

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

İKİTƏRƏFLİ MƏRCANVARI VƏ ÇOXLU NEFROLİTAZIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN MÜASİR ASPEKTLƏRİ

İxtisas: 3234.01 – Urologiya

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Talıb Atalı oğlu Talıbov**

Elmlər doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin urologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçilər: AMEA-nın müxbir üzvü, əməkdar elm xadimi,
tibb elmləri doktoru, professor
Sudeyf Bəşir oğlu İmamverdiyev

Rəsmi opponentlər: tibb elmləri doktoru, professor
Kamal İsmayıl oğlu Abdullayev

tibb elmləri doktoru, professor
İsmət Hüseyn oğlu Fiqarov

tibb elmləri doktoru, professor
Akılбек Çolponkuloviç Usupbayev

tibb elmləri doktoru, dosent
Faik Rastyamoviç Asfandiyarov

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri:



tibb elmləri doktoru, professor
Surxay İsmayıl oğlu Hadiyev

Dissertasiya şurasının elmi katibi:



tibb elmləri doktoru, professor
Fariz Hidayət oğlu Camalov

Elmi seminarın sədri:



tibb elmləri doktoru, professor
Əlimərdan Aşur oğlu Bağışov

İMZANI TƏSDİQ EDİRƏM

**Azərbaycan Tibb Universitetinin
ELMI KATIBI**

**Tibb elmləri doktoru, professor
Nazim Adil oğlu Pənahov**

 " 17. 11. 2021. II

TƏDQIQAT İŞİNİN ÜMUMİ SƏCİYYƏSİ

Problemin aktuallığı. Sidikdaşı xəstəliyi (SDX) müasir təbabətin ən aktual problemlərindən biri olaraq, bütün dünyada sidik yollarının iltihabi xəstəliklərindən sonra ikinci yeri tutur. Uroloji xəstəliklərin 30-40%-i SDX-nin payına düşür ¹.

SDX əsasən bütün yaş dövrlərində, 65-70% hallarda isə əmək qabiliyyətli insanlar arasında (35- 55 yaş) rast gəlinir ².

Ahıl yaşlı insanlar (60-74 yaş) arasında SDX-nin rastgəlmə tezliyi kişilər arasında 8,8 % qadınlar arasında isə 5,6% təşkil edir. Bütün bunlar ciddi sosial problem olaraq qalmaqdadır. Təsadüf deyil ki, uroloji profilili xəstələrin birincili əlillik səbəblərinin ümumi strukturunda nefrolitiaz 6,0-14,4% təşkil edir. Yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin daş xəstəliyi zamanı əlillik 7,6% təşkil edir ³.

Yer kürəsinin müxtəlif bölgələrində bu xəstəliyin yayılması müxtəlif olub, bəzi yerlərdə endemik xarakter daşıyır. Statistik məlumatlara görə hazırda dünya əhalisinin 15%-i SDX-dən əziyyət çəkir Hər il dünya əhalisinin 0,5-5,3% -ə qədəri SDX ilə xəstələnir. SDX -nin yayılması orta hesabla Asiyada 1-5%, Avropada 5-9%, Şimali Amerikada 13%, Səudiyyə Ərəbistanında isə 20%-ə qədər təşkil edir ⁴.

Azərbaycan da SDX-nin geniş yayıldığı endemik ocaqlardan sayılır. Azərbaycan əhalisinin bir sıra geneoloji xüsusiyyətləri (qlükoza 6-fosfat dehidrogenazanın çatışmazlığı və s.), ərazinin fiziki-coğrafi və iqlim şəraiti, suda mineralların yüksək olması, torpağın bəzi struktur xüsusiyyətləri buna real zəmin yaradır ⁵.

¹ Лопаткин, Н.А. Урология. Национальное руководство // Н.А. Лопаткин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, - 2013. - 610 с.

² Turney, B. Trends in urological stone disease / B. Turney, J. Reynard, J. Noble [et al.] // BJU Int., - 2011. v. 109, no 7, - p. 1082-1087

³ Гулиев, Б.Г. Чрезкожное удаление камней единственной почки // Экспериментальная и клиническая урология, - Москва: - 2015. № 4, - с. 21-26.

⁴ Turk, C. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis / C. Turk, A. Petrik, K. Sarica [et al.] // Eur Urol., - 2016. v. 69, - p. 475-482.

⁵ Джавадзаде, С.М. Мочекаменная болезнь в эндемическом регионе // С.М. Джавадзаде. - Баку, - 1996. – 125 с.

SDX-nin ən ağır formalarından biri mərcanvari nefrolitiazdır (MN). Mərcanvari nefrolitiaz çoxlu daşlarla müşayiət olunduqda mərcanvari və çoxlu nefrolitiaz termini işlədilir (MÇN). Özünəməxsus əmələgəlmə mexanizmi, patogenezi, forması, diaqnostikası, təsnifatı müalicə xüsusiyyətləri və onun residivləşməsinin yüksək tezliyi MN ayrıca nazoloji vahid kimi ayırmağa imkan verir. SDX-nin strukturunda MN rastgəlmə tezliyi 3-30%, bütün uroloji xəstəliklərin strukturunda isə 6-7% təşkil edir MN qadınlarda daha çox rast gəlinir və 70,1% təşkil edir ¹. MN müalicəsi urologiyanın ən aktual problemlərindən biridir.

Müasir müayinə və müalicə üsullarının bahalıqı, xəstənin reabilitasiya və əmək qabiliyyətinin itirilmə dövrünün uzun olması, xəstəliyin residivli gedişi (35-75%), metafilaktikanın kifayət qədər effektiv olmaması bu problemi daha da aktuallaşdırır ⁶.

90-ci illərdən başlayaraq müasir müalicə üsullarının (DZDL, PNLL) təbabətə tətbiqi MN müalicə taktikasını da nisbətən dəyişmişdir. Lakin bu üsulların tətbiqi də gözlənilən nəticələri vermədi. Çoxsaylı araşdırmalar göstərir ki, MN mərhələsini nəzərə almadan DZDL-dən istifadə edilməsi fəsadların səviyyəsini 25%-dən-39,1%-ə qədər artırır. Bəzən müalicənin orta davam etmə müddəti aylarla uzanır ($171,6 \pm 43,4$ gün - 5,7 ay) ^{7 8}.

Son illərdə Avropa Uroloqlar Assosiasiyasının (AUA) tövsiyələrinə əsasən PNLL böyrəyin mərcanvari daşlarının minimal invaziv müalicəsinin ümumi qəbul olunmuş standartı sayılır. Lakin daşın ölçüsü böyüdükcə və yaxud tam MN zamanı, yəni yalnız ləyən boşluğunu deyil, kasa-ləyən sisteminin (KLS) ən azı 3/4-nü tutarsa PNLL-in effektivliyi progressiv olaraq azalır ⁴.

⁶ Adam, A. Smartphone, Smart Surgeon, what about a “Smart Logbook”? / A. Adam, K. Spencer, P. Sivsankar [et al.] // S Afr J Surg., - 2016. v. 54, - p. 569-578.

⁷ Акилов, Ф.А. Послеоперационные инфекционно-воспалительные осложнения эндоскопических операций по поводу уролитиаза / Ф.А. Акилов, Ш.Т. Мухтаров, Ш.А. Гиясов [и др.] // Урология, - Москва: - 2013. № 1, - с. 89-91.

⁸ Burr, J. Is flexible ureterorenoscopy and laser lithotripsy the new gold standard for lower pole renal stones when compared to shock wave lithotripsy: Comparative outcomes from a University hospital over similar time period / J. Burr, H. Ishii, N. Simmonds [et al.] // Cent European J Urol., - 2015. v. 68, - p. 183-186.

A.El-Nahas (2012) və əməkdaşlarının məlumatına görə PNL-in monoterapiya kimi istifadəsi zamanı bir əməliyyatla daşların tam eliminasiyasına yalnız 56% xəstələrdə nail olmaq mümkündür. Digər tərəfdən mürəkkəb formalı MCN zamanı əməliyyatın bir sıra ağırlaşmalarla müşayiət olunması qeydə alınmışdır⁹.

Tədqiqatlar göstərir ki, tam MN müalicəsində PNLL tətbiqi zamanı fəsadların sayı 36,4% təşkil edir. Bunlara qanaxma 5-10% (əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı dövrdə), qonşu orqanların zədələnməsi 4-8% (pnevma, -hemo və urotoroks) və iltihabi prosesin kəskinləşməsi, şokun inkişafı və nefrostomik drenajın düşməsi kimi fəsadlar aiddir¹⁰.

Digər tərəfdən xarici ədəbiyyatlarda yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin daşlarının perkutan çıxarılması haqqında çox məlumatlar var¹¹.

Ümumdünya endouroloqlarının məlumatına görə 5803 xəstədə PNL aparılıb Onların içərisində yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin daşlarının perkutan çıxarılması 3,3% təşkil edib⁴.

Təsadüfi deyil ki, tam mərcanvari daşların xaric edilməsinin optimal üsuluna dair davam edən müzakirələr AUA-1 hansısa müəyyən üsulu tövsiyyə etməyə və tamamilə açıq cərrahi əməliyyatlardan imtina etməyə (bunlardan biri də anatrofik nefrolitotomiyadır-AN) qərar vermir⁴.

Tam MN-in cərrahi müalicəsi mövzusunı müzakirə edərkən diqqəti əsas 2 aspektə cəlb etmək lazımdır: daşın xaric olunma üsulunun seçimi və bu müdaxilənin mümkün ola bilən ağırlaşmaları.

Bir tərəfdən PNL 20mm-dən böyük böyrək daşlarının müalicəsində seçim üsuludur⁴, lakin daşın ölçüsü böyüdükcə əməliyyatın effektivliyi progressiv olaraq azalır. Belə ki, “daşdan

⁹ Nahas, A.R. Acute kidney injury after percutaneous nephrolithotomy for stones in solitary kidneys / A.R. Nahas, D.E. Taha, H.M. Ali [et al.] // Scand J Urol., - 2017. v. 29, - p. 1–5.

¹⁰ Алексеев, М.Ю. Предупреждение и лечение осложнений перкутанной нефролитотрипсии: / автореферат диссертации кандидата медицинских наук) / - СПб., 2012. - 26 с.

¹¹ Wong, K. Is percutaneous nephrolithotomy in solitary kidneys safe? / K. Wong, A. Sahai, A. Patel [et al.] // Urology, - 2013. v. 82, - p. 1013-1016.

azad olma vəziyyəti” (“stone-free rate”) göstəricisinin azalması ilə münasibətdə MN-a görə aparılan PNL-in intra və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların 56%-ə qədər artım ənənəsinin olduğunu qeyd etmişlər ⁹.

Beləliklə, araşdırmalar göstərir ki, tam MN zamanı perkutan əməliyyatlar nisbətən yüksək riskli ağırlaşmalarla müşahidə olur .

Bütün bunlar bir daha məqbul xəstəlik fonunda yüksək “stone-free rate” göstəriciləri nümayiş etdirən ənənəvi açıq əməliyyatlardan qəti şəkildə qaçmağa imkan vermir ^{4 12} .

Buna görə də çoxlu ikincili fəsadlarla müşayiət olunan MÇN zamanı bütün hallarda açıq cərrahiyyə əsas və əvəzəlməz müalicə üsulu kimi qalmaqdadır. Digər tərəfdən bloklanmış kasa-ləyən sistemləri zamanı, kasalarda böyük şaxələr verən MN mürəkkəb formaları, kəskin irinli iltihabı fəsadları, böyrək və yuxarı sidik yollarının anomaliyaları, müxtəlif interkurrent xəstəliklər bütün hallarda açıq cərrahi müalicənin tətbiqini tələb edir Proses ikitərəfli olduqda problemin həlli bir qədər də çətinləşir. Bütün yuxarıda yazdıqlarımızdan aydın olur ki, bu MÇN müalicəsi aktual olaraq qalır.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Tədqiqat işinin obyektı olaraq müşahidələr ikitərəfli MÇN olan 250 xəstə üzərində aparılmışdır Xəstələr 7-70 yaş arasında, uşaqlar 7-18 yaş arasında (orta yaş 14,2) böyüklər 18-70 yaş arasında (orta yaş 46,4±0,7) olmuşdur. Onlardan 120 (48,4±3,2%) nəfəri kişi, 130 (51,6±3,2%) nəfəri isə qadın olub.

Tədqiqatı predmeti olaraq 250 xəstənin açıq cərrahi müalicəsi zamanı qarşıya qoyulan məqsəd və vəzifələri yerinə yetirmək üçün tətbiq olunan müalicə üsulları nəzərdə tutulub.

Tədqiqatın məqsədi ikitərəfli MÇN-in müalicəsi zamanı tətbiq edilən açıq cərrahi və müasir müalicə üsullarının müqayisəli təhlili əsasında rəşional müalicə taktikasının seçilməsi və metafilyaktik tədbirlərin tətbiqi nəticəsində xəstələrin açıq cərrahi müalicəsinin effektivliyini artırmaqdır.

¹² Voilette, P. Standardizing the reporting of percutaneous nephrolithotomy complications / P. Voilette, J. Denstedt // Indian J Urol., - 2014. v. 30, no 1, - p. 84-91.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. İkitərəfli MÇN zamanı düzgün daha rəşional müalicə taktikasını seçmək üçün böyrəklərin və yuxarı sidik yollarındaki dəyişikliklərin xüsusiyyətlərinə görə xəstələrin qruplar üzrə klinik qiymətləndirilməsi.

2. Müasir müayinə üsulları əsasında MÇN zamanı böyrəklərdəki anatomik dəyişikliklərlə funksional pozğunluq arasındakı əlaqələri öyrənməklə əməliyyatın prespektivliyini müəyyənləşdirmək.

3. Xroniki böyrək çatışmazlığı (XBC) ilə ağırlaşmış ikitərəfli MÇN zamanı əməliyyatdan əvvəl efferent detoksikasiya üsullarının effektivliyini, həmçinin böyrəklərin potensial imkanlarını göstərən daha az invaziv müayinə üsullarının etibarlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək.

4. İkitərəfli MÇN-in açıq cərrahi müalicəsi zamanı ayrı-ayrı qruplar üzrə müalicə alqoritmini işləyib hazırlamaq.

5. İkitərəfli MÇN-in açıq cərrahi müalicəsi zamanı böyrək arteriyasını sıxmaq lazım gələrsə etibarlı, daha az invaziv antiişemik mühafizəni təmin etmək və bununla bərabər işemiya müddətinin qısaltdılmasına nail olmaq.

6. İkitərəfli MÇN görə cərrahi əməliyyat keçirmiş xəstələrdə ayrı-ayrı qruplar üzrə daşdan təmizlənmə “**stone-free rate**” göstəricilərinin nəticələrini öyrənmək.

7. İkitərəfli MÇN zamanı açıq cərrahi müalicə üsullarının yaxın və uzaq nəticələrini, həmçinin daşlarının mineraloji tərkibini öyrənmək, residivlərinin risk faktorlarını müəyyənləşdirmək və metafilaktik tədbirləri işləyib hazırlamaq.

Tədqiqat metodları. İkitərəfli MÇN olan 250 xəstədə obyektiv (sorgu, baxış, palpasiya, perkusiyə, askultasiya), laborator (qanın ümumi, sidiyin ümumi və xüsusu analizləri, biokimyəvi analizlər), instrumental müayinə (endoskopik, rentgenoloji, USM) üsulları tədqiqatın metodlarının əsasını təşkil edir.

Dissertasiyanın müdafiəyə çıxarılan əsas müddəaları:

– İkitərəfli MÇN sidik daşı xəstəliyinin ən ağır və mürəkkəb formalarından biridir və bütün hallarda çoxlu ikincili fəsadlarla ağırlaşır.

– İkitərəfli MÇN-in hər iki böyrək və sidik axarlarındakı

dəyişikliklərə görə qruplara ayrılması xəstələrin cərrahi müalicəsinin taktikasını (açıq, qapalı) diktə edir.

– Çoxlu ikincili fəsadlarla ağırlaşmış ikitərəfli MÇN-nin ümidlə baxılan yeganə müalicə üsulu açıq cərrahi müalicə üsuludur və bu zaman tətbiq edilən müasir müalicə üsulları gözlənilən nəticələri vermir.

– İkitərəfli MÇN zamanı açıq cərrahi əməliyyatların effektivliyi daha yüksəkdir, bütün hallarda tətbiq oluna bilər.

– İkitərəfli MÇN-nin açıq cərrahiyyəsi zamanı tətbiq olunan anatrofik subkortikal pielokalikolitotomiya və nefrolitotomiya zamanı aparılan antiişemik mühafizə əməliyyatların effektivliyini nəzərə çarpan dərəcədə artırır.

– İkitərəfli MÇN açıq cərrahi müalicəsi zamanı arxa subkortikal pielolitotomiya, nefrolitotomiya ya onların kombinasiyası seçim üsulu kimi tətbiq edilir. Seksion nefrotomiyadan tamamilə imtina edilir, böyrək-qan dövrəsinin xüsusiyyətlərinə əsaslanan böyrək toxumasının hər hansı hissəsinin ön və arxa səthində köndələn nefrotomiyanın səmərəli olması müəyyənləşdirilir.

Elmi yenilik:

– İkitərəfli MÇN-in yeni klinik təsnifatı verilmiş və həmin təsnifat əsasında çoxlu ikincili ağırlaşmalarla müşahidə olunan bu ağır qrup xəstələrdə böyrəklərin funksional vəziyyəti minimum mənfi təsir göstərən optimal açıq və kombinə olunmuş müalicə üsullarının algoritmi işlənib hazırlanmışdır.

– Böyrək arteriyasının sıxılması tətbiq olunan hallarda böyrəyin antiişemik mühafizəsinin yeni variantı işlənmiş və tətbiq olunmuşdur. Bununla əməliyyat travmasından sonra böyrəyin fəaliyyətinin yaxşılaşmasına və açıq cərrahi əməliyyatların effektivliyinin artırılmasına nail olunmuşdur.

– Mürəkkəb formalı MÇN-in açıq cərrahi müalicəsində çox əlverişli sayılan arxa pielokalikotomiya üsulu təklif olunmuş və kliniki praktikada tətbiq edilmişdir.

– İkitərəfli MÇN zamanı müalicədən əvvəl və sonra ən çox müşahidə olunan ağırlaşmaların etiopatogenezini araşdırmaqla profilaktika və metafilaktika tədbirləri planı işlənib hazırlanmışdır.

İşin praktik əhəmiyyəti. Tədqiqat işinin nəticələri əsasında

MÇN –dən əziyyət çəkən bu ağır qrup xəstələrin sistemli cərrahi müalicəsi təmin edilmişdir. İlk dəfə olaraq bu qrup xəstələrin hər iki böyrək və sidik axarındakı dəyişikliklərə görə təsnifatı verilmiş və bu təsnifat əsasında müalicə alqoritmi işlənib hazırlanmışdır.

