

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Azərbaycan Tibb Universiteti

GİNEKOLOGİYA

(Dərslik)

“Şərq-Qərb”
Bakı-2012

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurası tərəfindən
2007-ci il mayın 17-də 126 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmişdir*

Rəyçilər: **E.M.Əliyeva**
*ATU-nun I mamalıq-ginekologiya kafedrasının
müdiri, t.e.d., professor*

L.M.Rzaquliyeva
*Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri
Təkmilləşdirmə İnstitutunun mamalıq-
ginekologiya kafedrasının dosenti, t.e.n.*

Elmi redaktor və
ön sözün müəllifi: **H.F.Bağirova**
*ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının
müdiri, t.e.d., professor*

Ginekologiya (Dərslik).

Bakı, “Şərq-Qərb” Nəşriyyat evi, 2012, 600 səh.

ISBN 978-9952-34-757-9

© “Şərq-Qərb” Nəşriyyat evi, 2012

MÜNDƏRİCAT

<i>İxtisarlara siyahısı</i>	7
<i>Ön söz</i>	9

I FƏSİL

Reproduktiv sistemin funksiyasının ontogenezi və requlyasiyası (dos., t.e.n. <i>S.A.Əliyeva</i>).....	11
1.1. Reproduktiv sistemin bətdaxili inkişaf dövrü	11
1.1.1. Yenidöğulmuş və uşaqlıq dövrü	15
1.2. Reproduktiv sistemin tənzimlənməsi	21

II FƏSİL

Ginekoloji xəstəliklərin müayinə üsulları (dos., t.e.n. <i>Ş.C.İsmayılova</i>)	36
2.1. Anamnez və müayinə	36
2.2. Xüsusi müayinə üsulları. Funksional diaqnostika testləri.....	44
2.2.1. Cinsiyyət üzvlərinin iltihab xəstəliklərinin törədicilərinin laborator diaqnostikası	47
2.2.2. Toxuma biopsiyası və sitoloji müayinə.....	48
2.3. Instrumental müayinə üsulları.....	52
2.3.1. Endoskopik üsullar.....	52
2.3.2. Ultrasəs müayinəsi	56
2.3.3. Rentgenoloji müayinə üsulları	59

III FƏSİL

3.1. Cinsiyyət üzvlərinin aşağı şöbəsinin qeyri-spesifik etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (dos., t.e.n. <i>İ.Ə.Tağıyeva</i>)	64
3.1.1. Vulvit.....	64
3.1.2. Bartolinit	66
3.1.3. Kolpit	66
3.1.4. Endoservisit.....	68
3.1.5. Uşaqlıq boynunun eroziyası.....	69
3.2. Cinsiyyət üzvlərinin yuxarı şöbəsinin qeyri-spesifik iltihabi xəstəlikləri	72
3.2.1. Endometrit	72
3.2.2. Salpinqooforit	74
3.2.3. Parametrit.....	80
3.2.4. Pelvioperitonit.....	81
3.3. Qadın cinsiyyət üzvlərinin spesifik etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (ass., t.e.n. <i>E.Q.Sarıyeva</i>)	83

3.3.1. Bakterial vaqinoz	83
3.3.2. Urogenital kandidoz.....	88
3.3.3. Trixomoniaz	93
3.3.4. Süzənək.....	98
3.3.5. Urogenital xlamidioz	113
3.3.6. Mikoplazmoz (mycoplasmosis)	123
3.3.7. Qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi (dos., t.e.n. <i>İ.Ə.Tağıyeva</i>).....	127
3.3.8. Sifilis	134
3.3.9. Virus xəstəlikləri	145

IV FƏSİL

Aybaşı funksiyasının pozulmaları (prof., t.e.d. <i>H.F.Bağirova</i>)	170
4.1. Hipomenstrual sindrom.....	173
4.1.1. Hipotalamus mənşəli amenoreya	175
4.1.2. Psixogen amenoreya	177
4.1.3. Hipofiz mənşəli amenoreya.....	178
4.1.4. Hiperprolaktinemiya	178
4.2. Hipermenstrual sindrom.....	187

V FƏSİL

Neyroendokrin sindromlar (dos., t.e.n. <i>K.H.Qasımova</i>)	200
5.1. Aybaşıönü sindrom.....	200
5.2. Yumurtalıqların polikistozu.....	204
5.2.1. Polikistoz yumurtalıqlar sindromu (PYS) və ya ikincili polikistoz yumurtalıqlar	207
5.3. Klimakterik sindrom	210
5.4. Poskastrasion sindrom	212
5.5. Şıxan sindromu – doğuşdan sonrakı hipopituitarizm sindromu	214
5.6. Adrenogenital sindrom.....	216
5.7. Neyromübadilə-endokrin sindromu	219
5.8. Kiari-Frommel sindromu	222

VI FƏSİL

Premenopauza və postmenopauza dövrünün fiziologiya və patologiyası (ass., t.e.n. <i>A.M.Rzayeva</i>).....	223
---	-----

VII FƏSİL

Uşaqlığın mioması (dos., t.e.n. <i>S.K.Bağirova</i>).....	242
--	-----

VIII FƏSİL

Endometrioz (dos., t.e.n. <i>S.K.Bağirova</i>)	266
---	-----

IX FƏSİL

Süd vəzilərinin dishormonal xəstəlikləri (dos., t.e.n. <i>S.A.Əliyeva</i>).....	291
--	-----

X FƏSİL

Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun şiş xəstəlikləri (ass., t.e.n. <i>G.R.Cavadova</i>).....	309
10.1. Xarici cinsiyyət üzvlərinin xoşxassəli şişləri.....	309
10.2. Xarici cinsiyyət üzvlərinin bədxassəli şişləri.....	313
10.3. Uşaqlıq yolunun şişləri	316

XI FƏSİL

Uşaqlıq boynunun xəstəlikləri (prof., t.e.d. <i>H.F.Bağirova</i>).....	320
11.1. Fon prosesləri.....	327
11.2. Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəlikləri.....	338
11.3. Uşaqlıq boynunun xərçəngi	361

XII FƏSİL

Endometriumun hiperplastik prosesləri və xərçəngi (ass., t.e.n. <i>F.Ə.Tağıyeva</i>)	367
--	-----

XIII FƏSİL

Uşaqlıq artımlarının şişləri (ass., t.e.n. <i>Ş.H.Qədimova</i>).....	391
13.1. Yumurtalıqların şişləri.....	391
13.2. Uşaqlıq borularının şişləri.....	410

XIV FƏSİL

Trofoblastik xəstəliklər (ass., t.e.n. <i>R.P.Həsənova</i>).....	412
---	-----

XV FƏSİL

Cinsiyyət üzvlərinin inkişaf anomaliyaları (ass., t.e.n. <i>P.İ.Əliyeva</i>)	426
15.1. Qadın cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsurları	426
15.1.1. İnfantilizm.....	435

XVI FƏSİL

Cinsiyyət üzvlərinin qeyri-düzgün vəziyyətləri (ass., t.e.n. <i>P.İ.Əliyeva</i>)	440
16.1. Uşaqlığın retroversiyası və retrofleksiyası.....	446
16.2. Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun sallanması və düşməsi.....	448

XVII FƏSİL

Sonsuz nikah (ass., t.e.n. <i>N.M.Şəmsədinskaya</i>)	455
---	-----

XVIII FƏSİL

Cinsiyyət üzvlərinin zədələnmələri (dos., t.e.n. *S.A.Əliyeva*)..... 472

XIX FƏSİL

Qızların müayinə olunmasının xüsusiyyətləri,
uşaqlarda və yeniyetmələrdə ginekoloji xəstəliklər
(prof., t.e.d. *N.M.Şəmsədinskaya*) 482

XX FƏSİL

Qızlarda cinsi inkişafın pozğunluqları (ass., t.e.n. *A.M.Rzayeva*) 502

XXI FƏSİL

Ginekologiyada “kəskin qarın” (ass., t.e.n. *G.R.Cavadova*)..... 511
21.1. Ektopik hamiləlik..... 512
21.2. Yumurtalıq apopleksiyası..... 527
21.3. Yumurtalıq şişlərinin ayaqcığının burulması 532
21.4. Miomatoz düyünün nekrozlaşması 537
21.5. Uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabı xəstəlikləri
və onların ağırlaşmaları..... 540

XXII FƏSİL

Genital fistulalar (dos., t.e.n. *S.A.Əliyeva*)..... 546

XXIII FƏSİL

Ailə planlaşdırılması və müasir kontrasepsiya üsulları
(dos., t.e.n. *S.A.Əliyeva*)..... 555

XXIV FƏSİL

Qadın seksopatologiyası məsələləri (ass., t.e.n. *R.P.Həsənova*) 575

XXV FƏSİL

Ginekologiyada deontologiya (ass., t.e.n. *R.P.Həsənova*)..... 588

İXTİSARLARIN SİYAHISI

AKTH	– adrenokortikotrop hormon
A-n	– androstendion
AT	– arterial təzyiq
AÖS	– aybaşionü sindrom
AGS	– adrenogenital sindrom
BBT	– bazal bədən temperaturu
BKİ	– bədən kütləsinin indeksi
CYYİ	– cinsi yolla yayılan infeksiyalar
COİX	– cinsi orqanların iltihabi xəstəlikləri
DEA	– dehidroepiandrosteron
DNT	– dezoksirubonukliin turşusu
DSSİ	– donorun sperması ilə süni inseminasiya
DEAS	– dehidroepiandrosteron sulfat
DDL	– damardaxili laxtalanma sindrom
DUQ	– disfunksional uşaqlıq qanaxmaları
E	– estradiol
EK	– embrionun köçürülməsi
EÇR	– eritrosinlərin çökmə reaksiyası
EKM	– ekstrakorporal mayalanma
FKM	– fibroz-kistoz mastopatiya
FSH	– follikulstimullaşdırıcı hormon
XQ	– xorionik qonadotropin
İFA	– immunoferment analiz
KS	– ketosteroidlər
KPI	– kariopiknotik indeks
KİK	– kombinəedilmiş inyeksion kontraseptivlər
KOK	– kombinəedilmiş oral kontraseptivlər
KSSİ	– kişinin sperması ilə süni inseminasiya
KT	– kompyuter tomoqrafiyası
Qn-RH	– qonadotropin rilizinq – hormon
QİÇS	– qazanılmış immun çatışmamazlıq sindromu
LAM	– laktasion amenoreya
LH	– lüteinləşdirici hormon
LFC	– lütein fazasının çatışmazlığı
MSS	– mərkəzi sinir sistemi
MRT	– maqnit rezonans tomoqrafiyası

NES	– neyroendokrinsindromlar
OPK	– oksiprogesteron kapronat
OFLS	– ovulyasiya etməyən follikulun lüteyinləşməsi sindromu
OD	– oositlərin donasiyası
PrL	– prolaktin
PZR	– polimeraz zəncirvari reaksiya
PLF	– prolaktinləngidici faktor
PQ	– progesteron
RH-LH	– rilizinq hormon lüteinləşdirici hormon
STH	– somatotrop hormon
Sİ	– süni inseminasiya
T	– testosteron
TK	– təcili kontrasepsiya
TRL	– tiroliberin
TTH	– tireotrop hormon
UDV	– uşaqlıqdaxili vasitə
USM	– ultrasəs müayinəsi
ÜST	– Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
YPTK	– yalnız progestin tərkibli kontraseptivlər
YPX	– yumurtalıqların polikistozu xəstəliyi
YPS	– yumurtalıqların polikistozu sindromu
YVƏZS	– yumurtalıqların vaxtından əvvəl zəifləmə sindromu

ÖN SÖZ

Ginekologiya (yunanca *gine* – qadın, *logos* – elm) “qadın haqqında elm” deməkdir. Təbabətin mühüm əhəmiyyət kəsb edən sahəsi olan ginekologiya qadın cinsiyyət üzvlərinin anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərini öyrənən, qadın xəstəliklərini və onların diaqnostika, profilaktika, müalicə, bərpa üsullarını hazırlayan, tətbiq edən bir elmdir.

Ginekologiya fənni üzrə Azərbaycan dilində latın qrafikası ilə yazılmış dərslik, demək olar ki, mövcud deyildir. 1951-ci ildə A.İ.Serebrovun orta tibb məktəbləri üçün ginekologiya üzrə dərs vəsaitinin ruscadan tərcümə edilmiş variantı nəşr olunmuş, 1964-cü ildə S.M.Axundovun tibb institutu tələbələri üçün “Ginekologiya” dərs vəsaiti, 1987-ci ildə isə V.İ.Bodyajinanın, K.N.Jmakinin “Ginekologiya” dərsliyi dosent Ə.M.Rəştiyev tərəfindən Azərbaycan dilinə tərcümə olunaraq çap edilmişdir.

Son illərdə tibb elminin bütün sahələrində olduğu kimi ginekologiyada da böyük nailiyyətlər əldə olunmuşdur. Böyük əhəmiyyət kəsb edən digər fundamental elmlər sahəsində, o cümlədən patoloji fiziologiya, mikrobiologiya, farmakologiya, endokrinologiya, biokimya, allergologiya, immunologiya, genetika kimi elmlərin inkişafı və nailiyyətləri ginekologiya elminin çağdaş dövrdə daha da zənginləşməsinə və tərəqqisinə böyük təkan vermişdir.

Spesifik hormon reseptorlarının öyrənilməsi, aybaşı tsiklinin pozulmaları, neyroendokrin sindromları, endometriumun xərçəngönü xəstəliklərinin və digər patologiyaların diaqnostikası, müalicəsi ginekoloji endokrinologiyanın sürətli inkişafına imkan yaratmışdır. Sonsuz nikahın etiologiya, patogenezi, dia və müalicəsi sahəsində də böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir. Kiçikyaşlı və cinsi yetişkənlik dövründə olan qızların ginekologiyası ayırd olunmuşdur. Ənənəvi üsullarla yanaşı hazırda müxtəlif müayinə və müalicə üsulları geniş yayılmışdır. Endoskopiya və laparoskopiyanın geniş tətbiqi bir sıra ginekoloji xəstəliklərin vaxtında düzgün diaqnostikası və əməliyyatların aparılmasında mühüm irəliləyişlərə səbəb olmuşdur.

Müasir dövrdə kontrasepsiya üsullarının yeniləşməsi, təkmilləşməsi, uşaqlıqdaxili və hormonal vasitələrin müxtəlif növlərinin hazırlanması və tətbiqi ailənin planlaşdırılması problemlərində müsbət rol oynamışdır.

Yeni diaqnostika üsullarından istifadə etməklə qadın cinsiyyət üzvlərinin xərçəngönü xəstəliklərini və xərçəngini erkən dövrdə aşkara çıxarmaq mümkün olmuşdur.

Hazırda farmakoloji nailiyyətlərə görə, qadın cinsiyyət üzvlərinin həm funksional, həm də üzvi xəstəliklərinin differensial diaqnostikasında və onların müalicəsində hormonal preparatlardan geniş istifadəyə imkan yaranmışdır.

ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının əməkdaşları Azərbaycan dilində ginekologiyaya aid müasir dərsliyin olmamasını və bütün yuxarıda göstərilənləri, ali tibb müəssisələrində tədrisin təkmilləşdirilməsi, yüksək ixtisaslı mütəxəssislərin yetişdirilməsi zərurətini nəzərə alaraq, elmin son nailiyyətlərini daxil etmək şərti ilə Azərbaycan dilində “Ginekologiya” dərsliyini tərtib və çap etdirilməsini qarşılarına məqsəd qoymuşlar.

Bu dərs vəsaitinin hazırlanması prosesində L.N.Vasilevskaya, V.İ.Qrişşenko, Q.M.Savelyeva, V.İ.Kulakov, O.V.Makarov, A.N.Strijakov, Schorçe, Hoffman, Schaffer kimi mamalıq-ginekologiya üzrə görkəmli alimlərin dərslikləri və II mamalıq-ginekologiya kafedrasının çoxillik pedaqoji, klinik təcrübələri rəhbər tutulmuşdur.

Dərslik ali tibb məktəbləri proqramına uyğun tərtib olunmuş və tələbələr, mama-ginekoloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Ümidvarıq ki, dərslik Tibb Universitetinin tələbələrinə ginekologiya fənninə dair lazımı və kifayət dərəcədə bilik toplamağa kömək göstərəcək, ümumi praktik həkimlər gündəlik fəaliyyətlərində bu kitabdan faydalanacaqlar.

Müəlliflər dərsliyin keyfiyyətinin yüksəlməsinə istiqamət verə biləcək dəyərli məsləhətləri, əməli təklifləri, iradları böyük məmnuniyyət və minnətdarlıqla nəzərə almağa hazırdır.

H.F.Bağirova

*ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri,
t.e.d., professor*

I FƏSİL

REPRODUKTİV SİSTEMİN FUNKSİYASININ ONTOGENEZİ VƏ REQULYASIYASI

1.1. REPRODUKTİV SİSTEMİN BƏTNDAXİLİ İNKİŞAF DÖVRÜ

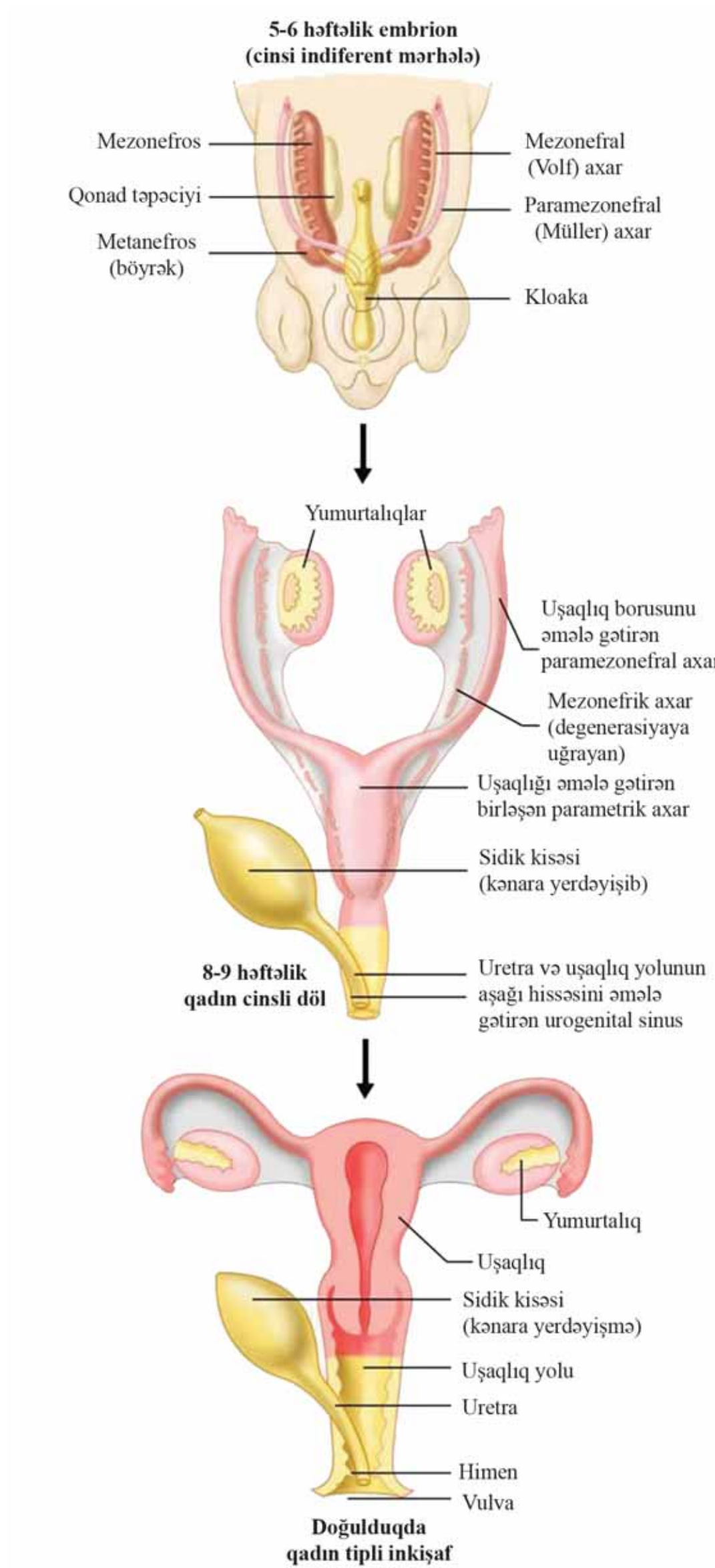
Embrional inkişaf prosesi ərzində ilkin olaraq cinsiyyət vəzirlərinin təməli qoyulur. Embrionun inkişafının 3-4-cü həftəsində (uzunluğu 4 *mm* olanda) birincili böyrəyin daxili səthində qonadın təməli qoyulur. Birincili qonad indifferent quruluşa malik olub, selomik epitelidən (xarici qabıq qatı), mezenximdən (daxili beyin qatı) və yumurta sarısı kisəsindən miqrasiya edən cinsi hüceyrələrdən – qonositlərdən ibarətdir. Miqrasiya embrional dövrün 6-7-ci həftəsinə qədər baş verir və bu prosesin bitməsi ilə qonadın indifferent inkişaf mərhələsi tamamlanmış olur.

