

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

GINEKOLOGİYADA ENDOSKOPIK ƏMƏLİYYATLARIN SƏVİYYƏSİ, STRUKTURU, RİSK FAKTORLARI VƏ FƏSADLAŞMALARININ PROFİLAKTİKASI YOLLARI

İxtisas 3215.01

Tibb sahəsi: Mamalıq və ginekologiya

İddiaçı: **Əlizadə Nigar Kamran qızı**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı - 2021

Dissertasiya işi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq və ginekologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru, professor
Leyla Musa qızı Rzaquliyeva

Rəsmi opponətlər:

tibb elmləri doktoru, dosent
İslam Şərif oğlu Mahalov

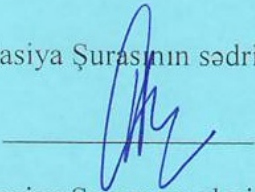
tibb elmləri doktoru
Zəhra Fərhad qızı Abbasova

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Nigar Nəmiq qızı Axundova

Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun bazasında fəaliyyət göstərən FD 2.11 Dissertasiya Şurası

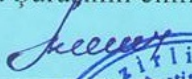
Dissertasiya Şurasının sədri:

tibb elmləri doktoru, professor


Nazim Akif oğlu Qasimov

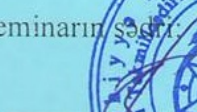
Dissertasiya Şurasının elmi katibi:

tibb üzrə fəlsəfə doktoru


Samira Ələkpər qızı Əkbərbəyova

Elmi seminarın sədri:

tibb elmləri doktoru


Zəhra Fərhad qızı Abbasova



İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Tibbin inkişafı tarixin bütün dövrlərində elmi-texniki tərəqqiyə əsaslanmışdır. İnkişaf etmiş ölkələrdə son yarım əsrlik dövr endoskopik cərrahiyyənin sürətli inkişafı ilə xarakterizə olunur. Hal-hazırda laparoskopiya həkim-ginekoloqun gündəlik praktikasında xüsusi yer tutur. Hesab edilir ki, laparotomik və laparoskopik müdaxilə arasında fundamental fərq vardır, bu fərq laparoskopiyanın ilkin mərhələsinin kor-koranə yerinə yetirilməsi ilə şərtləndirilir və daxili orqanların, damarların zədələnməsinə gətirib çıxara bilər^{1;2;3;4}. Texnologiya təkmilləşdikcə, həmçinin cərrahların ixtisaslaşma səviyyəsi yüksəldikcə bu cür ağır fəsadların yaranma təhlükəsi azalır. Lakin, müasir texnoloji avadanlıqlarla təchiz olunmuş yüksək ixtisaslı cərrah daha mürəkkəb əməliyyatları həyata keçirir, bu da əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra ağırlaşmalar riskinin qalmasına səbəb olur^{5;6;7;8;4}. Ona görə də tədqiqatçıların endoskopik ağırlaşmaların tezliyinə dair məlumatları

¹Lonnerfors, C., Reynisson, P., Persson, J. A randomized trial comparing vaginal and laparoscopic hysterectomy vs robot-assisted hysterectomy // J Minim Invasive Gynecol., - 2015. 22, - p.78–86.

²Allan, C., Ilic, D. Laparoscopic versus Robotic-Assisted Radical Prostatectomy for the Treatment of Localised Prostate Cancer: A Systematic Review // Urol Int., - 2016. 96, - p. 373–378.

³Akhverdiev, B. D., İsaev, H.B. Endoscopic examination fundoplication cuff for comparison of different of results laparoscopic antireflux surgery // Ulusal Hepato Gastroenteroloji Kongresi. 5. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi, 1st Euroasian Gastroenterological Assosiation Symposium, - Hebipa: - 2017, - p. 254.

⁴Gallotta, V. Robotic versus laparoscopic radical hysterectomy in early cervical cancer: A case matched control study // Eur. J. Surg. Oncol., - 2018. Pii: S0748 – 7983(18) 30129 – X.

⁵Ulker, K., Huseyinoglu U., Kılıç, N. Management of benign ovarian cysts by a novel, gasless, single-incision laparoscopic technique: keyless abdominal rope-lifting surgery (KARS). // Surg Endosc., - 2013. 27, - p.189-198

⁶George S. et al. Retrospective cohort study evaluating the impact of intraperitoneal morcellation on outcomes of localized uterine leiomyosarcoma // Cancer., - 2014. 120, 3154–2158.

bir-birindən fərqlənir (0,4 – 3,0%). Hal-hazırda endoskopik əməliyyatların yerinə yetirilməsinin alternativ variantları mövcuddur, radikal histerektomiya da geniş təcrübə toplanmışdır^{8; 9}. Bu həmişinin, endoskopik əməliyyatlar zamanı yaranan fəsadların müxtəlif səviyyədə olmasının səbəblərindəndir. “Cərrahiyyə fəsadları” anlayışına vahid yanaşmanın olmaması da endoskopik əməliyyatların nəticələrinin fərqli şərh edilməsinə gətirib çıxarır. Laparoskopik ginekoloji cərrahiyyə fəsadlarına həsr olunmuş orijinal tədqiqatın müəllifləri böyük (bağırsağın, böyrəklərin perforasiyası, ağır qanaxma ilə damarların zədələnməsi, ağciyər ödemi, ölüm) və yüngül (orta dərəcəli anemiya, az miqdarda qanaxma, abses və digər) ağırlaşmaları ayırd etmiş və onların ayrı-ayrılıqda riskini qiymətləndirmişlər⁴.

Rusiya alimləri^{10;11} qarının ön divar damarlarının yaralanması, bağırsaqların, sidik ifrazı orqanlarının zədələnməsi, kiçik çanaq orqanlarının qanaxması kimi ciddi fəsadları qeyd edir və bu fəsadların əmələ gəlmə səbəblərinin diqqətlə təhlil edilməsinin zəruriliyinə diqqət yetirirlər. Qadınlarda kiçik çanaq orqanlarında aparılan əməliyyatdan sonra 1,83% hallarda yara fəsadları qeydə alınmışdır (peritonit, qarın içi qanaxma, bağırsaq keçirilməzliyi). Bununla belə

⁷Bogani G., Cliby W.A., Aletti G.D. Impact of morcellation on survival outcomes of patients with unexpected uterine leiomyosarcoma: a systematic review and meta-analysis // *Gynecologic Oncology*, - 2015. Vol.137, №1, - p.167–172.

⁸Galvao A. et al. Mini – laparoscopic hysterectomy for adenocarcinoma in situ of the uterine cervix using interchangeable 5 – mm end effectors: a way to cross the line of minimally invasive surgery in gynecologic oncology // *Facts views vis obgyn.*, - 2017. 9 (3), -p. 163 – 166.

⁹Sekhvat, L., Farajkhoda, T., Davar, R. The effect of early removal of indwelling urinary catheter on postoperative urinary complications in anterior colporrhaphy surgery // *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, - 2008. 48(3), - p.348–52.

¹⁰Дивакова, Т.С., Елисеенко, Л.Н. Осложнения лапароскопической хирургии в гинекологической практике // *Вестник ВГМУ*, - 2012. Т. 11, № 1, - с. 96 – 101.

¹¹Галимов, О.В. Профилактика послеоперационных осложнений и возможность контроля её эффективности и др // *Эндоскопическая хирургия*, - 2013. № 2, - с. 48 – 57.

hesab edilir ki, laparoskopiyanın endo-video cərrahi metod kimi istifadəsi təhlükəsizlik səviyyəsinin yüksəlməsinə imkan yaradır.

Qeyd edilir ki, laparoskopik əməliyyatların metodikasının mə-nimsənilməsinin ilk ili ərzində ağırlaşmaların tezliyi 49,5% təşkil etmişdir.¹² Laparoskopik müdaxilədən istifadə təcrübəsinin artması fəsadlaşma hallarının 2,5 dəfə azalmasına səbəb olmuşdur. Müəllifin təqdim etdiyi məlumatlara görə, ən təhlükəli fəsadlaşma intra-əməliyyat qanaxmalarıdır (4,86 %).

Türk alimləri² laparoskopik əməliyyatların fəsadları haqqında daha geniş məlumat verir: Veress iynəsinin yeridilməsi və ya troaka-rın qoyulması nəticəsində iri qan damarlarının zədələnməsi (0,1 - 0,4%); bağırsaqların zədələnməsi (0,04%). Daha çox rast gəlinən visseral fəsadlaşmalara bağırsağın, sidik kisəsinin və sidik axarının zədələnməsi daxildir. Bu fəsadlaşmalar histerektomiya zamanı da baş verə bilər². Ginekoloji laparoskopiya zamanı çoxlu sayda bağırsaq zədələnməsi Ülker K. və həmmüəlliflərin² tədqiqatlarında qeyd edilmişdir. Hesab olunur ki, bağırsaq zədələrinin 50%-nin diaqnozu əməliyyat zamanı qoyulmadığına görə, sepsis və ölüm riski yüksəlir.

