolporrafiya*

Kiçik çanaq orqanlarının total prolapsı (KÇOP) dünyada milyonlarla qadın üçün böyük sağlamlıq problemləri yaradan patologiya olub, bir sıra faktorların təsiri altında beş verir. Bunların arasında fizioloji doğuş, kiçik çanaq orqanlarında cərrahi müdaxilələr, çanaq dibi travması və ya birləşdirici toxumanın zəifləməsinin xüsusi yeri vardır. KÇOP çanaq orqanlarının – sidik kisəsi, uşaqlıq, düz bağırsaq və ya uşaqlıq yolu qübbəsinin – dəstəkləyici əzələlərin, fassiyaların və bağların zəifləməsi nəticəsində vaginal kanala doğru və ya ondan kənara doğru enməsi ilə xarakterizə olunur. Bəzi qadınlarda xəstəlik simptomuz keçsə də, digərlərində çanaq nahiyəsində ağırlıq hissi, vaginal şişkinlik və ya çıxıntı hissi, sidik və ya nəcis saxlaya bilməmə, həmçinin cinsi disfunksiya kimi əlamətlər müşahidə oluna bilər [1].

Bu patologiya xüsusilə çoxdoğmuş, perimenopauzal və postmenopauzal qadınlarda daha çox rast gəlinir və yaş artdıqca onun yayılma tezliyi yüksəlir. Xəstəliyin klinik təzahürləri yalnız anatomik dəyişikliklərlə məhdudlaşmur, eyni zamanda sidik ifrazı pozğunluqları, defekasiya çətinliyi, çanaq nahiyəsində ağırlıq hissi, cinsi disfunksiya və psixoemosional gərginliklə müşayiət olunaraq qadınların həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır [2].

Postmenopauzal dövrdə olan qadınlarda hipoestrogeniya fonunda yüksək tezliklə bir çox ginekoloji patologiyalarla yanaşı sistosele və rektosele yüksək tezliklə təyin olunur [3].

Düz bağırsağın və qadın cinsiyyət üzvlərinin yanaşı prolapsı qadınların 20-50%-də, doğmuş qadınların isə yarısından çoxunda rast gəlir [4].

KÇOP ilə əlaqəli bir çox risk amilləri təsvir olunsa da, bu amillərin bir-biri ilə qarşılıqlı əlaqəsi tam aydın deyil və hər zaman kifayət qədər izah olunmur. Endopelvik fassiyanın zəifləməsi KÇOP-un etiologiyasında əsas amil hesab olunur və məlum risk faktorlarının əksəriyyəti məhz bu fassiyanın zəifləməsinə və zədələnməsinə səbəb olaraq nəticədə

orqanların yırtıqlaşmasına və prolapsına gətirib çıxara bilər [5].

İnsanın yaşlanması genetik və ətraf mühit amillərinin təsiri altında formalaşan mürəkkəb bir prosesdir [6]. Yaş artdıqca çanaq dibi funksiyasında təbii azalma baş verir və bu dövrdə birləşdirici toxumaların və ya əzələlərin zəifləməsi ilə bağlı risk amilləri funksional pozğunluqların sürətlənməsinə səbəb olur. Ən çox tanınan amillərə hamiləlik, vaginal doğuş, doğuşların sayı, irəli yaş, hormonal dəyişikliklər, etnik xüsusiyyətlər, qarındaxili təzyiqin artması, siqaret çəkmə, ailə anamnezi və əvvəlki pelvik cərrahiyyələr daxildir [7]. Bu faktorlar adətən tək-tək deyil, bir-biri ilə qarşılıqlı təsirdə olaraq KÇOP-un inkişafına səbəb olur.

Bu risk amillərinin rolunu daha yaxşı anlamaq üçün "həyat boyu model" [8] çərçivəsində fizioloji, anatomik, genetik və həyat tərz faktorları insan həyatının üç əsas mərhələsinə integrasiya edilərək KÇOP-un müxtəlif dövrlərdə necə formalaşdığı və bu amillərin müstəqil, qarşılıqlı və kumulyativ təsirləri izah olunur. Fərdin böyümə və inkişaf mərhələsində mövcud olan predispozisiyaedici amillər xəstəliyə meyilliliyi artırır. Funksional ehtiyatı yüksək olan şəxslərdə həyat boyu KÇOP inkişaf etməyə bilər, lakin funksional ehtiyatı zəif olanlarda yaşla bağlı fizioloji azalma fonunda xəstəlik daha erkən və ya gec dövrlərdə üzə çıxma bilər.