Cinsi differensiasiya yumurta hüceyrəyə mayalanma prosesi zamanı daxil olan cinsi xromosomlar ilə induksiya olunur. Məlumdur ki, qadınlarda iki cinsi XX xromosom mövcuddur, kişilərdə isə XY xromosomlar. Cinsi hüceyrələrdə, somatik hüceyrələrdən fərqli olaraq, yumurta hüceyrədə bir X xromosom, spermatozoiddə isə X və ya Y xromosom olur. Beləliklə, mayalanma zamanı birləşmiş cinsi hüceyrələrdə xromosomlar XX və ya XY birləşməsi kimi daxil olur. Rüşeymin nüvəsində Y xromosomun mövcudluğu xayanın inkişafını təyin edir, iki X xromosomun mövcudluğu isə yumurtalığın inkişafını.

Qadın tipli reproduktiv sistemin differensiasiyası kişilərə nisbətən bir qədər gec başlayır. Qadın tipli qonadın inkişafı bətn daxili inkişaf dövrünün 8-10-cu həftəsindən başlayır. Yumurtalığın formalaşması üçün rüşeymdə iki X xromosomun mövcudluğu mütləqdir. Yumurtalığın inkişafını induksiya edən gen X xromo-

somun uzun çiyində yerləşir. Onun təsiri altında birincili cinsi hüceyrələr (qonositlər) ooqoniyalara, sonra isə oositlərə çevrilir. Oositlərin ətrafında mezenximin hüceyrələrindən birincili dənəli hüceyrələr əmələ gəlir. Cinsi hüceyrələr (ooqoniyalar) mitotik bölünmə yolu ilə çoxalır. 16 həftədə onların sayı 2,6 milyona çatır. Meyoz prosesi başladıqdan sonra ooqoniyalar artıq *oosit* adlanır. İnkişafın 20-ci həftəsində döldə *primordial follikulların* (epitelinin sıx yerləşmiş hüceyrələri ilə əhatə olunmuş oosit) əmələ gəlməsi prosesi başlayır. Bu zaman döldə birincili follikulların sayı 4,2 milyona çatır və doğulana yaxın 1 milyona qədər reduksiya olunur. Follikulların geriye inkişaf prosesi qadının bütün həyatı boyu baş verir. Yumurtalığın ağımtıl qışası dölün inkişafının 25-ci həftəsində əmələ gəlir. Döl doğulana yaxın yumurtalıq morfoloji cəhətdən formalaşmış olur. Dölün yumurtalıqlarının hormonal aktivliyi zəifdir.

Daxili cinsiyyət üzvləri – uşaqlıq boruları, uşaqlığın cismi, boynu və uşaqlıq yolunun yuxarı $\frac{1}{3}$ hissəsi paramezoneftral axarlarından əmələ gəlir. Bu proses bətdaxili dövrün 5-6-cı həftəsində başlayıb 18-ci həftədə başa çatır. Paramezoneftral axarların yuxarı $\frac{1}{3}$ hissəsindən uşaqlıq boruları əmələ gəlir; bətdaxili inkişaf dövrünün 13-14-cü həftəsində onların birləşən orta hissəsi uşaqlığın cismini və boynunu əmələ gətirir. İlk mərhələdə uşaqlıq ikibuynuzludur, sonra isə yəhərvari olur və doğuşa qədər az dərəcədə yəhərvari formanı saxlayır. Uşaqlıq boynu dölün inkişafının 16-20-ci həftəsində əmələ gəlir. Uşaqlıq boynu hamiləliyin 33-cü həftəsinə qədər uşaqlığın $\frac{3}{4}$ hissəsini, 40-cı həftədə isə $\frac{2}{3}$ hissəsini təşkil edir. Dölün uşaqlığında miometriumun sirkulyar əzələlərini hamiləliyin 18-19-cu həftəsində, boylama əzələlərini isə 27-ci həftəsində görmək olur. Gələcəkdə 40 həftəyə qədər miometriumun quruluşunun mürəkkəbləşməsi və hər iki qatın qalınlaşması baş verir. Differensiasiya olunmamış endometrium bətdaxili inkişaf dövrünün 18-ci həftəsində aşkar olunur. Bu zaman sıx bazal və kövsək funksional qatı təyin etmək olar. 21-22-ci həftədə endometrium vəzilərinin təməli qoyulur və 24-cü həftədə artıq endometriumda borulu vəziləri aşkar etmək olar.

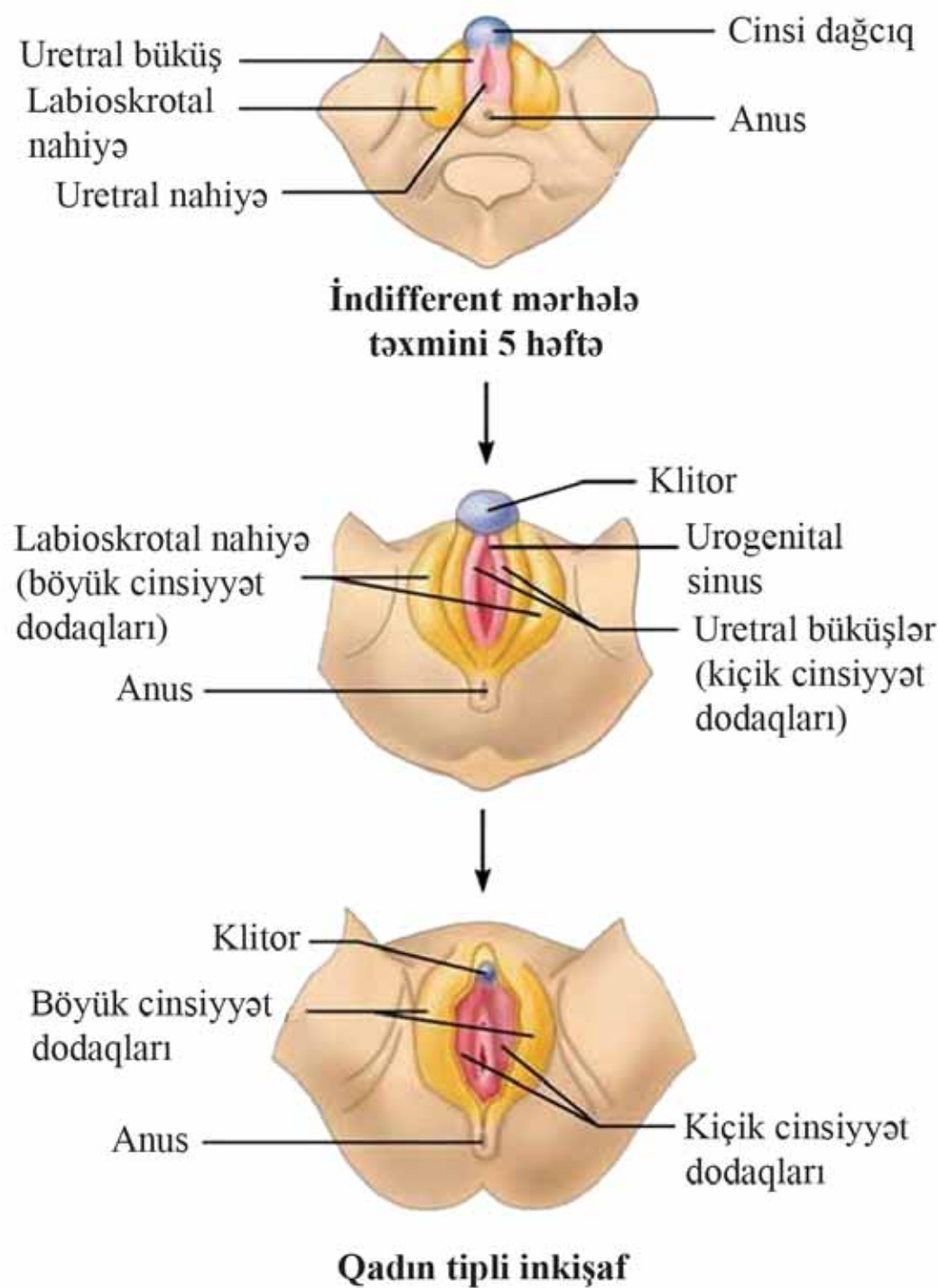


Şəkil 1.1. Daxili cinsiyyət üzvlərinin inkişafı

Paramezonefral axarların yuxarı hissələrindən uşaqılıq borularının fimbrial hissələri əmələ gəlir. Bətdaxili dövrün sonuna yaxın borularda 6-7 qıvrırcıq əmələ gəlir.

Birləşmiş paramezonefral axarların aşağı hissəsi urogenital sinusa çatır və bu iki törəmədən uşaqılıq yolu – yuxarı hissə paramezonefral kanaldan, aşağı hissə isə urogenital sinusdan əmələ gəlir. Uşaqılıq yolu kanalının inkişafı bətdaxili dövrün 21-22-ci həftəsində başa çatır.

Mezonefral kanalların qalıqları yumurtalıqların xüsusi bağında yerləşən paraooforon və epoooforon şəklində saxlanılıb qalır və ya bəzi hallarda, uşaqılıq yolunun yan divarlarında Qartner axacağı və ya kista şəklində olur.



Şəkil 1.2. Xarici cinsiyyət üzvlərinin inkişafı

Xarici cinsiyyət üzvləri embrional dövrün 4-7-ci həftəsinə qədər indifferent xarakter daşıyır. Hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər qadın cinsli dölün xarici cinsiyyət üzvləri indifferent inkişaf mərhələsindən az fərqlənir. 17-ci həftədən etibarən cinsiyyət dodaqlarının sürətlə inkişafı başlayır; önə doğru birləşərək, onlar qasıq dağcığını əmələ gətirir, arxadan isə arxa bitişməni əmələ gətirərək cinsiyyət yarığını qapayır. Uretral büküşlərdən 17-ci həftədən 23-cü həftəyə qədər nazik dəri büküşləri kimi ifadə olunan kiçik cinsiyyət dodaqları əmələ gəlir. Cinsiyyət dağcığından klitor əmələ gəlir. 24-25-ci həftədə uşaqlıq yolunun dəhlizində əksər hallarda sirkulyar formaya malik olan qızlıq pərdəsi görünür.

Hipotalamus-hipofizar sistemin də təməli bətn daxili inkişafın erkən mərhələsində qoyulur. 12-ci həftədən adenohipofizin qonadotrop hormonlarını sekresiya edən hüceyrələrini aydın təyin etmək olur. Adenohipofizin sekretor aktivliyi daha da tez – 8-9-cu həftədən başlayır. FSH və LH dölün embrional dövrünün 9-cu həftəsində hipofizdə, qanda və cüzi miqdarda – amniotik mayədə aşkar olunur.

Prolaktin hipofizin ön payı tərəfindən bir qədər gec sekresiya olunur – dölün inkişafının 19-cu həftəsində. AKTH-nin sekresiyası qonadotropinlərin (FSH və LH) əmələ gəlməsi ilə eyni zamanda, 8-9-cu həftədən etibarən qeyd olunur. Hipotalamusun neyrosekretor nüvələrinin formalaşması bətn daxili dövrün 8-ci həftəsində başlayır və 20-ci həftəyə qədər tam differensiasiya olunur.

Qadın cinsli dölün reproduktiv sisteminin funksional aktivliyini əks əlaqə mexanizminin elementlərinin aşkar edilməsi sübut edir. Buna hamiləliyin sonunda ciftin estrogenlərinin yüksək səviyyəsinə cavab olaraq dölün hipofizində və qanında FSH və LH-in miqdarının azalması da dəlalət edir.

1.1.1. Yenidoğulmuş və uşaqlıq dövrü

Yenidoğulmuş dövrü. Reprodukativ sistemin morfoloji və funksional vəziyyətində olan xüsusiyyətlərə əsasən uşaq doğulduqdan sonra ilk 10 gün yenidoğulmuş dövrü kimi ayırd edilir. Bu dövr

ərzində yumurtalıqlar uzunsov formada olub, uzunluğu 1,5 sm, eni 0,5 sm və qalınlığı 0,1-0,35 sm təşkil edir; bunlar qarın boşluğunda *linea innominata*-dan yuxarıda yerləşir. Onların səthi hamar, primordial follikulların sayı təxminən 700 000-ə çatır, çoxsaylı atreziyaya uğrayan follikullar qeyd olunur. Yetişməkdə olan (antral) follikullar da mövcuddur; bu, yenidöğulmuş dövründə estrogenlərin sintezinin mümkünlüyünə dəlalət edir. Yenidöğulmuş qızın cinsiyyət üzvlərində və süd vəzilərində estrogen təsirin əlamətləri aşkar olunur: uşaqlıq yolunun selikli qişasının epitelisi 30-40 qatdan ibarətdir və nisbətən yüksək kariopiknotik indeksə (30%) malik olan hüceyrələrdən ibarətdir, laktobasillərin mövcudluğu uşaqlıq yolu möhtəviyyatının turş reaksiyasını təmin edir. Servikal kanal qatı selik ilə dolu olur. Yenidöğulmuş qızın uşaqlığı qarın boşluğunda yerləşir, uzunluğu 3 sm-ə yaxın, uşaqlıq boynunun uzunluğunun uşaqlığa nisbəti 3:1 təşkil edir, onların arasındakı bucaq ifadə olunmayıb. Uşaqlığın kütləsi 4 q təşkil edir. Endometriumda proliferativ və hətta sekretor dəyişikliklər qeyd olunur. Yenidöğulmuş qızların təxminən 3%-də cüzi miqdarda qanlı ifrazatla müşayiət olunan epitelinin deskvamasiyası baş verir. Yenidöğulmuş qızlarda tez-tez süd vəzilərinin bir qədər böyüməsi qeyd olunur.

Bu dəyişikliklərin əmələ gəlməsinin səbəbi yenidöğulmuşun orqanizmində ananın estrogenlərinin kəskin azalmasına cavab olaraq adenohipofiz tərəfindən FSH və LH-in sekresiyasının stimullaşdırılması və nəticədə yumurtalıqların hormonal funksiyasının qısamüddətli artması ilə bağlıdır. Prolaktinin səviyyəsinin qısamüddətli artması da hiperestrogeniya ilə bağlıdır; nəticədə süd vəzilərinin gərginləşməsi və hətta gilələrdən ağız südünün ifrazı qeyd olunur. Yenidöğulmuş dövrünün 10-cu günü estrogen təsirinə bütün təzahürləri yox olur.

Uşaqlıq dövrü 8 yaşa qədər davam edir və cinsi yetişkənlik dövrün əvvəlində bitir. Bu dövrdə müəyyən dərəcədə baş verən dəyişikliklər reproduktiv sistemin funksional aktivliyin zəifliyi ilə səciyyələnir.

Uşaqlığın ölçüləri birinci il ərzində kiçilir; belə ki, uzunluğu 2,5 sm, kütləsi isə 2,3 q təşkil edir. 4 yaşında uşaqlığın kütləsi

2,8 q -a qədər artır, 6 yaşında isə yenidöğulmuş səviyyəsinə çatır. Uşaqlıq boynunun və cisminin də mütənasibliyi dəyişir: 1-ci ilin sonunda 2:1; 4 yaşında 1,7:1; 8 yaşında 1,4:1 təşkil edir. 3-4 yaşında uşaqlıq kiçik çanağa enir. Uşaqlıq dövrü ərzində borularda nəzərə çarpan dəyişikliklər baş vermir; onlar uzun və qıvrırcıqlı olaraq qalır. Yumurtalıqlar da 5-6 yaşa qədər az dəyişir, onların kütləsi 0,5 q -dan 1,0 q -a qədər artır, 8 yaşında isə 1,5 q -a çatır. Bətdaxili dövrün 6 ayından sonra oositlərin sayının azalmasına baxmayaraq, yumurtalıqların ölçüləri inkişaf edən follikulların hesabına böyüyür; lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu follikullardan heç biri yetkinlik dərəcəsinə çatmır, onlar intensiv sürətdə atreziyaya uğrayır.

Hipotalamusda Qn-RH az miqdarda əmələ gəlir, hipofizdə FSH və LH əmələ gəlib ifraz olunur, mənfi əks əlaqə mexanizmi tədricən inkişaf edir. Artıq bu dövrdə adenohipofizin və yumurtalıqların morfoloji inkişafı başa çatır və onlar potensial aktiv endokrin vəzilər kimi təqdim olunur. Lakin uşaqlıq dövründə hipotalamus-hipofiz-yumurtalıqlar sistemi hələ yetişməzliliklə səciyyələnir.

Beləliklə, 8 yaşında uşaqlıq dövrü tamamlandıqda, qız uşağında sistemin 5 səviyyəsinin hamısı formalaşmış olur və bunlar hələ yalnız mənfi əks əlaqə mexanizmi ilə idarə olunur.

Cinsi yetişmə dövrü təxminən 10 il davam edir, onun yaş həddləri 7(8)–17(18) yaş hesab olunur. Bu dövr ərzində reproduktiv sistemin yetişməsindən başqa, qadın orqanizminin fiziki inkişafı da başa çatır: bədən uzununa böyüməsi, bədən quruluşunun, piy və əzələ toxumasının qadın tipi üzrə paylanması formalaşır. Hipotalamus-hipofiz-yumurtalıqlar sisteminin 3 yetişmə dövrü ayırd edilir:

I *dövr* – prepubertat (7-9 yaş) – qonadotropinlərin sekresiyasının və ifrazının güclənməsi ilə səciyyələnir; bu proses müəyyən dərəcədə yetkinlik dərəcəsinə çatmış hipotalamusun neyrosekresiyasının təsiri altında baş verir; bu zaman hipotalamusda RH-LH cüzi miqdarda əmələ gəlir. Qonadotropinlərin ifrazı atsiklik, təsadüfi xarakter daşıyır və hər 5-7 gündən bir baş verir, estrogenlərin sekresiyası aşağı səviyyədədir, lakin bununla bərabər mənfi əks əlaqə mexanizmi fəaliyyət göstərir.

II *dövr* – pubertat dövrün I fazası (10-13 yaş). Hipotalamik strukturların yetişmə prosesi güclənir. RH-LH-ın sekresiyası ritmik xarakter daşıyır, onların ifrazının sutkalıq (sirkad) ritmi formalaşır (qeyd etmək lazımdır ki, bunların sekresiyası əsasən gecə yuxusu vaxtı baş verir) və bunların təsiri altında qonadotropinlərin də ifrazının ritminin formalaşması və sekresiyasının artması baş verir; nəticədə bu proseslər yumurtalıqların hormonlarının sekresiyasının artmasına gətirib çıxarır. Reproduktiv sistemin bütün orqanlarının hüceyrələrində cinsi steroidlərə qarşı reseptorların artması müşahidə olunur. Bu dövr *menarxenin* (ilk aybaşının) başlanması ilə başa çatır.

III *dövr* – pubertat dövrün II fazası (14-17 yaş). Reproduktiv sistemin funksiyasını tənzimləyən hipotalamusun strukturlarının yetişməsi başa çatır. RH-LH-ın sekresiyasının stabil ritmi formalaşır, onun ifrazı hər 70-100 dəqiqədən bir, orta hesabla saatda 1 dəfə baş verir. Bu ritm *sirxoral ritm* (saatda 1 dəfə) adlanır və genetik şərtləndirilmişdir. RH-LH-ın sirxoral rejimdə ifrazı adenohipofizin qonadotrop funksiyasına nəzarətin əsasını təşkil edir. Qonadotropinlərin ifrazı da ritmik xarakter daşıyır və yumurtalıqlarda estradiolun sintezinin artmasına gətirib çıxarır. Artıq mənfi əks əlaqə mexanizmi ilə bərabər, müsbət əks əlaqə mexanizmi də formalaşır, belə ki, qanda estradiolun müəyyən səviyyəyə çatması daimi sirxoral ritmdə sekresiya olunan FSH və LH-ın yüksək (ovulyator) ifrazı üçün təkan verir. Hipotalamusun, hipofizin, yumurtalıqların sekresiyası tsiklik xarakter daşıyır, menstrual tsikllər ovulyator olur.