Bundan əlavə SDX-nin mürəkkəb formalarından olan MÇN açıq cərrahi müalicə üsulları təkmilləşdirilmişdir. MÇN cərrahi müalicəsi zamanı böyrək arteriyasının sıxılmasına ehtiyac olan hallarda antişemik mühafizə üsulları, həmcinin residiv daş əmələgəlmənin qarşısını almaq üçün metaflaktik tədbirlər işlənib hazırlanmışdır. Bütün bunlar işin praktiki əhəmiyyətini nəzərəcarpan dərəcədə artırmış və onun praktikada tətbiqini daha da genişləndirmişdir.

Elmi işin aprobasiyası. Dissertasiyanın əsas müddəaları müxtəlif elmi yığıncaqlarda müzakirə edilmişdir: doktorantların və gənc tədqiqatçıların XV Respublika Elmi Konfransında (Bakı 2010), Türkdilli Ölkələr və Türk Toplumlarının Tibb konqresi (Bakı, 2011), Androloji, Uşaq Uroloji cərrahi xəstəliklərinə həsr olunmuş, Azərbaycan Androloqlarının IV simpoziyunda (Bakı, 2011), Azərbaycan Urologiya və Andrologiya Assosiasiyalarının VI Simpoziyunda (Qəbələ 2012), “Tibdə fundamental və tətbiqi tədqiqatlar” mövzusunda keçirilən V Beynəlxalq elmi konfransda (Soçi, 2012), Azərbaycan Urolojik Cerrahidə Kadavra Diseksion kursu və Sempoziyunda (Bakı 2012). “2-rd meeting of the EAUsektion of Urolitiasis” (EULİS) konfransında (5-7 sentembe 2013, Copenhagen, Denmark), Azərbaycan Urologiya və Andrologiya Assosiasiyalarının IX Simpoziyunda (Qəbələ 2015), “3-rd meeting of the EAU sektion of Urolitiasis” (EULİS) konfransında (10-12 sentembe 2015, Alicante, Spain), Azərbaycan Urologiya və Andrologiya Assosiasiyalarının X Simpoziyunda (Qəbələ 2016), Beynəlxalq elmi praktiki kofransda Tambov 2020 (online).

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya, III Cərrahi xəstəliklər və II mamalıq - Ginekologiya kafedralarının birgə iclasında (Protokol №10 12.03 2019), işin aprobasiyası Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdindəki ED 2.06 Dissertasiya Şurasının 32.34.01 Urologiya ixtisası üzrə elmi seminarının iclasında keçirilmişdir (Protokol №3

29.04 2021).

Tədqiqatın nəticələrinin tətbiqi. Tədqiqat işinin nəticələrinin akademik M.Ə. Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının, Mərkəzi Dənizçilər Xəstəxanasının, Daxili İşlər Nazirliyinin Mərkəzi Klinik Hospitalının, Mərkəzi Dəmiryol Xəstəxanasının urologiya şöbələrində, həmçinin Bakı səhəri özəl klinikalarında müvəffəqiyyətlə tətbiq edilmişdir. İşin əsasları Azərbaycan Tibb Universitetinin tələbələrinin praktiki məşğələlərinin planına daxil edilmişdir ki, bu da SDX-nin mürəkkəb formalarından olan MÇN-in mualicə taktikasının yaxından və hərtərəfli öyrənilməsinə xidmət etmişdir.

Tədqiqatın yerinə yetirildiyi təşkilat. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasının fərdi elmi iş planına daxildir (Dövlət qeydiyyatı №.01114058)

Çap olunmuş məqalələr. Dissertasiya işinin mövzusu üzrə 50 elmi iş, onlardan 36 elmi məqalə (27-i Respublikada, 9-u xaricdə), 13 konfrans materiallarının tezisləri (10-u Respublikada, 3-ü xaricdə), 1 metodik vəsait çap olunmuşdur.

Dissertasiya işinin həcmi və strukturu. Dissertasiya işi kompüterdə yazılmış 301 səhifədən (386.300 işarə) giriş (13.500 işarə), ədəbiyyat icmal (46.800 işarə), klinik müşahidələrin təhlili, müayinə, mualicə üsulları və şəxsi müşahidələri əhatə edən 5 fəsil (33.000 + 93.800 + 92.300 + 34.500 + 29.500 işarə), yekun, nəticələr və praktiki tövsiyələrdən (42.900 işarə) ibarətdir. Tədqiqat işi 27 cədvəl, 8 qrafik və 67 şəkillə əyanlaşmışdır. Ədəbiyyat siyahısını 327 xarici, 21 vətən ədəbiyyatının mənbəyi təşkil edir.

KLİNİK MATERİALLARIN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI VƏ MÜAYİNƏ ÜSULLARI

Tədqiqatın klinik hissəsi 2000-2016-ci illər ayrı-ayrı qruplar üzrə əməliyyat keçirmiş 250 xəstənin müşahidəsi əhatə edir. Araşdırmalarımız göstərir ki, tədqiqat illəri ərzində tərəfimizdən ümumilikdə uroloji xəstəliklərə görə 6350 xəstədə cərrahi əməliyyat aparılıb. Onlardan 2080 (32,8%) nəfəri böyrək və sidik axarı daşlarına görə əməliyyat keçirib.

Bu xəstələrdə formasına görə daşlar 1350 (64,4%) xəstədə böyrək və sidik axarının solitar (tək və yaxud çoxlu), 748 (35,5%) xəstədə isə mərcanvari formada olub. Lokalizasiyasına görə MN 798 (23,3%) xəstədə birtərəfli, 250 (12,2%) xəstədə isə ikitərəfli olub. Araşdırmalarımız göstərir ki, bütün uroloji xəstəliklərin strukturunda SDX-nin rastgəlmə tezliyi 32,4% təşkil edir. SDX-nin strukturunda isə birtərəfli MN rast gəlmə tezliyi 23,3%, ikitərəfli MN rastgəlmə tezliyi 12,2% təşkil edir.

Böyrəklərdə daşın formalaşması hər iki tərəfdə eyni vaxtda, həmçinin müxtəlif tərəflərdə müxtəlif vaxtlarda ola bilər. Lakin tədqiqatlar göstərir ki, daşın əmələgəlməsi birinci o böyrəkdə reallaşır ki, həmin böyrəyin funksiyası digər böyrəyə nisbətən daha çox pozulur. Ola bilsin ki, proses daimi birtərəfli olsun. Lakin, mübadilə pozğunluğu davam edərsə və tədricən digər tərəfdə də böyrəkdə dəyişikliklər artarsa bu zaman hər iki tərəfdə daşın əmələ gəlməsi qaçılmaz olur. Yuxarıda yazdıqlarımızı nəzərə alsaq ikitərəfli MN üçün tərəfimizdən hər iki böyrək və sidik axarındakı dəyişikliklərin xüsusiyyətinə görə təsnifat verilmişdir. Bu təsnifata görə tədqiq etdiyimiz xəstələri 4 qrupda birləşdirmək olar. Hansı ki, həmin xəstələrin hamısının müalicəsi, müayinəsi və metafilaktikası ikitərəfli MN olduğu kimi aparılması nəzərdə tutulur (şəkil 1).

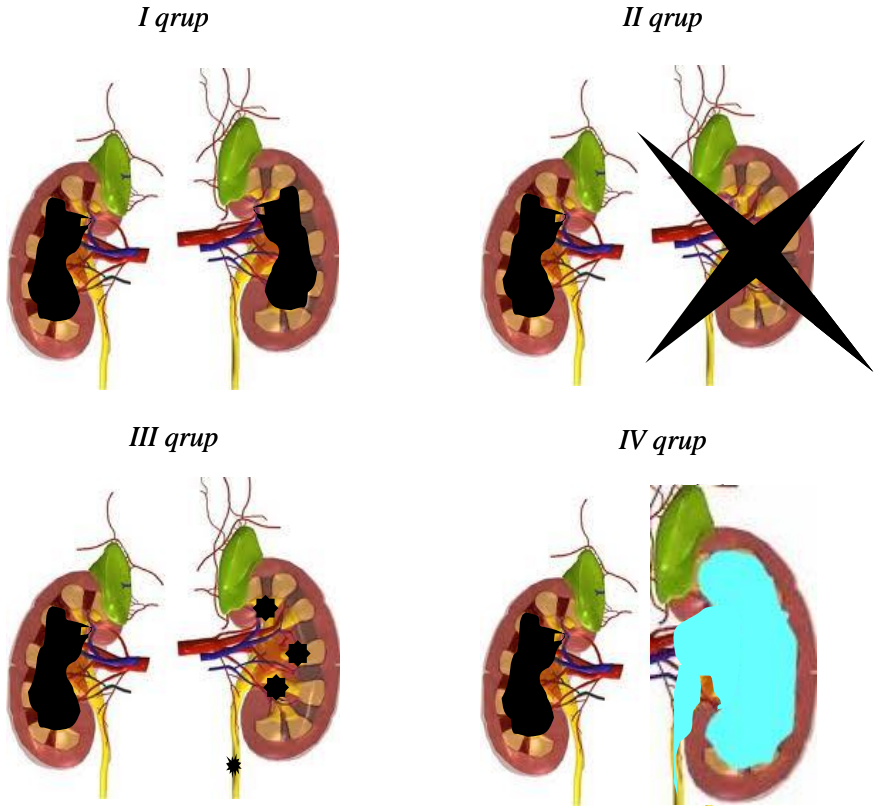
Birinci qrupa ikitərəfli MÇN olan xəstələr daxil edilmişdir.

İkinci qrupa yeganə funksiyası olan və yaxud yeganə böyrəyin MÇN olan xəstələr daxil edilmişdir.

Üçüncü qrupa bir tərəfdə MÇN, digər tərəfdə isə böyrəkdə, ya sidik axarında tək və ya çoxlu daşları olan xəstələr daxil edilmişdir.

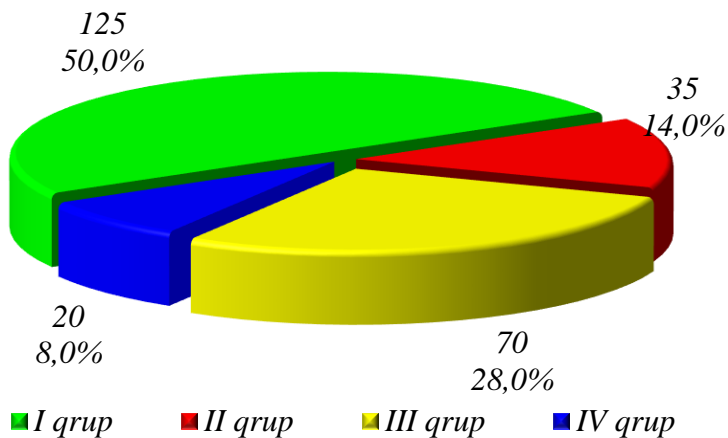
Dördüncü qrupa bir tərəfdə MÇN, əks tərəfdə isə qeyri-daş mənşəli hidronefrozu olan xəstələr daxil edilmişdir. Bu qrupda olan xəstələrin xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, qeyri-daş mənşəli hidronefroza görə mütləq ya nefrektomiya, ya da bərpaedici əməliyyat aparmaq lazımdır. Bəzi hallarda biz bir tərəfdə üzvsaxlayıcı əməliyyat, əks tərəfdə isə nefrektomiyanı eyni vaxtda aparmışıq. Belə qərar xəstənin ümumi vəziyyətinə bağlı olur.

Ümumilikdə götürdükdə bu qruplarda olan xəstələrin müalicə taktikası və profilaktikası iki tərəfli MÇN olan xəstələrdə olduğu kimi aparılmalıdır.



Şəkil 1. Hər iki böyrəkdə və sidik axarlarındakı dəyişikliklərin xüsusiyyətinə görə ikitərəfli MÇN təsnifatı (S.B, İmamverdiyev, T.A.Talıbov 2008).

Hər iki böyrək və sidik axarındakı dəyişikliklərin xüsusiyyətinə görə verdiyimiz təsnifata əsasən MÇN olan xəstələrin qruplaşdırılması aşağıdakı kimi olmuşdur. Bu təsnifata əsasən birinci qrupda 125 (50,0±3,2%), ikinci qrupda 35 (14,0±2,2%), üçüncü qrupda 70 (28,0±2,8%), dördüncü qrupda isə 20 (8,0±1,7%) xəstə olmuşdur (qrafik 1).



Qrafik 1. Tədqiqatın kontingenti.

Xəstələr 7-70 yaş arasında, uşaqlar 7-18 arasında (orta yaş 14,2) böyüklər 18-70 yaş arasında (orta yaş $46,4 \pm 0,7$) olmuşdur. Orta yaş birinci qrupda 44,8, ikinci qrupda 48,6, üçüncü qrupda 44,5, dördüncü qrupda 46,4, ümumilikdə $46,4 \pm 0,7$ olmuşdur.

Xəstələrin 120 ($48,0 \pm 3,2\%$) nəfəri kişi, 130 ($52, \pm 3,2\%$) nəfəri isə qadın olub. Araşdırmalar göstərir ki, iktərəfli MÇN kişilərə nisbətən qadınlar arasında daha çox rast gəlinir. Bundan əlavə xəstəliyin ən çox rastgəlmə tezliyi kişilər və qadınlar arasında 41-50 yaş arasında qeydə alınmışdır.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrdə xəstəliyin mərhələsi MN forma və ölçüsünə görə qəbul edilmiş təsnifat üzrə aparılmışdır ¹³. Bu təsnifata görə: K₁-konkrement ləyəni və bir qrup kasanı tutur, K₂-böyrəkxarici tipli KLS dolduran konkrement, K₃-böyrəkdaxili tipli KLS dolduran konkrement, K₄ - total genişlənmiş KLS tutan konkrement (cədvəl 1).

Cədvəldən görüldüyü kimi xəstələrin xəstəxanaya müraciət etməsi bütün qruplar üzrə xəstəliyin II mərhələsində (K₂) daha çox

¹³ Хурцев, К.В. Современные методы лечения и прогноз функционального состояния почек больных коралловидным нефролитиазом: / автореферат диссертации кандидата медицинских наук) / - Москва, 1993. – 18 с.

qeydə alınmışdır.

Cədvəl 1 Qruplar üzrə MÇN mərhələsi

MÇN mərhələsi	I qrup (n=125)		II qrup (n=35)		III qrup (n=70)		IV qrup (n=20)		Cəmi	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol
I mərhələ K ₁	25 20,0%	35 28,0%	5 14,3%	6 17,1%	8 11,4%	8 11,4%	2 10,0%	2 10,0%	40 16,0%	51 20,4%
II mərhələ K ₂	50 40,0%	65 52,0%	8 22,9%	3 8,6%	10 14,3%	8 11,4%	5 25,0%	2 10,0%	73 29,2%	78 31,2%
III mərhələ K ₃	35 28,0%	20 16,0%	5 14,3%	2 5,7%	12 17,1%	14 20,0%	3 15,0%	3 15,0%	55 22,0%	39 15,6%
IV mərhələ K ₄	15 12,0%	5 4,0%	4 11,4%	2 5,7%	6 8,6%	4 5,7%	1 5,0%	2 10,0%	26 10,4%	13 5,2%

MD sağda 40 (16,0±2,3%), solda 51 (20,4±2,5%) xəstədə birinci, sağda 73 (29,2±2,9%), solda 78 (31,2±2,9%) xəstədə ikinci, sağda 55 (22,0±2,6%) solda 39 (15,6±2,3%) xəstədə üçüncü, sağda 26 (10,4±1,9%), solda 13 (5,2±1,4%) xəstədə dördüncü mərhələdə olmuşdur.

Qeyd etməli ki, MÇN zamanı əməliyyatın daha mürəkkəb və daha çox vaxt aparması daima diqqətdə olmalıdır. Çünki çoxlu daşlar müxtəlif kasalarda (yuxarı, aşağı və orta qrup) olduğundan onları əməliyyat vaxtı müəyyən etmək böyük çətinliklər törədir. Kiçik kasalarda olan daşları ləyəndən keçməklə xariç etmək ümumiyyətlə, mürəkkəb məsələdir. Çünki kasaların boynu daralmış, çapıqlaşmış olduğundan ləyəndən keçməklə kasa boşluğundan xeyli böyük olan daşı xariç etdikdə şiddətli qanaxma əməliyyatı son dərəcə ağırlaşdıra bilər. Qeyd olunanları nəzərə alaraq kliniki materialın təhlili bütün qruplar üzrə MN və MÇN üçün ayrılıqda aparılır. Aşağıdakı cədvəldə ayrı-ayrı qruplar üzrə MN və MÇN olan xəstələrin sayı verilmişdir (cədvəl 2).

Beləliklə, müşahidə etdiyimiz xəstələrin 194 (77,6%) nəfərinin sağ, 181 (72,4%) nəfərinin sol böyrəyində MD aşkarlanmışdır. Sağda 194 (77,6%) xəstədən 73 (37,6±3,5%)-də MN, 121 (62,4±3,5%)-də MÇN, solda 181 (72,4%) xəstədən 54 (29,8±3,4%) xəstədə MN, 127 (70,2±3,4%) xəstədə isə MÇN olmuşdur.

Cədvəl 2

MN və MÇN olan xəstələrin rastgəlmə tezliyinə görə sayı

Cins	I qrup (n=125)				II qrup (n=35)				III qrup (n=70)				IV qrup (n=20)			
	MN		MÇN		MN		MÇN		MN		MÇN		MN		MÇN	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Kişi	25	21	36	40	5	1	7	8	4	4	11	12	3	1	2	2
Qadın	24	13	40	51	3	3	7	1	8	9	13	9	1	2	5	4
Cəmi	49	34	76	91	8	4	14	9	12	13	24	21	4	3	7	6
	83 *		167 *		12		23		25		45		7		13	
	33,2%		66,8%		34,3%		65,7%		35,7%		64,3%		35,0%		65,0%	

Qeyd: * - I qrupda %-lər böyrəklərin ümumi sayından hesablanmışdır.

Qeyd etməliyik ki, yeganə və yeganə funksiyalı böyrəkdə olan daşların lokalizasiyası müxtəlif olmuşdur. Daş xəstələrin 22 (62,9±8,2%)-də sağ, 13 (37,5±8,2%)-də sol bəyrəkdə, həmçinin 20 (57,5±8,4%) xəstədə nefrektomiyadan sonra qalan yeganə, 2 (5,7±3,9%) xəstədə anadangəlmə yeganə böyrəkdə, 13 (37,5±8,2%) xəstədə isə yeganə funksiyası olan böyrəkdə müşahidə olunmuşdur.

Yeganə böyrəyin MÇN olan 20 (57,5±8,4%) xəstədən 19 (54,3±8,4%) xəstədə kontralateral böyrək müxtəlif illərdə, müxtəlif klinikalarda MÇN görə çıxarılmışdır. Yalnız 1 (2,9±2,8%) xəstədə nefrektomiya 1969-cü ildə vərəmə görə aparılmışdır. Bu xəstələrdən 11 (31,4±7,8%) xəstədə MÇN görə nefrektomiya aparılan vaxt qalan böyrəkdə daş olmamışdır.