Hamiləlik və doğuş zamanı müxtəlif predispozisiyaedici şərtlər və ya müdaxilələr fonunda bəzi yüngül çanaq dibi zədələnmələri tam bərpa oluna bilər, lakin daha ağır zədələnmələr yalnız qismən bərpa olunur və ya ümumiyyətlə bərpa olunmur [9]. Genetik faktorlar isə daxili tənzimləyici mexanizm kimi çıxış edərək çanaq dibinin inkişafını və onun dinamik dəyişikliklərə cavabını müəyyən edir. Yaşlanma mərhələsində isə genetik proqramlaşdırılmış dəyişikliklər, hormonal azalma və həyat tərz faktorları (məsələn, siqaret və xroniki öskürək) çanaq dibi

funksiyasının zəifləmə sürətinə təsir göstərir. Bu baxımdan, KÇOP-un yaranmasının təhlilində genetik və ətraf mühit amillərinin kompleks şəkildə nəzərə alınması xüsusi əhəmiyyət daşıyır [10].

Epidemioloji məlumatlar göstərir ki, prolapsın yayılma tezliyi simptomlara əsaslanan qiymətləndirmə ilə klinik müayinə nəticələrinə əsaslanan göstəricilər arasında əhəmiyyətli fərq mövcuddur; bu isə əsasən KÇOP olan bir çox qadının açıq klinik simptomlarının olmaması ilə izah olunur. 259 perimenopauzal qadının iştirak etdiyi prospektiv kohort tədqiqatında menopauzadan 1 il sonra insidentlik 26%, 3 ildən sonra isə 40% təşkil etmişdir. Bundan əlavə, yetkin qadınların 30–76%-də uşaqlıq yolu və ya uşaqlıq prolapsı ilk dəfə rutin ginekoloji müayinə zamanı aşkar edilir; bu halların 3–6%-də prolaps himen səviyyəsinə çatır və ya onu keçir, lakin yalnız təxminən 3% qadın subyektiv simptomlar bildirir. Tədqiqatlar göstərir ki, ABŞ-da qadınların təxminən 13%-i həyatları boyunca KÇOP səbəbilə cərrahi müdaxiləyə ehtiyac duyur və əməliyyatların əksəriyyəti 70–79 yaş aralığında həyata keçirilir. Proqnozlara görə, 2050-ci ilə qədər KÇOP -dan əziyyət çəkən qadınların sayı daha da artacaqdır. KÇOP olan qadınların bir qismi simptomatsız olsa da, digərlərində şişkinlik hissi, diskomfort, cinsi disfunksiya və ağır hallarda psixoloji gərginlik müşahidə oluna bilər. Buna görə də, KÇOP böyükklər arasında qadınların sağlamlığına və həyat keyfiyyətinə ciddi təsir göstərən mühüm tibbi və sosial problem kimi qiymətləndirilir [11].

KÇOP zamanı cərrahi müdaxilələrin xüsusiyyətləri. Son illərdə kiçik çanaq orqanlarının prolapsının diaqnostikası və cərrahi müalicəsi sahəsində ciddi irəliləyişlər əldə edilmişdir [12]. KÇOP-un təsnifat sisteminin tətbiqi prolapsın dərəcəsinin obyektiv qiymətləndirilməsinə, xəstələrin standartlaşdırılmış şəkildə qruplaşdırılmasına və əməliyyat nəticələrinin müqayisəli təhlilinə imkan yaratmışdır. Bununla yanaşı, total prolapsın cərrahi müalicəsində vahid universal taktika mövcud deyildir. Müasir mərhələdə cərrahi yanaşmanın seçimi prolapsın anatomik tipi və mərhələsi, kompartimentlərin zədələnmə səviyyəsi, xəstənin yaşı, reproduktiv planları, somatik vəziyyəti, yanaşı xəstəlikləri, əvvəlki əməliyyat anamnezi və pasiyentin gözləntiləri nəzərə alınmaqla fərdiləşdirilmiş şəkildə aparılır [13].

Hazırda total prolapsın cərrahi korreksiyası üçün vaginal, abdominal və laparoskopik yanaşmalar, autoloji toxuma ilə rekonstruktiv əməliyyatlar, həmçinin mesh əsaslı fiksasiya üsulları tətbiq olunur [14].

Laparoskopik sakrokolpopeksiya, sakrohisteropeksiya, vaginal histerektomiya ilə kombinə olunmuş kolporrafiyalar, Manchester əməliyyatı, kolpokleizis və digər rekonstruktiv müdaxilələr müxtəlif klinik vəziyyətlərdə istifadə edilir. Hər bir metodun öz üstünlükləri və məhdudiyyətləri mövcuddur; buna görə də cərrahi taktikanın əsas məqsədi təkcə anatomik bərpanın əldə olunması deyil, həm də funksional nəticələrin yaxşılaşdırılması, residiv riskinin azaldılması və pasiyent məmnuniyyətinin artırılmasıdır [15].