Bu dövrlərin ayırd edilməsi hipotalamik strukturların yetkinliyi haqqında məlumatlara əsaslanır və aşağıdakıları təyin edir:

- prepubertat dövrdə – qonadotropinlərin atsiklik ifrazını;
- pubertat dövrün I fazasında – qonadotropinlərin ifrazının ritminin formalaşmasını;
- pubertat dövrün II fazasında – qonadotropinlərin miqdarının artmasını və onların ifrazının tsiklik ritminin formalaşmasını.

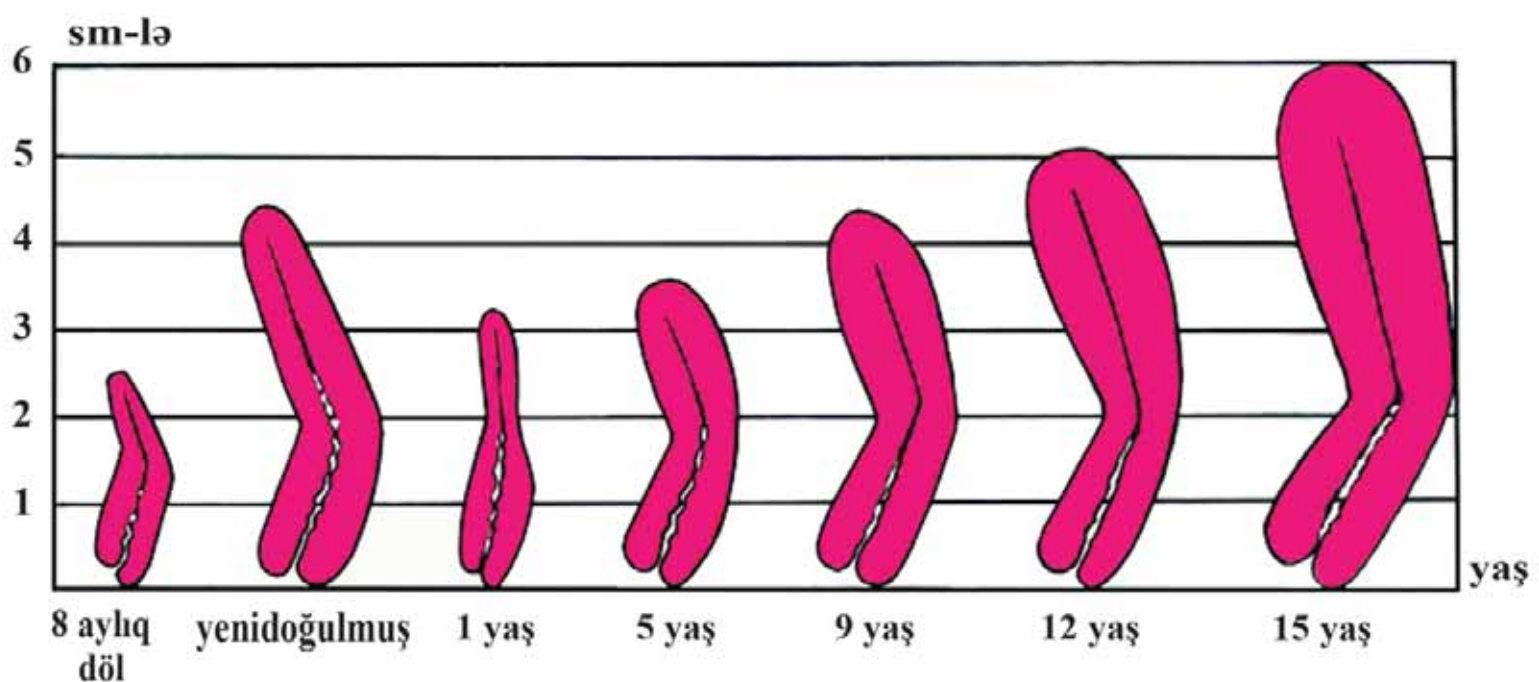
Fizioloji cinsi yetişkinlik dövrü müəyyən olunmuş ardıcılıqla gedir. Prepubertat dövrdə boy “kəskin” artır, bədən quruluşunda ilkin feminizasiya (qadın tipi üzrə formalaşması) əlamətləri müşa-

hidə olunur, piy toxumasının miqdarının artmasının və paylanması hesabına sağrıların girdələşməsi, qadın tipli çanağın formalaşması başlanır, uşaqlıq yolunun epitelisinin qatlarının sayı artır (aralıq tipli hüceyrələr əmələ gəlir).

Pubertat dövrün I fazasında (10-13 yaş) süd vəzilərinin böyüməsi (*telarxe*), həmçinin uşaqlıq yolunun selikli qişasının hüceyrələrinin nüvələrində piknoz başlayır, uşaqlıq yolunun florası dəyişir, laktobasillər əmələ gəlir; qasıq nahiyyəsinin tüklənməsi (*pubarxe*) başlayır. Bu dövr ilk aybaşının (*menarxenin*) başlanması ilə tamamlanır (təxminən 13 yaşında); adətən menarxenin başlanması boyun uzununa artmasının başa çatması ilə eyni vaxtda baş verir.

Pubertat dövrün II fazası ərzində (14-17 yaş) süd vəzilərinin inkişafı və xarici cinsiyyət üzvlərinin tüklənməsi başa çatır, sonuncu, 13 yaşında başlanmış qoltuqaltı nahiyyənin tüklənməsi tamamlanır. Menstrual tsikl ovulyator xarakter daşıyır, boyun uzununa artması dayanır və qadın tipi üzrə çanaq formalaşır.

Uşaqlığın böyüməsi 8 yaşda başlayır, lakin daha intensiv sürətdə 10-11 yaşda böyüyür. 12-13 yaşda uşaqlığın cismi ilə boynu arasında bucaq əmələ gəlir, uşaqlıq kiçik çanaqda fizioloji vəziyyətini (*anteflexio*) alır, uşaqlıq boynunun cisminə nisbəti 1:3 təşkil edir. Yumurtalıqların ölçüsünün böyüməsi tədricən gedir: onların 11-12 yaşda kütləsinin artması follikulların həcmnin böyüməsi ilə eyni vaxtda baş verir. Bu dövrdə həmçinin adenohipofizin və digər endokrin vəzilərin böyüməsi də qeyd edilir.



Şəkil 1.3. Uşaqlığın yaşlar üzrə inkişafı

İkincili cinsiyyət əlamətlərinin inkişafı və bədən quruluşunun feminizasiyası yumurtalıqların hormonlarının və böyrəküstü vəzinin androgenlərinin təsiri altında baş verir. Boyun kəskin artmasına anabolik təsirə malik olan cinsi steroidlər də təsir edir: skeletin böyüməsini sürətləndirən androgenlər və sümük toxumasının yetişməsinə və borulu sümüklərin böyümə zonalarının sümükləşməsinə gətirib çıxaran estrogenlər.

Menarxedən sonra ilk 1,5 il ərzində ovulyator tsikllərin tezliyi 80%-ə çatır. Qızların təxminən $\frac{1}{3}$ -də menstrual tsikllər sarı cismə çatışmazlığı ilə səciyyələnir, lakin əksər hallarda tsikllər anovulyator olur. Pubertat dövrə disfunksional uşaqlıq qanaxmalarının tezliyi bununla izah edilir.

Cinsi yetişmə dövrünün başlanmasına və gedişatına çoxsaylı daxili və xarici amillər təsir edir. Daxili amillərə irsi, konstitusional faktorlar, səhhətin vəziyyəti, bədən kütləsi aiddir. Xarici amillərə isə iqlim (dəniz səviyyəsinə nisbətən hündürlük, işıqlanma, coğrafi yerləşmə), qidalanma (qidada zülalların, piylərin, karbohidratların, mikroelementlərin və vitaminlərin kifayət qədər olması) aiddir. Pubertat dövrün gedişatına ürək-qan damar sisteminin xəstəliklərinin, tonzillitlərin, mədə-bağırsaq sisteminin xəstəliklərinin, böyrək çatışmazlığının, qaraciyərin funksiyasının pozulmasının da təsiri böyükdür.

İlk ovulyasiya cinsi yetişmə dövrünün kulminasiyası olsa da, hələ cinsi yetkinlik demək deyil. Yetkinlik 16-18 yaşında baş verir, yəni qadın orqanizminin nəinki reproduktiv sistemi, hətta bütün orqanizmi formalaşmış olub, mayalanmaya, hamiləliyi axıra çatdırmağa, doğuşa və yenidöğulmuşu qidalandırmağa hazır olur.

Cinsi yetkinlik dövrü və ya reproduktiv dövr 16-18 yaşdan başlayıb, 49 yaşa qədər davam edir. Bu dövr ərzində hipotalamusda RH-LH sirxoral pulsasiyaedici rejimdə sekresiya olunur və sinir hüceyrələrinin aksonları ilə portal sistemə daxil olub, qanla hipofizin ön payına ötürülür. Burada RH-LH-in təsiri altında FSH və LH əmələ gəlir və humoral yolla follikulun böyüməsini,

steroidlərin sintezini və yumurta hüceyrənin yetişməsini stimullaşdırır. Preovulyator follikulda estradiolun səviyyəsinin artması LH və FSH-ın maksimal ifrazına və ovulyasiyaya gətirib çıxarır. İngibinin təsiri altında FSH-ın ifrazı tormozlanır. Lüteinləşməyə uğramış dənəli hüceyrələrdə LH-ın təsiri altında progesteron əmələ gəlir. Estradiolun miqdarının azalması FSH və LH-ın sekresiyasını stimullaşdırır.

1.2. REPRODUKTİV SİSTEMİN TƏNZİMLƏNMƏSİ

Reproduktiv sistem digər sistemlərə – tənəffüs, həzm, ürək qan-damar və s. bənzəyərək funksionaldır. Anatomik, toxuma və fizioloji mənsubiyyətindən asılı olmayaraq sistemin ayrı-ayrı komponentlərini cəlb edən orqanizmin struktur və proseslərinin təşkili funksional sistem hesab olunur. Funksional sistem – integral törəmə olub, mərkəzi və periferik bölmələri daxil edir və əks əlaqə prinsipi, yəni son effekt haqqında əks afferent prinsipi ilə çalışır. Reproaktiv sistem nəsil-törətməni, yəni növün mövcudluğunu təmin edir. Digər sistemlərdən fərqli olaraq, qadının reproduktiv sistemi optimal funksional aktivliyə 16-17 yaş dövründə, yəni orqanizm nəsil-törətməyə hazır olanda çatır. Reproaktiv funksiya 45 yaşa çatanda, hormonal funksiya isə 55 yaşda sönməyə başlayır. Beləliklə, insanın evolyusiya dövründə reproduktiv sistemin funksional aktivliyinin davamiyyəti genetik olaraq mayalanmaya, hamiləliyin daşınmasına və yenidoğulmuşun əmizdirilməsinə kodlaşdırılıb.

İnsanın reproduktiv funksiyasının neyroendokrin requlyasiyası haqqında təsəvvürün inkişafı XX əsrin əvvəlində başlamış və 2 əsas istiqamət təşkil edirdi: *endokrinologiya* və *neyrobiologiya*.

Endokrinologiya endokrin vəzlər tərəfindən sekresiya olunan hormonları və onların orqan və toxumalara spesifik təsirini öyrənirdi. *Neyrobiologiya* sahəsində isə tədqiqatlar neyronların sinir

sisteminin əsası kimi və onların sinir impulsları vasitəsilə məlumat ötürmək qabiliyyətinin öyrənilməsinə həsr olunmuşdu.

Son illər belə bir nəticə əldə edilmişdir ki, sinir hüceyrəsi məlumatı aşağıdakı mexanizmlərlə ötürür:

- *bioelektrik* – impulslar sinir sisteminin aksonları ilə ötürülür;
- *kimyəvi* – kimyəvi maddənin ötürülməsi sinapslarda baş verir;
- *neyrosekretor* – kimyəvi maddənin sekresiyası bilavasitə qan dövranında baş verir.

Bu tədqiqatların nəticəsində elmin yeni istiqamətinin – *neyroendokrinologiya*nın inkişafının təməli qoyulmuşdur. Reproduktiv sistemin etibarlı funksiyası qeyri-reproduktiv (hipotalamus, hipofiz) və reproduktiv orqanların (yumurtalıqlar və hədəf orqanlar – uşaqlıq, borular və uşaqlıq yolu) dəqiq genetik proqramlaşdırılmış qarşılıqlı əlaqəsi ilə təmin olunur.

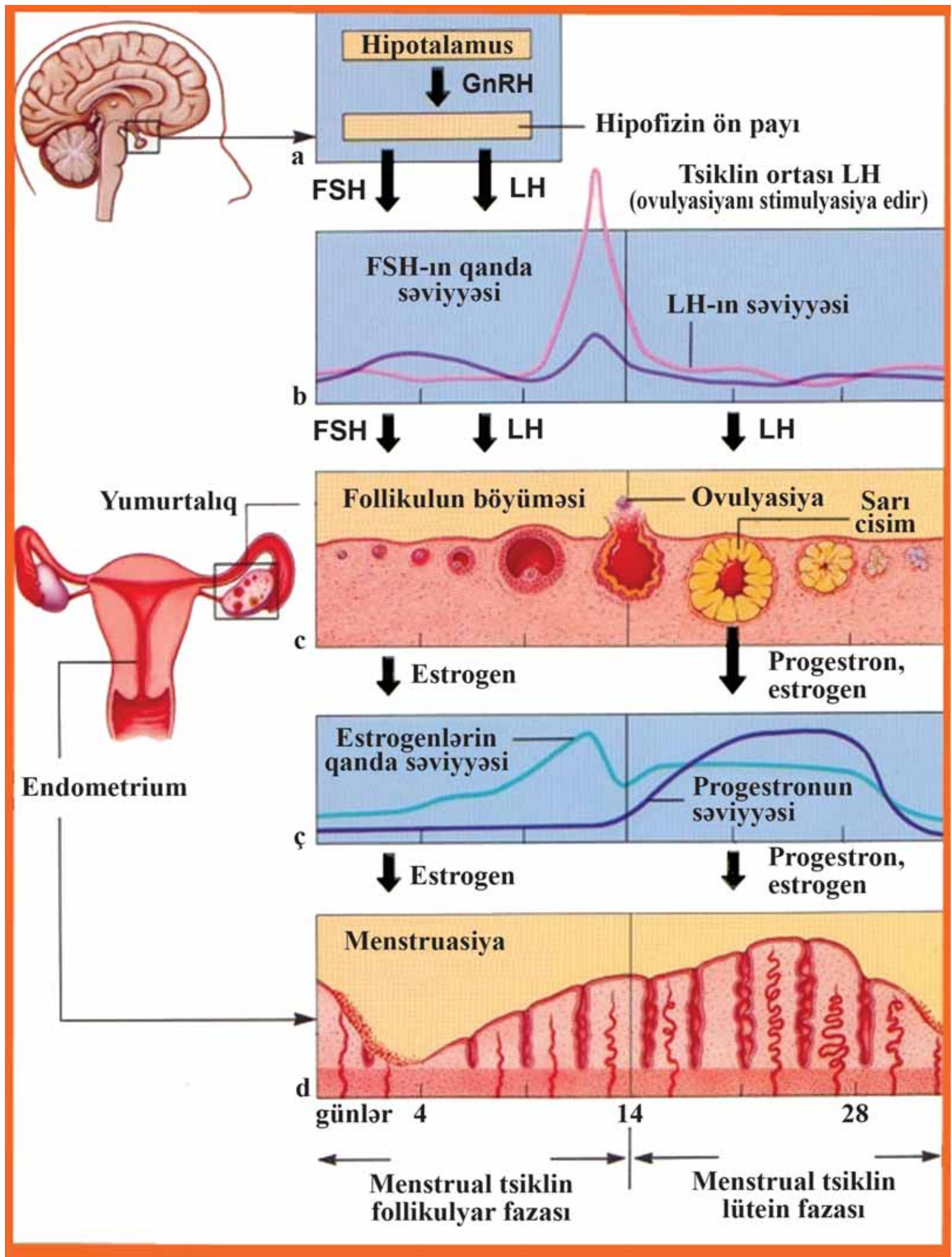
Reproduktiv sistem iyerarxiya prinsipi üzrə tənzimlənir və buraya hər biri özündən yuxarıda yerləşən qurumlarla əks əlaqə mexanizmi ilə tənzimlənən 5 səviyyə ayırd edilir:

I səviyyə – beyin qabığı və ekstrapitalamik strukturlar. İnsanın psixi fəaliyyətini, emosional cavabı və davranışı təyin edən xarici mühitdən daxil olan informasiya cərəyanı reproduktiv sistemin vəziyyətində əks olunur. Buna sübut olaraq kəskin və xroniki stress zamanı ovulyasiyanın pozulmasını, iqlim şəraiti, iş rejimi və s. dəyişildikdə menstrual tsiklin dəyişilməsini göstərmək olar. Reprodukativ funksiyanın pozulması neyronlarda neyrotransmitterlərin sintezinin və istifadəsinin dəyişilməsi ilə həyata keçirilir.

Əsas neyrotransmitterlərə, yəni ötürücü maddələrə, noradrenalin, dofamin, qammaaminoyağ turşusu, asetilxolin, serotonin və melatonin aiddir.

Serebral neyrotransmitterlər qonadotropin rilizing-hormonların (Gn-RH) əmələ gəlməsini idarə edir: noradrenalin, asetilxolin və qammaaminoyağ turşusu – onların sekresiyasını stimulyasiya edir, dofamin və serotonin isə əks-təsir göstərir.

II səviyyə – hipotalamus, xüsusilə neyrosekretor aktivliyə malik olan ventro- və dorsomedial arkuat nüvələrin neyronlarından ibarət olan onun hipofizotrop zonası.



Şəkil 1.4. Menstrual tsiklin tənzimlənməsi

Hazırda hipofizin funksiyasına nəzarət edən hipotalamik rili-zinq-stimullaşdırıcı faktorlar (*liberinlər*) və ingibisiya edən amillər (*statinlər*) aşkar edilmişdir.

Hipotalamus-hipofiz nahiyyəsi portal sistem adlanan özünə-məxsus damar şəbəkəsinə malikdir. Hipotalamusdan hipofizə informasiya neyrotransmitterləri portal sistemə ifraz edən sinir ucları vasitəsilə ötürülür. Qanın hipofizin ayaqcığı ilə yuxarı daxil olması da mümkündür; bu, adenohipofizin hipotalamusla əks əlaqəsini təmin edir.

Hazırda 5 amil aşkar edilib və öyrənilib: tireoliberin, qonadoliberin, kortikoliberin, somatoliberin və somatostatin. Menstrual və reproduktiv funksiyanın tənzim edilməsinə bilavasitə qonadoliberinin və ya lüliberinin aidiyyəti var.

Hipotalamusda sekretor siqnalları təxminən saatda 1 impuls tezliyi ilə baş verir. Bu ritm *pulsasiyaedici* və ya *sirxoral ritm* (*circhoral* – saatın ətrafında) adlanır. Bu impulslar müəyyən amplitudaya malikdir və Gn-RH portal sistemə periodik daxil olmasını və adenohipofizin hüceyrələri tərəfindən FSH və LH-ın impuls şəklində sekresiyasını təmin edir. Bu da, öz növbəsində, yumurtalıqlarda morfoloji və sekretor dəyişikliklərə gətirib çıxarır. “Əks əlaqə” mexanizmi ilə hipotalamus səviyyəsində lüliberinin sekresiyası estrogenlər və progesteronla tənzimlənir.

III səviyyə – hipofizin ön payı – adenohipofiz. Burada quruluşuna görə zülal maddələr olan, cinsi vəzlərin funksiyasını tənzim edən qonadotrop hormonlar sintez olunur: *follikulustimuləedici* və ya *follitropin* (FSH), *lüteinləşdirici* və ya *lütropin* (LH), *prolaktin* (Prl). Həmçinin hipofizdə digər trop hormonlar sintez olunur – *somatotrop hormon* (STH), *tireotrop hormon* (TTH), *adrenokortikotrop hormon* (AKTH).

FSH yumurtalıqda follikulların böyüməsini və yetişməsini, dənəli hüceyrələrin proliferasiyasını stimullaşdırır; onların üzərində FSH və LH reseptorlarının əmələ gəlməsini, yetişən follikulda aromatazaların (androgenləri estrogenlərə çevirir) fəallığını stimullaşdırır.

LH androgenlərin (estrogenlərin sələfləri olan) teka-hüceyrələrdə əmələ gəlməsini stimullaşdırır; FSH-la birgə ovulyasiyaya şərait yaradır və ovulyasiya olunmuş follikulun lüteinləşməyə uğramış dənəli hüceyrələrində progesteronun sintezini stimullaşdırır.