Deməli, yeganə böyrəyin MN dedikdə, bu qrup xəstələrin də müalicəsi ikitərəfli MN müalicəsi kimi aparılmalıdır. Müşahidəmizdə xəstələrin 13 (37,5±8,2%) nəfərində yeganə funksiyası olan böyrəkdə daş müşahidə olunmuşdur. Həmin xəstələrdə kontralateral böyrək tamamilə funksiyasını itirmişdir (autonefektomiya). Bu xəstələrin 3(8,6%) nəfərində kontralateral böyrək ikinci mərhələdə simptomatik hipertoniya görə çıxarılmışdır.

Ayrı-ayrı qruplar üzrə müşahidə etdiyimiz xəstələrdə MÇN bu və

ya digər tərəfdə böyrək və sidik axarının daşı ilə müşahidə olunmuşdur: Birinci qrupda MÇN xəstələrin 9 (7,2±2,3%) xəstədə sağ, 4 (3,2±1,6%) xəstədə isə sol sidik axarının daşı ilə müşahidə olunmuşdur; İkinci qrupda 35 xəstədən 7 (20,0%)-də MÇN sağ, 2 (5,7%) xəstədə isə sol sidik axarının daşı ilə müşahidə olunmuşdur; Üçüncü qrupda 11 (15,7±4,3%) xəstə sağ böyrəyin MN və sol sidik axarının daşı olmuşdur. Onlardan 9 (12,9±4,0%) nəfərində daş sidik axarının aşağı 1/3 hissəsində, 2 (2,9±2,0%) nəfərində isə yuxarı 1/3 hissəsində yerləşmişdir. Sol böyrəyin MN, sağ sidik axarının daşı olan 6 (8,6±3,3%), sol böyrəyin MÇN, sağ sidik axarının daşı olan 7 (10,0±3,6%) xəstənin hamısında daş sidik axarının aşağı 1/3 hissəsində yerləşmişdir. Qeyd etməliyik ki, üçüncü qrupda sol böyrəyin MÇN-1, 1 (1,4±1,4%) xəstədə sağ böyrəyin və sidikliyin daşı, 1 (1,4±1,4%) xəstədə isə sağ sidik axarının və sidikliyin daşı ilə müşahidə olunmuşdur; Dördüncü qrupda ümumilikdə xəstələrin 2 (10,0±6,7%)-də MÇN bu və ya digər tərəfdə sidik axarının daşı ilə müşahidə olunmuşdur. Bu xəstələrdən 1 (5,0±4,9%)-də MÇN sağ sidik axarının, 1(5,0±4,9%) xəstədə isə sol sidik axarının daşı ilə müşahidə olunmuşdur.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrdə bir sıra yanaşı gedən xəstəliklər və çoxlu ikincili ağrılaşmalar qeydə alınmışdır (cədvəl 3).

Araşdırmalar göstərir ki, ikitərəfli MÇN zamanı bir və ya bir neçə yanaşı gedən xəstəliklərdən əlavə çoxlu ikincili ağrılaşmalar da müşahidə olunur.

Belə ki, 250 nəfər xəstənin hamısında kalkulyoz pielonefrit qeydə alınmışdır. Kalkulyoz pielonefrit birinci qrupda 100 (80,0±3,6%), ikinci qrupda 24 (68,6±7,8%), üçüncü qrupda 55 (78,6±4,9%), dördüncü qrupda 15 (75,0±9,7%) xəstədə olmaqla ümumilikdə 194 (77,6±2,6%) xəstədə xroniki, birinci qrupda 25 (20,0±3,6%), ikinci qrupda 11 (31,4±7,8%), üçüncü qrupda 15 (21,4±4,9%), dördüncü qrupda 5 (25,0±9,7%) xəstədə olmaqla ümumilikdə 56 (22,4±2,6%) xəstədə kəskin olub (cədvəl 4).

Bundan əlavə ümumilikdə müşahidə etdiyimiz xəstələrin 79 (31,6±2,9%) nəfərində xroniki paranefrit, 101 (40,4±3.1%) nəfərində xroniki pedunkulit, 12 (4,8±1,4%) nəfərində zirehli paranefrit qeydə alınmışdır.

Cədvəl 3
Yanaşı gedən xəstəliklər

Yanaşı gedən xəstəliklər	I qrup n=125	II qrup n=35	III qrup n=70	IV qrup n=20	Cəmi n=250
Ürəyin işemik xəstəliyi	26 20,8%	6 17,1%	9 12,9%	3 15,0%	44 17,6%
Aterosklerotik kardioskleroz	10 8,0%	6 17,1%	12 17,1%	12 * 60,0%	40 16,0%
Hipertoniya xəstəliyi	36 28,8%	8 22,9%	12 17,1%	6 30,0%	62 24,8%
Səkərli diabet	26 20,8%	4 11,4%	16 22,9%	4 20,0%	50 20,0%
Mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri	28 22,4%	10 28,6%	22 31,4%	3 15,0%	48 19,2%
Böyrəyin solitar kistası	4 3,2%	2 5,7%	2 2,9%	–	8 3,2%
Polikistoz	–	–	1 1,4%	–	1 0,4%
Nefroptoz	14 11,2%	1 2,9%	3 4,3%	2 10,0%	20 8,0%
Bexterev xəstəliyi	–	1 2,9%	–	–	1 0,4%

Qeyd: * - digər qrupun göstəricilərindən statistik dürüst fərqlənir ($p < 0,01 - 0,001$)

Ümumilikdə 250 nəfər xəstədən 209 (83,6±2,3%) xəstədə kalkulyoz hidronefrotik transformasiya olmuşdur. Bu xəstələrdən 5 (2,0±0,9%) nəfərində daşla yanaşı LSS-də konflikti də olmuşdur. LSS –nin konflikti 4 (1,6±0,8%) xəstədə sağda 1 (0,4±0,4%) xəstədə solda qeydə alınmışdır. Hidronefrotik transformasiya onlardan 42 (16,8±2,4%) xəstədə ikitərəfli, 20 (8,0±1,7%) xəstədə qeyri-daş mənşəli olmuşdur.

Hidronefrotik transformasiyası olan xəstələrdən 41 (16,4±2,3%) nəfərində ureterohidronefroz, 13 (5,2±1,4%) xəstədə pionefroz qeydə alınmışdır.

Pionefroz 8 (3,2±1,1%) xəstədə sağda, 5 (2,0±0,9%) xəstədə isə solda qeydə alınmışdır. Pionefroz ən çox uzun müddət daş xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələrdə müşahidə edilir.

Cədvəl 4
İkitərəfli MÇN zamanı ayrı-ayrı qruplar üzrə müşahidə
olunan ağırlaşmalar

İkincili ağırlaşmalar	I qrup n=125	II qrup n=35	III qrup n=70	IV qrup n=20	Cəmi n=250
Xroniki pielonefrit	100 80,0%	24 68,6%	55 78,6%	15 75,0%	194 77,6%
Kəskin pielonefrit	25 20,0%	11 31,4%	15 21,4%	5 25,0%	56 22,4%
Böyrək absesi	4 3,2%	–	–	–	4 1,6%
Xroniki paranefrit	38 30,4%	9 25,7%	21 30,0%	11 55,0%	79 31,6%
Zirehli paranefrit	8 6,4%	2 5,7%	1 1,4%	1 5,0%	12 4,8%
Pedinkulit	42 33,6%	21 * 60,0%	24 34,3%	14 * 70,0%	101 40,4%
Kalkulyoz hidronefrotik transformasiya	110 88,0%	29 82,9%	50 71,4%	20 100%	209 83,6%
Ureterohidronefroz	8 6,4%	4 11,4%	27 38,6%	2 10,0%	41 16,4%
Pionefroz	8 6,4%	1 2,9%	2 2,9%	2 10,0%	13 5,2%
Xroniki böyrək çatışmazlığı	108 * 86,4%	18 51,4%	19 27,1%	9 45,0%	154 61,6%
Anuriya	7 5,6%	15 42,9%	2 2,9%	–	24 9,6%
Toksiki anemiya	36 28,8%	20 * 57,1%	14 20,0%	7 35,0%	77 30,8%

Qeyd: * - digər qrupun göstəricilərindən statistik dürüst fərqlənir ($p < 0,05 - 0,001$)

Müşahidə etdiyimiz xəstələrdə MÇN diaqnostikası ümumi qəbul edilmiş prinsiplər üzrə aparılmışdır. Bu prinsiplərə əsasən MÇN zamanı xəstələrin diaqnostikası anamnestik məlumatlara, ümumi kliniki, laborator instrumental və digər müayinə üsullarına əsaslanır .

MÇN olan xəstələrdə çox ifadəli simptomlar olmasa da klinik mənzərə rəngarəng olmuşdur. Bir sıra xəstələrdə MÇN simptomuz keçdiyi aşkarlanmışdır. Bəzən böyrəkdə MN olması təsadüfi

müayinələr nəticəsində aşkarlanır. Lakin xəstəliyin simptomuz keçməsi nəticənin heç də qənaətbəxş olmasından xəbər vermir. Çünki ağrı olmadıqda xəstəlik gizli gedişlə keçir və xəstə müalicə üçün həkimə gec müraciət edir, nəticədə böyrəkdə çox vaxt dərin, geri dönməyən dəyişikliklər yaranır. Lakin, müşahidələrimiz göstərir ki, MN çoxlu xırda daşlarla müşahidə olunduqda böyrək sancısı qaçılmaz olur.

Tədqiq etdiyimiz xəstələrin 65 ($26,0 \pm 2,8\%$) nəfərində sancışəkili, 161 ($64,4 \pm 3,0\%$) xəstədə işə küt ağırlar olmuşdur. Xəstələrin çoxunda böyrək sancısı bədən temperaturunun yüksəlməsi ilə müşahidə olunmuşdur. Bu simptom 105 ($42,0 \pm 3,0\%$) xəstədə qeydə alınmışdır. Onlardan 56 ($22,4 \pm 2,6\%$) nəfərində temperaturun yüksəlməsi böyrək sancısının fonunda olmuşdur. Aparılmış müalicə tədbirləri nəticəsində böyrək sancıları sakitləşmiş, xəstələrin çoxunda temperatur normallaşmışdır.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrin 90 ($36,0 \pm 3,0\%$) nəfərində hematuriya qeydə alınmışdır. Onlardan 77 ($30,8 \pm 2,9\%$) nəfərində mikrohematuriya, 13 ($5,2 \pm 1,4\%$) nəfərində makrohematuriya olmuşdur.

Dizuriya MN zamanı nəzərə çarpan simptomlardan biridir. Bu simptom ən çox böyrək sancısı zaman müşahidə olunmuş və 66 ($26,4 \pm 2,8\%$) xəstədə qeydə alınmışdır. Bundan əlavə xəstələrin 92 ($36,8 \pm 3,1\%$)-də ağızda quruluq, yanğı hissi müşahidə edilmişdir. Xəstələrin 125 ($50,0 \pm 3,2\%$) -də ürəkbulanma qeydə alınmışdır. Daimi yanğı hissi, ürəkbulanma, qusma bədən temperaturunun yüksəlməsi, böyrəklərin funksiyasının nəzərə çarpan dərəcədə pozulması və xəstələrin vəziyyətinin ağır olması kimi qiymətləndirilmişdir.

Qeyd etməliyik ki, nefrolitiaz zamanı qanda elə bir ciddi dəyişiklik müşahidə olunmur ki, bu xəstəlik üçün spesifik xarakter daşsın. MN zamanı qanda o zaman dəyişiklik müşahidə olunur ki, xəstəlik böyrək çatışmazlığı, və irinli-septiki proseslə ağırlaşsın. Bu zaman qanda leykositlər yüksəlir leykositar formula sola meyilli olur və EÇS artır.

Müşahidəmizdə 152 ($60,8 \pm 3,1\%$) xəstədə leykositlərin sayı normal olmuşdur. Leykositlərin miqdarının 10.000 kimi yüksəlməsi

50, 12 000 qədər yüksəlməsi 22, 12000-dən yuxarı olması 24 (9,6%) xəstədə müşahidə edilmişdir. ECR norma (15mm/ saat) daxilində olması 96 (38,4%) xəstədə, 16-30mm/saata kimi yüksəlməsi 80 (32,0±3,0%) xəstədə, 30mm/saat-dan yuxarı 74 (29,6±2,9%) xəstədə qeydə alınmışdır. Bu qrup xəstələrdə uzun müddətli intoksikasiyanın fonunda qanda hemoqlobinin və eritrositlərin miqdarı azalaraq anemiya inkişaf etmişdir.

Qeyd etməliyəm ki, müayinələr zamanı 50 (20,0±2,5%) xəstədə şəkərli diabet aşkar edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə qanda şəkərin ən yuxarı həddi 30mmol/l, orta həddi 12mmol/l olmuşdur.

MÇN zamanı sidiyin mikroskopik müayinəsi də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Müşahidəmizdə sidiyin mikroskopik müayinəsi zamanı xəstələrdən 205 (82,0±2,4%)-də leykosituriya, 203 (81,2±2,5%)-də duz kristalları aşkarlanmışdır. Onlardan 92 (36,8±3,1%)-də tripel-fosfat, 68 (27,2±2,8%) xəstədə urat duzları, 43 (5,2±2,4%) xəstədə oksalat duzları aşkarlanmışdır.

SDX-i zamanı sidiyin reaksiyası mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Araşdırmalar göstərir ki, böyrəklərdə müşahidə olunan aseptik daşlarda sidiyin reaksiyası əsasən turş və neytral olur. İnfeksiyalaşmış daşlarda sidiyin reaksiyası əsasən qələvi olur. Yalnız bağırsaq çöpləri ilə infeksiyalaşmış daşlarda sidiyin reaksiyası turş olur. Tədqiq etdiyimiz xəstələrin 96 (38,4±3,1%)-də sidiyin reaksiyası turş, 111 (44,4±3,1%)-də qələvi, 18 (7,2±1,6%)-də neytral olmuşdur.

Müşahidəmizdə 215 (86,0±2,2%) xəstədə sidikdə zülal aşkarlanmışdır. Onlardan 195 (78,0±2,5%) xəstədə sidikdə zülalın miqdarı 0,03-0,3%, 20 (8,0±1,7%) xəstədə sidikdə zülal 1% -dən çox olmuşdur. Sidikdə zülalın miqdarının artması bu xəstələrdə piuriya və hematuriya ilə əlaqədar olmuşdur.

Məlum olmuşdur ki, sidiyin xüsusi çəkisi böyrəklərin funksional vəziyyətinin əsas göstəricilərindən biridir. Sidiyin xüsusi çəkisinin təyini çox sadə olub, böyrəyin etibarlı funksional sınağıdır. Böyrəklərin funksiyası pozulduqda, sidiyin xüsusi çəkisinin azalması ilə poliuriya müşahidə olunur.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrdən 72 (28,8±2,9%) -də sidiyin xüsusi çəkisi normal olmuşdur. Xəstələrin 164 (65,6±3,0%) -də isə

sidiyin xüsusi çəkisi 1008-1012 arasında dəyişmişdir. Onlardan 22 (8,8±1,8%)-də sidiyin xüsusi çəkisi nəzərə çarpan dərəcədə (1007-dən az) azalmışdır. Bu da onu deməyə əsas vermişdir ki, ikitərəfli MÇN zamanı böyrəklərin konsentrasion və filtrasion funksiyası bu və ya digər dərəcədə pozulur. Müşahidəmizdə 250 xəstədən 178 (71,2±2,9%)-də (97 kişi, 81 qadın) böyrək çatışmazlığı qeydə alınmışdır. Böyrək çatışmazlığı xəstələrin 154 (61,6±3,4%), (80 kişi, 74 qadın)-də xroniki, 24 (9,6±1,9%) (17 kişi, 7 qadın)-də isə kəskin (anuriya) olmuşdur.

Xroniki böyrək çatışmazlığının (XBC) mərhələsi Лопаткин Н.А., Кучински И.Н. (1972) təsnifatına görə aparılmış və aşağıdakı cədvəldə verilmişdir (cədvəl 5).

Cədvəl 5
Böyrək çatışmazlığının mərhələsinə görə xəstələrin bölünməsi

Xəstəliyin mərhələsi	I qrup (n=125)		II qrup (n=35)		III qrup (n=70)		IV qrup (n=20)		Cəmi (n=250)	
	K	Q	K	Q	K	Q	K	Q	Kişi	Qadın
Xronik böyrək çatışmazlığı	55	53	11	7	9	10	5	4	80 32,0%	74 29,6%
Latent	25	19	1	1	2	3	1	2	29 11,6%	25 10,0%
Kompensasiya	10	12	2	2	2	3	2	1	16 6,4%	18 7,2%
İntermittə	18	20	4	3	3	4	2	1	27 10,8%	28 11,2%
Terminal	2	2	4	1	2	–	–	–	8 2,8%	3 1,2%
Cəmi	108 * 86,4%		18 51,4%		19 27,1%		9 45,0%		154 61,6%	
Kəskin böyrək çatışmazlığı	4	3	11	4	2	–	–	–	17 6,8%	7 2,8%
Cəmi	7 5,6%		15 * 42,9%		2 2,9%		–		24 9,6%	

Qeyd: * - digər qrupun göstəricilərindən statistik dürüst fərqlənir ($p < 0,001$)

Latent mərhələdə 54 (21,6±2,6%) xəstə olmuşdur. Bu mərhələdə xəstələrin vəziyyəti normal olmuş, əmək qabiliyyəti saxlanılmışdır. Bu mərhələdə xəstələrdə sidik ifrazı az da olsa pozulur. Sidiyin konsentrasiyası azalır. Gecə sidiyi ilə gündüz sidiyinin miqdarı bərabərləşir. Bu mərhələdə kreatinin və sidik cövhəri norma daxilində olmuşdur.

Kompensasiya mərhələsində 34 (13,6±2,2%) xəstə olmuşdur. Bu mərhələdə olan xəstələrdə ümumi zəiflik, halsızlıq, baş ağrıları olmuşdur. Sidiyin xüsusi çəkisi 1014-1016 arasında dəyişmişdir. Bu mərhələdə kanalciq reabsorbsiyasının zəifləməsi nəticəsində sutkalıq diurez 2,5 l-ə qədər artmışdır.

İntermittə mərhələsində 55 (27,0±2,6%) xəstə olmuşdur. Bu qrup xəstələrdə böyrəklərin funksiyasının nəzərə çarpan dərəcədə pozulması müşahidə olunmuşdur.

Terminal mərhələdə 11 (4,4±1,3%) xəstə olmuşdur. Bu mərhələdə böyrəklərin funksiyasının daha ciddi pozulması müşahidə olunmuşdur.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrin 77 (30,8±2,9%)-də toksiki anemiya qeydə alınmışdır.

Kəskin ikincili pielonefritlə yanaşı birinci qrupda 7 (5,6±2,1%), ikinci qrupda 15 (42,9±8,4%), üçüncü qrupda 2 (2,9±2%) xəstədə ekskretor anuriya qeydə alınmışdır. Bu xəstələrin əksəriyyəti klinikamıza çox ağır vəziyyətdə, kəskin intoksikasiya, azotemiya ilə daxil olmuşdur.

Tədqiq olunan xəstələrdə əsas müalicə üsulu cərrahi olduğundan, tədbiq olunmuş diaqnostik metodlarının nəticələri onların proqnostik əhəmiyyəti baxımından öyrənilmişdir. Bu aspektdə əsas rolu daha mümkün və informativ üsul kimi ultrasəs və rentgenoloji müayinə üsulları oynamışdır.