Bu baxımdan, kiçik çanaq orqanlarının total prolapsının cərrahi müalicə taktikasının seçilməsinə müasir yanaşmaların öyrənilməsi, müxtəlif əməliyyat üsullarının klinik nəticələrinin müqayisəli təhlili və optimal müalicə strategiyasının müəyyənəşdirilməsi mühüm elmi-praktik əhəmiyyət kəsb edir [16].

Sistoselenin müalicəsi üçün müxtəlif yanaşmalar mövcuddur: konservativ müalicə, pessarilərin istifadəsi və ya cərrahi rekonstruksiya. Təəssüf ki, anterior prolaps üçün vahid standart cərrahi üsul yoxdur və hər bir pasiyentlə müxtəlif cərrahi variantların risk və faydalarının müzakirəsi olduqca vacibdir [17]. Ümumiyyətlə, uşaqlıq yolunun ön divarının rekonstruksiyası zəifləmiş toxumaların plicasiya olunaraq (büzülərək) möhkəmləndirilməsi üçün tikişlərin qoyulması ilə həyata keçirilir və toxumaların dayanıqlığını artırmaq məqsədilə digər “native” (öz toxumasına əsaslanan) metodlar da tətbiq edilir. “Native tissue repair” üsulu torlu (mesh) materiallarla gücləndirilmiş rekonstruksiyaya nisbətən daha aşağı uğur göstəricilərinə malik olsa da, geniş şəkildə öyrənilmişdir. Müasir kombinə olunmuş uğur meyarlarına əsasən, bu üsul uşaqlıq yolunda qabartı simptomlarının aradan qaldırılmasında və prolapsın uşaqlıq yolu daxilində azalmasında effektiv hesab olunur. KÇOP üzrə cərrahi müalicənin uğur faizi istifadə olunan “uğur” tərifindən asılı olaraq geniş diapazonda dəyişir (19,2%–97,2%). Bu səbəbdən nəticələrin müqayisəsi çətindir, çünki pasiyent xüsusiyyətləri, cərrahi texnikalar və uğurun qiymətləndirilməsi meyarları arasında ciddi fərqlər mövcuddur. KÇOP-un kəmiyyət qiymətləndirmə sistemi son 15 il ərzində xəstəliyin daha yaxşı tədqiq edilməsinə imkan verən və cərrahi nəticələrin anatomik qiymətləndirilməsini standartlaşdırıran etibarlı ölçmə aləti kimi özünü doğrultmuşdur. 2001-ci ildə NIH tərəfindən təşkil olunan seminar çərçivəsində terminologiyanın standartlaşdırılması məqsədilə qərara alınmışdır ki, “optimal anatomik nəticə” yalnız tam anatomik dəstəyin (mərhələ 0) əldə olunması ilə müəyyən edilir, “qənaətbəxş anatomik nəticə” isə dəstəyin

himendən 1 sm proksimal yerləşməsi ilə xarakterizə olunur. "Sağalma" isə optimal və ya qənaətbəxş anatomik nəticənin əldə olunması kimi qəbul edilmişdir. Son illərdə bu anatomik meyarların həddindən artıq sərt olduğu irəli sürülmüşdür, çünki illik profilaktik müayinələrə müraciət edən və KÇOP simptomları olmayan qadınların 75%-dən çoxu "optimal anatomik nəticə" meyarlarına, təxminən 40%-i isə "qənaətbəxş anatomik nəticə" meyarlarına cavab vermir. Həmçinin, 2-ci mərhələnin 2a (-1 sm-dən himenədək) və 2b (himendən +1 sm-dək) alt mərhələlərə bölünməsi də təklif edilmişdir. Son dövrlərdə bəzi tədqiqatlarda Ba nöqtəsinin <0 olması anatomik uğur kimi qəbul edilir və "sağalma" anlayışının daha az sərt meyarlarla müəyyən edilməsi məsələsi müzakirə olunmaqdadır [16].

Barber və həmkarlarının [18] tədqiqatına görə, uşaqlıq yolu sallanması simptomlarının olmaması pasiyentin ümumi yaxşılaşma və müalicə uğuru barədə qiymətləndirməsi ilə ən güclü əlaqəyə malikdir. Eyni zamanda, yalnız anatomik nəticələrə əsaslanan qiymətləndirmələrin pasiyentlərin subyektiv nəticə qavrayışı ilə zəif və ya heç bir əlaqəsi yoxdur. Buna görə də, cərrahi müalicənin əsas məqsədi yalnız anatomik bərpa deyil, həm də pasiyent məmnuniyyətinin maksimuma çatdırılması və kiçik çanaq orqanlarının fizioloji mövqeyinin bərpasıdır.