Prl qadın orqanizminə güclü təsir göstərir. Onun əsas bioloji rolu – süd vəzilərinin böyüməsi və laktasiyanın tənzimlənməsindən ibarətdir. O, həmçinin piymobilizəedici effektdə malikdir və hipotenziv təsir göstərir. Qanda prolaktinin səviyyəsinin artması yumurtalıqda steroidlərin əmələ gəlməsini və follikulların inkişafını tormozlayır və bu səbəbdən sonsuzluğun tez-tez rast gəlinən səbəblərindən biridir.

IV səviyyə – yumurtalıqlar və digər periferik endokrin orqanlar (böyrəküstü vəzi, qalxanabənzər vəzi və s.). Əsas rol yumurtalıqlara mənsubdur, digər vəzilər özünəməxsus spesifik funksiyaları yerinə yetirir, eyni zamanda reproduktiv sistemin normal funksiyasının tənzimlənməsində iştirak edirlər. Yumurtalıqlar iki əsas funksiyanı yerinə yetirirlər: *generativ və endokrin*.

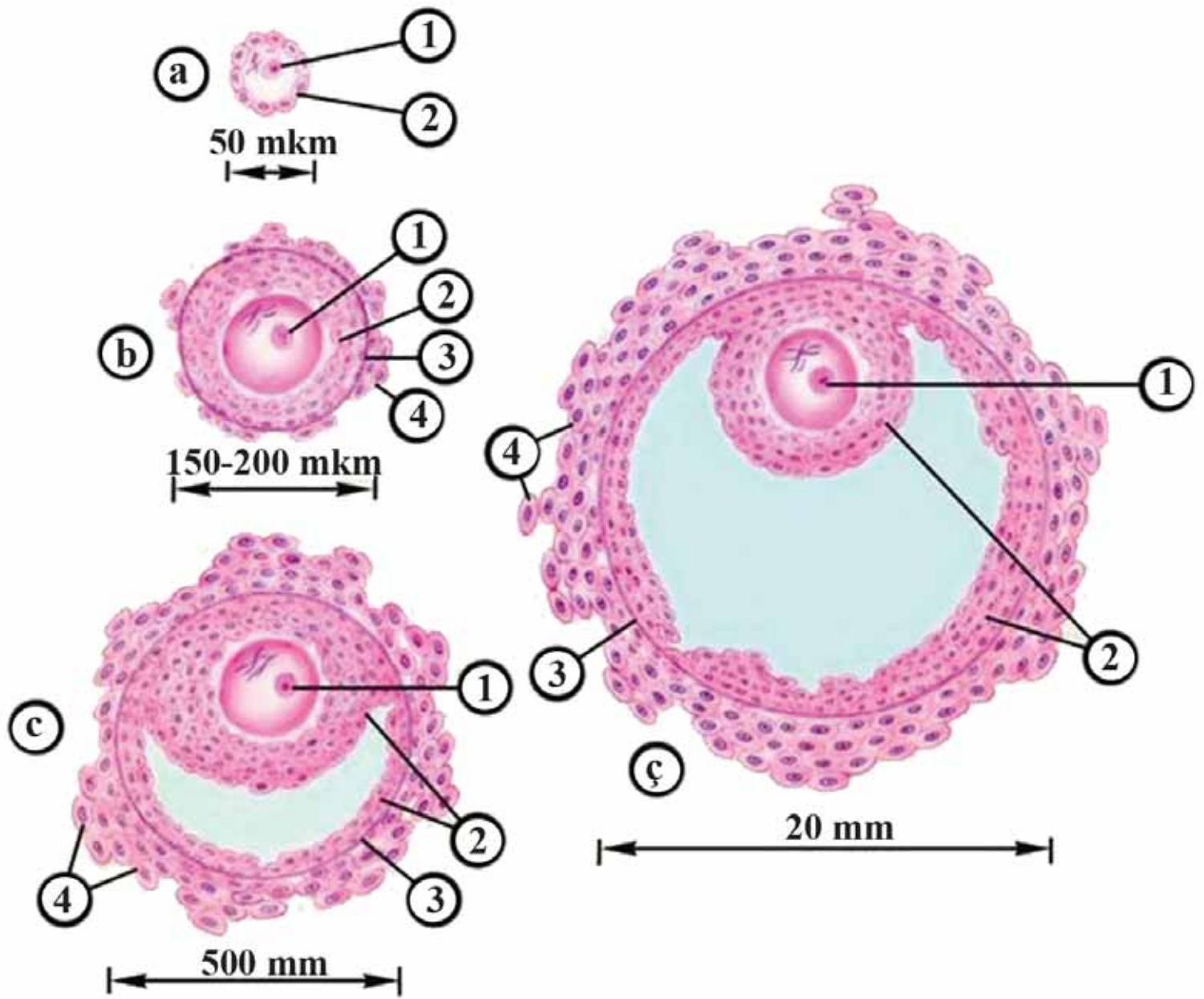
Generativ funksiya follikulun böyüməsi və yetişməsi, ovulyasiya və sarı cismin əmələ gəlməsindən ibarətdir; hormonal funksiya isə cinsi steroidlərin sintezindən ibarətdir.

Yenidoğulmuş qızın yumurtalıqlarında təxminən 2-4 mln. primordial follikul yerləşir. Onların əsas kütləsi (90%) bütün həyatı boyu ərzində atretik dəyişikliklərə uğrayır; yalnız az bir hissəsi (400-500) nəticədə sarı cisim əmələ gətirməklə, primordial follikuldan yetişmiş follikula qədər tam inkişaf tsikli keçir. Menarxeya yaxın dövrdə yumurtalıqlarda 200-400 min primordial follikul olur. Bir menstrual tsikl ərzində, adətən, daxilində yumurta hüceyrə olan yalnız bir follikul yetişir. Daha çoxsaylı follikul yetişəndə çoxdöllü hamiləlik mümkündür.

Yumurtalıqda follikulogenez prosesi fasiləsiz baş verir: bu, antenatal dövrdə başlayıb, postmenopauzada başa çatır.

Yumurtalıq tsikli 2 fazadan ibarətdir: *follikulyar və lütein*.

I faza aybaşı qanaxmasından başlayıb ovulyasiya ilə tamamlanır; **II faza** ovulyasiyadan sonra aybaşı qanaxmasına qədər davam edir.



Şəkil 1.5. Menstrual tsikl ərzində dominant follikulun yetişməsi:
a) primordial follikul; b, c) inkişaf edən follikul; ç) yetişmiş follikul.

1. Yumurta hüceyrə. 2. Follikulyar epitelinin hüceyrələri.

3. Follikulun daxili örtüyü. 4. Follikulun xarici örtüyü.

Follikulogenez tsiklin lütein fazasının gec mərhələsində FSH-ın təsiri altında başlayıb, qonadotropinlərin maksimal sekresiyasının (“zirvə” səviyyəsi) əvvəlində tamamlanır. FSH-ın reseptorları follikulların dənəli hüceyrələrində aşkar olunmuşdur; bu reseptorlar vasitəsilə FSH follikulların böyüməsini və antral boşluq mərhələsinə qədər yetişməsini tənzimləyir. Menstruasiyadan təxminən 1 gün əvvəl FSH-ın səviyyəsi yenə də artır və bu yeni follikulların böyüməsini (tsiklin 1-4-cü günü), eynicinsli follikullardan birinin seçilməsini (5-7-ci gün), dominant follikulun yetişməsini (8-12-ci gün) və ovulyasiyanı (13-15-ci gün) təmin edir.

Folikulyar fazanı təşkil edən bu proses 14 günə qədər davam edir. Digər follikullar atreziyaya uğrayır. Beləliklə, FSH-ın təsiri altında bu hormonların reseptorları olan dənəli hüceyrələrin proliferasiyası inkişaf edən follikulda onların sayının artmasına, boşluğun formalaşmasına və LH-ın reseptorlarının əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Çoxsaylı primordial follikulların arasından dominant follikulun seçilməsini təmin edən səbəblər tam öyrənilməmişdir.

Dominant follikulun diametri artıq menstrual tsiklin ilk günlərində 2 mm olur və 14 gün ərzində böyüyərək ovulyasiya momentinə qədər təxminən 21 mm ölçüdə olur. Bu dövr ərzində follikulyar mayenin həcmi 100 dəfə artır, bazal membranı daxildən örtən dənəli hüceyrələrin də sayı 100 dəfə artır.

Folikulyar mayədə estradiolun miqdarı kəskin sürətdə artır. Estradiolun səviyyəsinin artması LH ifrazını və ovulyasiyanı stimullaşdırır. Ovulyasiya momentinə yaxın oositdə meyoza prosesi bərpa olunur.

İnkişaf mərhələsindən və morfoloji əlamətlərindən asılı olaraq **primordial**, **preantral**, **antral**, **preovulyator** və ya **dominant follikullar** ayırd edilir:

Primordial follikul folikulyar və dənəli epitelidə yerləşən yetişməmiş yumurta hüceyrədən ibarətdir. Xaricdən follikul birləşdirici toxumadan əmələ gələn qısa ilə əhatə olunub (teka-hüceyrələr). Hər menstrual tsikl ərzində 3-dən 30-a qədər follikul yetişməyə başlayır və preantral (birincili) follikula keçir.

Preantral follikul. Preantral follikulda oositin ölçüsü böyüyür və şəffaf qısa (*zona pellucida*) adlanan membran ilə əhatə olunur. Qranulyoz epitelinin hüceyrələri proliferasiya edir və girdə forma alıb follikulun dənəli qatını əmələ gətirir (*stratum granulosum*), teka-hüceyrələr qatı isə ətrafdakı stromadan əmələ gəlir. Bu mərhələ üçün dənəli qatda əmələ gələn estrogenlərin istehsalının aktivasiyası səciyyəvidir.

Antral (ikincili) follikulda dənəli hüceyrələr vasitəsilə istehsal olunan folikulyar mayenin toplanmasının hesabına boşluğun böyüməsi baş verir. Cinsi steroidlərin əmələ gəlməsinin

fəallığı da artır. Teka-hüceyrələrdə androgenlər (androstendion və testosteron) sekresiya olunur. Dənəli hüceyrələrə daxil olarkən androgenlər onların estrogenlərə keçməsinə şərtləndirən aromatisasiyaya məruz qalırlar.

Boşluğun əmələgəlmə prosesi başa çatdıqdan sonra follikul yetişmiş *qraaf* follikuluna çevrilir və burada oosit eksentrik yerləşərək, dənəli hüceyrələrin 2-3 qatı ilə birlikdə yumurtadaşyıcı təcik əmələ gətirir. Təcikin hüceyrələri follikulun boşluğunu əhatə edən dənəli hüceyrələrlə birləşib dənəli membrana (*membrana granulosa*) əmələ gətirir.

Preovulyator follikul (dominant) bu və digər böyüyən follikullardan daha böyük ölçüsü (ovulyasiya mərhələsinə çatanda diametri 20-21 mm olur) ilə fərqlənir. Dominant follikul zəngin vaskulyarizasiya olunmuş teka-hüceyrələr qatından və FSH və LH qarşı çoxsaylı reseptorları olan dənəli hüceyrələrdən ibarətdir. Yumurtalıqlarda dominant preovulyator follikulun böyüyüb yetişməsi ilə yanaşı, eyni zamanda digər böyüməyə başlamış follikulların atreziası baş verir; həmçinin primordial follikulların da atreziası davam edir.

Ovulyasiya follikulun tez böyüməsi nəticəsində, qabıq qatının dartılması, “stiqmanın” əmələ gəlməsi və nəticədə onun cırılmasından ibarətdir. Ovulyasiya nəticəsində oosit yumurtadaşyıcı təciklə və follikulyar maye ilə birlikdə “yumşaq” surətdə qarın boşluğuna “itələnir”. Bu proses LH-ın səviyyəsinin “ovulyator zirvəyə” çatmasından 5-6 saat əvvəl başlayıb və “zirvə”dən 16 saat sonra bitir.

Ovulyasiya prosesində aparıcı rol follikulun daxilində təzyiqin artmasına yox, hidrolitik fermentlərin aktivizasiyasına məxsusdur.

Ovulyasiyadan əvvəl proteolitik fermentlərin aktivliyinin artması ilə bağlı follikulun divarının birləşdirici toxumasının nazikləşməsi baş verir.

Follikulyar mayenin tərkibində plazminogenin maksimal səviyyəsi ovulyasiya dövrünə təsadüf edir və onun cırılmasını təmin edən əsas faktor hesab edilir. Bundan başqa, follikulyar mayenin

tərkibində olan $F_{2\alpha}$, E prostaqlandinlərin, dənəli hüceyrələrin proteolitik fermentlərinin, oksitosin və relaksinin də müəyyən rolu vardır.

Ovulyasiya prosesi tranzitor hormon-aktiv törəmə olan *sarı cism* (*corpus luteum*) formalaşması ilə başa çatır. Follikulun cırılmasından sonra kapillyarlar və fibroblastlar teka-hüceyrələrdən bazal membrana nüfuz edir. Follikulun dənəli hüceyrələrində lüteinizasiya başlayır və onlar, teka-hüceyrələrlə və damarlarla birgə sarı cisim əmələ gətirir.

Bu strukturlar tsiklin postovulyator, lütein fazası ərzində steroid hormonların mənbəyi olur. Follikulun yetişməsi müddətindən fərqli olaraq, normada sarı cisim 12-14 gün fəaliyyət göstərir və bu müddət dəyişməzdir. Hamiləlik baş vermədikdə, sarı cisim reqressiyaya uğrayır və damarsız ağ cismə çevrilir.

Təməyərli sarı cisim yalnız o halda inkişaf edir ki, preovulyator follikulda LH-in reseptorları ilə zəngin olan adekvat sayda dənəli hüceyrələr əmələ gəlir. Hamiləlik baş verdiyi halda o, XQ təsiri altında progesteronun sekresiyasını davam edir və hamiləliyin erkən mərhələlərində onun inkişafına kömək edir. Hamiləliyin ilk 6 həftəsi ərzində birləşdirici toxumanın və damarların proliferasiyası, dənəli və teka-hüceyrələrin hesabına sarı cismnin ölçüləri 2 dəfə artır. Lakin doğuşa yaxın reqressiya nəticəsində onun ölçüləri yenidən 1,5-2 dəfə kiçilir. Hamiləliyin 8-10 həftəsindən doğuşa qədər follikulların böyüməsi, antral boşluq mərhələsinə qədər böyüməsi və atreziyası davam edir. Bu dövrdə XQ-nin yüksək konsentrasiyasının təsiri altında teka-hüceyrələrin lüteinizasiyası və hipertrofiyası baş verir; qeyd etmək lazımdır ki, hamiləlik vaxtı bu proseslər daha qabarıq şəkildə ifadə olunur, nəinki normal menstrual tsikl ərzində. Bu proseslər atreziyaya uğramış sarı cisimlərin sayının artmasına gətirib çıxarır.

Menopauza dövründə qanda qonadotrop hormonların səviyyəsinin yüksək olmasına baxmayaraq, yumurtalıqlar kiçilmiş ölçülərə malik olan sarı rəngdə atrofik törəmələr şəklində olur. Qabıq qatı adətən nazikləşmişdir və follikullardan azaddır, lakin aybaşıların kəsilməsindən sonra ilk 5 il ərzində az sayda primordial,

yetişən və atretik follikullar aşkar olunur. Menopauza dövründə qadının yumurtalıqları artıq dərəcədə androgenlər, xüsusilə testosteron (T) və androstendion (A-n) ifraz edir; bu aromatizasiya prosesinin və androgenlərin estrogenlərə çevrilməsinin pozulması hesabına baş verir.

Bəzi hallarda qabıq qatında hiperplaziya və tekamatoz əlamətləri aşkar olunur. Stromal hipertekozun xüsusiyyəti androgenlərin artıq dərəcədə sekresiyasından ibarətdir, bu isə klinik olaraq hirsutizm və virilizm ilə müşayiət olunur. Bu dövrdə sekresiya olunan estrogenlərin miqdarı aşağıdır və estrogenlər əsasən estronla təqdim olunmuşdur.

Yumurtalıqların *hormonal* funksiyası steroid hormonların sintezindən ibarətdir.

Preovulyator follikulda steroidlər *theca interna* və *theca granulosa* hüceyrələri ilə sekresiya edilir, sarı cisimdə – eyni, lakin lüteinləşdirilmiş hüceyrələr tərəfindən və həmçinin (az dərəcədə) stromal teka-hüceyrələr və interstisial-hüceyrələr vasitəsilə. Tsiklin fazalarından asılı olaraq bu hüceyrələr estrogenlərin, androgenlərin və progestinlərin sintezini stimullaşdırı bilər.

Bütün steroid hormonların sintezinin ilkin orqanik mənbəyi yumurtalığa qanla daxil olan aşağı qatılıqlı lipoprotein – xolesterindir. Steroidlərin sintezində ilkin mərhələləri təyin edən FSH və LH qonadotropinləri iştirak edir və sintezin son mərhələlərini, yəni androgenlərin estrogenlərə çevrilməsini təmin edən ferment sistemlər – aromatazalar iştirak edirlər.

Estrogenlər qadın orqanizmində 3 fraksiya şəklində təqdim olunub: estradiol (E), *estron* və *estriol*.

Menstrual tsiklin erkən follikulyar fazasında *estradiol* 100 *mkq/s*-yə qədər, ovulyasiya dövründə 400-900 *mkq/s*, lütein fazada isə 250-270 *mkq/s* sintez olunur. Estradiolun 10%-i testosterondan aromatizasiya olunur. Follikulyar fazada estronla estradiolun konsentrasiyası təxminən eynidir, ovulyasiya dövründə onun sintezi 600 *mkq/s*-yə qədər artır.

Estriol estradiol və estronun az dərəcədə aktiv metabolitidir. Estrogenlərin bioloji effektləri kifayət qədər mürəkkəbdir.

Estrogenlər pubertat dövrə cinsi orqanların, ikincili cinsiyyət əlamətlərinin inkişafına və həmçinin skeletin qadın tipli formalaşmasına səbəb olur.

Estrogenlər hamiləlik vaxtı miometriumun hipertrofiya və hiperplaziyasını stimullaşdırır, menstrual tsiklin birinci fazasında endometriumun funksional qatının proliferasiyasını, uşaqlıq yolunun selikli qişasının epitelial örtüyünün hüceyrələrinin yetişməsini və differensiasiyasını təmin edir.

Estrogenlərin təsirinin altında uşaqlıqda əzələ zülalının sintezi güclənir, miometriumun uşaqlığı yığan maddələrə qarşı həssaslığı artır və nəticədə bunlar uşaqlığın tonusunun və yığılma qabiliyyətinin artmasına səbəb olur.

Estrogenlərin hesabına servikal seliyn sekresiyası artır, ovulyasiya dövründə uşaqlıq borularının motorikası güclənir və nəticədə spermatozoidlərin sürətlə miqrasiyasına şərait yaranır.

Estrogenlər mübadilə proseslərinin intensivliyini artırır, orqanizmdə azotun, natriumun, sümükdə kalsiumun, fosforun ləngiməsinə səbəb olur, qanda xolesterinin miqdarını azaldır.

Estrogenlər dolayı yolla hipofiz vasitəsilə yumurtalıqlara təsir edərək, dənəli hüceyrələrin çoxalmasını təmin edir, follikulun yetişməsi zamanı trofik prosesləri stimullaşdırır.

Progesteron sarı cismin lütein hüceyrələri və həmçinin dənəli qatın lüteinləşdirilmiş hüceyrələri və follikulların qişaları tərəfindən sekresiya olunur. Bundan başqa, hestagenlərin sintezi böyrəküstü vəzin qabıq qatında və hamiləlik vaxtı ciftə də baş verir.

Progesteronun orqanizmə təsiri spesifik xarakter daşıyır. Bu, endometriumdə sekretor dəyişiklikləri və hamiləlik vaxtı desidual qişanın əmələ gəlməsini təmin edir, miometriumun reseptorlarının uşaqlığı yığan maddələrə qarşı həssaslığını azaltmaqla uşaqlığın oyanıqlığını və yığılma qabiliyyətini azaldır.

Progesteron servikal seliyn istehsalını azaldır, uşaqlıq borularının motorikasını zəiflədir. O, laktasiya funksiyasında və su-elektrolit mübadiləsinin requlyasiyasında iştirak edir, mədə şirəsinin ifrazını gücləndirir, ödün ifrazını ləngidir və s. Kiçik dozalarda progesteron FSH-ın sekresiyasını stimullaşdırır, böyük

dozalarda – hipofiz tərəfindən FSH-ın və LH-ın ifrazını blokada edir.