SDX-nin, o cümlədən MÇN zamanı USM-nin köməyi ilə böyrəyin həcmi, KLS- nin vəziyyəti, parenximanın qalınlıq dərəcəsi, böyrəyin simmetrik və assimetrik böyüməsi, hududlarının kələ-kötür olması haqqında məlumatları almaq mümkün olmuşdur.

Məlum olmuşdur ki, USM zamanı MN üzərində parenxima bütün böyrək boyu izlənsə böyrəyin ümumi həcmi böyüməyib, ya cüzi böyüyüb, KLS-də genişlənmə izlənmirsə belə hiperazotemiya

olan xəstələrdə bu göstəricilər böyrəyin piy distrofiyasına məruz qalmasına, toxumanın büzüşməsinə işarədir və potensial olaraq böyrək toxumasının funksional imkansız olmasına dəlalət edir.

USM-in digər parametrlərinə görə böyrək parenximasının və KLS-nin bu və ya digər dəyişiklikləri haqqında fikir yürütmək olsa da, böyrəklərdə çox inkişaf etmiş dəyişikliklərin olduğu təsadüflərdən başqa digər hallarda parenximanın mühafizəsi dərəcəsini müəyyən etmək mümkün olmamışdır. KLS-nin kəskin surətdə genəlməsi və böyrək parenximasının bəzi sahələrdə qeyri-bərabər nazıqlaşması, USM-ni digər parametrləri ilə yanaşı böyrəklərdəki dəyişikliklərin geri dönməməyinə inandırıcı sübut olmuşdur. Orqanın ölçülərinin normal olması və ya cüzi artması, parenximanın qalınlığının saxlanması və KLS azca genişlənməsi böyrək toxumasının və funksiyasının saxlanılmasını göstərir. Bu iş əməliyyat zamanı təsdiq olunmuşdur.

Bundan əlavə çoxlu ikincili ağırlaşmalar, o cümlədən XBC-ı ilə ağırlaşmış, ikitərəfli MÇN olan xəstələrdə USM parenximanın ikitərəfli kobud dəyişikliklərini aşkar edərək məhz infuziyon EU aparmaq zərurətini əvvəlcədən müəyyən etməyə imkan vermişdir.

Yuxarıda yazdıqlarımızdan belə nəticəyə gəlmək olar ki, XBC ilə ağırlaşmış MÇN zamanı parenximanın mühafizə olunması dərəcəsinə görə onun funksional potensial imkanlarını əvvəlcədən müəyyən etmək üçün USM -ə üstünlük vermək olar. Çünki həmin xəstələrdə sidik cövhərinin və kreatinin göstəriciləri yüksək olduğundan, EU aparılması məqsədəuyğun sayılmamışdır. Bundan əlavə USM-nin köməyi ilə hər iki tərəfdə daşla zədələnmiş böyrəklərin hansında parenximanın daha çox qalması haqqında məlumatı əldə etmək mümkün olmuşdur. Bu göstəricilər isə böyrək parenximasının hər iki tərəfdə xeyli zədələndiyi xəstələrdə əməliyyatın hansı böyrəkdə aparılması fikrinin rellaşmasına kömək etmişdir. Belə hallarda KLS nisbətən genişlənmiş böyrəkdə əməliyyatın aparılması daha perspektivli ola bilər. EU zamanı lal böyrək müəyyən edilən xəstələrdə böyrəyin USM göstəriciləri çox qiymətli olmuşdur. Bütün bunlar onu deməyə əsa vermişdir ki, ki, MÇN diaqnostikasında USM və EU bir-birini tamamlayır

MÇN etiologiyasında parathormonun rolunu nəzərə alaraq 62

(24,8%) xəstədə qalxanvari və qalxanvari ətraf vəzilərin USM aparılmışdır. Onlardan 4 ($1,6 \pm 0,8\%$)-də diffuz zob, 12 ($4,8 \pm 1,4\%$)-də zəif diffuz dəyişikliklər qeydə alınmışdır. Heç bir halda müşahidə etdiyimiz xəstələrdə qalxanvari ətraf vəzilərdə əməliyyat tələb edən çox ciddi dəyişikliklər qeydə alınmamışdır. Bundan əlavə MÇN zamanı böyrək qan dövrəsinin öyrənilməsi üçün əməliyyatdan əvvəl 35 (14,0%) xəstədə Doppler USM aparılmışdır.

Məlumdur ki, SDX-nin o cümlədən MÇN diaqnostikasında rentgenoloji müayinə üsulları da müstəsna əhəmiyyət kəsb edir.

Sübut olunmuşdur ki, MÇN zamanı üzvsaxlayıcı əməliyyatların planlaşdırılmasında əsas informativ moment əməliyyata qədər hansı qrup kasaların (ön və ya arxa) və hansı həcmdə daşlarla tutulmasını öyrənmək vacib şərtlərdən biridir. Lakin təəssüf ki, nə USM, nə də EU bu barədə tam məlumat vermir. Bu baxımdan MÇN diaqnostikasında KT, xüsusən spiral KT çox perspektiv müayinədir. O, ön və arxa qrup kasalarda xırda daşları, onların iri MD ilə qarşılıqlı münasibətini öyrənməyə imkan verir, bu isə cərrahi müdaxilə zamanı düzgün taktika seçmək üçün böyük əhəmiyyətə malikdir. Onu da qeyd etməliyik ki, müayinələr nə qədər çox məlumat versə də əsas həlledici, rolu cərrahin təcrübəsi oynayır. Rentgen- television avadanlığın əməliyyat otağında olması vacib şərtlərdən biridir.

Beləliklə, tətbiq edilən rutin və müasir müayinə üsulları ilə SDX-ə o cümlədən MÇN dəqiq diaqnoz qoymaq mümkündür. Təcrübəmiz göstərmişdir, XBÇ-nin ifadəli və ağır mərhələlərində əməliyyatözü hazırlıq çox əhəmiyyətlidir. Bu mərhələlərdə, həmçinin terminal uremiyada konservativ müalicə ilə pozulmuş hemostazı bərpa etmək, uremik intoksikasiyanı aradan qaldırmaq, hipertonik sindromun ağırlığını azaltmaq mümkün olmadığından cərrahi müdaxilənin riski yüksək olaraq qalır.

Əməliyyatözü hazırlıqdan sonra müşahidə etdiyimiz xəstələrin hamısında müalicə açıq cərrahi üsulla aparılmışdır.

Cərrahi müalicə ayrı-ayrı qruplar üzrə təklif etdiyimiz alqoritm üzrə aparılmışdır. Belə ki, cərrahi müalicənin birinci qrupda mərhələlərlə, ikinci qrupda əksər hallarda təcili, üçüncü qrupda mərhələlərlə və eyni vaxtda hər iki tərəfdə açıq cərrahi müalicə.

Yaxud bir tərəfdə açıq cərrahi müalicə, digər tərəfdə URS və yaxud DZDL tətbiqi, dördüncü qrupda isə əsasən mərhələlərlə aparılması daha yaxşı nəticə verir. Dördüncü qrupun xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, çox vaxt hidronefroz IV dərəcəli olaraq mütləq əməliyyat tələb edir. Bəzi hallarda biz bir tərəfdə üzv saxlayıcı əməliyyat, əks tərəfdə isə nefrektomiyanı eyni vaxtda aparmışıq. Belə qərar xəstənin ümumi vəziyyətindən asılı olur.

TƏDQIQATIN MÜZAKİRƏSİ

İkitərəfli MÇN-in açıq cərrahi müalicəsi bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir. Bunlar son illərə kimi mübahisəli olaraq qalmışdır.

1. Əməliyyatın psixoloji gərginliklə müşahidə olunması.
2. Əməliyyat üçün hansı böyrəyin seçilməsi.
3. Hansı əməliyyatın aparılması.
4. Əməliyyatın bütün hallarda az travmatik olması.
5. Ən əsas əməliyyatın qansız icra edilməsi.

Qeyd etməliyəm ki, ikitərəfli MÇN, o cümlədən yeganə funksiyalı böyrəyin MÇD zamanı hansı müalicə üsulunun seçilməsindən asılı olmayaraq həm xəstə, həm də həkim ciddi təhlükə qarşısında qalır. Əməliyyat zamanı seçilən cərrahi taktika az invaziv olmalıdır və ən əsası əməliyyat qansız icra edilməlidir.

İkitərəfli MÇN zamanı tətbiq olunan əməliyyat çox yüksək psixoloji gərginliklə keçir. Nəzərə alsaq ki, ikitərəfli MÇN zamanı seçilən cərrahi taktika az invaziv olmalıdır, qansız icra edilməlidir və bütün hallarda böyrəyin saxlanması ilə nəticələnməlidir. Daşları çıxararkən qanaxma və digər ağır fəsadların baş vermə qorxusu həkimləri lazımi əməliyyatdan çəkindirərək konservativ müalicəyə yönəldir. Təcrübə göstərir ki, ikitərəfli MÇN zamanı “gözləmə taktikası” xəstənin vəziyyətini daha da ağırlaşdırir. Yəni ikitərəfli MN-a görə əməliyyatın tətbiqi böyrəkdə geri dönməyən proseslər başlamamışdan əvvəl aparılmalıdır. Bu qrup xəstələrdə cərrahi əməliyyatdan imtina etmək əzabverici və qaçılmaz ölümə uduzmaq deməkdir. İkitərəfli MN zamanı ilk növbədə cərrahi əməliyyata düzgün gösətərişin seçilməsi, həmçinin əməliyyatın hansı böyrəkdə aparılması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu haqda ədəbiyyatda bir

çox mübahisəli fikirlər mövcuddur. Apardığımız tədqiqatlardan məlum olur ki, əməliyyat zamanı hansı böyrəyin əməliyyat üçün seçilməsi daşın ölçüsü və formasından asılı olmur.

Apardığımız tədqiqatın nəticələri onu deməyə əsas verir ki, hər iki böyrəyin MÇN zamanı müalicənin əsas şərtlərindən biri əməliyyatın mərhələlərlə aparılmasıdır. Bu zaman birinci növbədə xəstəni daha çox narahat edən tərəfdə cərrahi əməliyyat aparılır. Əgər xəstənin şikayəti nöqtəyi- nəzərindən əsaslı bir fərq yoxdursa, onda böyrəyin funksional göstəricilərinə istinad etmək lazımdır. Əməliyyat üçün birinci növbədə parenximası daha yaxşı saxlanmış böyrək olan tərəf seçilir.

MÇN zamanı ikinci mübahisə doğuran əsas məsələ əməliyyatın birinci hansı böyrəkdə aparılmasından əlavə, hansı əməliyyatın aparılmasıdır. Tədqiqatlar göstərir ki, ikitərəfli MÇN zamanı cərrahi müdaxilənin xarakteri daşların ölçülərindən və yerləşməsindən, böyrəyin KLS vəziyyətindən, parenximanın qalınlığından, yuxarı sidik yollarının anomaliyasının olub- olmamasından, həmçinin xəstəliyin mərhələsi və daşın lokalizasiyasından asılı olaraq hər bir halda fərdi olaraq seçilir.

Lakin ikitərəfli MÇN cərrahi müalicəsi zamanı dəyişən cərrahi taktikalar arasında bir qayda dəyişməz olaraq qalır ki, daşın çıxarılması xəstəni daş xəstəliyindən azad etmir, ona görə də bu qrup xəstələrdə demək olar ki, tələb olunan bütün hallarda cərrahi müdaxilə maksimum dərəcədə üzvsaxlayıcı və az travmatik olmalıdır. Bu qayda MÇN cərrahi müalicənin «qızıl standartı» olaraq həmişə diqqət mərkəzində olmalıdır. Çünki xəstəliyin çoxlu ikincili fəsadlarla ağırlaşması, daşın böyüklüyü, əməliyyat zamanı qanaxma təhlükəsinin olması cərrah uroloqları çox vaxt bu xəstələrdə üzvsaxlayıcı əməliyyat aparmaqdan çəkindirir. Ləkin yəzərə almaq lazımdır ki, ikitərəfli MÇN zamanı müstəsna hallarda əməliyyat orqanın itirilməsi ilə aparıla bilər.

İkinci qrupdan olan xəstələrin müalicəsi daha da çətindir. Belə ki, yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin daş xəstəliyi, o cümlədən MÇN zamanı ən qorxulu fəsad sidik axarının daşla tutulması və anuriyanın baş verməsidir. Bu fəsadlar çox vaxt böyrəyin çoxlu daşları və MÇN zamanı müşahidə olunur. MÇN zamanı anuriyanın

başvermə ehtimalı daha da artır. Yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MN zamanı anuriyanın başvermə ehtimalı az olsa da, xroniki pielonefrit və böyrək çatışmazlığının inkişafı davam edir.

Məhz yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MÇN –nın müalicəsi zamanı qarşıda duran əsas məsələlərdən biri lazımı tədbirlər görməklə böyrəkdən sidik axımını qısa müddətdə maksimal təmin etməklə xroniki pielonefrit və böyrək çatışmazlığının qarşısının alınmasından ibarətdir. Bu məqsədlə ilk növbədə konservativ müalicə tədbirləri aparılır. Aparılan tədbirlər effekt verməzsə, o zaman sidik axarının kateterizasiyası və yaxud stentləşdirilməsi aparılır. Əgər sidik axarının kateterizasiyası və stentləşdirilməsindən sonra aparılan intensiv konservativ müalicənin fonunda xəstənin vəziyyəti normallaşmırsa, azotemiya azalmırsa, bu zaman hemodializ ön plana keçir. Əgər sidik axarının kateterizasiyası mümkün olursa və xəstənin vəziyyəti imkan verirsə o zaman xəstə təcili cərrahi əməliyyata götürülür. Xəstənin vəziyyəti əməliyyata imkan vermirsə, yəni qanda azot şlakları çox yüksəlibsə, bu zaman yenə hemodializin aparılması birbaşa göstərişdir. Deməli, ikinci qrupda olan xəstələrin cərrahi müalicəsi zamanı daha çox təcili cərrahi taktikaya üstünlük verilməlidir.

Bu zaman təcili əməliyyatların aparılmasına göstərişlər aşağıdakı hallarda ola bilər.

1. Sidik axarının daş və yaxud nekrotik kütlə ilə tutulması nəticəsində baş verən ekskretor anuriyalar.

2. Sidik axarının obstruksiyası fonunda pielonefrit hücumları və XBC ilə müşayiət olunan sidik axımının pozulmasına görə.

3. Sidik axarının keçiriciliyinin pozulması nəticəsində böyrəyə salınmış stent və yaxud drenaj borusunun çıxmasına, həmçinin duz kütlələri ilə tutulmasına görə.

Qeyd etdiyimiz kimi yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MÇN-nin da müalicə taktikası haqqındakı fikirlər bu günə kimi mübahisəli olaraq qalır. Bu zaman müxtəlif müalicə üsullarının təklif olunmasına baxmayaraq, bu qrup xəstələrdə də bütün hallarda açıq cərrahi müdaxilə əsas müalicə üsulu olaraq qalır. Lakin təcrübə göstərir ki, yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MN-dan fərqli olaraq, MÇN zamanı kombinə olunmuş müalicənin tətbiqi daha

effektli olaraq bu ağır qrup xəstələri ömürlük hemodializdən və yaxud amansız ölümün pəncəsindən xilas edə bilər.

Bütün bunlarla yanaşı yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MN, həmçinin MÇN zamanı hansı müalicə üsulunun seçilməsindən asılı olmayaraq xəstə ciddi təhlükə, həkim ciddi məsuliyyət qarşısında qalır. Nəzərə alsaq ki, yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MÇN zamanı seçilən cərrahi taktika bütün hallarda böyrəyin saxlanması ilə nəticələnməlidir. Bu iş xəstənin vaxtında, lazımı ünvana, yəni bu xəstəliyin müalicəsi ilə məşğul olan həkimə müraciət etməsindən çox asılıdır.

Etiraf etməliyik ki, bu qrup xəstələrin müalicəsi zamanı lazım olan əməliyyatları bütün cərrah uroloqlar icra edə bilmir. Çünki daşları çıxararkən qanaxma və digər ağır fəsadların başvermə qorxusu həkimləri lazımı əməliyyatdan çəkindirərək konservativ müalicəyə yönəldir.

Konservativ müalicə yeganə və yeganə funksiyalı böyrəkdə daşın və irinli prosesin daha da inkişaf etməsi nəticəsində böyrəyin tamamilə sıradan çıxmasına, böyrək çatışmazlığının kəskinləşməsinə səbəb olur. Bəzən bu qrup xəstələrdə nefrostomiya, pielostomiya, böyrəkdaxili stentləşdirmə kimi palliativ əməliyyatlara üstünlük verilir. Digər tərəfdən bir çox hallarda anuruyunun başvermə təhlükəsi sidik yollarına salınmış drenajın uzun müddət orada qalmasına səbəb olur. Bu da öz növbəsində digər fəsadların baş verməsinə səbəb olur.

Təcrübəmiz göstərir ki, yeganə böyrəyin MD-1 olan xəstələrdə gecikmiş əməliyyat onları xilas etmir, nə qədər ki böyrəyin funksiyası saxlanılıb o dövrdə əməliyyat uğurlu və effektiv ola bilər. Əks halda, yəni bu ağır qrup xəstələrdə xəstəliyin müalicəsində «gözləmə» taktikası onların həyatları üçün təhlükəli ağırlaşmaların meydana çıxmasına yol açır.

Kəskin pielonefrit olmadıqda belə yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin MÇN hidronefrotik transformasiyaya səbəb olduqda böyrəkdən sidik axımını qısa müddətdə maksimal təmin etməklə, xroniki pielonefrit və böyrək çatışmazlığının qarşısının alınması mühüm məsələdir. Təbii ki, ilk növbədə əməliyyatı konservativ müalicə tədbirləri aparılır. Əgər aparılan tədbirlər effekt verməzsə o

zaman sidik axarının kateterizasiyası və yaxud stentləşdirilməsi icra edilir. Kateter və yaxud stentlə maneəni keçdikdən sonra 2-3 gün müddətində dezintoksikasion və iltihab əleyhinə müalicə apararaq xəstə planlı əməliyyata hazırlanır. Əgər sidik axarının kateterizasiyası və stentləşdirilməsindən sonra aparılan intensiv konservativ müalicənin fonunda xəstənin vəziyyəti normallaşmırsa, azotemiya azalmırsa, bu zaman xəstənin vəziyyəti imkan verirsə xəstə təcili cərrahi əməliyyata götürülür. Xəstədə ekskretor anuriya və bu fonda ifadəli azotemiya davam edirsə, həmçinin xəstənin vəziyyəti əməliyyata imkan vermirsə, yəni qanda azot şlakları çox yüksəlibsə, bu zaman hemodializin aparılması birbaşa göstərişdir.