Laparoskopik əməliyyatların fəsadlaşma riski çoxvektorludur, onun ölçüsü cərrahın təcrübəsindən, texnologiyanın adekvatlığından, əməliyyatın mürəkkəbliyindən və həcmindən, orqanizmin vəziyyə-tindən və klinikanın şəraitindən asılıdır^{13;4}. Fəsadlaşmanın yüksək səviyyəsini laparoskopik əməliyyatların uğursuzluğu kimi qəbul et-mək olmaz, belə ki, ağır klinik vəziyyətlərdə mürəkkəb laparoskopik əməliyyatlar daha təcrübəli və uğurlu cərrahlar tərəfindən həyata ke-çirilir. Ona görə də laparoskopik əməliyyatların fəsadlaşma riskinin qiymətləndirməsinə səthi yanaşma yanlış nəticələrə səbəb ola bilər.

Müasir elmi ədəbiyyatda endoskopik ginekoloji əməliyyatların fəsadları barədə sübutlu təbabətin tələblərinə müvafiq olaraq alınmış

¹²Сазанова, Е.О. Осложнения лапароскопических операций на органы малого таза у женщин // Эндоскопическая хирургия, - 2007. № 5. - с. 49 – 57.

¹³Fuentes M.N. et al. Complications of laparoscopic gynecologic surgery// JSLS, - 2014. Volume 18, issue 3, e2014. 00058, - p.1-9.

məlumatlar məhduddur^{14;15}, Azərbaycanda isə endoskopik cərrahiyyə geniş inkişaf etsə də, bu cür tədqiqatlar ümumiyyətlə aparılmamışdır^{16;17;18}. Qeyd olunanlar dissertasiya işinin mövzusunun aktuallığını təsdiqləyir.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Cinsiyyət orqanlarının patolojiyalrı zamanı endoskopik üsulla əməliyyat olunmuş qadın tədqiqatın obyektı, qadın cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri, əməliyyat növləri, əməliyyatdan əvvəl və sonra ağrılaşmalar isə müşahidə predmetidir.

Tədqiqatın məqsədi. Endoskopik ginekoloji əməliyyatların fəsadlarının yayılma riskinin və struktur dəyişkənliyinin öyrənilməsi əsasında onların profilaktikası yollarını əsaslandırmaq.

Tədqiqatın vəzifələri:

- Endoskopik ginekoloji əməliyyatların növünə, göstərişinə, səbəbinə və fəsadlarına görə onların xarakteristikasını əldə etmək;
- İntra və əməliyyatdan sonrakı fəsadların yaranma riskinin klinik vəziyyətdən, endoskopik əməliyyatların növündən və səbəbindən asılılığını öyrənmək;

¹⁴Bogani G., Cliby W.A., Aletti G.D. Impact of morcellation on survival outcomes of patients with unexpected uterine leiomyosarcoma: a systematic review and meta-analysis // Gynecologic Oncology, - 2015. Vol.137, №1, - p.167–172.

¹⁵Gallotta, V. Robotic versus laparoscopic radical hysterectomy in early cervical cancer: A case matched control study // Eur. J. Surg. Oncol., - 2018. Pii: S0748 – 7983 (18) 30129 – X.

¹⁶Məmmədov, A.M., Qasımov N.A. Kəskin və xroniki daşlı xolesistitlərdə laparoskopik cərrahiyyənin tətbiqi // Sağlamlıq, - 2016. №3, - s.181-187.

¹⁷Ахвердиев, Б.Д., Исаев, Г.Б. Отдаленные результаты одновременной лапароскопической коррекции хронической дуоденальной непроходимости и холецистэктомии при желчнокаменной болезни // Georgianmedicalnews, - 2016. №5 (254), - с. 19-25

¹⁸Albright, B.B. Robotic Versus Laparoscopic Hysterectomy for Benign Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials / B.B.Albright, T.Witte, A.N.Tofte [et. al] // J Minim Invasive Gynecol., - 2016. 23, - p.18–27. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.08.003> PMID: 26272688

- Koaqulasion və trombositar hemostazın əməliyyatdan öncəki vəziyyətinin endoskopik ginekoloji əməliyyatlar zamanı qan itkisi riskinin yaranmasında rolunu qiymətləndirmək;
- Endoskopik ginekoloji əməliyyatların fəsadlarının profilaktikası yollarını əsaslandırmaq.

Tədqiqatın metodları. Klinik müayinə, ginekoloji baxış, qanın, sidəyin klinik analizi, qanın biokimyəvi analizi, elektrokardioqramma, floranın təhlili üçün vaginal yaxma; koaquloqramma; transvaginall ultrasəs müayinəsi; laparoskopik tədqiqatlar, exohisterofiya, maqnit rezonans tomoqrafiya.

Dissertasiyanın müdafiəyə çıxarılan müddəaları:

- Azərbaycanda endoskopik cərrahiyyənin inkişafı ginekoloji praktikada mürəkkəb laparoskopik və histeroskopik əməliyyatların effektiv tətbiqinə imkan yaratmışdır;
- Endoskopik əməliyyatlar zamanı fəsadlaşma riski dəyişkəndir, klinik situasiyadan, cərrahi müdaxilənin üsulundan, əməliyyatın növündən asılıdır və idarə olunandır;
- Koaqulyasion və trombositar hematozun əməliyyat öncəsi göstəriciləri geniş intervalda tərəddüd edir. Bu göstəricilərin kənar sentilləri endoskopik əməliyyatlar zamanı fəsadlaşma riskinin prediktorları kimi qəbul edilməlidir.

Alınmış nəticələrin elmi yeniliyi:

- İlk dəfə olaraq, Azərbaycanda endoskopik ginekoloji əməliyyatların tətbiqinin uşaqlıqda yerinə yetirilən mürəkkəb laparoskopik və histeroskopik əməliyyatların xüsusi çəkisinin yüksək olması ilə səciyyələnən xüsusiyyəti göstərilmişdir;
- İlk dəfə olaraq, müxtəlif növ laparoskopik və histeroskopik əməliyyatlar zamanı yaranan ağır və orta ağır fəsadlaşmaların tezliyi təyin edilmişdir, bu da Azərbaycanda ginekoloji endoskopik cərrahiyyənin tətbiqinin dünya ölkələrinin analoji xidmətləri sırasında yerini göstərir;
- Fəsadlaşma riskinin klinik vəziyyətdən (yaş, paritet, anamnez, komorbidlik, əməliyyatın səbəbi) və endoskopik müdaxilələrin həcmindən (növündən) asılılığı göstərilmişdir və

ilk dəfə olaraq fəsadların nisbi və atributiv riskinin ölçüsü təyin edilmişdir;

- Endoskopik ginekoloji əməliyyatlar zamanı qan itkisinin riski kimi koagulyasion və trombositar hemostazın son sentilləri və kvartilləri həddində olan göstəricilərin əhəmiyyəti müəyyən edilmiş, onların həssaslığı, spesifikliyi və proqnostik dəyəri qiymətləndirilmişdir.

Alınmış nəticələrin praktik əhəmiyyəti:

- Fəsadların səviyyəsinin və strukturunun risk faktorlarından “səbəb-nəticə” asılılığının aşkar edilməsi endoskopik ginekoloji əməliyyatların yerinə yetirilməsinin təhlükəsizliyinin təmin edilməsinə dair konsepsiyanın formalaşması üçün elmi əsas verir;
- 15 il ərzində endoskopik ginekoloji əməliyyatların ağırlaşma səviyyəsinin təyin edilmiş dinamikası səhiyyə sistemini endoskopik texnologiyanı təkmilləşdirmək və mama-ginekoloqların endoskopik cərrahiyyə sahəsində ixtisaslaşma dərəcələrini artırmaq yollarını seçməyə yönləndirir;
- Endoskopik ginekoloji əməliyyatlar zamanı fəsadların yaranma riskinin dəyişkənliyində müəyyən edilmiş qanunauyğunluqlar həkimlərin, səhiyyə xidmətlərinin və endoskopik ginekoloji cərrahiyyə ilə məşğul olan ixtisaslaşmış klinikaların işini adekvat qiymətləndirməyə imkan verir;
- Dissertasiyada işlənib hazırlanmış endoskopik əməliyyatların fəsadlaşma riskinin asılılığının müəyyənləşdirilməsi metodologiyası perspektivli elmi tədqiqatlarda istifadə edilə bilər.

Tədqiqat nəticələrinin aprobasiyası və tətbiqi. Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi 30.04.2021-ci ildə “Mamalıq və ginekologiya”, “Uşaq və plastik cərrahiyyə kursu ilə ümumi cərrahiyyə”, “Ürək-damar və neyrocərrahiyyə kursu ilə ümumi cərrahiyyə” kafedralarının kafedralararası konfransında aparılmışdır (prot.№ 4). İşin aprobasiyası Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun FD 2.11 Dissertasiya Şurasının Elmi Seminarında (27.05.2021, prot. №4) aparılmışdır.

Tək müəllif kimi 6 elmi məqaləsi dərc edilmişdir. Elmi rəhbəri ilə müştərək 3 məqaləsi nəşr olunmuşdur. SCOPUS tərəfindən indeksləşdirilmiş “Azərbaycan Tibb Jurnalı”nda 2 məqaləsi dərc edilmişdir. Dissertasiyaya dair məqalələrindən biri SCOPUS-da indeksləşdirilmiş və Rusiya Federasiyasında nəşr olunan nüfuzlu jurnalda dərc olunmuşdur. Bundan əlavə, müəllifin məqalələri Azərbaycan Respublikası Ali Attestasiya Komissiyasının tövsiyə etdiyi jurnallarda nəşr edilmişdir.