Uşaqlıq yolunun ön divarın defektlərinin bərpası ilə bağlı ədəbiyyatda mütəxəssislər arasında geniş konsensus mövcuddur. Bütün əsas klinik tövsiyələrə görə birinci sıra cərrahi müdaxilə kimi anterior kolporrafiya tövsiyə olunur. Kolporrafiyanın mahiyyəti medial kolpotomiya aparılması və vesikovaginal fassiyanın orta xətt boyunca bükülərək möhkəmləndirilməsi ilə uşaqlıq yolu və sidik kisəsi arasında bərinin gücləndirilməsindən ibarətdir [19].

Ön kolporrafiya üçün transvaginal yanaşma ən məntiqli üsul hesab edilsə də, ədəbiyyatda onun laparoskopik variantı da geniş təsvir edilmişdir. Laparoskopik kolporrafiya (outside-in intraperitoneal kolporrafiya) laparoskopik KÇOP əməliyyatı aparılan pasiyentlərdə klassik transvaginal yanaşmaya alternativ kimi qəbul edilir. Məsələn, laparoskopik servikopeksiya icra olunan və eyni zamanda uşaqlıq yolu toxuma zəifliyi olan pasiyentlərdə bu üsul üstünlük təşkil edə bilər. Beləliklə əməliyyat müddətinin uzanması, infeksiya riski və əlavə çapıqların yaranması azalır [20].

Bununla belə, ön kolporrafiyanın residiv riski yüksəkdir və bu göstərici bəzi hallarda 52%-ə qədər çatır. Klassik və laparoskopik (outside-in)

üsullar arasında əməliyyat müddəti, intraoperativ qan itkisi və residiv tezliyi baxımından üstünlük göstərən aydın fərqlər ədəbiyyatda qeyd olunmamışdır [21].

Endoskopik ginekoloji əməliyyat üçün səbəblərin uzlaşması cərrahi müdaxilənin əsas səbəbindən asılı olaraq dəyişkənlik təşkil edir. Belə ki, məsələn, simultan endoskopik əməliyyatlar üçün göstərişlər sonsuzluğu olan qadınlarda nisbətən çoxdur, çanaq orqanlarının sallanması olan qadınlarda isə nisbətən azdır [22].

Hazırkı dövrdə reproduktiv funksiyayı qorumaq istəyən qadınlarda uşaqlığın saxlanması ilə aparılan prolaps cərrahiyyəsinə dair vahid klinik təlimatlar mövcud deyil. Bu sistematik icmal və meta-analizin məqsədi uşaqlıq saxlanmasıyla aparılan apikal prolaps cərrahiyyəsindən sonra mamalıq nəticələrini – hamiləlik tezliyi, mənfi mamalıq nəticələr və doğuş üsulu baxımından müxtəlif cərrahi metodlara görə qiymətləndirmək olmuşdur. Ümumilikdə 24 tədqiqat daxil olma meyarlarına uyğun gəlmiş və yekun analizə daxil edilmişdir; bu tədqiqatlar 1518 cərrahi müdaxiləni əhatə etmişdir. Prolaps cərrahiyyəsindən sonra 151 pasiyentdə hamiləlik baş vermiş və ümumi hamiləlik tezliyi 9,9% təşkil etmişdir. Ümumilikdə mənfi mamalıq nəticələrin tezliyi aşağı olmuş və 4,6% səviyyəsində qiymətləndirilmişdir. Manchester əməliyyatı mənfi mamalıq nəticələr və vaxtından əvvəl döl qışalarının cırılması riski ilə ən çox əlaqəli olmuşdur. Manchester əməliyyatı analizdən çıxarıldıqdan sonra sakrohisteropeksiyanın "native tissue" (öz toxumasına əsaslanan) əməliyyatlarla müqayisədə daha yüksək mamalıq riskləri ilə əlaqəli olduğu müəyyən edilmişdir. Beləliklə, hamiləlik planlaşdıran qadınlar üçün "native tissue" cərrahiyyəsi daha ehtiyatlı və məqsədəuyğun seçim kimi qiymətləndirilə bilər [23].

Mesh və greft materiallarının tətbiqinin effektivliyinin təhlili. Yüksək residiv göstəricilərini nəzərə alaraq, bir çox beynəlxalq tövsiyələrdə mesh və greft materiallarının istifadəsi qəbul edilir. Wong və həmmüəlliflərinin tədqiqatında sadə kolporrafiya ilə mesh əlavə olunmuş kolporrafiya müqayisə edilmişdir. Mesh istifadəsinin üstünlüyü xüsusilə levator avulsiyası (cırılması) olan pasiyentlərdə daha aydın görünür. Avulsiyası olmayan qadınlarda residiv tezliyi mesh və mesh-siz qruplarda müvafiq olaraq 35% və 43% olmuşdur. Lakin levator avulsiyası olan qadınlarda bu göstəricilər mesh qrupunda 31%, mesh-siz qrupda isə 79% təşkil etmişdir [24].