Üçüncü qrupda cərrahi taktika birinci qrupda seçilən taktika ilə üst-üstə düşür. Birinci qrupda olduğu kimi bu qrupda da mərhələlərlə aparılan cərrahi taktikaya üstünlük verilir. Lakin digər qruplardan fərqli olaraq bu qrupda xəstənin ümumi vəziyyəti imkan verdiyi hallarda birməhələli cərrahi taktikaya, yəni eyni vaxtda hər iki tərəfdə əməliyyatın aparılmasına üstünlük verilir. Hazırkı dövrdə belə xəstələrdə bir tərəfdə ureteroreoskopik litotripsiya ilə sidik axarında olan daş əzilir digər tərəfdə acıq əməliyyat aparılır.

Müasir dövrdə endoskopik əməliyyatların tətbiqi bu qrup xəstələrdə yeni prespektivlər açmışdır.

Dördüncü qrupda olan xəstələrdə müalicə bir qədər fərqlidir.

Bu qrupda olan xəstələrin xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, qeyri-daş mənşəli hidronefroza görə mütləq ya nefrektomiya, ya da bərpaedici əməliyyat aparmaq lazımdır. Bəzi hallarda biz bir tərəfdə üzvsaxlayıcı əməliyyat, əks tərəfdə isə nefrektomiyanı eyni vaxtda aparmaq lazım gəlir. Bu qrupda cərrahi taktika xəstənin individual xüsusiyyətlərindən və böyrəklərdə müşahidə olunan prosesin ağırlığına görə seçilib. Belə ki, xəstənin ümumi vəziyyəti stabil olanda çox yaşlı olmadıqda bir tərəfdə nefrektomiya, digər tərəfdə üzvsaxlayıcı əməliyyat, yaxud yalnız stentin salınması, və ya gözləmə taktikası seçilə bilər.

Əksər hallarda birinci növbədə üzvsaxlayıcı əməliyyat aparılır və əməliyyat fəsadsız rahat keçirsə, əks tərəfdə nefrektomiya aparılır. Onu da qeyd etməliyik ki, əgər üzvsaxlayıcı əməliyyat bir tərəfdə lyumbotomik kəsiklə aparılırsa, digər tərəfdə nefrektomiya xəstənin

arxa vəziyyətində qabırğaaltı peritondan xaric yarım köndələn kəsiklə aparılır. Xəstənin vəziyyəti imkan vermirse

Nəticələr göstərir ki, yuxarıda verilmiş müalicə alqoritminə ardıcıl istinad etdikdə ikitərəfli MÇN müalicəsini müvəffəqiyyətlə başa çatdırmaq mümkün olur. İkitərəfli MÇN açıq cərrahi müalicəsi zamanı hansı əməliyyatın aparılması da vacib şərtlərdən biridir. Xəstəliyin çoxlu ikincili afesadlarla ağırlaşması bu qrup xəstələrdə aparılan əməliyyatların mümkün qədər az travmatik, üzvsaxlayıcı və qansız olmasını diktə edir.

Təcrübəmizdə ikitərəfli MÇN zamanı tətbiq olunan üzvsaxlayıcı əməliyyatlar içərisində ən çox nefrolitotomiya, arxa subkottikal pielolitotomiyaya və ya kasalara keçməklə aparılan pielokalikotomiyaya üstünlük vermişik.

Cərrahi müdaxilənin xarakteri daşların ölçülərindən və yerləşməsindən, böyrəyin KLS vəziyyətindən, parenximanın qalınlığından, yuxarı sidik yollarının anomaliyasının olub-olmamasından asılı olur və hər bir halda fərdi qaydada həll edilir. Üzvsaxlayıcı əməliyyatlar zamanı böyrəkdə müvəqqəti hemostaz ön plana keçir və tətbiq edilən əməliyyatlar zamanı həlledici rol oynayır.

Buna görə də əməliyyat zamanı böyrəkdə müvəqqəti işemiya və bu zaman böyrəyin işemiyadan müdafiəsi üsulu mühüm əhəmiyyət kəsb edərək ön plana keçir.

Bu məqsədlə biz 3mq/kq laziks, 0,2 mq/kq izoptin və 1mq/kq emokspindən istifadə edirik. Antişemik mühafizə tədbirləri aparıldıqdan təxminən 15 dəqiqə sonra böyrək arteriyası sıxıla bilər. Arteriyadan sıxıcı götürülən kimi eyni dozada dərman preparatları təkrar venaya vurulur. Böyrəyin funksional rahatlığını yaratmaq üçün bu preparatların vurulması qeyd olunan dozalarda əməliyyatdan sonrakı 5 gün müddətində davam etdirilir. Bu prinsip nefrolitiazın cərrahi müalicəsi zamanı ilk dəfə bizim klinikamızda tətbiq edilmişdir.

Müşahidə etdiyimiz 250 xəstənin hamısında müalicə açıq cərrahi üsulla aparılmışdır. Cərrahi müalicə zamanı 127 (50,8±3,2%) xəstədə sağda, 123 (49,2±3,2%) xəstədə solda əməliyyat aparılmışdır. Əməliyyat sağda 85 (34,0±3,0%) xəstədə, solda 84 (33,6±3,0%) xəstədə MÇN görə aparılmışdır.

SDX-nin, o cümlədən MÇN açıq cərrahi müalicəsinin əsas və başlanğıc mərhələsi daş olan böyrəyin əldə olunması üçün tətbiq edilən cərrahi yoldur. Hazırda böyrəyin əldə olunması üçün peritondaxili, peritonxarici olmaqla iki əsas yol mövcuddur.

MÇN zamanı peritondaxili yanaşma qorxulu olduğu üçün tərəfimizdən heç vaxt tətbiq olunmamışdır.

Buna görə də son illərdə nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsi zamanı daha çox böyrəyə yanaşmanın peritonxarici üsulundan geniş istifadə edilir. MÇN zamanı əsasən yan qrup kəsiklərə aid olan qabırğaarası kəsiklərə üstünlük vermişik (cədvəl 6).

Cədvəl 6
Qruplar üzrə tətbiq olunan kəsiklər

Kəsiklər	I qrup (n=125)		II qrup (n=35)		III qrup (n=70)		IV qrup (n=20)		Cəmi (n=250)	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol
XI qabırğa arası	35 27,2%	46 36,8%	12 34,3%	8 22,9%	19 27,1%	25 35,7%	8 40,0%	8 40,0%	72 28,8%	87 34,8%
XI qabırğa arası + Piroqovun çəp kəsiyi	5 4,0%	4 3,2%	3 8,6%	1 2,9%	–	–	–	–	8 3,2%	5 2,0%
X qabırğa arası	4 3,2%	5 4,0%	–	–	1 1,4%	–	–	–	5 2,0%	5 2,0%
Lyumbotomik	10 8,0%	10 8,0%	6 17,1%	4 11,4%	6 8,6%	5 7,1%	3 15,0%	1 5,0%	25 10,0%	20 8,0%
Piroqovun çəp kəsiyi	3 2,4%	2 1,6%	1 2,9%	–	7 10,0%	4 5,7%	–	–	11 4,4%	6 2,4%
Cəmi	57 45,6%	67 53,6%	22 62,9%	13 37,1%	33 47,1%	34 48,6%	11 55,0%	9 45,0%	123 49,2%	123 49,2%
	124 99,2%		35 100%		67 95,7%		20 100%		246 98,4%	

Müşahidəmizdə əməliyyatlar zamanı ümumilikdə 159 (63,6±3,0%) (sağda 72, solda 87) xəstədə XI qabırğaarası, 13 (5,2±4,8%), (sağda 8, solda 5) xəstədə XI qabırğaarası+ Piroqovun çəp kəsiyi, 10 (4,0±1,2%), (sağda 5, solda 5) xəstədə X qabırğaarası, 43 (17,2±2,4%), (sağda 26, solda 20) xəstədə lyumbotomik, 17 (6,8±1,6%), (sağda 11, solda 6) xəstədə Piroqovun çəp kəsiyi tətbiq

olunmuşdur.

Sağda əməliyyat birinci qrupda 1 (0,8%) xəstədə perkutan nefrostomiya, üçüncü qrupda 2 (2,9%) xəstədə yalnız mexaniki litotripsiya, 1 (1,4%) xəstədə isə episistostomiya ilə başa çatdırılıb.

Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi MÇN cərrahi müalicəsi bir sıra faktorlardan, o cümlədən xəstəliyin mərhələsindən, daşın lokalizasiyasından, ləyinin tipindən asılıdır. Müşahidə etdiyimiz xəstələrdə ləyinin forması 114 (45,6±3,2%), (sağda 61, solda 53 nəfər)-də böyrəkdaxili, 79 (31,6±2,9%), (sağda 33, solda 43 nəfər)-də böyrəkarici, 39 (15,6±2,3%), (sağda 19, solda 20) nəfərdə isə qarışıq formada olmuşdur (cədvəl 7).

Cədvəl 7

Xəstələrdə qruplar üzrə təsadüf etdiyimiz ləyinin formaları

Ləyinin formaları	I qrup (n=125)		II qrup (n=35)		III qrup (n=70)		IV qrup (n=20)		Cəmi (n=250)	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Böyrəkdaxili	28	21	11	7	16	19	6	6	61	53
	22,4%	16,8%	31,4%	20,0%	22,9%	27,1%	30,0%	30,0%	24,4%	21,2%
	49		18		35		12		114	
	39,2%		51,4%		50,0%		60,0%		45,6%	
Böyrəkarici	12	27	8	6	10	9	3	1	33	43
	9,6%	21,6%	22,9%	17,1%	14,3%	12,9%	15,0%	5,0%	13,2%	17,2%
	39		14		19		4		76	
	31,2%		40,0%		27,1%		20,0%		30,4%	
Qarışıq	13	16	2	-	2	2	2	2	19	20
	10,4%	12,8%	1,6%	-	2,9%	2,9%	10,0%	10,0%	7,6%	8,0%
	29		2		4		4		39	
	23,2%		1,6%		5,7%		20,0%		15,6%	

Tətbiq etdiyimiz əməliyyatlar zamanı ayrı-ayrı qruplar üzrə böyrəklərin drenləşdirilməsi üsulları müxtəlif olmuşdur. Belə ki, əməliyyatlar ümumilikdə 47 (18,8±2,5%) xəstədə (sağda 32, solda 15) nefrostomiya, 28 (7,2±2,0%), (sağda 16, solda 12) xəstədə pielostomiya, 111 (44,4±3,1%), (sağda 55, solda 56) xəstədə böyrəkdaxili stentləşdirmə, 6 (2,4±1,0%), (sağda 2, solda 4) xəstədə nefrostomiya böyrəkdaxili stentləşdirmə ilə başa çatdırılmışdır.

Qruplar üzrə cərrahi müalicənin nəticələri aşağıdakı kimi olmuşdur.

Birinci qrupda 125 xəstədən 58(46,4±4,5%)nəfərində sağda, 67(53,6±4,5%) -də isə solda əməliyyat aparılıb. Əməliyyat sağda 18 (14,4 ±3,1%), solda 19 (15,2±3,2%) xəstədə MN-a görə, sağda 40 (32,0±4,1%) solda 48 (38,4±4,4%) xəstədə MÇN görə aparılmışdır

Cərrahi müalicə zamanı ümumilikdə 30 (24,0±2,9%), (sağda 12, solda 18) xəstədə yalnız nefrolitotomiya, 67 (53,6±4,5%), (sağda 30, solda 37) arxa subkortikal pielolitotomiya aparılmışdır. Qalan bütün hallarda bir xəstədə iki və daha çox əməliyyat (pielolitotomiya + nefrolitotomiya+ureterolitotomiya) birlikdə tətbiq edilmişdir .

Əməliyyat 7 (5,6±2,1%) -də iki kəsiklə aparılaraq bu və ya digər tərəfdə həm böyrəkdən, həm də sidik axarından daş çıxarılıb.

Bu və ya digər tərəfdə pionefrozla ağırlaşmış 8 (6,4±2,2%), (sağda 5, solda 3) xəstədə nefrektomiya əməliyyatı aparılmışdır.

Xəstələrin 14(11,2±2,8%) nəfərində əməliyyat residiv daşa görə aparılmışdır. Daşa görə təkrari əməliyyat keçirmiş xəstələrdə birinci və ikinci əməliyyat arası ən qısa müddət 2 il, ən uzun müddət 37, orta müddət 10 il olmuşdur. Əməliyyat xəstələrin 35(28,0±4,0%)-də mərhələlərlə hər iki böyrəkdə aparılıb. Mərhələlərdə aparılan əməliyyatlar zamanı əməliyyatlar arası olan ən qısa müddət 2 ay, ən uzun müddət 8 il olmuşdur/

Əməliyyat 36 (28,4±4,1%) nəfərdə böyrək arteriyasının sıxılması ilə aparılıb. Bu zaman böyrək arteriyasının sıxılmasının ən qısa müddət 5, ən uzun müddət 51, orta müddəti 18,7 dəqiqə olub.

Əməliyyatın orta davam etmə müddəti 2.4 (1,-6) saat, qan itkisi 80 (50-300) ml olmuşdur. Birinci qrupda əməliyyatdan sonra 20 (16,0±3,3%) nəfərdə rezidual daş aşkarlanmışdır. Bu qrupda 84,0% daşsızlığa nail olunmuşdur .

İkinci qrupda 35 xəstədən 22 (62,9±8,2%) -də sağda, 13 (37,1±8,2%) -də solda əməliyyat aparılıb.

Bu qrupda daş xəstələrin 22 (62,9±8,2%)-də sağ, 13 (37,5±8,2%)-də sol böyrəkdə, həmçinin 20 (57,5±8,4%) xəstədə nefrektomiyadan sonra qalan yeganə, 2 (5,7±3,9%) xəstədə anadangəlmə yeganə böyrəkdə, 13 (37,5±8,2%) xəstədə isə yeganə funksiyası olan böyrəkdə müşahidə olunmuşdur.15xəstə şöbəyə

anuriya ilə daxil olmuşdur. Əməliyyatlar zamanı 14 (40,0±8,3%) nəfər sağda 9 (25,7±7,4%) nəfər solda olmaqla böyrəkdən MÇN, 8 (22,9±7,1%) nəfər sağda 4 (11,4±5,4%) nəfər solda olmaqla böyrəkdən yalnız MN xaric edilib. Sağda 20 (57,1±8,4%), solda 10 (57,1±8,4%) nəfərdə pielolitotomiya, sağda 1 (2,9±2,8%), solda 1 xəstədə nefrolitotomiya, sağda 1 xəstədə pielonefrolitotomiya əməliyyatı aparılmışdır.

Anuriyası və ureterohidronefrozu olan 15 (42,9±8,4%) xəstədən 4 (11,4±5,4%)- də sidik axarının kateterizasiyası, 11 (31,4±7,8%) -də isə stentləşdirilməsi aparılmışdır. Bu qrupda 15 (42,9±8,4%) xəstədən 5 (14,3±5,9%)-də təcili cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Sağda 2 (5,7±3,9%) xəstədə pielolitotomiya, solda 3 (2,9±2,8%) xəstədə aparılan arxa subkortikal pielolitotomiya iki kəsiklə aparılaraq eyni vaxda həm böyrəkdən, həm də sidik axarının aşağı 1/3 hissəsindən daş çıxarılmışdır. Yeganə funksiyalı böyrəyi olan bir xəstədə nefrektomiya əməliyyatı aparılmışdır.

Əməliyyat xəstələrin 4 (1,6%) nəfərində residiv daşa görə aparılmışdır. Daşa görə təkrar əməliyyat keçirmiş xəstələrdə birinci və ikinci əməliyyatarası ən qısa müddət 6ay, ən uzun müddət 5, orta müddət 2 il olmuşdur.

Ümumilikdə 35 nəfər xəstədə bu və ya digər tərəfdə (sağda 42, solda 28) 70 əməliyyat aparılıb. Əməliyyat 2 nəfərdə böyrək arteriyasının sıxılması ilə aparilib. Bu zaman böyrək arteriyasının sıxılmasının ən qısa müddəti 8, ən uzun müddəti 21, orta müddəti 12,5 dəqiqə olub.

Bu qrupda əməliyyatın orta davam etmə müddəti 2,4 (1,2-8) saat, qan itkisi 70 (50- 200) ml olmuşdur.

İkinci qrupda əməliyyatdan sonra 4 (11,4±5,4%) nəfərdə rezidual daş aşkarlanmışdır. Bu qrupda 94,4% daşsızlığa nail olunmuşdur.

III qrupda 70 nəfər xəstədən 36 nəfərdə sağda, 34 nəfərdə solda əməliyyat aparılıb. Əməliyyat sağda 24 (34,3±5,7%) solda 21 (30,0±5,5%) xəstədə MÇN görə, sağda 12 (17,1±4,5%) solda 13 (18,6±4,6%) xəstədə MN görə aparılmışdır. Bu qrupda sağda 12 (17,1±4,5%)-də, solda 13 (18,6±4,6%) xəstədə nefrolitotomiya, sağda 19 (27,1±5,3%), solda 16 (22,9±5,0%) xəstədə pielolitotomiya, qalan bütün hallarda bir xəstədə iki və daha çox əməliyyat

(pielolitotomiya + ureterolitotomiya) birlikdə tətbiq edilmişdir. 11 xəstədə digər tərəfdə aparılan əməliyyatla eyni vaxtda ureterolitotomiya əməliyyatı icra edilmişdir.

Xəstələrin 8(3,2%) nəfərində əməliyyat residiv daşa görə aparılmışdır. Daşa görə təkrari əməliyyat keçirmiş xəstələrdə birinci və ikinci əməliyyatarası ən qısa müddət 3il, ən uzun müddət 10, orta müddət 8il olmuşdur.

Bundan əlavə bu qrupda 8(3,2%) nəfərdə isə bir tərəfdə əməliyyat, digər tərəfdə böyrəkdaxili stendləşdirmə əməliyyatları olmaqla bu və ya digər tərəfdə eyni vaxtda aparılmışdır. 19 (27,1±5,3%) nəfərdə mərhələlərlə bir tərəfdə açıq cərrəhi əməliyyat, digər tərəfdə URS əməliyyatı icra edilmişdir. Onlardan 15 nəfərində URS birinci mərhələdə aparılmışdır.

Bu və ya digər tərəfdə pionefrozla ağırlaşmış 3(4,3±2,4%) xəstədə solda nefrektomiya əməliyyatı aparılmışdır.

Əməliyyat 11(4,4%) nəfərdə böyrək arteriyasının sıxılması ilə aparılıb. Bu zaman böyrək arteriyasının sıxılmasının ən qısa müddəti 8, ən uzun müddəti 28, orta müddəti 14 dəqiqə olub. Bu qrupda əməliyyatın orta davam etmə müddəti 2,1 (1,2-4) saat, qan itkisi 70 (50-200) ml olmuşdur. Bu qrupda əməliyyatdan 16 nəfərdə rezidual daş aşkarlanmışdır. Bu qrupda 93,6% daşsızlığa nail olunmuşdur.

Bu qrupda ümumilikdə bu və ya digər tərəfdə 70 nəfər xəstədə 116 (sağda 51, solda 65) əməliyyat aparılıb. Nəticədə bu və ya digər tərəfdə olan böyrəkdən 616 daş çıxarılıb. Çıxarılan daşların 386 ədədi sarı- qonur, 175 ədədi qara- qonur, 30 ədədi narıncı- qonur, 35 ədədi ağ rəngdə olub.