Dissertantın məqaləsi Rusiyanın Novosibirsk şəhərində keçirilən beynəlxalq elmi və praktik konfransın toplusunda dərc edilmişdir. Bu məqalələrin mətni bir-birini tamamlayır, dissertasiyanın və avtoreferatın mətni ilə üst-üstə düşür.

Tədqiqatın nəticələri “Leyla Medical Center” və “Avrasia” klinikalarının işində və A.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda tədris prosesində tətbiq olunur.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya 165 səhifədə verilmişdir, fərdi kompüterdə yığılmışdır, 26 cədvəl, 12 diaqram tərtib edilmişdir. Dissertasiya işi girişdən (9201 işarə), ədəbiyyat icmalından (Fəsil I - 37849 işarə), tədqiqat materiallarının və metodlarının təsvirindən (Fəsil II - 13080 işarə), şəxsi nəticələrinin əks olunduğu 4 fəsildən (III – 20584 işarə, IV - 55904 işarə, V - 30216 işarə, VI –25086 işarə) yekun - 28221 işarə, nəticələr - 1407 simvol, praktik tövsiyələr - 916 simvol, 7-si Azərbaycan dilində, 51-i rus dilində, 148-i ingilis dilində olmaqla 206 mənbəni əhatə edən ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ümumi işarə sayı 193990-dır.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

Tədqiqat obyekti istisnasız olaraq 2002 - 2016-cı illərdə əməliyyat olunmuş bütün xəstələri əhatə etməklə formalaşmışdır və 2476 müşahidə vahidi təşkil etmişdir.

Qadınların yaşı 14 - 73 yaş intervalında olmuş və orta hesabla $37,85 \pm 0,21$ təşkil etmişdir.

Əməliyyatdan əvvəl bütün qadınlar antropometrik müayinələrədən keçirilmiş və hər biri üçün bədən kütlə indeksi (BKI) hesablanmışdır: $BKI=K/h^2$, burada K - bədən kütləsi (kq), h - boy hündürlüyü (m).

Planlı cərrahi müalicəyə hazırlıq zamanı xəstələrə aşağıdakı müayinələr tətbiq edilmişdir:

- Kliniki müayinələr;
- Ginekoloji müayinə;
- Qanın, sidəyin klinik analizi, qanın biyokimyəvi analizi, elektrokardioqramma, florasına görə vaginal yaxmanın tədqiqi;
- Koagulyogramma (rekalkifikasiyanın aktivləşdirilmiş müddəti, aktivləşdirilmiş qismən tromboplastin müddəti, trombin müddəti, protrombin nisbəti, beynəlxalq normal nisbət, fibrinogen, həll olunan fibrin-monomer komplekslər, trombotiklərin miqdarı, antitrombin III, plazminogen ehtiyatının indeksi və qanın laxtalanma müddəti).

Pasiyentlərin hamısı hospitallaşmadan öncəki mərhələdə transabdominal və transvaginal ultrasəs müayinəsindən keçirilmişdir. Sonsuzluq diaqnozu qoyulmuş qadınların (102) qadın cinsi hormonlarının (antimüller hormonu, follikül stimullaşdırıcı hormon, luteinləşdirici hormon, estradiol və testosteron) analizi həyata keçirilmişdir. “Xroniki çanaq ağrısı” diaqnozlu qadınlarda (141) hospitallaşmadan öncə ağrının səviyyəsini qiymətləndirmək üçün Wong-Baker vizual ağrı şkalası istifadə edilmişdir.

Əsas patologiyanın müalicəsində tətbiq olunan laparoskopik və histeroskopik əməliyyatlar aşağıdakı növlər üzrə qruplaşdırılmışdır:

- Texniki cəhətdən çətin olmayan uşaqlığın əlavə artımları üzərində əməliyyatlar - 495 (adnensektomiya, yumurtalıq rezeksiyası, tubektomiya, ovarektomiya, rekonstruktiv-plastik cərrahiyyə);
- Uşaqlıqda aparılan əməliyyat, bir qayda olaraq texniki cəhətdən mürəkkəb əməliyyatlardır - 1472 (total histerektomiya, subtotal histerektomiya, konservativ miomektomiya və polipektomiya);

- Digər əməliyyatlar – 509 (endometrioiz ocaqlarının koagulyasiyası, döl uzununun histeroskopik nəzarət altında çıxarılması və s.).

Əməliyyat üçün əsas səbəbə görə qruplaşdırılmış pasiyentlərdə, eyni zamanda, cinsiyyət orqanlarının yanaşı patologiyaları da müşahidə edilirdi, həmin patologiyaların bəzilərinə cərrahi müalicə tələb olunurdu ki, bu da eyni vaxtda simultan əməliyyatların yerinə yetirilməsinə əsas verirdi.

Laparoskopik və histeroskopik əməliyyatlar zamanı hemostazı təmin edən üsulları qruplaşdıraraq üç yarımqrupu ayırd etmək olar: monopolyar, bipolyar hemostaz və digər hemostaz növləri.

Bütün əhəmiyyətli fəsadlaşmalar xəstəlik tarixçələrində qeyd edilərək sənədləşdirilmişdir.

Endoskopik əməliyyatların növlərini və səbəblərini, əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra baş verən ağırlaşmaları xarakterizə etmək üçün kəmiyyət əlamətlərinin (yaş, koagulyasion və trombo-sitar hemostaz göstəriciləri) və keyfiyyət əlamətlərinin (əməliyyat növlərinin və səbəblərinin strukturu, ağırlaşmaların tezliyi və strukturu) təsviri statistika metodlarından istifadə edilmişdir. Yaşa görə 5 qrup, əməliyyatın növünə və strukturuna görə 13 qrup, əməliyyata göstərişə görə 17 qrup və illərə görə 3 qrupayrıl edilmişdir. Repro-duktiv fəallığa görə qadınlar 5 qrupa, bədən kütləsi indeksinə görə isə 4 qrupa bölünmüşdür.

Əməliyyat olunmuş xəstələr klinik və demoqrafik məlumatların səciyyələrinə görə yarımqruplara bölünmüşdür, hər yarımqrupda fəsadlaşmaların tezliyi və 95% etibarlılıq intervalı təyin edilmişdir. Yarımqruplar arasındakı fərq χ^2 əmsalı ilə qiymətləndirilmişdir.

Qruplararası fərqlərin əhəmiyyətini sübuta yetirmək üçün riskin dərəcəsinin hesablanması aparılmışdır. Nisbi risk fəsadların əsas qrupdakı göstəricisinin səviyyəsini nəzarət qrupundakı göstəricinin səviyyəsinə bölməklə müəyyən olunmuşdur və fəsadlar arındakı nisbətəin çoxluğu ilə xarakterizə edilmişdir. Atributiv risk əsas və nəzarət qruplarındakı fəsadlaşmaların səviyyələri arasındakı fərqlərə əsasən müəyyənləşdirilmişdir.

Fəsadlaşmanın səviyyəsinin artması ilə assosiasiya olunan əlamətlər (risk faktorları) həssaslıq, spesifiklik və proqnozitik əhəmiyyətlik kəmiyyətlərinə görə qiymətləndirilmişdir.

ENDOSKOPIK GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATLARIN VƏ İNTRA VƏ ƏMƏLİYYATSONRASI FƏSADLAŞMALARIN NÖVLƏRİNİN VƏ SƏBƏBLƏRİNİN SƏCİYYƏLƏRİ

Endoskopik ginekoloji əməliyyatlar əsasən gənc qadınlar üzərində aparılmışdır. Əməliyyat olunan qadınlar arasında 25 yaşa qədər, 25 - 34, 35 - 44, 45 - 54, 55 və yuxarı yaşlı şəxslərin payı müvafiq olaraq $10,0 \pm 0,6$; $30,0 \pm 0,0$; $38,1 \pm 1,0$; $15,9 \pm 0,7$ və $6,0 \pm 0,5\%$ təşkil etmişdir. Xəstələrin minimum və maksimum yaşı müvafiq olaraq 14 və 73 il təşkil etmişdir (orta yaş həddi $37,8 \pm 2,1$ il; yaşın medianası 37 il, yaşın modası 31 il). Pasiyentlərin əksəriyyəti Bakı şəhəri sakinləri olmuşdur (1337 ; $54,0 \pm 1,0\%$). Qadınların reproduktiv aktivliyə görə bölgüsü göstərdi ki, onların $4,1 \pm 0,4\%$ -i (102) doğmamış şəxslərdir (sonsuzluqdan əziyyət çəkənlər), anamnezində bir, iki, üç, dörd, beş və daha çox doğuş müvafiq olaraq 402 ($16,2 \pm 0,7\%$), 931 ($37,6 \pm 1,0\%$), 521 ($21,0 \pm 0,8\%$), 385 ($15,6 \pm 0,7\%$) və 135 ($5,5 \pm 0,5\%$) nəfər qadında qeydə alınmışdır.