Yumurtalıqlarda həmçinin az miqdarda testosteronun sələfi androstendion, eyni konsentrasiyada o, həm də böyrəküstü vəzidə əmələ gəlir.

Testosteronun 15%-dən çoxu enzimlərin təsiri altında dihidro-testosterona (ən aktiv androgen, qadın orqanizmində onun miqdarı 75 *mkq/s* təşkil edir) aromatizasiya olunur.

Testosteronun sələfləri həmçinin dehidroepiandrosteron və dehidroepiandrosteron-sulfatdır. Bu hormonlar yumurtalıqlarda az miqdarda sintez olunur, onların sekresiyasının əsas mənbəyi böyrəküstü vəzin qabığıdır.

Androgenlər orqanizmdə klitorun və böyük cinsiyyət dodaqlarının böyüməsini stimullaşdırır, laktasiyanı ləngidir – androgen hormonların səviyyəsinin artması tüklərin “*kişi tipli*” böyüməsinə, “*acne vulgaris*”in əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

V səviyyə – hədəf-orqanlar – cinsi steroidlərin spesifik reseptorlarının olmasının hesabına həssas orqanlar (uşaqlıq, uşaqlıq boruları, uşaqlıq yolunun selikli qişası). Hədəf-orqanlarda tsiklik dəyişikliklər baş verir; onlar daha çox endometriumda ifadə olunub və “uşaqlıq tsikli” adı altında tanınır.

Endometriumda tsiklik dəyişikliklər aybaşı vaxtı soyulan kompakt yerləşən epitelial hüceyrələrdən ibarət olan səthi (funksional qatı) əhatə edir.

Soyulmayan bazal qat deskvamasiyaya uğramış qatın bərpa-sını təmin edir.

Tsikl ərzində endometriumda baş verən dəyişikliklərə görə proliferasiya, sekresiya və qanaxma (menstruasiya) fazası ayırd edilir.

Proliferasiya fazası (follikulyar fazaya uyğundur) tsiklin 5-ci günündən başlayıb 12-14-cü günə qədər davam edir. Bu dövrdə yeni funksional qat əmələ gəlir; onun tərkibində yüksək mitotik aktivliyə malik olan silindrik epitel ilə örtülən borulu vəzilər inkişaf edir. Bu qatın qalınlığı 8-10 *mm* təşkil edir.

Sekresiya fazası (lütein fazaya uyğundur) sarı cismin fəaliyyəti ilə bağlıdır və 14 (\pm) 1 gün davam edir. Bu dövrdə endomet-

riumun vəzilərinin epitelisi tərkibinə qlikozaminoqlikanlar, qliko-proteidlər, qlikogen olan şirə ifraz etməyə başlayır.

Sekresiya maksimal aktivlik dərəcəsinə tsiklin 20-21 günündə çatır. Bu dövrdə endometriumda maksimal miqdarda proteolitik fermentlər aşkar olunur, stromada isə desidual dəyişikliklər baş verir (kompakt qatın hüceyrələri böyüyür, girdə və ya poliqonal formaya malik olur, sitoplazmada qlikogen toplanır). Stromanın kəskin vaskulyarizasiyası baş verir – spiral arteriyalar kəskin dərəcədə burulmuş, “yumaqcıqlar” əmələ gətirir, venalar genişlənir. Aybaşının 20-22-ci günündə (ovulyasiyadan sonra 6-8 gün) qeyd olunan bu proseslər mayalanmış yumurta hüceyrənin implanta-siyası üçün əlverişli şərait yaradır. 24-27-ci günə sarı cismnin req-ressi və onun istehsal etdiyi hormonların konsentrasiyasının azal-ması ilə əlaqədar endometriumun qidalanması pozulur və onda degenerativ dəyişikliklər artır. Stromanın dənəli hüceyrələrindən tərkibində relaksin olan və selikli qişanın menstrual qopmasını ha-zırlayan qranulalar ayrılır. Kompakt qatın səthi sahələrində kapill-yarların lakunar genişlənməsi və stromaya qansızmalar qeyd olu-nur. Bu dəyişiklikləri aybaşından 1 sutka əvvəl aşkar etmək olar.

Aybaşı tsikli ərzində hormonal dəyişiklikləri aşağıdakı cədvəldəki kimi təsvir etmək olar.

Hormon	Mənbə	Hormonların təsiri
1	2	3
GnRH	Hipotalamus	Hipofizdə FSH və LH sekresiyasını stimulyasiya edir
FSH	Hipofiz	Yumurtalıqlarda dominant follikullun (tərkibində yumurta-hüceyrə olan) yetişməsini təmin edir; follikullar artan dərəcədə estrogen ifraz edir.
LH	Hipofiz	“Zirvə” dərəcəsinə çatdıqda follikulun partla-masına (ovulyasiya) və tərkibində yumurta-hüceyrə olan follikulyar mayenin xaric olmasına gətirib çıxarır; follikulun estrogen və get-gedə artan dərəcədə progesteron ifraz edən sarı cismə çevrilməsini təmin edir.

1	2	3
Estrogenlər	Yumurtalıq (follikul)	Uşaqlıqda endometriumun tez qalınlaşmasını təmin edir; süd vəzilərinin həssaslığını artırır; estrogenlərin artması hipotalamusa və Gn-RH əks əlaqə prinsipi ilə təsir edir; Gn-RH-nin ifrazı azalır, nəticədə FSH və LH-in səviyyəsi enir, estrogenlərin həddindən artıq səviyyəsi hipotalamusa əks-təsir göstərərək Gn-RH böyük dozada ifrazını stimulyasiya edir, Gn-RH hipofizdə FSH və LH-in “zirvə” səviyyədə ifrazını stimulyasiya edir.
Progesteron	Yumurtalıq (sarı cisim)	Endometrium qalın, süngərəbənzər, vəzili, mayalanmış yumurta-hüceyrənin (ziqotanın) qəbuluna hazır edir, süd vəzilərinin böyüməsini (ağrılı və həssas ola bilər) təmin edir; hipofizə əks əlaqə prinsipi ilə təsir göstərərək, sarı cismin degenerasiyasına və estrogenlərin azalmasına gətirib çıxaran LH-in ifrazını azaldır; progesteronun azalması aybaşı qanaxmasının başlanmasına səbəb olur.

Menstruasiya (aybaşı) endometriumun funksional qatının deskvamasiya və regenerasiyasını daxil edir. Sarı cismin reqressi və cinsi steroidlərin miqdarının kəskin azalması ilə əlaqədar endometriumda hipoksiya artır. Qanın durğunluğuna və trombların əmələ gəlməsinə gətirib çıxardan arteriyaların uzunmüddətli spazmı aybaşının başlanmasına səbəb olur. Endotelinin keçiriciliyin artması, damarların divarlarının kövrəkliyi, çoxsaylı kiçik qansızmalar və böyük leykositə infiltrasiya toxumaların hipoksiyasını (toxuma asidozu) daha da dərinləşdirir. Damarların uzunmüddətli spazmindən sonra onların güclü qan axını ilə səciyyələnən paretik genişlənməsi əmələ gəlir. Bu zaman mikrosirkulyator dövrandə hidrostatik təzyiqin artması baş verir; damarların divarları bu zaman öz mexaniki bərkliyini itirib, onların cırılması baş verir. Bu fonda funksional qatın nekrozlaşmış sahələrinin aktiv deskvamasiyası baş verir. Aybaşının 1-ci sutkasının sonunda funksional qatın $\frac{2}{3}$ hissəsi qopur, tam deskvamasiya isə adətən 3-cü gün başa çatır.

Endometriumun regenerasiyası nekrozlaşmış funksional qatın qopmasından dərhal sonra başlayır. Bazal qatın epitelial hüceyrələri regenerasiya üçün təməli təşkil edir. Fizioloji şəraitdə artıq tsiklin 4-cü günü selikli qişanın yara səthi bütövlüklə epitelizasiya olunur. Sonra yenidən endometriumun tsiklik dəyişiklikləri – proliferasiya və sekresiya başlayır.

Tsikl ərzində endometriumdə baş verən ardıcıl dəyişikliklər nəinki qanda cinsi steroidlərin səviyyəsindən, həmçinin bu hormonlara qarşı reseptorların vəziyyətindən də asılıdır.

Reproduktiv sistemin tsiklik fəaliyyəti *düz və əks əlaqə prinsipləri* ilə təyin edilir. Düz əlaqə hipotalamusun hipofizə stimullaşdırıcı təsirindən və nəticədə yumurtalıqlarda cinsi steroidlərin əmələ gəlməsindən ibarətdir. Əks əlaqə cinsi hormonların yüksək konsentrasiyalarının yuxarıda yerləşən səviyyələrə təsiri ilə təyin edilir.

Reproduktiv yaşda olan qadınlarda *əks əlaqə mənfi və müsbət* xarakter daşıya bilər. Mənfi əks əlaqənin sübutu kimi erkən follikulyar fazada estradiolun səviyyəsinin aşağı olmasına cavab olaraq hipofiz tərəfdən LH-in istehsalının artmasını gətirmək olar. Eyni mexanizmlə adenohipofizdə LH-in səviyyəsinin azalması fonunda RH-LH-in əmələ gəlməsi artır.

Müsbət əks əlaqə prinsipi ilə qanda estradiolun səviyyəsinin maksimum (ovulyator) həddə olmasına cavab olaraq hipofizdə LH və FSH-in artması baş verir.

Beləliklə, menstrual tsiklin requlyasiyasında aparıcı rol hipotalamusun neyronlarında RH-LH-in ritmik sekresiyası və LH və FSH-in mənfi və müsbət əks əlaqə prinsipi ilə estradiolla idarə edilməsinə məxsusdur.

II FƏSİL

GİNEKOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN MÜAYİNƏ ÜSULLARI

2.1. ANAMNEZ VƏ MÜAYİNƏ

Ginekoloji xəstələrin anamnezi toplanarkən aşağıdakılara diqqət yetirilir:

- şikayətlər;
- ailəvi anamnez;
- həyat tərz, qidalanma, zərərli vərdişlər, əmək və məişət şəraiti;
- keçirilmiş xəstəliklər;
- aybaşı və reproduktiv funksiyalar, kontrasepsiyanın xüsusiyyəti;
- ginekoloji xəstəliklər və cinsiyyət orqanlarında əməliyyatlar;
- hazırkı xəstəliyin tarixi.

Xəstə ilə ünsiyyət qurmaq həkimin işinin ayrılmaz hissəsidir. Dialoq aparmaq, diqqətlə dinləmək və suallara düzgün cavab vermək xəstəni başa düşməkdə, onun xəstəliyinin səbəblərini aydınlaşdırmaqda və müalicənin optimal üsulunu seçməkdə kömək edir.

Ünsiyyət tərzindən asılı olmayaraq, xəstə hiss etməlidir ki, həkim onu dinləməyə və Hippokrat andının tələb etdiyi kimi, bütün danışılanları sirr kimi saxlamağa hazırdır.

Müasir dövrdə xəstələr bərabərhüquqlu münasibətə üstünlük verir, onlar komanda yox, məsləhət gözləyir və öz fikirlərinə, hətta qeyri-professional olsa belə, hörmət tələb edirlər. Xəstə müalicə üsulunun seçilməsində aktiv iştirak etməli, bu və ya digər üsulun mümkün ola biləcək nəticələrindən və ağırlaşmalarından xəbər-

dar olmalıdır. Müxtəlif manipulyasiyaların və əməliyyatların aparılması üçün pasiyentdən yazılı razılıq alınmalıdır.

Xəstənin anamnezini toplayarkən şikayətlərinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Ginekoloji xəstələrdə əsas şikayətlər cinsiyyət yollarından qanaxma, ağrılar, sonsuzluq və hamiləliyin başa çatdırılmamasıdır. Əvvəlcə ilk aybaşının (*menarxe*) vaxtı, aybaşının dərhal, yaxud hər hansı fasilədən sonra davam edib-etməməsi, aybaşı qanaxmasının davamiyyəti, qan itkisinin həcmi, aybaşının ritmikliyi dəqiqləşdirilir. Cinsi həyata başladıqdan sonra, doğumdan, abortdan sonra aybaşı tsiklinin dəyişilib-dəyişilməməsi, hazırkı xəstəlik zamanı aybaşının necə keçməsi, son aybaşının nə vaxt olduğu və onun xüsusiyyətləri aydınlaşdırılır.

Aybaşı funksiyasının bütün sadalanan pozuntularını amenoreya və hipomenstrual sindroma, menorragiya və alqodismenoreyaya bölmək olar.

Amenoreya – aybaşının olmaması cinsi yetkinlik dövrünə qədər, hamiləlik və ya laktasiya zamanı, postmenopauzal dövrdə müşahidə olunur. Amenoreyanın bu növləri fizioloji hal kimi qiymətləndirilir. Patoloji amenoreya müxtəlif genezli ümumi və ginekoloji xəstəliklər ilə əlaqədar olaraq aybaşı tsikli yarandıqdan sonra meydana çıxır.

Hipomenstrual sindrom aybaşının azalması (*hipomenoreya*), qısalması (*oliqomenoreya*) və seyrəkləşməsi kimi (*opsomenoreya*) özünü büruzə verir. Adətən sindrom patoloji amenoreya müşahidə olunan xəstəliklər zamanı meydana çıxır.

Menorragiya aybaşı tsikli ilə əlaqədar olan qanaxmadır. Menorragiya aybaşı qanaxmasının artması (*hipermenoreya*), aybaşı qanaxmasının uzunmüddətli davamiyyəti (*polimenoreya*) və ritminin pozulması şəklində baş verir (*proyomenoreya*). Bu pozuntular nisbətən çox hallarda müştərək olur. Menorragiyanın yaranması şişlər (uşaqlığın mioması), iltihab proseslərinin inkişafı (endo- və miometrit) nəticəsində uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin azalmasından asılı olduğu kimi, follikulların qeyri-düzgün yetişməsi və ya ovulyasiyanın olmaması ilə əlaqədar olaraq yumurtalığın funksiyasının pozulmasından da asılı ola bilər.

Metrorragiya aybaşı tsikli ilə əlaqəsi olmayan, uşaqlığın selikaltı mioması və uşaqlıq cisminin və boynunun xərçəngi, yumurtalığın hormonal-aktiv şişləri və bəzi digər xəstəliklər zamanı ovulyasiya prosesinin pozulması nəticəsində (disfunksional uşaqlıq qanaxması) adətən yumurtalıqların funksiyasının müxtəlif formada pozulması zamanı yaranan asiklik uşaqlıq qanaxmasıdır.

Menometrorragiya gur və uzunmüddətli aybaşı qanaxmasıdır.

Alqodismenoreya – ağrılı aybaşı. Adətən aybaşı qanaxmasının başlanğıcı ağrılar ilə müşayiət olunur, bütün aybaşı müddətində isə az hallarda ağrılar müşahidə olunur. Ağrılı aybaşı cinsiyyət orqanlarının inkişafdan qalması (infantilizm), uşaqlığın qeyri-düzgün yerləşməsi, endometrioz, daxili cinsiyyət orqanlarının iltihab xəstəlikləri və s. nəticəsində baş verir.

Cinsiyyət üzvlərindən gələn patoloji ifrazat *ağlı ifrazat* adlanır. Ağlı ifrazat ginekoloji xəstəliklərin simptomu olması ilə yanaşı, cinsiyyət sistemi ilə əlaqəsi olmayan patoloji proseslərin təzahürü də ola bilər. Ağlı ifrazat az, orta və gur ola bilər. Ağlı ifrazat süd rəngində, sarımtıl, yaşıl, sarımtıl-yaşıl, bozumontul, “çirkli” (qan ilə qarışıq) rəngdə, konsistensiyası isə yapışqan, sıyıgabənzər, köpüklü və s. ola bilər. İfrazat iysiz, hiss edilən iyli, kəskin, xoşagəlməz iyli ola bilər. Pasiyentdən aybaşı tsiklinin müəyyən dövrlərində ifrazatın miqdarının artmasını (xüsusilə də aybaşı ilə əlaqədar olaraq), ifrazatın cinsi əlaqədən sonra və ya partnyorun dəyişməsi ilə, həmçinin kontakt qanaxmaların provokasion amillər ilə (ağırlıq qaldırma, defekasiya aktı, cinsi əlaqə) əlaqədar olub-olmamasını aydınlaşdırmaq lazımdır.

Reproduktiv funksiyanın (nəsiltörətmə) qiymətləndirilməsi xəstənin ginekoloji sağlamlığı və ya qeyri-sağlamlığı haqqında məlumat əldə etməyə imkan verir. Bununla yanaşı, aşağıdakıları aydınlaşdırmaq vacibdir:

- cinsi həyata başladıqdan sonra nə vaxt və hansı yaşda ilk hamiləlik baş verib;
- cəmi neçə hamiləlik olub, bu hamiləliklərin nəticəsi necə olub, beçəxor, uşaqlıqdankənar hamiləlik və digər ağırlaşmalar olmuşdurmu;

- nə vaxt və neçə doğuş olub, doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar olubmu, əgər olubsa, hansı ağırlaşmalar olub və operativ tədbir görülmübmü;
- süni abortların sayı; tibbi göstərişlər üzrə xəstəxanada və ya xəstəxanadankənar; özbaşına düşüklərin sayı nə vaxt olub, abort zamanı və ya abortdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar olubmu, hansı müalicə aparılıb;
- axırınıcı hamiləlik nə vaxt və hansı yaşda olub, necə keçib və nə ilə nəticələnib: vaxtında və ya vaxtından əvvəl doğuş, süni və yaxud özbaşına abort, doğuş (abort) vaxtı və ya doğuşdan sonrakı (abortdan sonrakı) müddətdə ağırlaşmalar olubmu, əgər olubsa, hansı ağırlaşmalar olub və hansı müalicələri alıb.

Müayinə zamanı aşağıdakılar müəyyən edilir:

- *bədən quruluşunun tipi*: qadın; kişi (uca boylu, uzun bədən quruluşu, enli çiyin, dar çanaq); evnuxoid-xacə (hündür boy, dar çiyin, uzun ayaqlar, qısa bədən quruluşu);
- *fenotipik xüsusiyyətlər*: retroqnatiya, geniş, yastılaşmış burun üstü, aşağı yerləşmiş qulaq seyvanı, qısaboy, büküslü qısa boyun, çəlləkvari döş qəfəsi, qövsvari damağ və s.;
- *tüklənmə və dəri örtüyünün vəziyyəti*;
- *süd vəzilərinin vəziyyəti*: süd vəziləri pasiyent ayaq üstə və uzanmış vəziyyətdə, ardıcılıqla vəzinin xarici və daxili kvadrantı əl ilə yoxlanılır, döş gilələrindən ifrazatın olub-olmaması, rəngi, konsistensiyası və xüsusiyyəti qeydə alınır. Gilələrdən qəhvəyi rəngdə və ya qanla qarışıq ifrazatın qeyd edilməsi bədxassəli prosesin və ya süd vəziləri axaclarında paylar törəmənin labüd olmasına dəlalət edir; duru, şəffaf və ya yaşımtıl ifrazat kistoz dəyişikliklər üçün səciyyəvidir. Amenoreya və ya oliqomenoreyalı xəstələrdə süd vəzisinin giləsini sıxanda südün və ya ağız südünün əmələ gəlməsi qalaktoreya-amenoreya diaqnozunu qoymağa imkan verir ki, bu da reproduktiv funksiyanın hipotalamik pozuntusunun formalarından biridir. Həmçinin belə vəziyyətdə hipofizin prolaktin ifrazedici adenomasını istisna etmək vacibdir.

Boyun və kütlənin təyini bədən kütləsinin indeksini (BKİ) təyin etmək üçün vacibdir.

$$\text{BKİ} = \frac{\text{Bədən kütləsi (kg)}}{\text{Boy (m}^2\text{)}}$$

BKİ normada qadınlarda reproduktiv yaşda 20-26-ya bərabərdir. İndeks 40-dan yuxarı olduqda (IV dərəcəli piylənməyə uyğundur) metabolik pozuntunun yüksək olmasından xəbər verir.

Artıq bədən çəkisi olan zaman, piylənmənin nə vaxtdan başlandığını dəqiqləşdirmək lazımdır: uşaqlıqdan, pubertat yaşdan, cinsi həyata başlamazdan əvvəl, abortdan və ya doğuşdan sonra.