IV qrupda MÇN cərrəhi müalicəsi zamanı 20 xəstədən 11 (55,0±11,1%) xəstədə sağda, 9 (45,0±11,1%) xəstədə solda əməliyyat aparılıb.

Sağda 11 (55,0±6,1%), solda 9 (45,0±11,1%) nəfərdə MÇN görə əməliyyat aparılıb. Sağda 7(35,0±10,7%), solda 6 (30,0±10,2%) nəfərdə əməliyyat MÇN görə, sağda, 4 (20,0±8,9%), solda 3(15,0±8,8%) xəstədə MN görə aparılıb. Sağda 9 (45,0±11,1%) nəfərdə, solda 5 (25,0±9,7%) nəfərdə pielolitotomiya, sağda 2 (10,0±6,7%), solda 1 (5,0±4,9) nəfərdə nefrolitotomiya əməliyyatı aparılıb. Bundan əlavə sağda MÇN görə əməliyyat keçirmiş

xəstələrdən, eyni vaxtda solda pienefrozla ağırlaşmış 2 xəstədə nefrektomiya, 1 ($5,0\pm 4,9$) xəstədə ikinci mərhələdə ureteronefektomiya, 9 ($45,0\pm 11,1\%$) xəstədə eyni vaxtda bir tərəfdə əməliyyat digər tərəfdə böyrəkdaxili stentləşdirmə, 2 xəstədə mərhələlərlə əvvəlcə hidronefroz olan tərəfdə lss plastikası aparılmış, ikinci mərhələdə böyrəkdən MD çıxarılmışdır. Solda əməliyyat keçirmiş 9 ($45,0\pm 11,1\%$) nəfərin 2 ($10,0\pm 6,7\%$) nəfərində əks tərəfdə lss də əməliyyat aparılıb, ikinci mərhələdə böyrəkdən daş çıxarılıb. IV qrupda əməliyyatın orta davam etmə müddəti 2,5 (2-6) saat, qan itkisi 90 (50-350) ml olmuşdur.

Bu qrupda əməliyyatdan sonra 4 nəfərdə rezidual daş aşkarlanmışdır. Bu qrupda 98,4% daşsızlığa nail olunmuşdur.

Beləliklə, ümumilikdə 250 nəfər xəstədə bu və ya digər tərəfdə 491 (sağda 239, solda 252) əməliyyat aparılıb. Əməliyyatların ümumilikdə orta davam etmə müddəti 2,3 (1,4 - 6) saat, qan itkisi 77,5 (50 - 262,5) ml olmuşdur. Bundan əlavə bu və ya digər tərəfdə 56 ($22,4\pm 2,6\%$) xəstədə böyrək arteriyasının sıxılması aparılmışdır. Bu və ya digər tərəfdə pienefrozla ağırlaşmış 15 ($6,0\pm 1,5\%$) xəstədə nefrektomiya aparılmışdır.

56 ($22,4\pm 2,6\%$) xəstədə əməliyyat böyrək arteriyasının sıxılması ilə aparılmışdır. Bu zaman böyrək arteriyasının sıxılmasının ən qısa müddəti 5, ən uzun müddəti 51, orta müddəti 16,4 dəqiqə olub.

Həmçinin, əməliyyatlar sağda 38 ($15,2\pm 2,3\%$) (13 kişi, 25 qadın), solda 34 ($13,6\pm 2,2\%$), (14 kişi, 20 qadın) nəfər olmaqla ümumilikdə 72 ($28,8\pm 2,9\%$) xəstədə nefropeksiya ilə başa çatdırılmışdır. Nefropeksiya sağda 20 ($10,0\pm 1,7\%$) xəstədə nefroptoza, 52 ($18,8\pm 2,6\%$), (sağda 18, solda 34) xəstədə əməliyyat zamanı patoloji hərəkətli vəziyyətə gətirilmiş böyrəyin fiksasiyasına görə aparılıb.

Əməliyyatlar birinci qrupda 24 ($19,2\pm 3,5\%$), ikinci qrupda 4 ($11,4\pm 5,4\%$), üçüncü qrupda 8 ($11,4\pm 3,8\%$) nəfər olmaqla ümumilikdə 36 ($14,4\pm 2,2\%$) xəstədə residiv daşa görə aparılmışdır. Residiv daşa görə təkrari əməliyyat keçirmiş xəstələrdə birinci qrup üzrə birinci və ikinci əməliyyat arası ən qısa müddət 2 il, ən uzun müddət 37, orta müddət 10 il, ikinci qrup üzrə ən qısa müddət 6 ay, ən uzun müddət 15 il, orta müddət 2 il, üçüncü qrup üzrə ən qısa

müddət 3 il, ən uzun müddət 10, orta müddət 8 il olmuşdur. Ayrı-ayrı qruplar üzrə residiv daşa görə təkrari əməliyyat keçirmiş xəstələrdə ümumilikdə birinci və ikinci əməliyyat arası ən qısa müddət 6 ay, ən uzun müddət 37 il, orta müddət 6,6 il, olmuşdur.

Xəstələrin 35 (28,0±4,0%) nəfərində əməliyyat mərhələlərlə həyata keçirilib. Mərhələlərlə aparılan əməliyyatlar zamanı əməliyyatlar arası olan ən qısa müddət 2 ay, ən uzun müddət 8 il olmuşdur.

Əməliyyat 14 (5,6±1,5%) xəstədə iki kəsiklə aparılaraq eyni vaxtda həm böyrəkdən, həm də sidik axarının aşağı 1/3 hissəsindən daş çıxarılmışdır. 1 (0,4±0,4%) xəstədə eyni vaxtda böyrəkdən, sidik axarından və sidiklikdən daş çıxarılmışdır.

MÇN açıq cərrahi müalicəsi zamanı pionefrozla ağırlaşmış 15 (6,0±1,5%) xəstədə nefrektomiya aparılmışdır. Nefrektomiya 4 (1,6±0,8%) xəstədə QDMH görə aparılmışdır.

Nəticədə bu və ya digər tərəfdə olan böyrəkdən 3137 daş çıxarılıb. Çıxarılan daşların 1358 ədədi sarı -qonur, 1620 ədədi qara-qonur, 74 ədədi ağ, 85 ədədi narıncı - qonur rəngdə olub.

Ümumilikdə birinci qrup üzrə daşdan təmizlənmə “**stone-free rate**” 84,0%, ikinci qrup üzrə 94,4%, üçüncü qrup üzrə 93,6%, dördüncü qrup üzrə 98,4%, ümumi orta göstərici 93% olmuşdur.

SDX-nin, o cümlədən MÇN cərrahi müalicəsi sahəsində son illərdə böyük müvəffəqiyyətlər əldə olunmuşdur. Bu ilk növbədə MÇN zamanı tətbiq olunan müalicə üsullarının təkmilləşdirilməsi, yeni texnologiyanın köməyi ilə vaxtında aparılmış diaqnostika, anesteziologiya və reanimatologiya elminin inkişafı ilə əlaqədar olmuşdur. Bu müvəffəqiyyətlər müşahidə etdiyimiz xəstələrdə də əməliyyatın yaxın və uzaq nəticələrinə nəzər saldıqda bir daha öz təsdiqini tapır.

Ümumiyyətlə, hər hansı cərrahi müalicə üsulunun yaxın nəticələri haqqında fikir söyləməyə imkan verən əsas obyektiv göstəricilərdən biri ondan sonrakı ağırlaşmalar və letallıqdır.

Araşdırmalar göstərir ki, urolitiazın effektiv patogenetik müalicə və metafilaktika üsullarının olmaması üzündən xəstəlik 35-75% hallarda residiv xarakteri daşıyır. Nəticədə bir sıra hallarda təkrari cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olur ki, bu da 22-28% hallarda müxtəlif

fəsadlarla ağırlaşır. Bu fəsadlar da öz növbəsində 11% halda nefrektomiya, 3% hallarda isə ölümlə nəticələnir ^{14 15}.

İkitərəfli MÇN zamanı əməliyyat olunan xəstələrdə əməliyyatın növü və aparılma texnikasından asılı olaraq formasına, ağırlığına, həmçinin əmələgəlmə tezliyinə görə tamamilə fərqli ağırlaşmalar ola bilər. Araşdırmalarımız göstərir ki, bu fəsadların miqdarı və tezliyi bilavasitə əməliyyatın özündən, əməliyyat olunan böyrəyin parenximasının vəziyyətindən, əməliyyat zamanı parenximada aparılan kəsiklərin sayından və digər invaziv manipulyasiyalardan asılıdır.

Bu fəsadlar erkən və gecikmiş olmaqla iki qrupa bölünür. Erkən fəsadlar da öz növbəsində əməliyyatdaxili, əməliyyatdan sonrakı dövrdə olmaqla iki qrupa bölünür. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə baş vermə müddətinə görə gecikmiş fəsadlar da müşahidə olunur.

Əməliyyatdaxili fəsadlara qanaxmalar, əməliyyat zamanı plevra və qarın boşluğunun açılması, həmçinin digər orqanlarda müşahidə edilən fəsadlar aiddir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ən çox müşahidə edilən erkən fəsadlara əməliyyatdan sonrakı qanaxmalar, xroniki pielonefritin kəskinləşməsi, böyrək çatışmazlığı, tromboembolik fəsadlar, həmçinin yaranın irinləməsi və s. aiddir.

Erkən dövrlərdə nadir hallarda təsadüf edilən ağırlaşmalardan sidik və nəcis fistulalarının əmələ gəlməsidir. Bu fəsadlar ən çox residiv daşlarda və paranefral toxumada irinli çapıq dəyişiklikləri (zirehli paranefrit) olan xəstələrdə müşahidə edilə bilər. Gecikmiş fəsadlar dedikdə isə əməliyyatdan sonrakı çapığın vəziyyəti, yuxarı sidik yollarının anatomik və funksional vəziyyətində baş vermiş dəyişikliklər, LSS zədələnməsindən sonra baş verən daralmalar, uzun müddət fəaliyyət göstərən sidik fistulaları, kasaların boynunun çapıqlaşması nəticəsində daralması, böyrək parenximasının sklerozlaşaraq büzüşməsi, ən nəhayət residiv daşların aşkarlanması nəzərdə tutulur.

¹⁴ Дзеранов, Н.К. Оперативное лечение коралловидного нефролитиаза / Н.К. Дзеранов, Э.К. Яценко // Урология и нефрология, - Москва: - 2004. №1, - с. 34-38.

¹⁵ Worcester, E. Nephrolithiasis. Primary Care // Clinics in Office Practice, - 2008. v. 35, - p. 369.

Yuxarıda göstərilən bu ağırlaşmaları da öz növbəsində xəstənin həyatı üçün təhlükə baxımından şərti olaraq 3 qrupa bölmək olar.

Birinci qrupa aid olan erkən fəsadlar xəstənin həyatı üçün birbaşa təhlükə törətmir. Bunlara əməliyyat vaxtı baş verən qarın və plevra boşluğunun açılması, cərrahi yaranın irinləməsi, xroniki pielonefritin kəskinləşməsi, rezidual daşların aşkarlanması kimi fəsadlar aiddir.

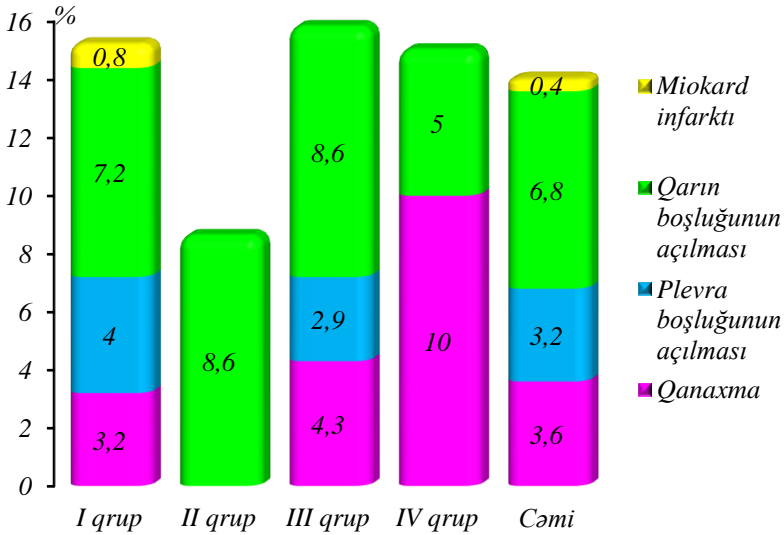
İkinci qrupa aid olan erkən fəsadlar xəstənin həyatı üçün birbaşa təhlükə törədir. Bu fəsadlara əməliyyat vaxtı və ondan sonrakı dövrdə baş verən parenximatoz qanaxmalar, bakteremik şok, XPN-nin kəskinləşməsi, mədə-bağırsaq qanaxmaları, ürək qan-damar çatışmazlığı, miokard infarktı, ağciyər arteriyalarının tromboemبولiyası, aşağı ətraflarda və kiçik çanaqda baş verən tromboflebit aiddir.

Üçüncü qrupa MÇN görə aparılmış cərrahi əməliyyatdan sonra baş verən gecikmiş fəsadlar aiddir. Bu fəsadlara LSS zədələnməsindən sonra baş verən daralmalar, kasaların boynunun çapıqlaşması nəticəsində daralması, böyrək parenximasının sklerozlaşaraq büzüşməsi və residiv daşlar aiddir.

Əməliyyat zamanı baş verən ən qorxulu ağırlaşmalardan biri daşları çıxararkən kasaların boynunun zədələnməsi nəticəsində baş verən qanaxmadır. Açıq əməliyyatların fəsadlarının analizi göstərir ki, qanaxmalar əsasən çoxlu nefrotomiya tələb edən böyük ölçülü, mürəkkəb formalı MD zamanı aparılan ilkin əməliyyatlarda müşahidə edilir. Çünki bu zaman parenximanın qalınlığı kifayət qədər saxlanılmış olur. Təkrar əməliyyatlar zamanı qanaxma, əsasən ətraf çapıq toxumalardan və dekapsulyasiya olunmuş böyrəkdən gəlir. Digər tərəfdən MN çıxarakən kasaların boynunun cırılması nəticəsində şiddətli qanaxmalar müşahidə olunur (qrafik 2).

Qanaxma təhlükəsini nəzərə alaraq ikitərəfli MÇN açıq cərrahi müalicəsi zamanı, tətbiq edilən geniş və çox saylı nefrotomiyalar, həmçinin böyrək daxili plastik-rekonstruktiv əməliyyatlar əsasən böyrək arteriyasının müvəqqəti sıxılması ilə aparılır. Bu manipulyasiya nəinki əməliyyatdaxili qanaxmanı azaldır, həmçinin böyrək parenximasında olan gərginliyi azaltmaqla onun KLS müdaxiləsini yaxşılaşdırır. Nəticədə böyrəyin daşlardan tam

təmizlənməsinə imkan yaradır. Buna görə də böyrək arteriyasının sıxılması ilə aparılan əməliyyatlardan sonra işemik zədələnmənin profilaktikası məqsədi ilə digər müalicələrlə yanaşı düzgün antiisemik müalicə tədbirlərinin aparılması da mütləq vacibdir.



Qrafik 2. Qruplar üzrə əməliyyat zamanı baş verən ağırlaşmalar.

Qeyd etməliyəm ki, bu ağır qrup xəstələrin cərrahi müalicəsi zamanı aparılan bütün müalicə tədbirlərinə baxmayaraq əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə də qanaxma təhlükəsi qalır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə müşahidə edilən qanaxmalar da erkən və gecikmiş olmaqla iki qrupa bölünür.

Erkən qanaxmalar dedikdə əməliyyat vaxtı və əməliyyat başa çatdıqdan sonra xəstənin intensiv terapiya palatasına köçürülməsi zamanı güclənən parenximatoz hemorragiyalar nəzərdə tutulur. Bu qanaxmalar qan əvəzedicilərinin köçürülməsindən arterial təzyiğin və ya böyrək ləyəninin qan laxtaları ilə tutulması nəticəsində böyrəkdaxili təzyiğin artması ilə əlaqədar yaranır.

Qeyd etməliyəm ki, əməliyyat zamanı və ondan sonra baş verən

qanaxmalar yalnız orqanizmdə dövr edən qanın miqdarinin azalması ilə nəticələnir. Qanaxma davam etdikcə orqanizmdə geri dönməyən bir sıra ağır proseslər baş verir. Bunlardan birincisi və ən qorxulusu irinli-nekrotik prosesə və ağır cərrahi travmaya məruz qalmış orqandan davam edən qanaxma zamanı disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma sindromunun (DDLS) inkişaf etməsidir.

DDLS qan dövrünə külli miqdarda laxtalanma sistemi aktivləşdiricilərinin daxil olması, trombositlərin aqreqasiyası, qan laxtalandırma faktorlarının aktivləşərək həddindən çox sərf olunması nəticəsində tükənməsi, qanda mikrotrombların, həmçinin hüceyrə aqreqatlarının yaranması, üzvlərdə və toxumalarda mikrosirkulyasiyanın pozulması, ayrı-ayrı üzvlərin funksiyasının pozulması, hipoksiya, asidoz, distrofiya və infeksiyanın meydana çıxması ilə xarakterizə olunan ümumi patoloji prosesdir.

Bu patoloji prosesin əmələgəlmə səbəbləri müxtəlifdir. Onlardan biri böyük cərrahi travma və onun fonunda davam edən qanaxmadır. DDLS törədən səbəblərin müxtəlif olmasına baxmayaraq, onun patogenezinin əsasında toxumaların və qan damarlarının endotel təbəqəsinin zədələnməsi və trombosit-makrofaq sisteminin pozulması durur. Qanaxmalar anemiyanın yaranmasına, hemotokrit göstəricisinin azalmasına, ağır hallarda isə hemorragik şokun inkişaf etməsinə səbəb olur.

Mikrosirkulyasiyanın pozulması ağ ciyər çatışmazlığına (təngənəfəslik, sianoz, ağ ciyər ödemli, infarktı və ş.), kəskin böyrək çatışmazlığına və ağır hallarda hepatorenal sindromun yaranmasına səbəb olur.

Bizim müşahidəmizdə əməliyyat vaxtı birinci qrupda 4 ($3,2 \pm 1,6\%$), üçüncü qrupda 3 ($4,3 \pm 2,4\%$), dördüncü qrupda 2 ($10,0 \pm 6,7\%$) xəstədə zəif qanaxma müşahidə olunmuşdur. Dördüncü qrupda bir xəstədə müşahidə edilən qanaxmanın DDLS ilə ağırlaşması həmin xəstədə ölümlə nəticələnmişdir.

MÇN zamanı cərrahi taktikanın düzgün seçilməsi, əməliyyatın orqansaxlayıcı olması, əməliyyat zamanı daşların maksimal götürülməsi, həmçinin yuxarı sidik yollarında, o cümlədən LSS-də olan konfliktin aradan qaldırılması bu zaman böyrək funksiyasının saxlanılması, ən nəhayət əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövrün

ağırlaşmasız keçməsi aparılmış müalicənin qızıl standartı kimi qiymətləndirilir.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrdə əməliyyatdan sonra da bir sıra ağırlaşmalar müşahidə edilmişdir (cədvəl 8).