480 nəfər qadının ($19,4 \pm 0,8\%$) anamnezində qarın boşluğu və çanaq orqanlarının əməliyyatları qeyd olunmuşdur. Kontingentin bədən kütləsi indeksinə görə bölgüsü belədir: 612 qadında $\leq 24,99$ kq/m² ($24,7 \pm 0,9\%$); 1216 qadında $25 - 29,9$ kq/m² ($49,1 \pm 1,0\%$); 536 qadında $30 - 34,99$ kq/m² ($21,7 \pm 0,7\%$), 112 qadında 35 kq/m² və çox ($4,5 \pm 0,4\%$).

Operativ müalicə üçün əsas səbəblər bunlardır: adenominoz (75; $3,0 \pm 0,3\%$), yumurtalıqların apopleksiyası (78; $3,2 \pm 0,4\%$), sonsuzluq (102; $4,1 \pm 0,4\%$), uşaqlıqdan kənar hamiləlik (28; $1,1 \pm 0,2\%$), genital endometrioz (101; $4,1 \pm 0,4\%$), yumurtalıq kistası (152; $6,1 \pm 0,5\%$), uşaqlığın mioması (670; $27,1 \pm 0,9\%$), servikal kanal polipi (151; $6,1 \pm 0,5\%$), yumurtalıq kistasının residivi (58; $2,3 \pm 0,5\%$), kiçik çanaqda yapışma prosesi (14; $5,7 \pm 0,5\%$), salpinqooforit (37; $1,5 \pm 0,2\%$), tuboovarial şişlər (32; $1,3 \pm 0,2\%$), endometriyanın hiper-

plaziyası (149; $6,0 \pm 0,5\%$), endometrial poliplər (448; $18,1 \pm 0,8\%$), xroniki çanaq ağrısı (141; $5,7 \pm 0,5\%$), qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması (28; $1,1 \pm 0,2\%$), digərləri (84; $3,4 \pm 0,4\%$).

Əməliyyat üçün əsas səbəbdən başqa, pasiyentlərdə digər yanaşı patologiyalar qeydə alınmışdır ki, bunlar da simultan əməliyyatlar üçün göstərişdir. Xüsusilə, sonsuzluğu olan hər 100 qadına (endoskopik cərrahiyyə üçün əsas göstəriş) $25,5 \pm 4,3\%$ hallarda adenomioz, $27,5 \pm 4,4\%$ hallarda genital endometrioiz, $11,8 \pm 3,2\%$ hallarda yumurtalıq kistası, $4,9 \pm 2,1\%$ hallarda uşaqlıq əlavələrinin adenomasi, $15,7 \pm 3,6\%$ hallarda mioma, $11,8 \pm 4,4\%$ hallarda endometrial hiperplaziya, $9,8 \pm 2,9\%$ hallarda digər patologiyalar düşür. Ümumilikdə, sonsuzluq diaqnozu qoyulmuş bir qadına müalicəsi endoskopik əməliyyat tələb edən 1,32 cinsiyyət orqanları patologiyası düşür.

Endoskopik ginekoloji əməliyyat üçün səbəblərin uzlaşması cərrahi müdaxilənin əsas səbəbindən asılı olaraq dəyişkənlik təşkil edir. Belə ki, məsələn, simultan endoskopik əməliyyatlar üçün göstərişlər sonsuzluğu olan qadınlarda nisbətən çoxdur, çanaq orqanlarının sallanması olan qadınlarda isə nisbətən azdır. Hər 100 endoskopik əməliyyata, əsas səbəbdən asılı olaraq müxtəlif sayda yanaşı gedən patologiyalar düşür: sonsuzluqda 132,5 patologiya; adenomiozda 26,6 patologiya; genital endometrioizdə 47,6 patologiya; yumurtalıq kistasında 51,2 patologiya; uşaqlıq miomasımnda 15,2 patologiya; endometriyanın hiperplaziyada 31,6 patologiya; endometriyanın polipində 14,4 patologiya; inkişafdan qalmış hamiləlikdə 2,4 patologiya; uşaqlıqdan kənar hamiləlikdə 75,1 patologiya; yumurtalıqların apopleksiyasında 26,6 patologiya; servikal kanalın polipində 21,2 patologiya; endometroid kista ocaqlarının residivində 29,2 patologiya; kiçik çanaqda yapışma prosesi zamanı 24,7 patologiya; salpinqooforitdə 54,0 patologiya; tuboovarial şişlərdə 28,1 patologiya. Ona görə də, simultan əməliyyatlara zərurət cərrahi müalicə üçün göstəriş olan əsas patologiyadan asılıdır.

Bizim müşahidəmizə görə, $20,0 \pm 0,8\%$ hallarda (95% etibarlılıq intervalı 18,4 – 21,6%) simultan əməliyyatlar aparılmışdır. Simultan endoskopik əməliyyatların ən çox tətbiq edilən variantları bunlardır: histeroskopiya + polipektomiya + salpinqoovariolizis + sol tərəfli

salpinqektomiya + sinexiyaların çıxarılması; ikitərəfli adnensektomiya + uşaqlığın venterofiksasiyası + yuvarlaq bağların qısaldılması + levatoroplastika + ön və arxa kolporafiya; sol tərəfli tubektomiya + sol tərəfli salpinqektomiya + ikitərəfli salpinqoovariolizis; yumurtalıqların qazılması (drilling) + endometrioza ocaqlarının koagulyasiyası.

Hemostaz metodlarının strukturu əməliyyatın həcmindən (növündən) asılı olaraq dəyişmişdir. Monopolyar, bipolyar koagulyasiyanın və digər hemostaz metodlarının payı müvafiq olaraq, konservativ miyomektomiyada 28,7; 60,8 və 10,5%; endometriya poliplərinin çıxarılmasında 26,8; 53,6 və 19,6%; subtotal histerektomiyada 14,1; 28,2 və 57,1%; tubektomiya və ovarektomiyada 72,2; 19,1 və 8,7%, total histerektomiyada 8,0; 35,4 və 56,6%; rekonstruktiv plastik cərrahiyyədə 51,7; 48,3 və 0%; adnektomiyada 40,9; 34,1 və 25,0; yumurtalığın rezeksiyasında 51,7; 48,3 və 0% təşkil etmişdir.

100 əməliyyata $9,25 \pm 0,58$ fəsadlaşma, o cümlədən $0,8 \pm 0,2$ iri həcmli ağır (damar xəsarətləri, bağırsağın və sidik ifrazı orqanlarının zədələnməsi, qanaxma, infeksiyalar, hematoma və s.), $3,35 \pm 0,36$ orta ağır fəsadlaşma (anemiya, qanaxma, infeksiyalar), $3,03 \pm 0,34$ uğursuz laparoskopiya və $2,06 \pm 0,28$ konversiya düşmüşdür. Fəsadlaşmaların ayrı-ayrı növlərinin rastgəlmə tezliyi 100 əməliyyata görə $0,08 \pm 0,5$ hadisədən $1,07 \pm 0,20$ hadisəyə qədər intervalında tərəddüd etmişdir. Ən çox qeydə alınan fəsadlaşmalar yüngül və ağır anemiya (100 əməliyyata görə $1,0 \pm 0,2$ və $0,97 \pm 0,19$), yüngül qanaxma (100 əməliyyata görə $0,48 \pm 0,13$), əməliyyatsonrası hematoma (100 əməliyyata görə $0,44 \pm 0,13$) və infeksiyalardır (100 əməliyyata görə $0,16 \pm 0,08$).

Endoskopik əməliyyatlar zamanı fəsadlaşmaların kombinə olunması diqqəti cəlb edir: qanaxma + sidik axarlarının zədələnməsi; qanaxma + kiçik çanaqda hematoma; qanaxma + bağırsağın zədələnməsi; qanaxma + sidik kisəsinin zədələnməsi; qanaxma + bağırsaq arasındakı abses; qanaxma + sidik kisəsinin zədələnməsi + sidik axarının zədələnməsi. Ümumilikdə, kombinə olunmuş və tək-tək fəsadlaşmaların payı müvafiq olaraq 20 və 80% təşkil etmişdir.

İNTRA VƏ ƏMƏLİYYAT SONRASI FƏSADLAŞMA RİSKİNİKLİNİK VƏZİYYƏTDƏN, ENDOSKOPIK GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATIN NÖVÜNDƏN VƏ SƏBƏBİNDƏN ASILILIĞI

Klinik vəziyyətdən asılı olaraq əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların səviyyəsi (kontingentin səciyyələri və əməliyyatların növləri) cədvəldə göstərilmişdir. Fəsadlaşmaların tezliyi simultan əməliyyatlar zamanı laparoskopik müdaxilə ilə əməliyyat olunmuş qadınlar qrupunda (qeyri-simultan $0,6 \pm 0,4\%$ əməliyyata qarşı $12,3 \pm 4,0\%$), miomatoz düyünlərin sayı 4 və ya daha çox olduqda (düyünlərin sayı 4-dən az olduqda $1,1 \pm 0,8\%$ -ə qarşı $3,9 \pm 1,4\%$), anemiya fonunda (normal hemoglobinin miqdarının $1,0 \pm 0,58\%$ -nə qarşı $8,2 \pm 2,9\%$) və aybaşının pozulması (normal aybaşının $1,3 \pm 0,7\%$ -nə qarşı $4,9 \pm 1,8\%$) zamanı əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