Qarının müayinəsi xəstə arxası üstə uzanmış vəziyyətdə aparılır və bu müayinə olduqca dəyərli məlumatlar verir. Qarının müayinəsi zamanı onun ölçüsünə, konfigurasiyasına, köpməsinə, simmetriyisinə, tənəffüs aktında iştirak etməsinə diqqət yetirmək lazımdır. Lazım gələrsə, qarın dairəsi santimetr lenti ilə ölçülür.

Qarının ön divarının əllə müayinəsi (palpasiya), xüsusilə patoloji yenitörəmələri təyin etmək üçün böyük praktik əhəmiyyət daşıyır. Qarının ön divarının gərginliyi peritonun qıcıqlanma simptomudur və uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabı, çanaq və ya diffuz peritonitdə müşahidə olunur. Perkussiya əllə müayinəni tamamlayır və ayrı-ayrı orqanların sərhədlərini, şişlərin konturlarını, qarın boşluğunda sərbəst mayenin olmasını təyin etməyə kömək edir.

Qarının auskultasiyası qarın boşluğunun cərrahi əməliyyatından sonra böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir (bağırsağın parezinin diaqnostikası).

Ginekoloji müayinə ginekoloji kreslodə aparılır. Xəstənin ayaqları dirəyə, yanı isə kreslonun kənarına söykənir. Bu vəziyyətdə vulvaya baxış aparmaq və güzgünü uşaqlıq yoluna qoymaq mümkündür.

Cinsiyyət orqanlarının normal vəziyyəti hamilə olmayan və əmizdirməyən, sidik kisəsi və düz bağırsağı boş, şaquli vəziyyətdə olan qadınlardakı vəziyyət səciyyəvi hesab olunur. Normada uşaqlığın dibi yuxarı doğru yönəlmiş və kiçik çanaq dibi girəcək müstəvisi daxilində uşaqlıq boynunun xarici dəliyi səviyyəsində,

uşaqlıq yolu hissəsi aşağı və arxaya doğru yerləşir. Uşaqlıq cismi və boynu önə açılmış küt bucaq əmələ gətirir (anteversio və anteflexio). Sidik kisəsinin dibi boğaz nahiyyəsində uşaqlığın ön divarına yönəlir, sidik kanalı uşaqlıq yolunun orta və aşağı ücdə bir hissəsində uşaqlıq yolunun ön divarı ilə görüşür. Düz bağırsaq uşaqlıq yolunun arxasında yerləşir və onunla kövşək toxuma ilə birləşir. Uşaqlıq yolunun arxa divarının yuxarı hissəsi – arxa tağ düzbucağı – uşaqlıq nahiyyəsinin peritonu ilə örtülür.

Qadın cinsiyyət üzvlərinin normal vəziyyətini aşağıdakılar təmin edir:

- cinsiyyət üzvlərinin məxsusi tonusu;
- diafraqma, qarın divarı və çanaqdibi və daxili üzvlər arasında qarşılıqlı əlaqə;
- uşaqlığın bağ aparatı (asan, fiksəedici, saxlayıcı).

Cinsiyyət üzvlərinin tonusu orqanizmin bütün sistemlərinin düzgün funksiyalarından asılıdır. Tonusun düşməsi cinsiyyət hormonlarının səviyyəsinin aşağı enməsi, əsəb sisteminin funksional vəziyyətinin pozulması və yaş dəyişikliyi ilə əlaqədar ola bilər.

Daxili üzvlər arasında qarşılıqlı əlaqə (bağırsaq, piylik, parenximatoz və cinsiyyət orqanları) onların bir-birinə bilavasitə təması nəticəsində vahid kompleks təşkil edir. Qarındaxili təzyiq diafraqmanın, qarının ön divarının və çanaq dibinin birgə funksiyaları ilə tənzimlənir.

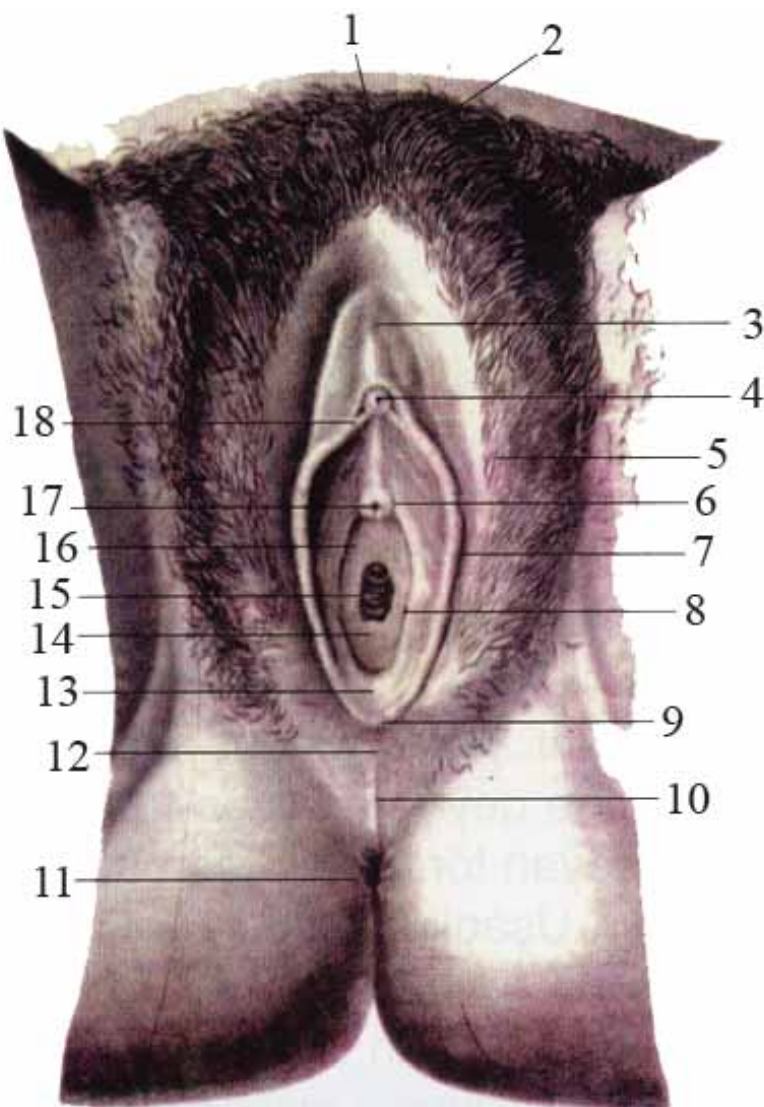
Bağ aparatı uşaqlığın girdə və enli bağları, yumurtalığın xüsusi və asan bağları təşkil edir. Bağlar uşaqlıq dibinin orta vəziyyətini və onun önə fizioloji ayrılığını təmin edir.

Fiksəedici aparata oma – uşaqlıq, kardinal, uşaqlıq-sidik kisəsi və sidik kisəsi-qasıq bağları aiddir. Fiksəedici aparat uşaqlığın mərkəzi vəziyyətini təmin edir və onun yana, arxaya və önə tərəf yerini dəyişməsini praktik olaraq qeyri-mümkün edir. Bağ aparatı öz aşağı hissəsində uşaqlıqdan aralandığına görə uşaqlığın müxtəlif istiqamətlərə fizioloji olaraq əyilməsi mümkündür (uzanan vəziyyət, sidik kisəsi həddən artıq dolu olan vəziyyət və s.).

Saxlayıcı aparat əsasən çanaq dibinin əzələləri (aşağı, orta və yuxarı qat), uşaqlıq yolunun yan divarında yerləşən sıx birləş-

dirici toxuma, düzbağırsaq – uşaqılıq yolu, eyni zamanda sidik kisəsi–uşaqılıq yolu arakəsmələrindən ibarətdir. Çanaqdibi əzələlərin alt qatı düzbağırsağın xarici sfinkterindən, soğanaq – mağaralı, oturacaq – mağaralı və aralığın səthi köndələn əzələlərindən ibarətdir. Əzələlərin orta qatı sidik tənəsül diafraqmasından, sidik kanalının xarici sfinkterindən, anusu qaldıran əzələdən və köndələn dərin əzələdən ibarətdir.

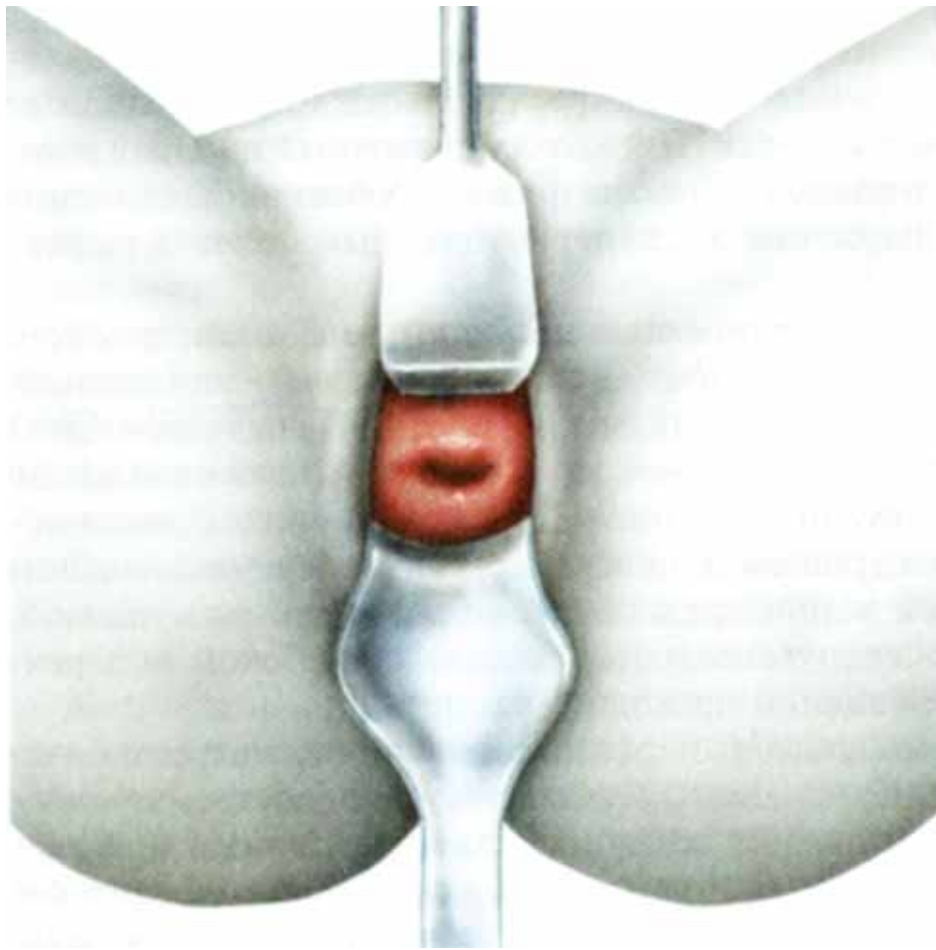
Xarici cinsiyyət orqanlarının müayinəsi. Bu zaman kiçik və böyük cinsiyyət dodaqlarının vəziyyəti və həcmi; selikli qişanın vəziyyəti (“nəm”, quruluğu, rəng örtüyü, servikal kanalın seliyi); klitorun həcmi; tük örtüyünün inkişaf dərəcəsi və xüsusiyyəti; aralıq nahiyyəsinin vəziyyəti; patoloji proseslər (iltihab, şiş törəməsi, xoralar, kondilomalar, fistullar, çapıqlar) qiymətləndirilir (şəkil 2.1).



Şəkil 2.1. Qadının xarici cinsiyyət orqanları:
1-qasıq dağcığı; 2-dodaqların ön bitişməsi; 3-klitor pülüyü; 4-klitor başı; 5-böyük cinsiyyət dodağı; 6-sidik kanalı ətrafı axacaqlar; 7-kiçik cinsiyyət dodaqları; 8-dəhlizin böyük vəzisi; 9-cinsiyyət dodaqları yüyəni; 10-aralıq; 11-anus; 12-dodaqların arxa bitişməsi; 13-uşaqılıq yolu dəhlizi çuxuru; 14-qızlıq pərdəsi; 15-uşaqılıq yolu dəliyi; 16-uşaqılıq yolu dəhlizi girəcəyi; 17-sidik kanalının xarici dəliyi; 18-klitor yüyəni.

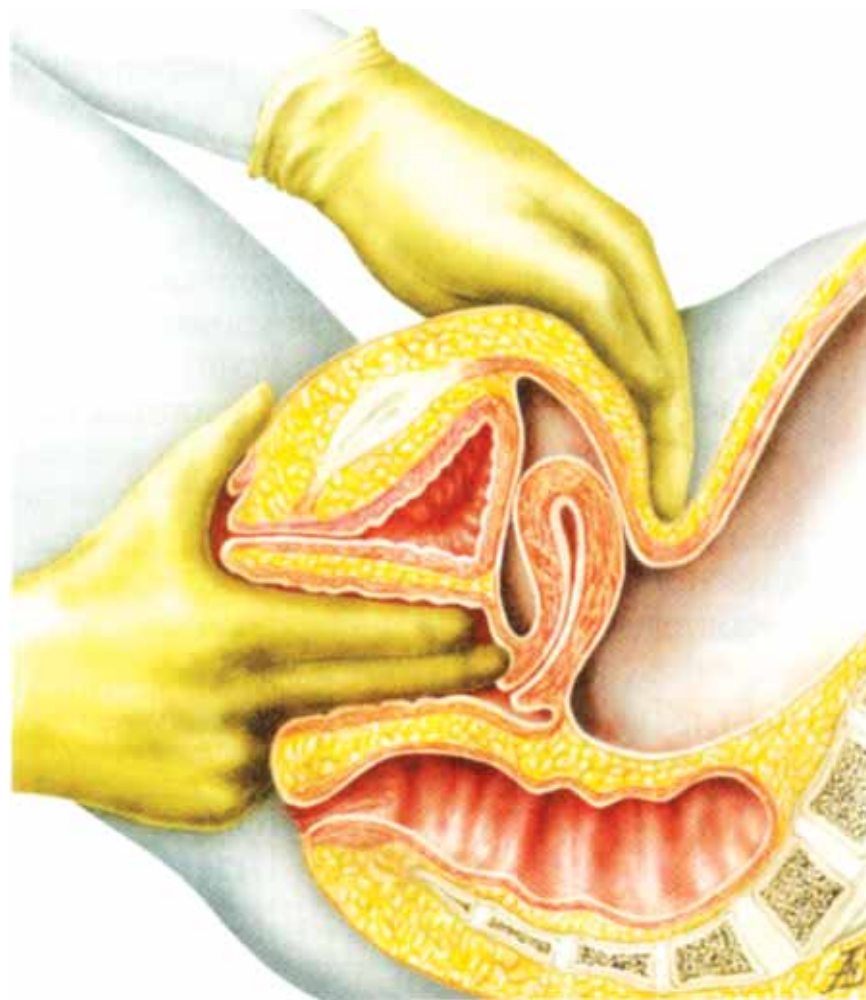
Eyni zamanda cinsiyyət yarığının görünüşünə də diqqət yetirilir; qadına güc verməyi təklif etməklə uşaqılıq yolu divarının və uşaqılığın sallanmasının və ya düşməsinin olub-olmadığını təyin edirlər.

Uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun güzgülərlə müayinəsi (şəkil 2.2) cinsi həyatı olan qadınlar üzərində aparılır. Uşaqlıq boynu patologiyalarını (eroziyanı, polipi və s.) yalnız güzgü vasitəsilə təyin etmək mümkündür. Güzgü ilə müayinə zamanı sitoloji müayinə üçün yaxma götürülür, eyni zamanda uşaqlıq boynunun və uşaqlıq yolunun törəmələrini də biopsiya etmək mümkündür.



Şəkil 2.2. Uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun güzgülərlə müayinəsi

Bimanual müayinə (*iki əllə uşaqlıq yolu-qarın divarının müayinəsi*) güzgülər çıxarılandıqdan sonra aparılır (şəkil 2.3). Əlcək geyinmiş sağ əlin II və III barmaqları uşaqlıq yoluna yeridilir. Digər əl isə ön qarın divarına qoyulur. Sağ əl ilə uşaqlıq yolunun divarları, onun tağları və uşaqlıq boynu yoxlanılır, yenitörəmə və anatomik dəyişikliklər müəyyən edilir. Bundan sonra, barmağı ehtiyatla uşaqlıq yolunun arxa tağına apararaq, uşaqlığın önə və yuxarıya tərəf yerini dəyişdirməklə və ön qarın divarı vasitəsilə onu ikinci əl ilə yoxlayırlar. Uşaqlığın vəziyyəti, ölçüsü, forması, konsistensiyası və hərəkətliliyi qeydə alınır, həcmli törəməyə diqqət yetirilir.



Şəkil 2.3. Bimanual müayinə
(iki əlli uşaqlıq yolu – qarın divarı)

Rektovaginal müayinə postmenopauzada və eyni zamanda uşaqlığın artımlarının vəziyyətini dəqiqləşdirmək üçün vacibdir. Düz bağırsağın yanaşı gedən xəstəliklərini istisna etmək üçün 40 yaşdan yuxarı olan bütün qadınların bu müayinədən keçməsinə təklif edirlər. Rektal müayinə zamanı sfinkterin tonusu, çanaqdibi əzələlərin vəziyyəti və həcmli törəmələr təyin edilir (daxili hemorroidal düyünlər, şiş).

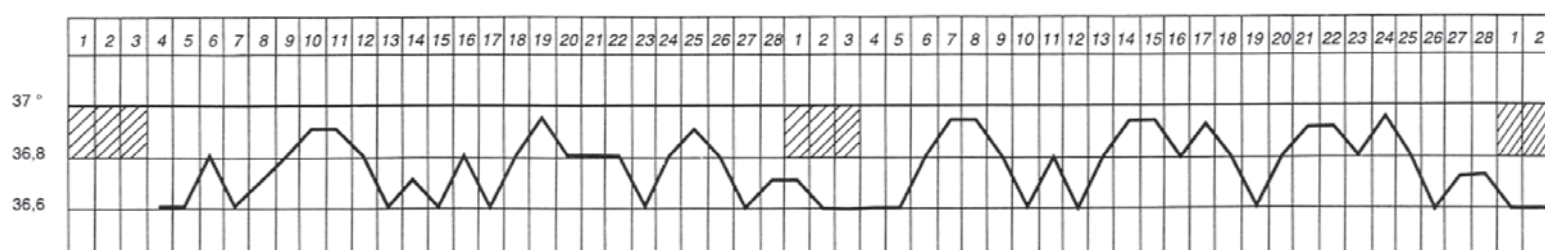
2.2. XÜSUSİ MÜAYİNƏ ÜSULLARI. FUNKSIONAL DİAQNOSTİKA TESTLƏRİ

Reproduktiv sistemin funksional vəziyyətini təyin etmək üçün istifadə edilən funksional diaqnostika testləri öz dəyərini hələ də itirməmişdir.

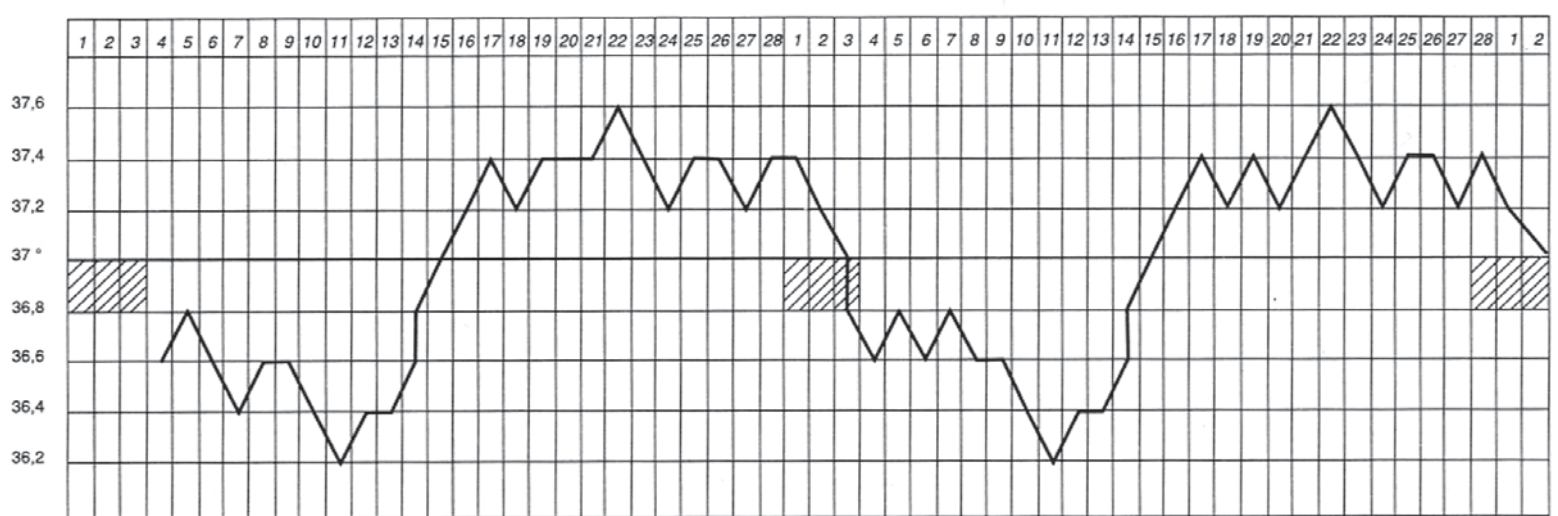
- “Bəbək” simptomu estrogenin təsiri altında uşaqlıq boynu vəzilərinin selik sekresiyasını əks etdirir. Ovulyasiya günlərindən əvvəl selik sekresiyası artır, uşaqlıq boynu (servikal) kanalının xarici dəliyi açılır və güzgü ilə müayinə

zamanı bəbəyi xatırladır. Servikal kanalın seliyində görünən diametrlərə müvafiq olaraq (1-2-3 *mm*), “bəbək” simptomunun qabarıqlığı - +, ++, +++ təyin edilir. Ovulyasiya müddətində “bəbək” simptomu +++ təşkil edir, sonra isə aybaşı tsiklinin son günlərinə kimi progesteronun təsiri altında 0 +-a bərabər olur və sonra itir.