Son illərdə laparoskopiyadan daha çox istifadə olunur və əməliyyat zamanı qan itkisinin az olması,

hospitalizasiya müddətinin qısalması kimi bir sıra üstünlüklərə malikdir. Bundan əlavə, onun postoperativ residiv göstəricisi ənənəvi üsullarla müqayisədə daha aşağıdır. Bununla belə, əməliyyat müddətinin uzun olması və yüksək cərrahi bacarıq tələb etməsi kimi çatışmazlıqları mövcuddur. Eyni zamanda, mesh eroziyası, düz bağırsaq və/və ya sidik kisəsinin zədələnməsi kimi ağırlaşmalar da təsvir edilmişdir. Bu səbəbdən, tətbiq olunan ənənəvi cərrahi üsullar ilə LSC-nin cərrahi nəticələri və residiv göstəriciləri müqayisə edilmişdir, baxmayaraq ki, illər ərzində pasiyentlər arasında müəyyən fərqlər mövcud ola bilər. Ədəbiyyat araşdırmamız çərçivəsində bir müəssisə daxilində müxtəlif cərrahi üsulların nəticələri və uzunmüddətli proqnozunun müqayisəsinə dair məlumatlara rast gəlinməmişdir [25].

Apikal və anterior prolaps hallarında laparoskopik sakrokolpopeksiya tövsiyə olunur. Yaşlı və zəif (fraqil) pasiyentlərdə autoloji vaginal cərrahiyyə (o cümlədən kolpoplekzis) məqsəduyğun seçim hesab olunur. İzolə olunmuş rektosele hallarında posterior vaginal yanaşma autoloji toxuma ilə transanal yanaşmaya nisbətən üstün tutulmalıdır. Mesh istifadəsi ilə bağlı qərar multidissiplinar komanda ilə məsləhətləşmə əsasında verilməlidir. Cərrahi müdaxilədən sonra pasiyent, simptom və ya ağırlaşma olmasa belə, cərrah tərəfindən yenidən qiymətləndirilməli, uzunmüddətli dövrdə isə ailə həkiminə və ya mütəxəssis tərəfindən izlənməlidir [26].

KÇOP-un cərrahi müalicəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi müasir uro-ginekologiyada mühüm problemlərdən biri hesab olunur. Ənənəvi olaraq müalicə nəticələrinin qiymətləndirilməsi əsasən anatomik göstəricilərə əsaslanarsa da, son illərdə aparılan tədqiqatlar göstərir ki, yalnız anatomik bərpa müalicənin uğurunu tam əks etdirmir. Pasiyentin subyektiv şikayətləri, həyat keyfiyyəti, sidik və cinsi funksiyalar kimi faktorlar da klinik nəticələrin kompleks qiymətləndirilməsində xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Bu səbəbdən beynəlxalq uro-ginekoloji təşkilatlar tərəfindən müalicə nəticələrinin standartlaşdırılmış meyarlar əsasında qiymətləndirilməsi zərurəti yaranmışdır. Xüsusilə Uroginekologiya Komitəsi tərəfindən təklif olunan göstəricilər həm obyektiv, həm də subyektiv parametrləri, eləcə də postoperativ ağırlaşmaları və pasiyent mərkəzli nəticələri əhatə etməklə KÇOP-un cərrahiyyəsinin effektivliyinin daha dolğun və çoxşaxəli qiymətləndirilməsinə imkan verir.

Beləliklə, müasir yanaşmalara uyğun olaraq KÇOP-un cərrahi müalicəsinin nəticələrinin qiymətləndirilməsi yalnız anatomik uğurun müəyyən

edilməsi ilə məhdudlaşmamalı, eyni zamanda klinik simptomların dinamikası, residiv halları, funksional nəticələr və pasiyent məmnuniyyəti kimi göstəriciləri də əhatə etməlidir. Bu kontekstdə aşağıdakı əsas nəticə göstəriciləri xüsusi əhəmiyyət daşıyır. Uroginekologiya Komitəsi aşağıdakı əsas nəticə göstəricilərini seçmişdir:

- **Obyektiv uğursuzluq** – təsdiqlənmiş KÇOP-un kəmiyyət qiymətləndirmə sistemləri vasitəsilə müəyyən olunur və həm ümumi obyektiv uğursuzluq, həm də ayrı-ayrı kompartimentlər üzrə uğursuzluq tezliyini əhatə edir;

- **Subyektiv uğursuzluq** – pasiyentin öz qiymətləndirməsinə əsasən qabartı (bulge) simptomlarının təkrarlanması (validasiya olunmuş sorğu vasitələri ilə və ya onsuz);