Orta ağır dərəcədə fəsadlaşmaların, həmçinin ağır fəsadlaşmaların riski, pasiyentin klinik-demoqrafik səciyyələri ilə müəyyən olunan klinik vəziyyətdən asılı olaraq müxtəlif ola bilər. 40 yaşa qədər, 40 - 49, 50 və yuxarı yaşlı qadınların qruplarında fəsadlaşmanın tezliyi müvafiq olaraq $2,2 \pm 0,9\%$ (95% etibarlılıq intervalı 0,4 - 4,0%), $6,0 \pm 1,5$ (95% etibarlılıq intervalı 3,0 – 9,0%) və $8,3 \pm 2,1\%$ (95% etibarlılıq intervalı 4,1 – 12,5%) təşkil etmişdir. Ən aşağı fəsadlaşma riski 40 yaşadək qadınlar qrupunda qeydə alınmışdır. Bu qrupla müqayisədə (şərti nəzarət qrupu), digər yaş qruplarında fəsadların səviyyəsi xeyli yüksəkdir ($p \leq 0,05$). Fəsadlaşmaların nisbi və atributiv riskinin ölçüsü 40 - 49 yaş qrupu üçün 2,7 və 3,8%; 50 yaş və yuxarı yaş qrupu üçün isə 3,8 və 6,1% təşkil etmişdir. Orta ağır dərəcəli fəsadlaşmaların səviyyəsi konservativ miomektomiyalarda nisbətən az olmuşdur ($3,8 \pm 1,0\%$; 95% etibarlılıq intervalı 1,8 – 5,8%).

Uşaqlığın subtotal histerektomiyası zamanı ($4,3 \pm 1,3\%$; 95% etibarlılıq intervalı 1,7 – 6,9%) fəsadlaşmaların səviyyəsi nisbətən yüksək olmuşdur, lakin konservativ miomektomiya ilə müqayisədə sıfır hipotezinin ədalətliyi təsdiqlənmişdir ($p > 0,05$). Fəsadlaşmanın statistik əhəmiyyətli dərəcədə yüksək səviyyəsi total histerektomiya

halları üçün səciyyəvidir ($15,1 \pm 4,4\%$; 95% etibarlılıq intervalı 6,3 – 23,9%). Total histerektomiya zamanı nisbi və atributiv riskin səviyyəsi (konservativ miomektomiya ilə müqayisədə) müvafiq olaraq 3,97 və 11,3% təşkil etmişdir.

Cədvəl .Kontinquentin səciyyələrindən asılı olaraq ağır əməliyyat sonrası fəsadlaşmaların səviyyəsi.

Müvafiq əlamətlərlə assosiasiya olunan kontingent	Laparoskopik əməliyyatlar	Histeroskopik əməliyyatlar	P
Hamısı	10/378($2,7 \pm 0,8$)	6/292($2,1 \pm 0,8$)	$>0,05$
Yaş, illər			
40 yaşa qədər	2/150($1,3 \pm 0,9$)	2/118($1,7 \pm 1,1$)	$>0,05$
40-49	3/122($2,5 \pm 1,4$)	2/112($1,8 \pm 1,2$)	$>0,05$
50 və yuxarı yaş	5/106($4,7 \pm 2,1$)	2/62($3,2 \pm 2,2$)	$>0,05$
Əməliyyatların növləri:			
Total histerektomiya	4/50($8,0 \pm 3,8$)	2/16($12,5 \pm 8,2$)	$>0,05$
Konservativ mioektomiya	4/260($1,5 \pm 0,75$)	2/109($1,8 \pm 1,2$)	$>0,05$
Subtotal histerektomiya	2/68($2,9 \pm 2,0$)	2/167($1,2 \pm 0,8$)	$>0,05$
Simultan əməliyyatlar	8/65($12,3 \pm 4,0$)•	7/32($3,1 \pm 3,1$)	$>0,05$
Qeyri-simultan əməliyyatlar	2/313($0,6 \pm 0,4$)	5/260($1,9 \pm 0,8$)	$>0,05$
Düynlərin sayı			
1 – 3	2/175($1,1 \pm 0,8$)	3/204($1,5 \pm 0,8$)	$>0,05$
4 və çox	8/203($3,9 \pm 1,4$)•	3/88($3,4 \pm 1,9$)	$>0,05$
Anemiya			
Var	7/85($8,2 \pm 2,9$)•	4/79($5,1 \pm 2,5$)	$>0,05$
Yoxdur	3/293($1,0 \pm 0,58$)	2/213($0,9 \pm 0,64$)	$>0,05$
Aybaşının pozulması			
Var	7/142($4,9 \pm 1,8$)•	5/130($3,8 \pm 1,7$)	$>0,05$
Yoxdur	3/236($1,3 \pm 0,7$)	1/162($0,6 \pm 0,6$)	$>0,05$
• ($p < 0,05$)– qruplar daxili yarımqruplarla müqayisədə			

Uşaqlığın mioması zamanı yerinə yetirilən simultan əməliyyatlarda qeyri-simultan əməliyyatlarla müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə tez-tez fəsadlaşma baş verir (müvafiq olaraq $12,3 \pm 3,3$ və $3,8 \pm 0,8\%$; $p < 0.05$). Orta ağır dərəcəli fəsadlaşmaların nisbi və atributiv riskləri müvafiq olaraq 3,24 və 8,5% təşkil etmişdir. Fəsadlaşma hadisələrinin sayı hər 100 əməliyyata görə uşaqlıq mioması səbəbi ilə aparılan əməliyyatlar zamanı 7,5 (2,4 ağır və 5,1 orta ağır fəsadlaşma), endometriyada polip səbəbi ilə əməliyyatlar zamanı 2,9; uşaqlığın artımları səbəbi ilə əməliyyatlar zamanı 2,4; histeroskopik nəzarət altında döl yumurtasının çıxarılması zamanı 1,9; xroniki çanaq ağrısı səbəbi ilə əməliyyatlar zamanı 3,5 olmuşdur. Uşaqlığın mioması zamanı yerinə yetirilən laparoskopik və histeroskopik əməliyyatlarda ağır və orta ağır fəsadlaşma riski demək olar ki, eynidir: hər 100 əməliyyata müvafiq olaraq $2,7 \pm 0,8$ və $2,1 \pm 0,8$ ağır, $5,0 \pm 1,1$ və $5,0 \pm 1,3$ orta ağır fəsadlaşma hadisəsi düşür. Uşaqlığın mioması səbəbi ilə əməliyyatlar zamanı fəsadların yaranma riski yaşdan (40 yaşa qədər $2,2 \pm 0,9\%$, 50 və yuxarı yaşlarda $8,3 \pm 2,1\%$), əməliyyatın növündən ($15,1 \pm 4,4\%$ total histerektomiyada və $3,8 \pm 1,0\%$ konservativ miomektomiyada), əməliyyatın simultanlığından ($12,3 \pm 3,3\%$ simultan əməliyyatlarda və $3,8 \pm 0,8\%$ qeyri-simultan əməliyyatlarda), miomatoz düyünlərin miqdarından ($1,6 \pm 0,6$ və $9,6 \pm 1,7\%$ düyün sayı ≤ 3 və ≥ 4 olduqda), anamnezdə abdominal əməliyyatları olmasından ($3,6 \pm 0,8$ olmadıqda və $9,8 \pm 2,3\%$ olduqda), menstrual tsiklin pozulmasından ($3,0 \pm 0,8\%$ olmadıqda və $8,8 \pm 1,6\%$ olduqda) asılı olmuşdur. Endometrial poliplər zamanı histeroskopik əməliyyatlar polimorbidlik (19,64% endometriyanın hipertenziyası, 28,6% mioma və fibrioma, 3,12% adenomioz, 12,94% uşaqlıq çapığı, 2,9% servikal kanalın polipi, 9,59% anemiya, 6,47% şəkərli diabet, 6,47% arterial hipertenziya) fonunda aparılır, polipektomiyadan (71,4%), diaqnostik küretajdan (87,3%) və miomektomiyadan və poliektomiyadan (23,3%) ibarətdir, 1,8% hallarda ağır fəsadlaşmalar, 0,9% hallarda bir il ərzində residivlər yaranır. İntra və əməliyyatdan sonrakı fəsadların yaranma riski yaşdan, əməliyyatların simultanlığından, poliplərin formasından və ölçüsündən, pasiyentin vəziyyətinin polimorbidliyindən asılıdır. Uşaqlıq əlavələrində aparılan laparoskopik əməliyyatlara adnek-sek-