Cədvəl 8
Əməliyyatdan sonra qruplar üzrə baş verən ağırlaşmalar
(Clavien Dindo təsnifatı 2004)

Ağırlaşmalar	I qrup (n=125)	II qrup (n=35)	III qrup (n=70)	IV qrup (n=20)	Cəmi (n=250)
Xroniki pieloneritin kəskinləşməsi I-sınıf	20 16,0±3,3%	7 20,0±6,8%	12 17,1±4,5%	5 25,0±9,7%	44 17,6±2,4%
Yaranın irinləməsi I-sınıf	12 9,6±2,6%	5 14,3±5,9%	6 8,6±3,3%	5 25,0±9,7%	28 11,2±2,0%
XBC-nin kəskinləşməsi IVa sinif	10 8,0±2,4%	7 20,0±6,8%	6 8,6±3,3%	–	23 9,2±1,8%
Toksiki anemiya II sinif	21 16,8±3,3%	11 31,4±7,8%	12 17,1±4,5%	5 25,0±9,7%	49 19,6±2,5%
Rezidual daş III sinif - IIIb	20 16,0±3,3%	4 11,4±5,4%	16 22,9±5,0	4 20,0±8,9%	44 17,6±2,4%
Ölüm – V-sinif	1 0,8±0,8%	2 5,7±3,9%	–	1 5,0±4,9%	4 1,6±0,8%

Əməliyyatdan sonra xəstələrin 28-də (11,2±2,0%) yaranın irinləməsi, 44-də (17,6±2,4%) (18 kişi, 26 qadın) xroniki pielonefritin kəskinləşməsi müşahidə olunmuşdur. Xroniki pielonefritin kəskinləşməsi şəkərli diabeti olan xəstələrdə daha ağır gedişli olmuşdur. Bundan əlavə 23-də (9,2±1,8%) (10 kişi, 13 qadın) XBC-nin kəskinləşməsi müşahidə olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xroniki pielonefritin, xroniki XBC-nin fonunda 49 (19,6±2,5%) xəstədə toksiki anemiya müşahidə edilmişdir. Anemiyası olan xəstələrdə qanda hemoqlobinin miqdarı 50- 85 q/l (orta miqdar 71,9±0,4) arasında olmuşdur. Onlardan 8 (3,2±1,1%) nəfərinə əməliyyatdan sonra qan köçürülmüşdür. Qanköçürmə 3 (1,2±0,7%) xəstədə hemodializin fonunda aparılmışdır.

Təcrübə göstərir ki, MN müalicəsi bütün hallarda təmin

edilməlidir. Lakin MN zamanı hər hansı müalicə üsulunun tətbiqi ilə daşın böyrəkdən xaric edilməsi xəstəni bu xəstəlikdən azad etmir. Yalnız MN görə tətbiq edilən hər hansı əməliyyatdan sonar tətbiq edilən metafilaktik tədbirlər icra edilən əməliyyatın effektivliyini artırır. Əməliyyatdan sonar aparılan metafilaktik tədbirlər residiv daşəmələgəlmənin qarşısını alaraq bu ağır qrup xəstələrdə təkrari əməliyyat riskini minimuma endirə bilər.

MÇN zamanı cərrahi taktikanın düzgün seçilməsi, əməliyyatın orqansaxlayıcı olması, əməliyyat zamanı daşların maksimal götürülməsi, həmçinin yuxarı sidik yollarında, o cümlədən LSS-də olan konfliktin aradan qaldırılması bu zaman böyrək funksiyasının saxlanması, ən nəhayət əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmasız keçməsi aparılmış müalicənin qızıl standartı kimi qiymətləndirilir.

MÇN görə keçirilmiş əməliyyatdansonrakı residiv daşların əmələ gəlməsində bir sıra ümumi və yerli risk faktorları mühüm rol oynayır.

Ümumi faktorlar dedikdə orqanizmdə gedən mübadilə pozğunluqları nəzərdə tutulur. Bundan əlavə qalxanvari ətraf vəzilərdə müşahidə olunan diffuz dəyişikliklər də residivlərin əmələ gəlməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

MÇN etiologiyasında parathormonun rolunu nəzərə alaraq 62 (24,8%) xəstədə qalxanvari və qalxanvari ətraf vəzilərin USM aparılmışdır. Onlardan 4 ($1,6 \pm 0,8\%$)-də diffuz zob, 12 ($4,8 \pm 1,4\%$)-də zəif diffuz dəyişikliklər qeydə alınmışdır. Bu MÇN residivinin müəyyən prespektivinin olması barədə xəbərdarlıqdır.

Müasir dövrdə destruksiyası və elminasiyasına yönəlmiş cərrahi üsullar MN müalicəsində əsas yerlərdən birini tutur. Lakin metaflaktikasız 5 il ərzində xəstələrin demək olar ki, yarısında MD yenidən əmələ gəlir. Residivlərin 60% çoxu birincili daşların xaric edilməsindən 3 il sonra baş verir. Bununla əlaqədar olaraq urolitiyazın müasir tədqiqatçıların marağı yalnız MN müalicəsinə deyil, həmçinin residiv daşəmələgəlmənin qarşısının alınmasına yönəlmişdir. Bu baxımdan əməliyyatdan sonra metaflaktik tədbirlərin aparılması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir

Ümumilikdə, metafilaktika sidik yollarında iltihabi

dəyişikliklərin, uro- və hemodinamik pozğunluqların aradan qaldırılması, daşın xaric olmasının stimulyasiyasına, aşkarlanmış metabolik dəyişiklərin korreksiyasına, rezidual fraqmentlərin inkişafının, daşəmələgəlmənin residiv və s. qarşısının alınmasına yönəlmiş konservativ, müxtəlif cərrahi müalicə üsullarının və əməliyyatdan sonrakı müalicə tədbirlərini birləşdirir. MÇN olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı metafilaktikası ümumi və xüsusi 2 qrupa bölünür. Ümumi metoflaktika da öz növbəsində erkən və gecikmiş (dinamik metafilaktika) dövrlərə bölünür.

Əməliyyatdan sonra aparılan erkən metafilaktikanın vəzifələri aşağıdakılardan ibarətdir. Bunlara böyrəkdə, ətraf toxumalarda və sidik yollarında iltihabi dəyişikliklərlə mübarizəyə, konkrementin dezintegrasiya etmiş fraqmentlərin xaric olması üçün stimulyasiyaya, hemo- və urodinamikanın yaxşılaşdırılmasına, cərrahi müdaxilə sahəsində böyrəyin parenximasında, sidik axarı divarında, paranefral, parauretral toxumada çapıq sklerotik proseslərin inkişafının azaldılmasına yönələn tədbirlərin aparılması aiddir.

Metaflaktik tədbirlərin birincili mərhələsi 3 aya qədər davam edir və bu dövrdə xroniki pielonefritin gedişində stabilləşmə yaranır, böyrək və ətraf toxumalarda cərrahi müdaxilənin özü və onun fəsadları ilə əlaqədar sklerotik dəyişikliklər gedir. Məhz bu dövrdə paranefral toxumada, LSS-də dəyişikliklər yaranırsa, sidik yollarında diskineziya aşkarlanarsa, konservativ müalicə tədbirləri aparmaqla urodinamika pozğunluqlarının aradan qaldırılmasına nail olmaq mümkün olur. Bu da öz növbəsində xroniki pielonefritin kəskinləşməsi və residiv daşəmələgəlmənin qarşısını alır. Bu dövrdə əsasən konkrementin dezintegrasiya etmiş fraqmentləri xaric edilir.

Metafilaktik tədbirlərin ikinci mərhələsi (dinamik metafilaktika) xəstənin bütün ömür boyu davam etdirilir və onun qarşısında birinci mərhələdən fərqli vəzifələr durur. Bunlara aşağıdakılar aiddir.

1. Xroniki pielonefritin və sidik yolları infeksiyalarının müalicəsi, profilaktikası və onların gedişinə dinamik nəzarət etmək.

2. Uro- və hemodinamik pozğunluqların konservativ müalicəsi, profilaktikası və onların gedişinə dinamik nəzarət etmək.

3. MÇN olan xəstələrdə metabolik pozğunluqların qiymətləndirilməsi.

4. Residiv daşəmələgəlmənin risk faktorları nəzərə alınmaqla müxtəlif tərkibli MÇN olan xəstələrin metafilaktik proqramının müəyyənəşdirilməsi.

5. Kasaların rezidual daşlarının müalicəsi, onların böyüməsinin profilaktikası və onların gedişinə dinamik nəzarət etmək.

6. Residiv MÇN olan xəstələrdə planlı təkrar cərrahi müalicəyə göstərişlərin və vaxtının müəyyənəşdirilməsi üçün tam, kompleks klinik müşahidə və müayinəsinin aparılması.

Göstərilən vəzifələrin yerinə yetirilməsi, müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması və daşəmələgəlmənin residivlərinin tezliyinin azaldılması üçün diaqnostikanın optimal alqoritminin işlənilib hazırlanması çox vacibdir.

Tərəfimizdən pielonefritin laborator residivi birinci il ərzində 34,9% xəstədə qeyd edilmişdir. Bu xəstələrin hamısında sidik yolları konkretədən tam azad edilmişdir və daşəmələgəlmənin residivi müşahidə edilməmişdir. Kasalarda rezidual konkretələr olan xəstələrin 51% -də pielonefritin kəskinləşməsi qeyd edilmişdir. Bu isə pielonefritin təkrar, tam müalicə kursunu tələb edir. Bunun üçün 2-3 ay ərzində 10-14 gündən bir sidik analizinə müntəzəm nəzarət pielonefritin kəskinləşməsini erkən mərhələsində aşkarlamağa və vaxtında aradan qaldırmağa imkan verir. Sonrakı dövrdə residivlər nəzərə çarpaçaq dərəcədə azalır. Lakin bununla kifayətlənmək olmaz. Sidiyin müayinəsi uzun müddət (ən azı 1 ilə qədər) ərzində hər 1-1,5 ayda bir dəfə təkrarlanmalıdır. Bu zaman, həmçinin ildə 3 dəfədən az olmamaqla USM-nin aparılması məqsədəuyğundur.

MÇN görə cərrahi əməliyyat keçirmiş xəstələrə ultrasəsle dinamik nəzarətin aparılması əsas və qiymətli müşahidə üsullarından hesab olunur. Ultrasəs diaqnostikasının tətbiqi sidik yollarındakı dəyişiklikləri erkən mərhələlərdə, yəni konservativ müalicə effektiv olub toxumalarda üzvü, geri dönməyən dəyişikliklərin inkişafının qarşısını almağa imkan verdiyi hallarda aşkarlamağa imkan verir. Bu müayinənin qeyri-invazivliyi və sadəliyi onu istənilən ambulator poliklinikada geniş tətbiq edilməsinə imkan verir.

Qeyri-daş mənşəli hidronefrozu olan xəstələr (IVqrup xəstələr) xüsusi diqqət tələb edir. Bu xəstələrdə böyrəklərin adi USM ilə yanaşı, imkan daxilində qarnın ön divarında və rektal datçikle dolu

sidiklik fonunda sidik axarının, onun intramural hissəsinin müayinəsinin aparılması daha məqsədəuyğundur.

Sidik yollarında müşahidə edilən dəyişikliklər bəzən özünün makroskopik quruluşunun xüsusiyyətlərinə görə sidik axarını hissəvi blokada edən «venti» daşların olması ilə də əlaqədar ola bilər. Bizim müşahidəmizdə bütün xəstələrdə ambulator müşahidə digər müayinələrlə yanaşı USM –nin tətbiqi ilə də aparılmışdır. Lakin bu zaman USM-nin aparılmasında məqsəd yalnız residiv və rezidual daşların aşkarlanması və yuxarı sidik yollarının vəziyyətini qiymətləndirilməsi deyil, həmçinin əməliyyat zonasında paranefral və periuretral toxumanın vəziyyətini öyrənməkdir. Əməliyyat zonasında paranefral toxumanın exo sıxlığının azalması, KLS-in orta dərəcədə genişlənməsinin aşkarlanması tərəfimizdən iltihabi reaksiyası kimi qiymətləndirilmişdir. Xəstədə qeyd edilən dəyişikliklər aşkar edilərkən, hemodinamikanın yaxşılaşdırılmasına, zədələnmiş toxumalarda iltihabi prosesin gedişinin normallaşdırılmasına yönələn medikamentoz müalicə üsulları tətbiq edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ambulator müşahidə zamanı demək olar ki, xəstələrin hamısında xroniki pielonefrit aşkar edilmişdir. Bunu nəzərə alaraq bütün xəstələrə iltihab əleyhinə və antibakterial müalicə aparılmışdır.

Müşahidəmizdə xroniki pielonefritin məqsədyönlü müalicəsi bir neçə həftədən bir neçə aya kimi, sidik analizi göstəriciləri normallaşana qədər davam etdirilmişdir. Bu zaman kompleks müalicə antibakterial, immunomodulyatorlar, vitaminlərlə, iltihabəleyhinə prepatlar, bitki tərkibli diuretiklər və lazım gəldikdə dezintoksikasiyon məhlulların vena daxilinə köçürülməsi ilə aparılmışdır.

MÇN cərrahi müalicəsinin müxtəlif üsullarında sidik yollarının drenləşdirilməsinin müxtəlif növləri tətbiq edilir ki, bu da əməliyyatdan sonrakı dövrdə iltihabi prosesin gedişinə təsir edir.

Müşahidə etdiyimiz xəstələrin açıq cərrahi müalicə zamanı əməliyyatlar 192 (76,8±2,7%) xəstədə sidik yollarının drenləşdirilməsi ilə başa çatdırılmışdır.

Sidik yollarının drenləşdirilməsi onun yığılma qabiliyyətini azaldır. Nəticədə onların nisbi sakitliyinə və iltihabi reaksiyanın

azalmasına şərait yaradır. Bundan əlavə, mövcud hipotoniya rezidual daşlar zamanı fraqmentlərin kasalardan aşağı hissələrə miqrasiya etməsinə şərait yaradır.

Ümumiyyətlə, əməliyyat zamanı hansı drenləşdirmənin aparılımsından asılı olmayaraq, bütün hallarda məqsəd böyrəkdaxili təzyiqin artmasının qarşısını almaqla nisbi sakitlik yaratmaqdır. Bu da öz növbəsində xroniki pielonefritin aktivləşmə riskini minimuma endirir.

Yuxarıda verdiyimiz statistik məlumatdan da aydın olur ki, son illərdə sidik yollarının daxili drenləşdirməsinə (stentləşdirilməyə) daha çox üstünlük verilir.

MÇN zamanı xüsusi metaflaktik tədbirləri daşların mineraloji tərkibindən asılı olaraq aparılır. Buna görə də MÇN zamanı orqanizmdə gedən mübadilə dəyişikliklərini öyrənmək və əməliyyatdan sonra bu istiqamətdə metafilaktik tədbirlərin işlənilib hazırlanması baxımından daşların mineraloji tərkibinin öyrənilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Qeyd etməliyik ki, müşahidə etdiyimiz xəstələrin müəyyən qismində əməliyyatdan sonra daşın mineraloji tərkibi öyrənilmişdir. Müşahidəmizdə MÇN əməliyyat keçirmiş xəstələrin 66 nəfərində daşların mineraloji tərkibi Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının Geologiya İnstitutunun analitik laboratoriyasında öyrənilmişdir. Aparılmış araşdırmaları nəzərə alaraq tərəfmizdən residiv daş əmələgəlmənin qarşısını almaq üçün metoflaktik tədbirlər işlənilib hazırlanmışdır. Lakin buna baxmayaraq müəyyən səbəblərdən metoflaktik tədbirləri bəzi xəstələrdə aparmaq mümkün olmamışdır.

Nəticə olaraq 1-14 ilə qədər uzaq nəticələri öyrənilən xəstələrdən birinci qrupda 38 (30,4±4,1%) (sağda 20, solda 18), ikinci qrupda 6 (17,1±6,4%) (sağda 3, solda 3), üçüncü qrupda 8 (11,4±3,8%), (sağda 5, solda 3), dördüncü qrupda 4 (20±8,9%) (sağda 2, solda 2), ümumilikdə 66 (26,4±2,8%) xəstədə residiv daş aşkarlanmışdır.

Araşdırma göstərir ki, ikitərəfli MÇN 250 nəfər xəstənin açıq cərrahi müalicəsi 246 (98,4±0,8%) xəstədə uğurla başa çatdırılmış, 4 (1,6±0,8%) xəstədə ölüm qeydə alınmışdır. Cərrahi müalicə zamanı 231 (92,4±1,7%) xəstədə üzvsaxlayıcı, 15 (6,0±1,5%) xəstədə üzvün

itirilməsi ilə aparılmışdır.

Beləliklə, MÇN muasir müalicə prinsipləri uroloqlardan az travmatik, minimal qanitirmə ilə üzvsaxlayıcı, eyni zamanda isə daşların xaric edilməsi üçün radikal və effektiv müalicənin aparılmasını tələb edir. Çünki MÇN zamanı müalicədən sonrakı dövrdə residiv daşəmələgəlmə, xroniki pielonefritin kəskinləşməsi, böyrək qanaxması, əməliyyat olunmuş böyrəyin funksiyasının pisləşməsi kimi müxtəlif ağırlaşmalar müəyyən olunur. Bütün bu fəsadlara baxmayaraq düzgün klinik qiymətləndirilmə, əməliyyatönlü hazırlıq, rasionall cərrahi taktikanın seçilməsi ikitərəfli MÇN zamanı açıq cərrahiyyənin rolunu əhəmiyyətli edir.

NƏTİCƏLƏR

1. İkitərəfli MÇN zamanı düzgün, daha rasionall müalicə taktikasını seçmək üçün böyrəklərin və yuxarı sidik yollarındakı dəyişikliklərin xüsusiyyətlərinə görə xəstələrin qruplaşdırılması müalicə taktikasını asanlaşdırır və cərrahi müalicənin effektivliyini artırır [19, 34, 35, 42, 47].

2. USM yalnız ayrı-ayrı təsadüflərdə, MÇN zamanı daşların həqiqi ölçülərini və sayını aşkar edə bilir. MN üzərində parenximal bütün böyrək boyu izlənsə böyrəyin ümumi həcmi böyüməyib, ya cüzi böyüyüb, KLS-də genişlənmə izlənmirsə belə hiperazotemiya olan xəstələrdə bu göstəricilər böyrəyin piy distrofiyasına məruz qalmasına, toxumanın büzüşməsinə işarədir və potensial olaraq böyrək toxumasının funksional imkansız olmasına dəlalət edir, yəni xəstədə XBC terminal mərhələsidir, cərrahi müalicə müsbət nəticə verə bilməz [22, 23, 36, 39].