- **KÇOP residivinə görə təkrar əməliyyat;**

- **Postoperativ aşağı sidik yolları simptomları ilə bağlı ağırlaşmalar** – yeni yaranan və ya əməliyyatdan sonrakı stress tipli sidik qaçırma, davamlı, təkrarlanan və ya yeni yaranmış stress inkontinensiyaya görə təkrar əməliyyat, təcili sidik qaçırma (urge inkontinensiya) və sidik ifrazı pozulmaları;

- **Perioperativ dövrdə aşkar edilən sidik yolları zədələnmələri** – sidik kisəsi və ya ureter zədələnməsi;

- **Digər ağırlaşmalar** – mesh ekspozisiyası (yəni mesh materialının uşaqlıq yolunda görünməsi və açıq vəziyyətdə olması) və qeyri-cinsi xarakterli çanaq ağrısı;

- **Cinsi funksiya** – yeni yaranmış dispareuniya və validasiya olunmuş sorğu vasitələrinə əsasən cinsi funksiya göstəriciləri [27].

Qeyri-cərrahi müalicə metodları. Çanaq dibi fizioterapiyasının prinsiplərini təsvir etmək, çanaq dibi disfunksiyalarının müalicəsində fizioterapiyanın effektivliyinə dair sübutları nəzərdən keçirmək və çanaq dibi xəstəlikləri üçün birinci sıra konservativ müalicə üsulu kimi mövcud tövsiyələri ümumiləşdirmək. Çanaq dibi disfunksiyası sidik və defekasiya pozulmalarına, KÇOP, cinsi disfunksiyaya və çanaq ağrılarına səbəb ola bilər. Fizioterapiya çanaq dibi disfunksiyası olan pasiyentlərdə əzələ gücünü, dözümlülüyünü, funksional qabiliyyətini və relaksasiyasını yaxşılaşdırmağa yönəlmiş funksional reabilitasiya proqramıdır. Mövcud elmi sübutlara əsasən, əlavə üsullarla birlikdə və ya tək tətbiq edilən PFPT sidik saxlamazlığı, KÇOP, nəcis saxlamazlığı, hamiləlik və doğuşla əlaqəli çanaq dibi pozulmaları, eləcə də hipertoniya çanaq dibi sindromları (miyofassial ağrı, dispareuniya, vaginizm, vulvodiniya) zamanı simptomların azalmasına və ya tam aradan

qalxmasına səbəb ola bilər. Bununla belə, KÇOP və sidik saxlamazlığı ilə bağlı cərrahi müdaxilələrdən əvvəl və ya sonra fizioterapiyanın effektivliyi barədə nəticələr hələ də ziddiyyətli. Fizioterapiyanın əksər çanaq dibi xəstəlikləri üçün birinci sıra müalicə üsulu kimi güclü elmi sübutlara və klinik effektivliyə malikdir. Bununla belə, fizioterapiya protokolları üzrə standartlaşma yetərli deyil və uzunmüddətli effektivliyi qiymətləndirmək üçün daha geniş və yaxşı planlaşdırılmış tədqiqatlara ehtiyac vardır [28].

Başqa müəlliflər də simptomatik qadınlara ixtisaslaşmış çanaq dibinin fizioterapevtlərinin nəzarəti altında çanaq dibi əzəzlərinin məşqləri, vaginal pessarilərin tətbiqi və ya cərrahi müalicə təklif oluna bilər [29].

Kiçik çanaq orqanlarının prolapsı qadınların sağlamlığına və həyat keyfiyyətinə ciddi təsir göstərən geniş yayılmış patologiyalardan biri olmaqla yanaşı, erkən mərhələlərdə tez-tez aşkar olunmayan və gecikmiş diaqnostika ilə müşayiət olunan problemlər sırasına daxildir. Bu baxımdan, profilaktik

yanaşmaların gücləndirilməsi və əhali arasında maarifləndirmə tədbirlərinin genişləndirilməsi xüsusi aktuallıq kəsb edir.

Kiçik çanaq orqanlarının prolapsı üzrə qadınların məlumatlılıq səviyyəsinin artırılmasına yönəlmiş metodik vəsaitlərin hazırlanmasına, həmçinin tibb işçiləri tərəfindən bu sahədə maarifləndirici proqramların və tibbi təbliğat kampaniyalarının həyata keçirilməsinə ehtiyac vardır. Bu maarifləndirici proqram qadınların bütün sosial qruplarını əhatə etməli və xəstəliyin erkən aşkarlanması, vaxtında diaqnostikasi və effektiv müalicəsinə yönəlməlidir [30].