tomiya (8,9%), yumurtalıqların rezeksiyası (5,9%), rekonstruktiv-plastik cərrahiyyə (24,3%), tubektomiya və ovaroektomiya (56,0%) daxildir, əsasən yumurtalıqlarda (30,7%), sonsuzluq səbəbi ilə (20,6%), adenomiozda (15,2%), genital endometrioza (20,4%) xəstənin vəziyyətinin polimorbidliyi fonunda (16,2% kolpit, 24,2% endometrit və salpinqooforit, 8,1% uşaqlığın mioması), 2,4% hallarda intra və əməliyyat sonrası ağrılaşmalarla, 5,1% hallarda 200 ml-dən çox qan itkisi ilə assosiasiya olunur, fəsadlaşma riski klinik vəziyyətdən asılıdır. Histeroskopik nəzarət altında döl yumurtasının çıxarılması əksər hallarda uğursuz klinik vəziyyət (polimorbidlik) fonunda aparılır, 1,9% hallarda infeksiya-iltihabi ağrılaşmalar yer alır, 5,3% hallarda 200 ml-dən çox həcmdə qan itkisi ilə assosiasiya olunur. Müxtəlif lokalizasiyalı endometrioza və yapışma prosesləri ilə əlaqədar xroniki çanaq ağrısı ocaqların distruksiyasının, adneqiolizisin, salpinqoovariolizin laparoskopik əməliyyatlarının yerinə yetirilməsini tələb edir, bu əməliyyatlar 3,5% hallarda fəsadlaşır və 7,1% hallarda 200 ml-dən çox qan itkisi ilə assosiasiya olunur. Laparoskopik total histerektomiya bütün endoskopik ginekoloji əməliyyatlar arasında xüsusi yer tutur ($6,1 \pm 0,5\%$), uşaqlıqda aparılan bütün cərrahi əməliyyatların $10,2 \pm 0,8\%$ -i onun payına düşür, daha çox uşaqlıq mioması (86,7%), anomal qanaxma (41,3%) və çanaq ağrıları (12,0%), səbəbi ilə yerinə yetirilir, bu əməliyyat səbəbləri əksər hallarda bir-biri ilə uzlaşır. Laparoskopik total histerektomiyanın əsas xüsusiyyəti onun mürəkkəb klinik vəziyyətlərdə tətbiq edilməsindən ibarətdir (əvvəllər qarın boşluğunda aparılmış əməliyyatlar, anamnezdə abdominal doğuş – müvafiq olaraq 30 və 22,7%, piylənmə – 32%, anemiya – 37,3%, arterial hipertenziya – 27,3%, şəkərli diabet – 16,0% və s), bu klinik situasiyalar fəsadlaşmalar üçün risk faktorlarıdır: 100 laparoskopik total histerektomiyaya $12,0 \pm 2,6$ fəsadlaşma hadisəsi, $14,7 \pm 2,8$ stasionarda 3 gündən çox gecikmə hadisəsi, $20,7 \pm 3,3$ qan köçürmə hadisəsi qeydə alınmışdır. Klinik vəziyyətdən asılı olaraq, bu hadisələrin riski müvafiq olaraq 5,5 – 22,2; 6,5 – 31,1 və 87 – 48,8% intervalında dəyişmişdir.

ENDOSKOPIK GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATLAR ZAMANI KOAQULYASİON VƏ TROMBOSİTAR HEMOSTAZIN VƏZİYYƏTİ VƏ QAN İTKİSİ RİSKİ

Endoskopik ginekoloji əməliyyatlardan əvvəl pasiyentlərdə koagulyasion və trombositar hemostazın göstəriciləri geniş intervalda tərəddüd etmişdir: rekalsifikasiyanın aktivləşdirilmiş vaxtı üçün 42,5 - 70,4 saniyə, qismən aktivləşdirilmiş tromboplastin vaxtı üçün 32,4 - 46,5 saniyə, trombin vaxtı üçün 14,3 - 26,0 saniyə, protrombin nisbəti üçün 0,75 - 1,98, beynəlxalq normallaşmış nisbət üçün 1,04 - 2,01, fibrinogen üçün 2,24 - 3,28 q^r/l, həll olunan fibrin - monomer komplekslər üçün 2,45 - 4,30 mq%, trombositlərin miqdarı üçün $165 - 375 \times 10^9/l$, antitrombin III üçün 81,2 - 95,2, plazmogen rezervinin indeksi üçün 96,4 - 112,5%, qanın laxtalanma vaxtı üçün 5,2 - 11,0 dəqiqə. Hemostaz göstəricilərinin səviyyəsi medianadan az və çox olan qadın qrupları, endoskopik ginekoloji əməliyyatlar zamanı qanaxmaların tezliyinə görə bir-birindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənirlər. Yuxarı kvartil (75%), hemostaz göstəricilərinin 90-cı centili də endoskopik ginekoloji əməliyyatlar zamanı yüksək qanaxma riski ilə assosiasiya olunur. Hemostaz meyarları sırasında olan prediktorların həssaslığı 50,0 - 83,3% intervalında, spesifikliyi isə 47,0 - 93,8% intervalında dəyişir. Prediktorların pozitivliyinin proqnozitik əhəmiyyəti aşağı (1,2 - 5,3%), neqativliyinin proqnozitik əhəmiyyəti isə yüksək (94,7 - 98,6%) olmuşdur.

ENDOSKOPIK GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATLARIN FƏSADLARININ PROFİLAKTİKASI YOLLARININ ƏSASLANDIRILMASI (ALINMIŞ NƏTİCƏLƏRİN MÜZAKİRƏSİ VƏ YEKUN)

Endoskopik cərrahiyyə elmi – texniki tərəqqinin nəticəsidir, bir çox patologiyanın radikal müalicə imkanlarını əhəmiyyətli dərəcədə genişləndirir, ağır fəsadların yaranma riskini azaldır, lakin, eyni zamanda da gözlənilən effektivliyin əldə olunmasına mane olan yeni

risklər yaradır. Laparoskopik və histeroskopik əməliyyatlar ginekoloji praktikada geniş istifadə olunur. Azərbaycanda ginekologiya sahəsində endoskopik cərrahiyyənin geniş tətbiqinə nisbətən gec başlanılmışdır, lakin ölkənin iqtisadi potensialının sürətli artımı yüksək texnoloji istiqamətlərin, o cümlədən endoskopik ginekologiyanın daha da intensiv inkişafına təkan verdi.

Təkcə bir klinikanın materiallarının təhlili göstərdi ki, 2002-2016-cı illər ərzində 2476 endoskopik ginekoloji əməliyyat aparılmışdır. Bu cür əməliyyatların artımının intensivliyi diqqət çəkir. İlk beş illik intervalda (2002 – 2006-cı illər) yalnız 350 qadın əməliyyat edilmişdir, ikinci beşillikdə əməliyyat olunan qadınların sayı iki dəfə, üçüncü beşillikdə isə (2012 – 2016-cı illər) dörd dəfədən çox artmışdır. Bu illər ərzində əməliyyatların sayının artması fonunda onun siyahısı genişlənməmişdir. Endoskopik ginekoloji əməliyyatların strukturunda uşaqlıqda icra edilən əməliyyatlar üstünlük təşkil edir ($59,5 \pm 1,0\%$; 95% etibarlılıq intervalı 57,5 – 61,5%), sonrakı yerləri müvafiq olaraq uşaqlıq əlavələrinin əməliyyatları ($20,0 \pm 0,8\%$; 95% etibarlılıq intervalı 18,4 – 21,6%), histeroskopun nəzarəti altında döl yumurtasının instrumental vasitə ilə çıxarılması ($16,7 \pm 0,7\%$; 95% etibarlılıq intervalı 15,3 – 18,1%) və digər əməliyyatlar ($3,8 \pm 0,4\%$; 95% etibarlılıq intervalı 3,0 – 4,6%) tuturlar. Bizim məlumatlarımıza əsasən, endoskopik ginekoloji əməliyyatların strukturunda üstünlük təşkil edir: konservativ miomektomiya ($21,1 \pm 0,8\%$; 95% etibarlılıq intervalı 19,5 – 22,7%), endometriya poliplərinin ektomiyası ($18,1 \pm 0,8\%$; 95% etibarlılıq intervalı 16,5 – 19,7%), histeroskopun nəzarəti altında döl yumurtasının çıxarılması ($16,7 \pm 0,7\%$; 95% etibarlılıq intervalı 15,3 – 18,1%), subtotal histerektomiya ($13,2 \pm 0,7\%$; 95% etibarlılıq intervalı 11,8 – 14,6%), tubektomiya və ovarektomiya ($11,2 \pm 0,6\%$; 95% etibarlılıq intervalı 10,0 – 12,4%), total histerektomiya ($7,1 \pm 0,5\%$; 95% etibarlılıq intervalı 6,1 – 8,1%), rekonstruktiv-plastik əməliyyatlar ($5,8 \pm 0,5\%$; 95% etibarlılıq intervalı 4,8 – 6,8%), endometrioza ocaqlarının koagulyasiyası ($1,9 \pm 0,3\%$; 95% etibarlılıq intervalı 1,3 – 2,5%).

Laparoskopik cərrahiyyənin ginekologiyada tətbiqinin uzun müddətli tarixi olan ölkələrdə endoskopik cərrahiyyə strukturu bizim

məlumatlarımızdan fərqlənir. Xüsusilə, Moskvada, Y.O.Sazonovanın məlumatlarına görə, qadınların kiçik çanaq orqanlarında laparoskopik əməliyyatların strukturunda, uşaqlıq əlavələrində aparılan əməliyyatların payı yüksəkdir (67,49%, bizim müşahidəmizdə $20,0 \pm 0,8\%$), uşaqlıq əməliyyatların payı isə azdır ($20,47\%$, bizim müşahidəmizdə $59,5 \pm 1,0\%$).

İspaniyada laparoskopik ginekoloji əməliyyatlar arasında uşaqlıq borusunun sistektomiyası (30,7%) və adnektomiya (15,5%) üstünlük təşkil edir. Mürəkkəb laparoskopik əməliyyatların payı çox aşağıdır (8,6%), o cümlədən 3,6% total histerektomiya, 1,3% subtotal histerektomiya, 1,3% miomektomiya və 2,4% laparoskopik nəzarət altında vaginal histerektomiya.