3. Yuxarı sidik yollarında olan dəyişikliyə əsasən təklif olunan təsnifata əsasən işlənilmiş hazırlanmış müalicə alqoritminə əsasən birinci qrupda olan xəstələrdə mərhələlərlə, ikinci qrupda əksər hallarda təcili, üçüncü qrupda mərhələlərlə və eyni vaxtda hər iki tərəfdə açıq cərrahi, yaxud bir tərəfdə açıq cərrahi müalicə, digər tərəfdə URS və yaxud DZDL, dördüncü qrupda cərrahi taktika xəstənin ümumi vəziyyəti və böyrəklərin funksional vəziyyətindən asılı olaraq aparılması açıq cərrahi müalicəni effektivliyini artırır [34,

38, 39].

4. İkitərəfli MÇN-in açıq cərrahi müalicəsi zamanı böyrək arteriyasını sıxmaq lazım gələrsə etibarlı daha az invaziv antiişemik mühafizə farmakoloji üsulla aparılması, vena daxilinə 3mq/kq lazıks, 0,2 mq/kq izoptin, 1mq/kq emoksipinin vurulması və 15 dəqiqə sonra böyrək arteriyası sıxılması daha effektiv olur. Böyrəyin funksional rahatlığını yaratmaq üçün bu preparatların vurulması qeyd olunan dozalarda əməliyyatdan sonrakı 5 gün müddətində davam etdirilir [10, 13, 14, 35, 48].

5. İkitərəfli MCN zamanı tətbiq açıq cərrahi müalicənin araşdırılmış nəticələrinə görə böyrəklərin daşdan təmizlənmə “stone-free rate” göstəricisi birinci qrup üzrə 84,0%, ikinci qrup üzrə 94,4%, üçüncü qrup üzrə 93,6%, dördüncü qrup üzrə 98,4%, ümumi orta göstərici 93% olmuşdur [19, 44, 46, 47].

6. İkitərəfli MÇN açıq cərrahi müalicəsi zamanı 14,4% hallarda əməliyyatdaxili, bundan əlavə 17,6% xroniki pielonefritin kəskinləşməsi, 11,2% xüsusi əməliyyat tələb etməyən cərrahi yaranın irinləməsi, 9,2% xroniki böyrək çatışmazlığının kəskinləşməsi, 19,6% toksiki anemiya kimi əməliyyatdan sonrakı dövrdə baş verən yaxın, 1-14 ilə kimi aparılan müşahidələrə əsasən 26,4% hallarda residiv daşlar kimi uzaq fəsadlara təsadüf edilir [32, 34, 35].

7. MN mineraloji tərkibinin öyrənilməsi göstərir ki, əksər daşların tərkibində kalsim, fosfat, maqnezim ionları və müxtəlif mikroelementlər çoxluq təşkil edir. MN görə keçirilmiş əməliyyatdan sonrakı, residiv daşların əmələ gəlməsində orqanizmdə gedən mübadilə pozğunluqları, qalxanvari ətraf vəzilərdə müşahidə olunan diffuz dəyişikliklər kimi ümumi, fosfoturiya, həmçinin pielonefrit kimi yerli faktorlar mühüm əhəmiyyət kəsb edir [34].

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. İkitərəfli MÇN zamanı təklif olunmuş təsnifat üzrə işlənilən hazırlanmış müalicə alqoritmindən tətbiqi bu ağır qrup xəstələrdə düzgün müalicə taktikasının seçilməsinə zəmin yaradır

2. İkitərəfli MÇN zamanı böyrəklərin və sidik yollarının anatomik funksional vəziyyəti, ləyənin forması (böyrəkdaxili,

böyrəkxarici), daşın lokalizasiyası (ləyəndə, kasada, və yaxud sidik axarında) haqqında məlumat almaq üçün rentgenoloji (EU, KT) aparılması birbaşa göstərişdir.

3. XBC-*i* ilə ağırlaşmış ikitərəfli MÇN zamanı əgər urodinamika kəskin pozulmayıbsa və aparılan intensiv müalicənin effekti yoxdursa, bu böyrəklərin (yeganə böyrəyin) struktur dəyişikliklərinin dönməz olmasını göstərərək üzvsaxlayıcı əməliyyatın aparılmasının perspektivsiz olduğunu göstərir.

4. İkitərəfli MÇN zamanı «gözləmə» taktikası bu qrup xəstələrdə daşın daha da inkişaf etməsinə, irinli proses nəticəsində böyrəyin tamamilə sıradan çıxmasına, böyrək çatışmazlığının kəskinləşməsinə səbəb olur. Bunu nəzərə alaraq bu qrup xəstələrdə cərrahi müalicənin daha erkən aparılması məsləhətdir.

5. MÇN cərrahi müalicəsi zamanı, böyrək-qan dövrəsinin blokadasının ən əlverişli üsulu böyrək arteriyasının sıxılması və zədələnmə mərhələlərini aradan qaldırmaq üçün tətbiq edilən kompleks farmakoloji tədbirlərin aparılması göstərişdir . Məhz sıxıcının böyrək ayaqcığına deyil, böyrək arteriyasına qoyulması və antişemik müdafiə məqsədi ilə aparılan kompleks farmakoloji tədbirlər əməliyyatı müvəffəqiyyətlə başa çatdırmaqla yanaşı, gələcəkdə baş verə biləcək fəsadları minimuma endirməyə imkan verir.

6. MN görə keçirilmiş əməliyyatın sonrakı dövrdə aparılan metoflaktik tədbirlər yalnız yerli faktorlara görə (sidiyin pH, iltihabi proses) deyil, daha çox daşların mineraloji tərkibinin öyrənilməsinə əsasən aparılmalıdır.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə çap olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. İmamverdiyev, S.B. Orqan-salvaqe surrqery for staqhorn and multifoculi nephrolithiasis at elderly patients / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, Ch. Sh. Ali-zade // Eastern Medical Journal, - 1999. v 4, № 1-4, - p. 17-25.

2. İmamverdiyev, S.B. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiyanın müalicəsində cərrahi taktika / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 1999. № 1, - s. 37 – 40.

3. İmamverdiyev, S.B. Yeganə böyrəyi və kalkulyoz anuriyası olan xəstədə qlükoza - 6 - fosfatdehidrogenaza (Q-6-f D 16) fermentinin defisiti təsadüfü / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, Y.M. Astanov // Sağlamlıq, - Bakı: - 2000. № 9, - s. 50-52.

4. Имамвердиев, С.Б. Малотравматичная хирургия коралловидного и множественного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, Е.Ф. Талыбов, Р.Н. Мамедов // Азерб.мед.журн., - Баку: - 2000. №4,- с. 38-42.

5. İmamverdiyev, S.B. Renoparenximatoz hipertoniya zamanı ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə angiotenziv II reseptorlarının blokatorlarının kliniki effekti / S.B. İmamverdiyev, F.M. Zeynalov, T.A. Talibov [və b.] // Azərbaycan tibb jurnalı, - Bakı: - 2002. № 2, - s. 36-42.

6. Имамвердиев, С.Б., Т.А. Талыбов, Р.Н. Мамедов, Р.Н. [и др.]. Профилактика кровотечения у больных с нефролитотомией «Сборник статьей посвящены 75-летию акад. М.Д.Джавад-заде, - Баку: - 2002, - с. 278-285.

7. İmamverdiyev, S.B., Talibov, T.A. Bayramov, A.F. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiyanın müalicəsində cərrahi taktika // Professor N.L. Əfəndiyevin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş konfransın materialları, - Bakı: - 2004, – s. 67-70.

8. İmamverdiyev, S.B. Uroloğiya. Dərslik // S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, - Bakı, – 2005. - 496 s.

9. İmamverdiyev, S.B. Uşaqlarda mərcanvari və çoxsaylı

nefrolitiaz zamanı cərrahi taktika / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, V.Y. Əbdürrəhimova // Azərbaycan Tibb jurnalı, - Bakı: - 2006. № 1, - s.13-18.

10. İmamverdiyev, S.B., Talibov, T.A. Əbdürrəhimova, V.Y. [və b.]. Uşaqlarda mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın cərrahi müalicəsi zamanı böyrəyin işemiyadan müdafiə üsulu // Əziz Əliyevin 110 illiyinə həsr olunmuş elmi- praktiki konfransın materialları, - Bakı: - 2007, - s. 77-80.

11. İmamverdiyev, S.B. Mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın müalicəsində bizim təcrübəmiz / S.B. İmamverdiyev, Talibov T.A., R.N.Məmməov // Azərbaycan Tibb Jurnalı, - Bakı: - 2007. № 2, - s. 55-57.

12. İmamverdiyev, S.B. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın təsnifatı və müalicə prinsipləri / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, V.Y. Əbdürrəhimova // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2008. № 3., - s.123-131.

13. İmamverdiyev, S.B., Talibov T.A., Məmməov R.N. [və b.]. Mərcanvari nefrolitiazın cərrahi müalicəsi zamanı böyrək-qan dövrünün blokadası üsulları // Əməkdar elm xadimi, prof. R.Ə.Əsgərovun anadan olmasının 75 illiyinə həsr olunmuş konfransın materialları, - Bakı: - 2008, - səh.95-97

14. İmamverdiyev, S.B. Mərcanvari nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsi zamanı böyrək qan dövrünün blokadası və böyrəyin işemiyadan müdafiə üsulları / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, R.N. Məmməov [və b.] // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2009. № 4, - s. 71-76.

15. İmamverdiyev, S.B. Talibov, T.A. Məmməov, R.N. [və b.]. Mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın cərrahi müalicəsi zamanı tətbiq olunan üzv saxlayıcı əməliyyatların anatomik əsasları // Professor Zərifə Ağarza qızı Zeynalovanın anadan olmasının 75 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları, - Bakı: - 2008, - s. 58-63.

16. İmamverdiyev, S.B. Perftoranın böyrəyin antiişemik müdafiəsindəki rolu / S.B. İmamverdiyev, R.N. Məmməov, M.Ə. Qocayev [və b.] // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2009. № 4, - s. 18-21.

17. İmamverdiyev, S.B. Yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin

mərcanvari və çoxlu nefrolitiazının cərrahi müalicəsi / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, R.N. Nağıyev // Sağlamlıq, - Bakı: - №8, - s. 39-41.

18. İmamverdiyev, S.B. Sidikdaşı xəstəliyinin mini-invaziv müalicə üsulları. Metodik vəsait. / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, - Bakı, - 2009. – 38 s.

19. İmamverdiyev, S.B. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsi / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, V.Y. Əbdürrəhimova, M.Ə. Qocayev // Cərrahiyyə, - Bakı: - 2009. c. 18, №2, - s. 7-14.

20. İmamverdiyev, S.B. Mərcanvari və çoxlu nefrolitiaz zamanı açıq cərrahi və müasir müalicə üsullarının müqayisəli təhlili / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov, V.Y. Əbdürrəhimova, İ.F. Mahmudov [və b.] // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2009. № 6, - s. 22-27.

21. Talibov, T.A. Mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın cərrahi müalicə zamanı tətbiq olunan nefrotomik kəsiklərin böyrəyin qan dövrənindən asılılığı // Professor İ.M.Məmmədovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, - Bakı: - 2010, - s. 71-73.

22. Talibov, T.A. Yeganə böyrəyin mərcanvari nefrolitiazı zamanı rentgen və ultrasəs müayinələrinin klinik qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfransın materialları, - Bakı: - 2010, - s. 86-87.

23. Talibov, T.A. İkitərəfli mərcanvari nefrolitiazın kliniki qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfransın materialları, - Bakı: - 2010, - s. 40.

24. İmamverdiyev, S.B. Sidik daşlarının tərkibinin Distansion zərbə-dalğa litotripsiyasına təsiri / S.B. İmamverdiyev, İ.F. Mahmudov, T.A. Talibov [və b.] // Cərrahiyyə, - Bakı: - 2010. №4, - s. 8-12.

25. Talibov, T.A. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsinin müasir aspektləri // - Bakı: Cərrahiyyə, - 2010. №4, - s. 58-62.

26. İmamverdiyev, S.B. Sidik daşı xəstəliyinin yayılmasında

epidemioloji xüsusiyyətlərin təsirinə müasir baxışlar / S.B. İmamverdiyev, R.T. Hüseynzadə, T.A. Talibov // Sağlamlıq, - Bakı: - 2010. № 6, - s.3-8.

27. İmamverdiyev, S.B. Sidik daşı xəstəliyinin yayılmasında coğrafi xüsusiyyətlərin təsirinə müasir baxışlar / S.B. İmamverdiyev, R.T. Hüseynzadə, T.A. Talibov [və b.] // Sağlamlıq, - Bakı: - 2010. № 6, səh. 176-179

28. Talibov, T.A. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsinin nəticələri // Doktorantların və gənc tədqiqatçıların XV Respublika elmi konfransının materialları, - Bakı: - 2010, - s. 104-106.

29. Имамвердиев, С.Б. Хирургическое лечение коралловианого и множественного нефролитиаза у больных нефроптозом / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов, В.Я. Абдуррагимова [и др.] // Фундаментальные исследования, - Москва: - 2011. №9, ч. 1, - с. 76-81.

30. Имамвердиев, С.Б. Перфторан как метод выбора антиишемической защиты почки. Экспериментальное исследование / С.Б. Имамвердиев, М.А. Годжаев, Т.А. Талыбов [и др.] // Здоровые мужчины, - Киев: - 2011. т. 39, № 4, - с. 148-150.

31. Talibov, T.A. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsinin xüsusiyyətləri // Türkdilli ölkələr və Türk Toplumlarının I Tibb konqresi, Tibbdə yeni nailiyyətlər toplusu, - Bakı: - 2011, - s. 291-295.

32. Имамвердиев, С.Б. Особенности нефротомии в лечении двустороннего кораллоподобного и множественного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов, Р.Н. Мамедов // Современные наукоемкие технологии, - Москва: - 2012. №5, - с. 8-14.

33. Talibov, T.A. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsində nefrotomiyanın rolu // Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi, Azərbaycan Tibb Universiteti, Elmi Tədqiqat Mərkəzi 10-cu buraxılış «Patoloji proseslər və onların korreksiya üsulları», - Bakı: - 2012. – s. 93- 97.

34. Имамвердиев, С.Б. Место открытых операции в лечении кораллоподобного и множественного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов // Международный журнал прикладных и

фундаментальных исследований, - Москва: - 2012. №12, - с. 51-60.

35. Имамвердиев, С.Б. Наш опыт проведения открытых операций по поводу двустороннего коралловидного и множественного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов // Фундаментальные исследования, - Москва: - 2013. т. 2, №5, - с. 413-420.

36. İmamverdiyev, S.B. Xroniki böyrək çatışmazlığı ilə ağırlaşmış ikitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsi / С.В. İmamverdiyev, N.A. Талыбов // Сərrahiyyə, - Bakı: - 2013. №4, - с. 51-57.

37. Имамвердиев, С.Б., Талыбов, Т.А. Мамедов, Р.Н. The features of drainage of the upper tract after open surgery for straghorn and multiple nephrolithiasis // European Urology Supplement, - 2013. v. 12, – p. 70.

38. Талыбов, Т.А. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın müalicəsində açıq cərrahiyyənin əsas aspektləri / - Bakı: Sağlamlıq, - 2013. № 3, - s. 57-62.

39. Талыбов, Т.А. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsində əməliyyatönü hazırlığın əsas xüsusiyyətləri // - Bakı: Sağlamlıq, - 2013. № 4, - s. 100-105.

40. Имамвердиев, С.Б. Особенности дренирования верхних мочевых путей при хирургическом лечении коралловидного и множественного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов, Р.Н. Мамедов // Клиническая Медицина, - Москва: - 2014. № 1, - с. 45-50.

41. Imamverdiev, S.B. Surgical treatment of staqhorn and multiple nefrolitiazis, European Urology Supplement / S.B. Imamverdiev, T.A. Talibov TVol 12., Issue 3. 10-12 September., 2015. P 65.,

42. Имамвердиев, С.Б. Выбор оперативного метода у больных коралловидным нефролитиазом / С.В. Имамвердиев, Т.А. Талыбов // Урология, - Москва: - 2016. №2, - с. 18-23.

43. İmamverdiyev, S.B. Yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın açıq cərrahi müalicəsinin nəticələri / S.B. İmamverdiyev, T.A. Talibov // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2016-

№3, - s. 28-34.

44. Talıbov, T.A. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiyazın cərrahi müalicə üsulları // - Bakı: Sağlamlıq, - 2017. № 4, - s.58-63.

45. Məmmədov, E.N. Böyrəklərin işemiya reperfüziya zədələnməsi zamanı Rolipram superoksid dismutazatəsinin antiişemik xüsusiyyətlərinin eksperimentdə öyrənilməsi / E.N. Məmmədov, T.A. Talıbov // Sağlamlıq, - Bakı: - 2017. № 4, - s.152-157.

46. Talıbov, T.A. Yeganə və yeganə funksiyalı böyrəyin mərcanvari və çoxlu nefrolitiyazın acıq cərrahi müalicə üsulları // - Bakı: Sağlamlıq, - 2017. № 5, - s. 53-58.

47. Имамвердиев, С.Б. Результаты открытого хирургического лечения двустороннего коралловидного и множественного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, // Казанский медицинский журнал, - Казань: -2018. т. ХСІХ, № 4, - с. 722-729.

48. Имамвердиев, С.Б. Антиишемическая защита при открытых операциях по поводу коралловидного нефролитиаза / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов // Сибирский медицинский журнал, - Иркутск: - 2018. №4, - с. 50-53.

49. Имамвердиев, С.Б. Случай открытого хирургического лечения коралловидного нефролитиаза у пациента с дефицитом VII фактора / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов, Э.А. Гадимова [и др.] // Казанский медицинский журнал, - Казань: - 2019. т. 100, № 5, - с. 828-831.

50. Талыбов Т.А. Результаты открытого хирургического лечения двустороннего коралловидного и множественного нефролитиаза // Теоретические и прикладные вопросы науки и образования, - Тамбов:, -2020, часть 1, - с.106.

İxtisarlarm siyahısı

- AN – Anatrofik nefrolitotomiya
DDLS – Disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma sindromu
DZDL – Distansion zərbə-dalğa litotripsiyası
EÇS – Eritrositlərin çökmə sürəti
EU – Ekskretor uroqrafiya
HPT – Hiperparatireoz
K₁ – Konkrement
KLS – Kasa-ləyən sistemi
KT – Kompüter tomoqrafiya
LLS – Ləyən sidik axarı seqmenti
MÇD – Mərcanvari və çoxlu daşlar
MÇN – Mərcanvari və çoxlu nefrolitiaz
MD – Mərcanvari daşlar
MN – Mərcanvari nefrolitiaz
PNLL – Perkutan nefrolitolapaksiya
QDMH – Qeyri daş mənşəli hidronefroz
SDX – Sidik daşı xəstəliyi
USM – Ultrasəs müayinəsi
XBC – Xroniki böyrək çatışmazlığı

Dissertasiyanın müdafiəsi «21» dekabr 2021-ci il tarixində saat «14»-də ED 2.06 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəh., Ə. Qasımzadə küç., 14 (konfrans zalı).

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir (amu.edu.az).

Avtoreferat «17» noyabr 2021-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 12.11.2021
Kağızın formatı: 60x84¹/₁₆
Həcm: 79.000 işarə
Tiraj: 100