- Servikal seliyn dartılma simptomu estrogenlərin təsiri altında seliyn xassəsinin dəyişməsi ilə əlaqədardır. Seliyn dartılma simptomu kornsənqin köməyi ilə servikal kanaldan selik damcısı götürülür və onun branşını aralayaraq, seliyn neçə santimetr dartılmasına baxmaq lazımdır. Ovulyasiyaya müvafiq estrogenlərin daha yüksək konsentrasiyası müddətində dartılma maksimum 12 *sm*-ə bərabər olur.
- Kariopiknotik indeks (KPI) – uşaqlıq yolunun arxa tağından götürülən yaxmanın mikroskopik müayinəsi zamanı buynuzlaşmış və aralıq hüceyrələrinin nisbətidir. Ovulyator aybaşı tsikli zamanı KPI-nin dəyişməsi müşahidə olunur: birinci fazada – 25-30%, ovulyasiya zamanı – 60-80%, ikinci fazanın ortasında – 25-30%.
- Bazal temperatur (düz bağırsaqda temperatur) aybaşı tsiklinin fazalarından asılıdır. Yararlı birinci və ikinci fazalar ilə ovulyator tsikli zamanı bazal temperatur bilavasitə ovulyasiyadan sonra 0,5°C-yə qalxır və 12-14 gün həmin səviyyədə qalır. Temperaturun qalxması termorequlyasiya mərkəzinə progesteronun təsirindən asılıdır. Tsiklin ikinci fazasının çatışmazlığı zamanı, hipertermik faza 10-18 gündən az müddəti əhatə edir, temperatur pilləvari qalxır və ya dövrü olaraq 37°C-dən aşağı düşür. Anovulyasiyanın müxtəlif növlərində temperatur əyrisi monofazalı qalır.



Şəkil 2.4. Bifazalı (anovulyator) aybaşı tsikli zamanı bazal temperatur (rektal)



Şəkil 2.5. Normal ikifazlı aybaşı tsikli zamanı bazal temperatur (rektal)

Cədvəl 1.

Ovulyator aybaşı tsiklində funksional diaqnostikanın test göstəriciləri

Funksional diaqnostika testləri	Aybaşı tsiklinin günləri						
	4-6-cı	8-10-cu	12-14-cü	O V U L Y A S İ Y A	16-18-ci	20-22-ci	24-26-cı
	-10...-8	-6...-4	-2... 0		+2...+4	+6...+8	+10...+12
	20-40	50-70	80-88		60-40	30-25	25-20
Servikal seliyn dar-tılma uzunluğu, <i>sm</i>	2-3	4-6	12		4-3	1-0	0
“Bəbək” simptomu	+	+	+++		+	—	—
Bazal temperatur, C°-lə	36,6±0,2	36,7±0,2	36,4±0,1		37,1±0,1	37,2±0,1	37,2±0,2

Qeyd: Bəzi tədqiqatçılar aybaşı tsiklinin günlərini tsiklin ortasından hesablayırlar (ovulyasiya gününü sıfır kimi qəbul edirlər). Ovulyasiyaya qədər tsiklin günlərini “—” işarəsi, ovulyasiyadan sonrakı günləri isə “+” işarəsi ilə qeyd edirlər.

Yumurtalıqın funksiyasının dəqiq qiymətləndirilmə üsulu endometriumun qaşıntısının histoloji müayinəsi hesab edilir. Aybaşı başlayana 2-3 gün qalmış aparılan uşaqlığın selikli qişası-nın qaşıntısında qeyd olunan endometriumun sekretor dəyişikliyi 90%-ə qədər dəqiqlik ilə baş verən ovulyasiyanı göstərir.

2.2.1. Cinsiyyət üzvlərinin iltihab xəstəliklərinin törədicilərinin laborator diaqnostikası

Bu diaqnostika bakterioskopik, bakterioloji kultural, seroloji, molekulyar-bioloji üsullardan ibarətdir.

Bakterioloji (mikroskopik) müayinə uşaqlıq yolunun arxa tağından, servikal kanaldan, sidik kanalından (göstəriş varsa), düzbağırsaqdan götürülən yaxmanın mikroskopiyasına əsaslanır. Yaxmanı götürməzdən əvvəl şırınqa etmək, uşaqlıq yoluna dərman preparatlarını yeritmək məsləhət görülmür. Müayinə üçün material Folkman qasığının köməyi ilə götürülür, 2 sınaq şüşəsi üzərində eyniölçülü nazik qat ilə qoyulur. Quruyandan sonra bir yaxma metilen abısı ilə, digəri isə Qram üsulu ilə rənglənilir. Nativ yaxmanın mikroskopiyası o quruyana kimi aparılır.

Nəticələrə müvafiq olaraq, müayinə yaxma təmizliyinin 4 dərəcəsi ilə fərqlənir:

I dərəcə – görmə sahəsində, çubuq florası (laktobasillər), tək-tək leykositlər müəyyən edilir;

II dərəcə – görmə sahəsində 10-15 leykositə, çubuq florası fonunda tək-tək kokklara rast gəlinir;

III dərəcə – görmə sahəsində 30-40 leykositə rast gəlinir, laktobasillər azdır, kokklar üstünlük təşkil edir;

IV dərəcə – çoxlu miqdarda leykositlərə rast gəlinir, laktobasillər yoxdur, flora müxtəlif mikroorqanizmlər ilə təqdim olunur; qonokokk, trixomonadlar ola bilər.

Yaxmanın təmizlik dərəcəsinin III və IV olması patoloji sayılır.

Kultural üsul hüceyrədaxili parazitlərə (xlamidilər, viruslar) aid olan iltihab xəstəliklərinin törədicisinin üzə çıxması üçün istifadə olunur.

Seroloji müayinə antigen-anticişim reaksiyasına əsaslanır və yoluxmanın dolayı göstəricisidir. Diaqnostikanın seroloji üsuluna immunoferment analiz (İFA) yolu ilə qan zərdabında müxtəlif sinifli (İgA, İgC, İgM) spesifik immunoqlobulinlərin səviyyələrinin təyini aiddir. Lüminessent mikroskopiya zamanı törədicilərin

üzə çıxarılması üçün birbaşa və bilavasitə immunoflüoressensiya reaksiyalarından istifadə edilir.

Molekulyar-bioloji üsullar DNT-nin spesifik sahələrinin mövcud olması ilə mikroorqanizmin identifikasiyasına imkan verir. Müxtəlif variantlar arasında daha geniş yayılan diaqnostika üsulu DNT polimeraz zəncirvari reaksiyasıdır (PZR) ki, bu da müxtəlif infeksiyon amillərin üzə çıxarılmasına imkan verir.

Bakterioloji diaqnostika süni qida mühitində inkişaf edən mikroorqanizmin identifikasiyasına əsaslanır. Müayinə üçün material bakterioloji ilgək, ya steril tampon ilə patoloji ocaqdan (servikal kanal, sidik kanalı, qarın boşluğu, yara səthindən) götürülür və qidalı mühitə qoyulur. Koloniyalar əmələ gələndən sonra mikroorqanizm təyin edilir və onun antibiotiklərə, antibakterial preparatlara qarşı həssaslığı qiymətləndirilir.

2.2.2. Toxuma biopsiyası və sitoloji müayinə

Biopsiya – diaqnostik məqsədlə mikroskopik müayinə üçün toxumadan nümunənin götürülməsidir. Ginekologiyada genişləndirilmiş kolposkopiya və ya histeroskopun vizual nəzarəti altında biopsiya, eksizion biopsiyasından (toxumadan nümunənin götürülməsi), punksiyon biopsiyadan istifadə olunur. Biopsiya daha çox uşaqlıq boynunda, xarici cinsiyyət orqanlarında, uşaqlıq yolunda bədxassəli şişə şübhə olduqda yerinə yetirilir.

Sitoloji diaqnostika. Uşaqlıq boynundan götürülmüş yaxmada, punktatta (kiçik çanağın həcmli törəməsi, arxa duqlas boşluğundan maye) və ya uşaqlıq boşluğundan götürülmüş aspiratda hüceyrələrin sitoloji müayinəsi aparılır. Patoloji proses hüceyrənin morfoloji xüsusiyyətlərinə, ayrı-ayrı hüceyrə qruplarının kəmiyyət nisbətinə, preparatda hüceyrə elementlərinin yerləşməsinə görə müəyyən edilir.

Sitoloji müayinə qadınlarda kütləvi profilaktik müayinələr aparılan zaman, ilk növbədə, onkoloji xəstəliklərə görə risk qrupuna daxil olan qadınlarda istifadə olunan skrining üsuldur.

Uşaqlıq boynunun yaxmasının mikroskopik sitoloji müayinə-sindən skrining üsulu kimi istifadə edilir, lakin onun informativliyində həssaslıq 70%-dir. Bu günə kimi onun nəticələrinin müxtəlif qiymətləndirilmə sistemləri mövcuddur.

Hazırda daha çox Papanikolau test (*Pap-test*) sistemindən istifadə edilir. Sitoloji dəyişiklik aşağıdakı siniflərə ayrılır:

- I. normal sitoloji şəkil;
- II. epitel hüceyrələrinin iltihabı və reaktiv dəyişikliyi;
- III. epitelinin ayrı-ayrı hüceyrələrində atipiya (displaziya şübhə);
- IV. tək-tək hüceyrələrdə bədxassəlilik;
- V. hüceyrə kompleksi bədxassəli əlamətlər ilə (uşaqlıq boynunun xərçəngi).

Hormonların və onların metabolitlərinin təyin edilməsi.

Ginekoloji təcrübədə qan zərdabında zülal hormonları (lutropin – LH, follitropin – FSH, prolaktin – Prl və s.) və steroid hormonlar (estradiol, progesteron, testosteron, kortizol və s.) təyin olunur. Sidikdə androgenlərin metabolitlərinin ekskresiyası – ketosteroidlər (17-KS) və progesteron hormonunun metaboliti preqnandiol müəyyən edilir.

Son illər ərzində hiperandrogeniyalı qadınları müayinə edərkən və hormonal sınaqlar aparılarkən sidikdə 17-KS əvəzinə qan zərdabında dehidroepiandrosteron (DHEA) və onun sulfatı (DHEA-S), 17-hidroksiprogesteron (17- α -HPO)-testosteron və kortizolla yanaşı onların sələfləri araşdırılır. Həmçinin preqnandiolun təyin edilməsinin əvəzinə qanda progesteronun müayinəsi aparılır.

Funksional müayinələr. Qanda və sidikdə ayrılıqda hormonların və onların metabolitlərinin müəyyən edilməsi az informativdir, bu müayinələr funksional müayinələrlə birgə aparılır ki, bu da reproduktiv sistemin müxtəlif şöbələrinin qarşılıqlı funksional təsirini dəqiqləşdirməyə və hipotalamusun, hipofizin, böyrəküstü vəzinin, yumurtalığın və endometriumun ehtiyat imkanlarını aydınlaşdırmağa imkan verir.

Hestagenlər ilə sınaq amenoreya ilə müşayiət olunan xəstəliklərdə progesteron və estrogenlərin çatışmazlığının qabarıqlığını müəyyən edir. 6-8 gün müddətində hər gün 1 *ml* 1%-li progesteron yağ məhlulu və ya 1 *ml* 2,5%-li (25 *mq*) progesteron yağ məhlulu günaşırı (ümumi 3 inyeksiya) və yaxud da 2 *ml* 12,5%-li (250 *mq*) 17-oksiprogesteron kapronat (17-OPK) yağ məhlulu 1 dəfə əzələ daxilinə yeridilir. Progesteron dayandırıldıqdan 2-4 gün sonra və ya 17-OPK yeridilməsindən 10-14 gün sonra aybaşıyabənzər reaksiyanın yaranması zəif estrogen çatışmazlığına və əhəmiyyətli dərəcədə hestagen çatışmazlığına dəlalət edir. Mənfi sınaq estrogenlərin dərin çatışmazlığını və ya endometriumda üzvi dəyişiklikləri (uşaqlıq daxili sinexiya) göstərir.

Estrogen və hestagen sınağı endometriumun zədələnməsini (amenoreyanın uşaqlıq forması) və ya xəstəliyini istisna etmək və estrogenlərin çatışmazlıq dərəcəsinin aydınlaşdırılması məqsədilə aparılır. 7 gün müddətində hər gün follikulin 1 *ml* 0,1%-li (10000 ED) yağ məhlulu əzələ daxili yeridilir. İnyeksiya 7 gün müddətində hər gün 0,1 *mq* dozada (0,05 *mq*-a 2 həb) etinilestradiolun per os qəbulu ilə əvəz edilə bilər. Bundan sonra hestogen sınağının aparılması üçün göstərilən dozada progesteron yeridilir. Müvafiq progesteronun və ya 17-OPK-nın yeridilməsindən 2-4 və ya 10-14 gün sonra aybaşıyabənzər reaksiya olmaması mənfi nəticəni, yəni aybaşıyabənzər reaksiyanın yaranması endometriumun dərin üzvi dəyişikliyi göstərir (zədələnmə, xəstəlik). Müsbət nəticə (aybaşıyabənzər reaksiyanın yaranması) endogen estrogenlərin qabarıq çatışmazlığına dəlalət edir.

Deksametazon sınağı virilizasiya əlamətləri olan qadınlarda hiperandrogeniyanın səbəblərinin müəyyən edilməsi və ilk növbədə bu qadınlarda yumurtalığın şişini istisna etmək məqsədi ilə aparılır.

Deksametazon sınağı deksametazonun (bütün qlükokortikosteroid preparatlar kimi) hipofizin ön payının AKTH ifrazını zəiflətmək xüsusiyyətinə əsaslanır ki, bunun nəticəsində də böyrəküstü vəzilər tərəfindən androgen əmələ gəlməsi və ya ifrazı ləngiyir.

Kiçik deksametazon sınağı. 3 sutka ərzində hər 6 saatdan bir 0,5 *mq* deksametazon (2 *mq/s*) təyin olunur, ümumi dozada 6 *mq*. Preparatı qəbul etməzdən 2 gün əvvəl və onu kəsəndən sonra ertəsi gün qan plazmasında testosteronun, 17-HPO və DEA-nın səviyyəsi müəyyən edilir, əgər belə imkan yoxdursa, sutkalıq sidikdə 17-KS-nin səviyyəsi müəyyən edilir. Alınan göstəricinin ilkin göstərici ilə müqayisədə 50-75%-dən artıq azalması müsbət nəticə hesab olunur ki, bu da androgenlərin böyrəküstü vəzi mənşəli olmasını, müayinədən sonra 30-25%-dən az azalma androgenlərin yumurtalıq mənşəli olmasını göstərir.

Sınaq mənfi olarsa, böyük deksametazon sınağı aparılır: 3 sutka ərzində (ümumi doza 24 *mq*) hər 6 saatdan (8 *mq/s*) bir 2 *mq* deksametazon (0,05 *mq* ilə 4 həb) qəbul edilir. Yoxlama kiçik deksametazon müayinəsində olduğu kimidir. Müayinənin mənfi nəticəsi – qanda və sidikdə androgenlərin azalmaması böyrəküstü vəzin virilizə edən şişinin olduğunu göstərir.

Qanda qonadotropinlərin səviyyəsi normal və ya az olduqda hipotalamo-hipofizar sistemdə pozulma səviyyələrinin müəyyən edilməsi üçün funksional sınaq aparılır.

Klomifen sınağı oliqomenoreya və ya amenoreya fonunda xroniki anovulyasiya ilə müşayiət olunan xəstəliklərdə aparılır. Sınaq estrogenlərin və progesteronun qəbulu ilə yaranan aybaşıya-bənzər reaksiyadan sonra başlayır. Aybaşıyabənzər reaksiyanın 5-ci günündən 9-cu gününə kimi 100 *mq/s* dozasında klomifen (50 *mq* 2 həb) təyin edilir. Sınağın nəticəsi sınaq başlayana qədər və preparatın qəbulu bitdikdən 5-6 gün sonra qan zərdabında qonadotropinlərin və estradiol səviyyəsinin təyini ilə, bazal temperatura görə və klomifenin qəbulundan 25-30 gün sonra aybaşıyabənzər reaksiya olub-olmaması ilə qiymətləndirilir.

Sınağın müsbət olması (qonadotropinlərin və estradiolun səviyyəsinin artması, iki fazalı bazal temperatur) hipotalamusun, hipofizin və yumurtalıq funksional aktivliyini göstərir.

Mənfi sınaq (qan zərdabında qonadotropinlərin, estradiolun konsentrasiyasının artmaması, monofazalı bazal temperatur) hipotalamusun hipofizar zonasının lüliberin ifrazına və hipofizin qonadotropinlərin ifrazına funksional həssaslığının pozulmasına dəlalət edir.

Lüliberin ilə sınaq klomifen sınağı mənfi olarkən aparılır. Vena daxilinə 100 mkq lüliberinin sintetik analoqu yeridilir. Preparatın yeridilməsindən əvvəl və yeridildikdən 15, 30, 60 və 120 dəqiqə sonra, dirsək venasından daimi kateterdən LH-ın səviyyəsini təyin etmək üçün qan götürülür. Müsbət sınaq zamanı 60-cı dəqiqədə LH-ın səviyyəsi ovulyator rəqəmlərə kimi artır ki, bu da hipofizin ön payının funksiyasının saxlanılmasına və hipotalamik strukturların funksiyanın pozulmasına işarədir.

Hamiləliyin diaqnostikasında İFA-nın kəmiyyət göstəricisi üsulu ilə xorionik qonadotropinin (XQ) təyinindən istifadə edilir. Qan zərdabında XQ-nin β -subvahidinin səviyyəsi yoxlanılır. XQ-nin β -subvahidinin səviyyəsi hamiləliyin 6-cı həftəsinə kimi daha intensiv artaraq 6000-10000 ME/l-ə çatır, sonra isə göstəricinin artım sürəti azalır və daimi olmur. Əgər XQ-nin β -subvahidinin səviyyəsi 2000 ME/l-i keçirsə və USM zamanı uşaqlıqda döl yumurtası müəyyən edilmirsə, uşaqlıqdankənar hamiləlik haqqında düşünmək lazımdır.

Geniş istifadə olunan əlçatan skrining üsulu birdəfəlik test-sisteminin köməyi ilə XQ-nin keyfiyyət təyini hesab olunur. Onlar reaktiv hopdurulmuş zolaqlardan ibarətdir ki, bu zaman hamilənin sidiyində olan XQ-nin təsirindən zolağın rəngi dəyişir (rəngli zolaq əmələ gəlir).

2.3. INSTRUMENTAL MÜAYİNƏ ÜSULLARI

2.3.1 Endoskopik üsullar

Kolposkopiya 6-28 dəfə artıq böyütməklə uşaqlıq boyunun uşaqlıq yolu hissəsinin, uşaqlıq yolu divarlarının və vulvanın kolposkop vasitəsi ilə müayinəsidir; sadə (baxış kolposkopiya) və genişləndirilmiş (əlavə test və rəngləyici maddələrdən istifadə etməklə) olur. Sadə kolposkopiya zamanı uşaqlıq boynunun və xarici dəliyin forması, ölçüsü və selikli qişanın relyefi, rəngi, boynunu örtən yastı epitel ilə servikal kanalın silindrik epitelinin sərhədi təyin edilir.