2002-2016-cı illərdə əməliyyatların sayının artması fonunda onların siyahısı genişlənməmişdir və Azərbaycanda laparoskopik ginekoloji əməliyyatın xüsusiyyətləri izlənilmişdir:

- Laparoskopik və histeroskopik metodların daha mürəkkəb müdaxilələrdə istifadəsi (21,1% konservativ miomektomiya daxil olmaqla, uşaqlıq əməliyyatlarının 59,5% -i; endometriya poliplərinin çıxarılması - 18,1%; total histerektomiya - 7,1, subtotal histerektomiya - 13,2%);
- Döl yumurtasının çıxarılması zamanı histeroskopik nəzarətin nisbətən çox istifadəsi;
- Konservativ miomektomiyanın nisbətən çox istifadəsi (total, subtotal histerektomiya və konservativ miomektomiyanın payı Y.O.Sazonovanın məlumatlarında müvafiq olaraq 3,14; 5,81 və 11,52%; bizim məlumatlarımızda 7,1; 13,2 və 21,1%).

Qeyd olunan xüsusiyyətləri nəzərə alaraq təşkilati məsələlərlə bağlı iki mühüm nəticəyə gəlmək olar:

- Sadə laparoskopik əməliyyatların tətbiqinin genişləndirilmək, hansı ki, hazırda endoskopik cərrahiyyə üsullarını bilməyən ginekoloqlar tərəfindən yerinə yetirilir (bu statistik məsələdir);
- Əməliyyat zamanı və əməliyyat sonrası fəsadlaşmanın səbəblərini təhlil edərkən laparoskopik əməliyyatların struk-

turunda mürəkkəb əməliyyatların üstünlük təşkil etdiyini nəzərə almaq.

Laparoskopik əməliyyatların nəticəsi, bütün cərrahi müdaxilələrin nəticələri kimi, xəstənin vəziyyəti (yaş, digər orqanların patologiyaları), əməliyyat üçün göstərişlər (səbəblər), müalicə taktikası seçiminin vaxtında və adekvat olması və digər şərtlər ilə xarakterizə olunan klinik vəziyyətdən asılıdır.

Hal-hazırda endoskopik əməliyyatların tətbiqi ilə bağlı praktik olaraq, heç bir ciddi məhdudiyyət yoxdur. Ona görə də endoskopik əməliyyata göstərişlərin strukturu müxtəlifdir, çünki bu struktur ümumilikdə ölkədə endoskopik cərrahiyyənin inkişafından asılıdır. Əməliyyat olunanların strukturundakı, klinik situasiyanın xarakterinə görə, fərq də bu amil əsasında müəyyənləşdirir. İnkişaf etmiş endoskopik cərrahiyyə xidmətinə malik ölkələrdə, kiçik çanaq orqanları patologiyalarının cərrahi müalicəsində laparoskopik və histeroskopik müdaxilənin istifadəsində heç bir məhdudiyyət yoxdur. Bu baxımdan, intra və əməliyyat sonrası fəsadların səviyyəsinin eyni olmaması və strukturunun fərqli olması ehtimalı yüksəkdir.

Ədəbiyyatda endoskopik ginekoloji əməliyyatların səbəblərinin strukturu geniş işıqlandırılmışdır. Bizim müşahidəmizdə laparoskopik əməliyyatlar üçün səbəblərin prioritetə görə ardıcılığı belədir: uşaqlıq mioması ($27,1 \pm 0,9\%$), endometrial poliplər ($18,1 \pm 0,8\%$), servikal kanalın polipləri ($6,1 \pm 0,5\%$), yumurtalıq kistaları ($6,1 \pm 0,5\%$), endometriumun hiperplaziyası ($6,0 \pm 0,5\%$), xroniki çanaq ağrısı ($5,7 \pm 0,5\%$), kiçik çanaqda yapışma prosesi ($5,7 \pm 0,5\%$), genital endometrioz ($4,1 \pm 0,4$), sonsuzluq ($4,1 \pm 0,4$), yumurtalıqların apopleksiyası ($3,2 \pm 0,4$), adenomioz ($3,0 \pm 0,3\%$) və digərləri. Hal-hazırda endoskopik əməliyyatların tətbiqi ilə bağlı praktik olaraq, heç bir ciddi məhdudiyyət yoxdur. Ona görə də endoskopik əməliyyata göstərişlərin strukturu müxtəlifdir, çünki bu struktur ümumilikdə ölkədə endoskopik cərrahiyyənin inkişafından asılıdır. Əməliyyat olunanların strukturundakı, klinik situasiyanın xarakterinə görə, fərq də bu amil əsasında müəyyənləşdirir. İnkişaf etmiş endoskopik cərrahiyyə xidmətinə malik ölkələrdə, kiçik çanaq orqanları patologiyalarının cərrahi müalicəsində laparoskopik və histeroskopik müdaxilənin istifadə-

sində heç bir məhdudiyyət yoxdur. Bu baxımdan, intra və əməliyyat sonrası fəsadların səviyyəsinin eyni olmaması və strukturunun fərqli olması ehtimalı yüksəkdir.

Laparoskopik əməliyyatlar zamanı laparoskopik müdaxilə ilə məqsədə çatma bilmədikdə konversiyanın tətbiq edilməsi hallarına rast gəlinir. Uğursuz laparoskopiya hallarının baş verməsi mümkündür. Fuentes və həmmüəllifləri¹³ hesab edirlər ki, belə hadisələr laparoskopik əməliyyatın ağırlaşmaları kimi qəbul edilməlidir. Bizim işimizdə $2,06 \pm 0,28\%$ hallarda konversiya və $3,03 \pm 0,34\%$ hallarda isə uğursuz laparoskopiya qeydə alınmışdır. Fuentes və həmmüəlliflərin bilavasitə müşahidələrində konversiya – $1,58\%$ (bizim müşahidəmizdən $1,3$ dəfə az) və uğursuz laparoskopiya – $3,57\%$ (bizim müşahidəmizdən $1,2$ dəfə çox) hallarda olmuşdur.

Bizim tədqiqatımızda qan damarlarının ($0,12 \pm 0,06\%$), bağırsaqların ($0,08 \pm 0,05\%$) və sidik ifraz edən orqanların ($0,12 \pm 0,06\%$) zədələnməsinin, kiçik çanaq orqanlardan erkən qanaxmaların ($0,08 \pm 0,06\%$) tezliyi Fuentes və həmmüəlliflərin (“0”; $0,35$; $0,14$; $1,28\%$) və Y.O. Sazanovanın ($0,18$; $0,11$; $0,22$ və $0,48\%$) müşahidələrindəki müvafiq göstəricilərdən fərqlənir. Lakin bu fərqləri etibarlı hesab etmək mümkün deyil, belə ki, qeyd olunan müəlliflərin tədqiqat işlərində göstəricilərin statistik xətası barədə məlumat verilmir.

İnfeksion fəsadlaşmaların tezliyi həm bizim işimizdə (16%), həm də Y.O.Sazonovanın ($0,18\%$) və Fuentes və həmmüəlliflərin ($0,10\%$) müşahidələrində oxşar olmuşdur.

Kiçik fəsadlar arasında bizim işimizdə anemiya (100 əməliyyata $1,97$), yüngül qanaxma (100 əməliyyata $0,48$) və əməliyyat sonrası hematoma ($0,44\%$) üstünlük təşkil etmişdir. Fuentes və həmmüəlliflərin müşahidələrində bu fəsadların yaranma tezliyi (müvafiq olaraq $2,05$; $0,52$ və 0%), müəlliflərin ayırd etmədikləri hematoma halları istisna olmaqla, oxşardır.

Beləliklə, bizim müşahidəmizdə qeydə alınmış laparoskopik əməliyyatlar zamanı baş verən fəsadlaşmaların tezliyi və strukturu əsasən ədəbiyyat məlumatları ilə oxşardır, lakin nəzərə çarpan fərdi xüsusiyyətlər mövcuddur:

- Ağır fəsadlaşmaların tezliyinin nisbətən az olması fonunda ($0,8 \pm 0,2\%$), damarların zədələnməsi riski ($0,12 \pm 0,06\%$) yüksək, çanaq orqanlarından erkən qanaxma riski daha azdır ($0,08 \pm 0,05\%$);
- Yüngül fəsadlaşmalar nisbətən az olmaqla yanaşı, əməliyyatdan sonra texniki mənşəli ola bilən hematomanın yaranma ehtimalı yüksəkdir.

Ümumilikdə, tədqiqat işimizdə müşahidənin həcmi və fəsadların rastgəlmə tezliyi (2476 əməliyyat və 3% fəsadlaşma) Fuentes və həmmüəlliflərin (2888 və 6,2%) təqdim etdikləri tədqiqat işi ilə adekvatdır, bu da fəsadlaşma riski faktorlarını təyin etməyə və onların profilaktikası yollarını təklif etməyə əsas verir.