Belə yanaşma yalnız xəstəliyin yayılma səviyyəsinin azaldılmasına deyil, eyni zamanda ağırlaşmaların və cərrahi müdaxiləyə ehtiyacın minimuma endirilməsinə, pasiyentlərin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına və səhiyyə sistemində yükün azalmasına xidmət edəcəkdir. Buna görə də KÇOP-un erkən diaqnostikasi, fərdiləşdirilmiş müalicə strategiyalarının seçilməsi və əhali arasında maarifləndirmə tədbirlərinin kompleks şəkildə həyata keçirilməsi müasir səhiyyənin prioritet istiqamətlərindən biri kimi qiymətləndirilməlidir.

РЕЗЮМЕ

Современные подходы к выбору хирургической тактики лечения тотального пролапса органов малого таза и анализ клинических результатов

Айна Ильхам кызы Мамедрахимова
Нахчыванский Референс Медицинский Центр,
Нахчыван, Азербайджан

Ключевые слова: пролапс органов малого таза, цистоцеле, ректоцеле, хирургическое лечение, физиотерапия тазового дна, сетчатые импланты

Тотальный пролапс органов малого таза является распространённой урогинекологической патологией, существенно влияющей на качество жизни женщин. В его развитии важную роль играют слабость тазового дна, родовые травмы, гормональные изменения и возрастные факторы. Клинические проявления заболевания включают не только анатомические изменения, но и нарушения мочеиспускания, дефекации и сексуальной функции.

SUMMARY

Modern Approaches to the Selection of Surgical Treatment Tactics for Total Pelvic Organ Prolapse and Analysis of Clinical Outcomes

Ayna Ilham gizi Mammadrahimova
Nakhchivan Reference Medical Center,
Nakhchivan, Azerbaijan

Keywords: pelvic organ prolapse (POP), cystocele, rectocele, surgical treatment, pelvic floor physiotherapy, mesh repair

Total pelvic organ prolapse (POP) is a common urogynecological condition that significantly affects women's quality of life. Its etiology involves pelvic floor weakness, obstetric trauma, hormonal changes, and aging. Clinical manifestations are not limited to anatomical alterations but also include urinary, defecatory, and sexual dysfunction. Modern management of POP requires a multidisciplinary approach. The POP-Q system enables objective assessment of prolapse severity. Treatment strategies

Современный подход к диагностике и лечению пролапса основан на мультидисциплинарной стратегии. Система POP-Q позволяет объективно оценить степень заболевания. Выбор тактики лечения является индивидуализированным и включает консервативные методы (упражнения тазового дна, пессарии) как первую линию терапии. Хирургическое лечение определяется тяжестью симптомов и стадией пролапса.

Современные хирургические методы включают вагинальные, абдоминальные и лапароскопические подходы, а также реконструкции с использованием собственных тканей или сетчатых имплантов. При этом важным критерием эффективности лечения являются не только анатомические результаты, но и удовлетворённость пациенток и функциональные исходы.

Таким образом, ранняя диагностика, выбор оптимальной хирургической тактики и проведение образовательных программ среди женщин имеют важное значение в снижении распространённости заболевания.

are individualized, with conservative options such as pelvic floor muscle training and pessaries recommended as first-line therapy. Surgical treatment is considered based on symptom severity, prolapse stage, and patient-specific factors. Current surgical approaches include vaginal, abdominal, and laparoscopic techniques, as well as native tissue and mesh-based reconstructions. Importantly, treatment success should be evaluated not only by anatomical outcomes but also by patient satisfaction and functional results. Therefore, early diagnosis, appropriate surgical decision-making, and implementation of educational programs are essential for effective management of POP and improving women's health outcomes.

ƏDƏBİYYAT

1. Kuo C.H., Martingano D.J., Mikes B.A. Pelvic Organ Prolapse. [Updated 2025 Sep 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>
2. Raju R., Linder B.J. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse // Mayo Clin Proc. 2021, 96(12), p. 3122-3129.
3. Şərifova J.R. Postmenopausal dövrə uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynu patologiyasının morfo-funksional xüsusiyyətləri Tibb üzrə fəlsəfə elmləri doktoru.... dissertasiyanın avtoreferat. Bakı, 2013, 23 s.
4. İmanova S.S., Zeynalov B.M. Düz bağırsağın düşməsi ilə yanaşı rektosele zamanı cərrahi taktika // Cərrahiyyə, 2021, N2-3, s.32-37.
5. Weintraub A.Y., Gliner H., Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse // Int Braz J Urol. 2020, 46(1), p. 5-14.
6. May M. Biomarkers of aging remain elusive as researchers try to slow the biological clock // Nat. Med. 2023, 29, p. 2673-2676.
7. Jelovsek J.E., Maher C., Barber M.D. Pelvic organ prolapse // Lancet. 2007, 369, p.1027-1038.
8. DeLancey J.O., Low L.K., Miller J.M. et al. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: An integrated life span model // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008, 199, 611-610.
9. Jiang W., Cheung R.Y.K., Chung C.Y. et al. Genetic Etiology in Pelvic Organ Prolapse: Role of Connective Tissue Homeostasis, Hormone Metabolism, and Oxidative Stress. // Genes (Basel). 2024, 16(1), 5.
10. Eggebø T.M., Volløysen I. The pelvic floor during pregnancy and delivery: Can pelvic floor trauma and disorders be prevented? // Acta Obstet Gynecol Scand. 2024, 103(6), p.1012-1014.
11. Gao J., Li Y., Hou J. et al. Unveiling the depths of pelvic organ prolapse: From risk factors to therapeutic methods (Review) // Exp Ther Med, 2025, 29, 11.
12. Chung S.H., Kim W.B. Various Approaches and Treatments for Pelvic Organ Prolapse in Women // J Menopausal Med., 2018, 24(3), p.155-162.

13. García-Mejido J.A., Hurtado-Guijosa A., Fernández-Palacín A., et al. Improving Diagnostic Accuracy for Surgical Pelvic Organ Prolapse: A Sequential Protocol Combining POP-Q Examination and Transperineal Ultrasound // *J Clin Med*. 2026, 15(3), p. 979.
14. Lin F.C., Gilleran J.P., Powell C.R., Atiemo HO. To mesh or not mesh "apical prolapse," that is the question! // *Neurourol Urodyn*. 2024, 43, 1626-1630.
15. Ciortea R., Roman M.P., Măluțan A.M. et al. Comparison of laparoscopic sacrocolpopexy with vaginal reconstructive procedures and abdominal sacrocolpopexy for the surgical management of vaginal vault prolapse: a systematic review and meta-analysis // *Front Med (Lausanne)*. 2023, 10, 1269214.
16. Ko K.J, Lee K.S. Current surgical management of pelvic organ prolapse: Strategies for the improvement of surgical outcomes // *Investig Clin Urol*. 2019, 60(6), p 413-424.
17. Szymanowski P., Szeplieniec W.K., Kuszka A. et al. Impact of Cystocele Classification and Surgical Method on Treatment Outcome: A Defect-Oriented Surgical Treatment for Cystocele // *J. Clin Med*, 2026, 15, 201.
18. Barber M.D., Brubaker L., Nygaard I. et al. Pelvic Floor Disorders Network. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse // *Obstet Gynecol.*, 2009, 114, p. 600-609.
19. Pecorella G., Morciano A., Sparic R. et al. Literature review, surgical decision-making algorithm, and AGREE II-S comparison of national and international recommendations and guidelines in pelvic organ prolapse surgery // *Int J Gynecol Obstet*. 2024, 167, 560-572.
20. Lamblin G., Delorme E., Cosson M. et al. Cystocele and functional anatomy of the pelvic floor: review and update of the various theories // *Int Urogynecol J*. 2016, 27(9), p.1297-1305.
21. DiCarlo-Meacham A., Dengler K., Horbach N. et al. Outside-in: intraperitoneal anterior and posterior plication during prolapse surgery // *J Minim Invasive Gynecol*. 2021, 28(8), p. 1447.
22. Əlizadə N.K. Ginekologiyada endoskopik əməliyyatların səviyyəsi, strukturu, risk faktorları və fəsadlaşmaların profilaktikası yolları. Fəlsəfə doktoru..... dissertasiya avtorreferatı. Bakı, 2021, 32 s.
23. Barba M., Schivardi G., Manodoro S. et al. Obstetric outcomes after uterus-sparing surgery for uterine prolapse: A systematic review and meta-analysis // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021, 256, p. 333-338.
24. Wong V., Shek K.L., Goh J. et al. Cystocele recurrence after anterior colporrhaphy with and without mesh use // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014, 172, p. 131-135.
25. Kotani Y., Murakami K., Kai S. et al. Sacrocolpopexy with Other Surgical Procedures for Managing Pelvic Organ Prolapse // *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2021, 10(4), p.221-225.
26. Pizzoferrato A.C., Thuillier C., Vénara A. et al. Management of female pelvic organ prolapse- Summary of the 2021 HAS guidelines // *J Gynecol Obstet Hum Reprod.*, 2023, 52(3), 102535.
27. Geoffrion R., Larouche M. Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women // *J Obstet Gynaecol Can.*, 2021, 43(4), p. 511-523.
28. Wallace S.L., Miller L.D., Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women // *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019, 31(6), p.485-493.
29. Chochan N., Tyagi V. Surgical management of pelvic organ prolapse // *Obstetric gynecology and reproductive medicine*, 2024, 34 (8), p.218-228.
30. Камилова Н.М., И.Г. Кафаров, Р.К. Аббасова. Выявление пролапса тазовых органов и урогенитальных нарушений у женщин без физического осмотра // *Müasir ginekologiya və perinatologiya*nın aktual məsələləri, 2023, 10 (1), s.33-38.