Laparoskopik əməliyyatların intra və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalarının ümumi qəbul edilmiş risk faktoru cərrahın peşəkar bacarığı hesab olunur. Bu amilin rolunu nəzərə almaq metodoloji baxımdan sadə, təşkilati baxımdan isə çətindir. Fuentes və həmmüəlliflərin müşahidəsində olduğu kimi, biz də bir klinikanın uzun bir müddəti əhatə edən materiallarından istifadə etdik (bizim müşahidəmizdə 2002 – 2016, Fuentes və həmmüəlliflərin müşahidəsində 2000 – 2012-ci illər). Eyni zamanda, vaxt cərrahın toplanmış təcrübəyə əsaslanan ixtisaslaşmasının artımı faktoru rolunu oynayır. 2002 - 2006, 2007 - 2011, 2012 - 2016-cı illərin dinamikasında biz ağır ($1,1 \pm 0,5\%$ -dən $0,7 \pm 0,2\%$ -ə qədər), yüngül ($5,1 \pm 1,2\%$ -dən $3,9 \pm 0,5\%$) fəsadlaşmaların, konversiyanın ($4,3 \pm 1,1\%$ -dən $1,3 \pm 0,3\%$ -ə qədər) və uğursuz laparoskopiya hadisələrinin ($5,7 \pm 1,2\%$ -dən $1,5 \pm 0,3\%$ -ə qədər) tezliyinin azalmasını müşahidə etdik. Bu, həkimlərin endoskopik cərrahiyyə sahəsində təcrübələrinin artdıqca, fəsadlaşma, konversiya risklərinin və uğursuz laparoskopiya cəhdlərinin azaldığını göstərir.

Qan damarlarının və daxili orqanların travmatik zədələrinin profilaktikası elmi cəhətdən əsaslandırılmış cərrahi müalicə strategiyası və taktikası olduğu təqdirdə mümkündür. Səhiyyənin bu sahədəki vəzifələri bəllidir: endoskopik cərrahiyyə sahəsindəki fəaliyyətlərin lisenziyalaşdırılması və akkreditasiyası, laparoskopik müdaxilələrin prinsiplərinə və qaydalarına ciddi riayət etmək (qarın boşluğuna

giriş, adekvat pnevmoperitonizm, Veress iynəsinin düzgün yeridilməsi və digər texniki aspektlər).

İnfeksiyon fəsadların profilaktikası işi risk faktorlarının rolu elmi əsaslandırıldıqda daha uğurlu təşkil olunur. Bizim işimizdə bu cür risk faktorları infeksiya ocaqları (sidik-cinsiyyət, tənəffüs sistemlərinin, ağız boşluğunun və s. iltihabi xəstəlikləri) olan və adı gedən defisitın durumunu formalaşdıran, yanaşı patologiyalardır. Buna görə xəstənin laparoskopik və histeroskopik əməliyyata hazırlanması onun sağlamlıq vəziyyətinin tam xarakteristikasına zəmanət verməlidir.

Damarların travmatik zədələnməsi ilə əlaqədar olmayan intra və əməliyyat sonrası qanaxmanın profilaktikası, əməliyyatdan əvvəl hemostaz sisteminin yüksək keyfiyyətli monitorinqi və hemostaz sistemindəki pozuntuların effektiv korreksiya sistemi sayəsində mümkündür. Xəstənin hemostaz göstəriciləri normativ kəmiyyətlərin kənar hədlərinə daha yaxın olduqda xüsusi ilə ehtiyatlı olmaq tələb olunur.

NƏTİCƏLƏR

1. Endoskopik ginekoloji əməliyyatların strukturunda uşaqlıqda ($59,5 \pm 1,0\%$) və uşaqlıq əlavələrində ($20,0 \pm 0,8\%$) icra edilən texniki cəhətdən mürəkkəb əməliyyatların payı yüksəkdir, bu, ölkədə inkişaf etmiş endoskopik cərrahiyyə xidmətinin formalaşdığını göstərir.
2002 - 2016-cı illərin dinamikasında çox ağır ($1,1 \pm 0,5\%$ -dən $0,7 \pm 0,2\%$ -ə qədər) və orta ağır ($5,1 \pm 1,2\%$ -dən $3,9 \pm 0,5\%$ -ə qədər) endoskopik ginekoloji əməliyyatların fəsadlaşmalarının, konversiyaların ($4,3 \pm 1,1\%$ -dən $1,3 \pm 0,3\%$ -ə qədər) və uğursuz laparoskopianın ($5,7 \pm 1,2\%$ -dən $1,5 \pm 0,3\%$ -ə qədər) tezliyi azalmışdır.
2. Ciddi fəsadların yaranma riski endoskopik cərrahiyyənin növündən ($14,9\%$ total və $7,6\%$ subtotal histerektomiya, $5,2\%$ konservativ miomektomiya və $\leq 2,9\%$ digər əməliyyatlar zamanı), pasiyentin yaşından ($45-54$ yaşlarda $2,5 \pm 0,8\%$; 55 yaşdan yuxarı $5,4 \pm 1,8\%$), klinik vəziyyətdən, uşaqlıq miomalari

zamanı miomatik düyünlərin sayından, endometrium poliplərinin formasından, əvvəllər aparılmış abdominal əməliyyatlarla əlaqədar yaranan bitişmə prosesindən, simultan əməliyyatların tətbiqindən və yanaşı gedən komorbid patologiyalardan əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır.

3. Koaqulyasion və trombositar hemostaz göstəricilərinin kvartil-lərin və sentillərin kənar həddi səviyyəsində olması (trombin müddəti $>22,5$ saniyə, qanda fibrinogenin miqdarı $<3,0$ q/l, qanın laxtalanma müddəti $>7,6$ dəqiqə və trombositlərin miqdarı $<250 \times 10^9/l$) endoskopik əməliyyatlar zamanı qan itkisi üçün risk faktorudur.
4. 2002 - 2016-cı illər ərzində fəsadlaşma, konversiya və uğursuz laparoskopiya riskinin azalma trendi texniki təchizatın və peşə hazırlığının genişləndirilməsi yolu ilə, endoskopik cərrahi xidmətin optimallaşdırılması imkanlarını və bu istiqamətin davam etdirilməli olduğunu göstərir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Endoskopik ginekoloji əməliyyatların planlaşdırılmasında klinik vəziyyəti nəzərə almaqla fəsadların yaranma riskini qiymətləndirmək və profilaktik tədbirlər həyata keçirmək tövsiyə olunur.
2. Endoskopik əməliyyatlardan əvvəl trombositar və koagulyasion hemostazın qiymətləndirilməsi davamlı olaraq aparılmalı və gələcəkdə endoskopik cərrahiyyə protokollarına daxil edilməlidir.
3. Əməliyyat öncəsi mərhələdə qarın boşluğunda bitişmə yarada biləcək bütün abdominal manipulyasiyalar (travmalarda və əməliyyatlarda) haqqında məlumatların toplanması vacibdir.
4. İnfeksiyon fəsadlaşmaların profilaktikası üçün xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyasının aparılması və orqanizmin müdafiə mexanizmlərinin gücləndirilməsi vacibdir.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ DƏRC EDİLMİŞ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Ализаде, Н.К. Ближайшие тяжелые осложнения при эндоскопических гинекологических операциях // - Bakı: Sağlamlıq, - 2018. №3, - s.65-69
2. Ализаде, Н.К. Состояние коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза до эндоскопических гинекологических операций // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, - 2018. №3, - s.34-38
3. Ализаде, Н.К. Современная характеристика видов и поводов эндоскопических гинекологических операций / Рзакулиева Л.М. // - Bakı: Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, - 2018. №2, - s. 26-30
4. Ализаде, Н.К., Рзакулиева. Л.М. Распространенность сочетанных поводов для симультанных эндоскопических гинекологических операций // - Bakı: Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, - 2019. Cild 6, №1, - s.37-41
5. Ализаде, Н.К. Сравнительная оценка результатов лапароскопических и гистероскопических операций при миомах матки // - Москва: Акушерство Гинекология Репродукция, - 2019. Том 13, №2, - стр. 95-102
6. Ализаде, Н.К. Частота, структура и факторы риска ближайших осложнений эндоскопических гинекологических операций // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, - 2020. №3, - s.36-42
7. Ализаде, Н.К. Анализ уровня и структуры ближайших осложнений эндоскопических гинекологических операций / Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məcmuəsi, - Bakı: - 2020, - s.107-112

8. Ализаде Н.К. Результаты гистероскопических вмешательств в лечении полипов эндометрии / Международная научно-практическая конференция «Естественные науки и медицина: теория и практика» номер XXVI-XXVII - Новосибирск, - 2020, №6 (5), - стр.40-43
9. Ализаде Н.К. Зависимость риска интра и постоперационных осложнений от клинической ситуации, вида и повода эндоскопических операций / Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi konfransın məcmuəsi – Bakı: – 2021, - 20 мая - с. 62-63

Dissertasiyanın müdafiəsi 24 sentyabr 2021 il tarixində saat 14⁰⁰ Ə.Əliyev ad.Azərbaycan Dövlət Həkimlərin Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində fəaliyyət göstərən FD 2.11 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1012, Bakı ş., Müzəffər Həsənov, 35

Dissertasiya ilə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimlərin Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq mümkündür. Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları <http://www.adhti.edu.az> rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat 30 iyun 2021 il tarixində müvafiq ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb:

Kağız ölçüsü: A5 148mm × 210mm

Həcm: 40581

Tiraj: 30