Genişləndirilmiş kolposkopiya zamanı 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə uşaqlıq boynunun işlənməsi patoloji sahənin qan təchizatının xüsusiyyətini qiymətləndirməyə imkan verir. Normada stromaya aid olan damarlar sirkə turşusunun təsiri altında spazmaya uğrayır və görmə sahəsindən müvəqqəti olaraq itir. Divarları morfoloji dəyişikliyə uğramış patoloji olaraq genişlənmiş damarlar (saya əzələ elementlərinin, kollagenlərin elastiki liflərin olmaması) açıq qalır və qan ilə dolu görünür. Sirkə turşusu testi zamanı epiteli şişir, turşu zülalları koagulyasiya etdiyinə görə ağımtıl rəng alır. Uşaqlıq boynunda ağ ləkə nə qədər qatı olarsa, epitelin zədələnmə dərəcəsi bir o qədər çox olar. Ətraflı müayinədən sonra Şiller sınağı aparılır – uşaqlıq boynu 3%-li Lyuqol məhlulu ilə islanmış tamponla silinir. Yastı epitelinin sağlam hüceyrələri yod ilə tünd-qəhvəyi rəngə boyanır, patoloji dəyişmiş və nazıqlaşmış (atrofik) epiteli yodla rənglənmir. Beləliklə, epitelin patoloji dəyişmiş zonası aşkar olunur və uşaqlıq boynunun biopsiyası üçün sahə müəyyən edilir.

Kolpomikroskopiya – yüz dəfə artıq genişlənməyə imkan verən optik sistem vasitəsi ilə uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin müayinəsidir. Kontrast lüminessent kolpomikroskopu və ya Hamou kolpomikroskopu (histeroskopun növü) ilə aparılır.

Histeroservikoskopiya – uşaqlığın və servikal kanalın daxili səthinin optik sistem ilə müayinəsidir. Histeroskopiya diaqnostik və əməliyyat növlü olur. Hazırda diaqnostik histeroskopiya bütün uşaqlıq daxili patologiyaların diaqnostikasında optimal üsul hesab olunur.

Diaqnostik histeroskopiya göstərişlər:

- həyatın müxtəlif dövrlərində aybaşı tsiklinin pozulması (yuvenil, reproduktiv, perimenopauzal);
- postmenopauzada qanlı ifrazat;
- uşaqlıq daxili patologiya;
- uşaqlığın inkişaf anomaliyası;
- uşaqlıqdaxili sinexiyalar;
- döl yumurtasının qalıqları;
- uşaqlıq boşluğunda yad cisim;

- uşaqlıq divarının perforasiyası;
- uşaqlıqdaxili kontraseptivin çıxarılmasından əvvəl onun və ya fraqmentlərinin yerləşməsinin dəqiqləşdirilməsi;
- sonsuzluq;
- anamnezdə başa çatmamış hamiləlik;
- beçəxor və xorionkarsinomaya görə aparılan əməliyyatlardan sonra uşaqlıq boşluğunun kontrol müayinəsi;
- hormonoterapiyanın effektivliyinin qiymətləndirilməsi və onun aparılmasına nəzarət;
- fəsadlaşmış zahılıq dövrü.

Histeroskopiya üçün əks göstərişlər istənilən uşaqlıqdaxili müdaxilədə olan əks göstərişlər kimidir: ümumi infeksiyon xəstəliklər (qrip, angina, ağciyər iltihabı, kəskin tromboflebit, pielonefrit və s.); cinsiyyət orqanlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri; uşaqlıq yolunun III–IV təmizlik dərəcəsi; ürək-damar sistemi və parenximatoz orqanlarda olan xəstəliklər zamanı xəstənin ağır vəziyyəti (böyrək və qaraciyər); hamiləlik (arzuolunan); uşaqlıq boynunun stenozu; uşaqlıq boynunun xərçəngi; profuz uşaqlıq qanaxmaları.

Uşaqlıq daxili patologiyayı vizual olaraq müəyyən etdikdən sonra diaqnostik histeroskopiyanı dərhal, ya da lazım gələrsə, hazırlıq apardıqdan sonra əməliyyata çevirmək olar.

Sadə və mürəkkəb histeroskopik əməliyyatlar ayırd edilir.

Sadə əməliyyat, nazik sinexiyaların ayrılması, kiçik polipin, uşaqlıq boşluğunda sərbəst vəziyyətdə yerləşən uşaqlıqdaxili kontraseptivin, ayaqcıq üzərində submukoz miomatoz düyünlərin, uşaqlıq boşluğunun nazik çəpərlərinin götürülməsi, uşaqlığın hiperplaziyalaşmış selikli qişasının, cift toxumasının və döl yumurtasının qalıqlarının çıxarılmasından ibarətdir.

Mürəkkəb histeroskopik əməliyyat isə endometriumun divarının böyük fibroz poliplərinin çıxarılmasından, sərt fibrozlu və fibroz-əzələ sinexiyaların, uşaqlıq daxili geniş çəpərlərin kəsilməsindən, mioektomiyadan, endometriumun rezeksiyasından (ablyasiya), uşaqlıq divarına daxil olmuş yad cisimlərin çıxarılmasından, falloskopiyaadan ibarətdir.

Diaqnostik və operativ histeroskopiya zamanı ağırlaşmalara anestezioloji ağırlaşmalar, uşaqlıq boşluğunun genişlənməsini yaradan mühit ilə əlaqədar ağırlaşmalar (damar məcrasının maye ilə yüklənməsi, metabolik asidoz nəticəsində ürək aritmiyası, qaz emboliyası), hava emboliyası, cərrahiyyə ağırlaşmaları (uşaqlıq perforasiyası, qanaxma) daxildir.

Aparatura və avadanlıqlarla işləyərkən, eyni zamanda manipulyasiya və əməliyyat texnikasının bütün qaydalarına əməl edilsə, histeroskopiya ağırlaşmalarını minimuma endirmək olar.

Laparoskopiya – qarnın ön divarından yeridilən endoskop vasitəsi ilə qarın boşluğu üzvlərinin müayinəsidir. Ginekologiyada laparoskopiyadan diaqnostik məqsədlə və cərrahi müdaxilənin aparılması üçün istifadə edilir.

Planlı laparoskopiya üçün göstərişlər:

- sonsuzluq (boru-peritoneal);
- yumurtalığın polikistoz sindromu;
- yumurtalığın şişi və şişəbənzər törəmələri;
- uşaqlığın mioması;
- genital endometrioz;
- daxili cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsuru;
- qarının aşağı nahiyyəsində qeyri-müəyyən etiologiyalı ağrılar (anlaşılmaz);
- uşaqlığın və uşaqlıq yolunun sallanması və düşməsi;
- stress mənşəli sidiyi saxlaya bilməmə;
- sterilizasiya.

Təcili laparoskopiya üçün göstərişlər:

- uşaqlıqdankənar hamiləlik;
- yumurtalığın apopleksiyası;
- uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri;
- yumurtalıq şişinin ayaqcıq üzərində burulması və ya yumurtalığın şişəbənzər törəməsinin partlamasına şübhə, subseroz miomanın ayaqcığının burulması;
- kəskin cərrahi və ginekoloji patologiyanın differensial diaqnostikası.

Laparoskopiyaya mütləq əks göstərişlər:

- hemorragik şok;

- tənəffüs sistemi və ürək-damar sistemi xəstəliklərinin de-kompensasiya mərhələsi;
- korreksiya olunmayan koagulopatiya;
- pasiyentə Trendelenburq vəziyyəti yaratmağa imkan verməyən xəstəliklər (beyin travmalarının nəticələri, beyin damarlarının zədələnməsi və s.);
- kəskin və xroniki qaraciyər-böyrək çatışmazlığı.

Laparoskopiya üçün nisbi əks göstərişlər:

- polivalent allergiya;
- yayılmış peritonit;
- qarın və kiçik çanaq boşluğunda keçmişdə aparılmış əməliyyatlardan sonrakı bitişmə prosesi;
- hamiləliyin gec müddəti (16-18 həftədən artıq);
- uşaqlığın böyük ölçülü mioması (16 həftəlik hamiləlikdən böyük).

Planlı laparoskopik müdaxiləyə mövcud və yaxud 4 həftədən az müddətdə keçirilmiş kəskin infeksiya və soyuqdəymə xəstəlikləri əks göstəriş ola bilər.

Laparoskopiyanın ağırlaşmaları anestezioloji və manipulyasiyanın özünün icrası ilə əlaqədar ola bilər (magistral damarların zədələnməsi, mədə-bağırsaq traktının və sidik-ifrazat sisteminin travması, qaz emboliyası, divarlararası emfizema).

Ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi və strukturu cərrahın səriştəsindən və icra edilən müdaxilənin xüsusiyyətindən asılıdır.

Laparoskopik ginekologiyada ağırlaşmaların profilaktikası tam və nisbi əks göstərişlərin nəzərə alınmasından, laparoskopik əməliyyat üçün xəstələrin diqqətlə seçilməsindən, cərrahi müdaxilənin mürəkkəbliyinə müvafiq cərrah-endoskopistin səriştəsindən ibarətdir.

2.3.2. Ultrasəs müayinəsi

Ultrasəs müayinəsi (USM) ginekologiyada daxili cinsiyyət üzvlərinin diaqnostikasında əlavə üsullar arasında aparıcı yer tutur. Exoqramma (vizual təsvir) müayinə olunan obyektin bir kəsikdə müəyyən bir təsvirini verir. Təsvir boz-ağ şkalada qeydə alınır.

Exoqrammanın düzgün izahı üçün bəzi akustik terminləri bilmək lazımdır.

Exogenlik müayinə edilən obyektin ultrasəsi əks etdirmək xüsusiyyətidir. Anexogenlik obyektlərin sərbəst olaraq ultrasəs dalğaları keçirməsinə deyilir (sidik kisəsində, kistada olan maye). Mayeli mühitdən ultrasəs dalğasının keçməsi üçün maneə hiperexogenlik adlanır (möhtəviyyatı qanlı, irinli kista). Sıx strukturlar məsələn, sümük, kalsinat, eyni zamanda qaz hiperexogen xüsusiyyətə malikdir. Monitorun ekranında hiperexogen strukturlar exopozitiv təsvirlərə (ağ), anexogen və hipoexogen strukturlar isə exoneqativ (qara, boz) təsvirə malikdir. Səsötürmə ultrasəsin dərinliyə yayılma xüsusiyyətini əks etdirir. Səsötürməyə əksər hallarda mayeli törəmələr malik olur və onlar əhəmiyyətli dərəcədə arxasında yerləşən strukturun görüntüsünü asanlaşdırır.

Abdominal ötürücüdən başqa, vaginal ötürücülər də tətbiq edilir. Onlar böyük müayinə obyektinə maksimum dərəcədə yaxınlaşma imkanına malikdir. Uşaq ginekologiyasında abdominal ötürücülərdən əlavə rektal ötürücülər də tətbiq edilir.

Kiçik çanaq üzvlərinin abdominal skanerləşməsi zamanı dolu sidik kisəsinin akustik effektindən istifadə olunur. USM müayinəsi uşaqlığın yerləşməsinə, ölçülərini, xarici konturunu və daxili strukturunu qiymətləndirməyə imkan verir. Uşaqlığın ölçüsü boylama skanerləşmə (uzunluq və qalınlıq) və köndələnə skanerləşmə (eni) ilə təyin edilir. Reproduktiv yaşda olan sağlam qadınlarda uşaqlığın uzunluğu və eni 45-50 *mm*, qalınlığı isə 40-45 *mm*-ə bərabər olur. Uşaqlıq boynunun uzunluğu 20-35 *mm* arasındadır. Miometriumun exogenliyi orta, strukturu isə xırdadənəlidir (uşaqlığın orta strukturu endometriumun birləşmiş iki təbəqəsinə müvafiq gəlir, boylama skanerləşmə zamanı uşaqlığın orta əks-sədası (M-exo) kimi təyin edilir). Endometriumun vəziyyətini dəqiqləşdirmək üçün uşaqlığın əks-sədasının (M-exo) qalınlığı, forması, exogenliyi, səsötürücülüüyü, strukturda əlavə səs signalları olduqca əhəmiyyətlidir. Normada ikifazlı aybaşı tsiklində 1-3-cü günlər M-exo xətti və həmcins struktura malikdir, 11-14-cü gün M-exonun qalınlığı 0,8-1,0 *sm*-ə kimi arta bilər və exogenliyi

artan zona məsaməli struktur alır. Gec sekretor fazada (aybaşından əvvəl son həftə) exogenli zonanın qalınlığı 1,5-1,8 *sm*-ə kimi artır, aybaşı zamanı dəqiq müəyyən edilmir, uşaqlıq boşluğunun heterogen əlavələrlə genişlənməsi aşkar edilir. Postmenopauzada M-exo xətti nazik (3-4 *mm*) və ya nöqtə kimidir.

Uşaqlıq boynunun patologiyası olan xəstələrin müayinəsi zamanı USM əlavə üsul kimi ola bilər, servikal kanalın selikli qişasının strukturunu və qalınlığını qiymətləndirməyə və uşaqlıq boynunun polipi üçün patognomonik əlamətləri aşkar etməyə imkan verir. Bundan əlavə, exoqrafiya uşaqlıq boynunun ölçüsü, strukturu, qan təchizatının xüsusiyyətləri (rəqəmsal Doppler təsviri və pulslu doplerometriya zamanı), parametriumun vəziyyəti, bəzən isə çanaq limfa düyünləri haqqında əlavə məlumat verir.

Exoqrammada yumurtalıqlar 0,3-3,0 *sm* diametrli (xırda hipoxogen follikullar ilə) orta exogenli ovoid formalı kimi müəyyən edilir. Dinamik USM zamanı dominant follikulun inkişafını izləmək və ovulyasiyanı sarı cismin formalaşma mərhələsinə kimi müəyyən etmək mümkündür. Aybaşı tsiklinin fazalarından asılı olaraq yumurtalıqların həcmi 3,2 *sm*³-dən 12,3 *sm*³-ə kimi dəyişir. Postmenopauza başladıqdan sonra yumurtalıqların həcmi menopauzanın birinci ilində 3 *sm*³-ə kimi azalır, onların quruluşu homogenləşir, exogenliyi isə artır. Yumurtalıqların ölçülərinin böyüməsi və strukturunun dəyişməsi patoloji prosesə dəlalət edir.

Son zamanlarda rəngli Doppler təsviri və doppleroqrafiya (RDT və DQ) ilə birgə vaginal skanerləşmə vasitəsi ilə yumurtalıqların və uşaqlığın qan dövranının öyrənilməsi geniş tətbiq olunur. Orqandaxili qan cərəyanı aybaşı tsikli ərzində uşaqlıqda və yumurtalıqda baş verən fizioloji dəyişiklikləri, şiş prosesi əmələ gəldikdə isə damarların yeni törəmələrini əks etdirir. Kiçik çanağın damarlarında qan cərəyanının parametrlərini qiymətləndirmək üçün sistolik və diastolik sürətin maksimal əhəmiyyət əyrisi üzrə göstəricilər hesablanır: rezistentlik indeksi (Rİ), pulsasiya indeksi (Pİ), sistolo-diastolik nisbət. Qan cərəyanının daha informativ göstəricisi rezistentlik indeksidir ki, bədxassəli şişlərdə 0,4-dən aşağı düşür.

Hidrosonoqrafiyanın (HSQ) tətbiqi ultrasəs müayinənin informativliyinin əhəmiyyətli dərəcədə artmasına imkan yaratdı. HSQ metodikası uşaqlıq boşluğuna kontrast mayenin yeridilməsinə əsaslanır, bu zaman uşaqlıqda akustik pəncərə yaranır və endometriyumun hiperplastik proseslərində struktur dəyişikliyi, uşaqlığın inkişaf qüsurlarını, uşaqlığın miomasını, adenomiozunu və s. daha dəqiq təyin etməyə imkan verir. Optimal təzyiq yaradılmaqla maye uşaqlıq borusuna daxil olur və nəticədə onların keçiriciliyini diaqnoz etmək və obturasiya mövcud olarkən onun səviyyəsini təyin etmək mümkün olur.

Müayinə uşaqlıq yolu yaxmasının I–II dərəcəli təmizliyi olduqda aybaşı tsiklinin 23-25-ci və ya 5-7-ci günlərində yerinə yetirilir. Kontrast maddə kimi natrium xlorun steril izotonik məhlulundan istifadə olunur, bu zaman maye onun fasiləsiz ötürülməsini təmin edən “Storz” firmasının endomatının vasitəsi ilə uşaqlıq boşluğuna yeridilir.

2.3.3. Rentgenoloji müayinə üsulları

Rentgenoloji müayinə üsullarından ginekologiyada geniş istifadə edilir.

Histerosalpinqoqrafiya (hazırda nadir hallarda) uşaqlıq borusunun keçiricilik qabiliyyətini təyin etmək, uşaqlıq boşluğunda anatomik dəyişikliyi, uşaqlıqda və kiçik çanaqda bitişmə prosesini aşkar etmək üçün tətbiq edilir (şəkil 2.6). Suda həll olunan kontrast maddələrdən (verotrast, urotrast, veroqrafin və s.) istifadə olunur. Müayinəni aybaşı tsiklinin 5-7-ci günləri aparmaq məqsəduyğundur, bu, yanlış mənfi nəticələrin rastgəlmə tezliyini azaldır.



Şəkil 2.6. Histerosalpinqoqrafiya

Kəllənin rentgenoqrafik müayinəsi neyroendokrin xəstəliklərin diaqnostikası üçün tətbiq edilir. Türk yəhərinin rentgenoloji müayinəsi hipofizin sümük yatağının formasını, ölçülərini və konturlarını təyin etməklə hipofiz şişini diaqnozlaşdırmağa imkan verir.

Hipofiz şişinin əlamətləri: osteoporoz və ya türk yəhərinin divarlarının nazıqlaşması, ikiqat kontur simptomu. Kəllə tağının sümüklərində patoloji barmaq batıqları, güclü damar şəkli kəllədaxili hipertenziyanı müəyyən edir. Rentgenoloji müayinəyə əsasən hipofiz şişinə şübhə olarkən kəllənin kompyuter tomoqrafiyası aparılır.

Kompyuter tomoqrafiyası (KT) müayinə edilən nahiyyənin sagittal, frontal və ya istənilən verilmiş müstəvilərdə boylama təsvirini əldə etməyə imkan verir. KT müayinə – müayinə olunan orqan, patoloji ocaq haqqında təsəvvür, müəyyən təbəqənin sıxlığı haqqında məlumat, bununla da zədələnmənin xüsusiyyətini ehtimal etmək imkanı verir. KT zamanı öyrənilən strukturlarının təsviri bir-biri üzərinə düşmür. KT sıxlıq əmsalına görə orqanların və toxumaların təsvirini fərqləndirmək imkanını verir. KT vasitəsi ilə müəyyən edilən patoloji mənbənin minimal böyüklüyü 0,5-1 *sm*-dir.

Ginekologiyada KT-nin tətbiqi nevrologiya və neyrocərrahiyyədə olduğu kimi geniş vüsət almayıb. Türk yəhəri nahiyyəsinin KT-si hipofizin funksional hiperprolaktinemiyası və prolaktin ifraz edən adenomasının differensial diaqnostikası üçün başlıca üsuldur.

Maqnit-rezonans tomoqrafiya (MRT) nüvə maqnit rezonansına əsaslanır, belə ki, daimi maqnit sahəsinin və radiotezlik diapazonunun elektromaqnit impulslarının təsiri nəticəsində yaranır. MRT zamanı təsvirin alınması üçün güclü maqnit sahəsinə yerləşdirilmiş bədənin hidrogen atomları tərəfindən elektromaqnit sahəsinin enerjisinin udulma effektindən istifadə olunur. Signalın kompyuter ilə işlənilməsi istənilən fəza müstəvisində obyektin təsvirini əldə etmək imkanını verir.

Üsulun zərərsizliyi onunla şərtlənir ki, maqnit rezonansının siqnalları molekulyar səviyyədəki proseslərdən hər hansı birini stimullaşdırmır.

Digər şüa üsulları ilə müqayisədə MRT aşağıdakı üstünlüklərə malikdir: ionlaşdırıcı şüanın olmaması, müayinə olunan orqanın bir neçə kəsiyini eyni vaxtda əldə etmək imkanı.

Sitogenetik müayinə. Reproduktiv sistemin patoloji vəziyyəti xromosom anomaliyaları, gen mutasiyası və xəstəliyə irsi meyillilik ilə bağlı ola bilər.

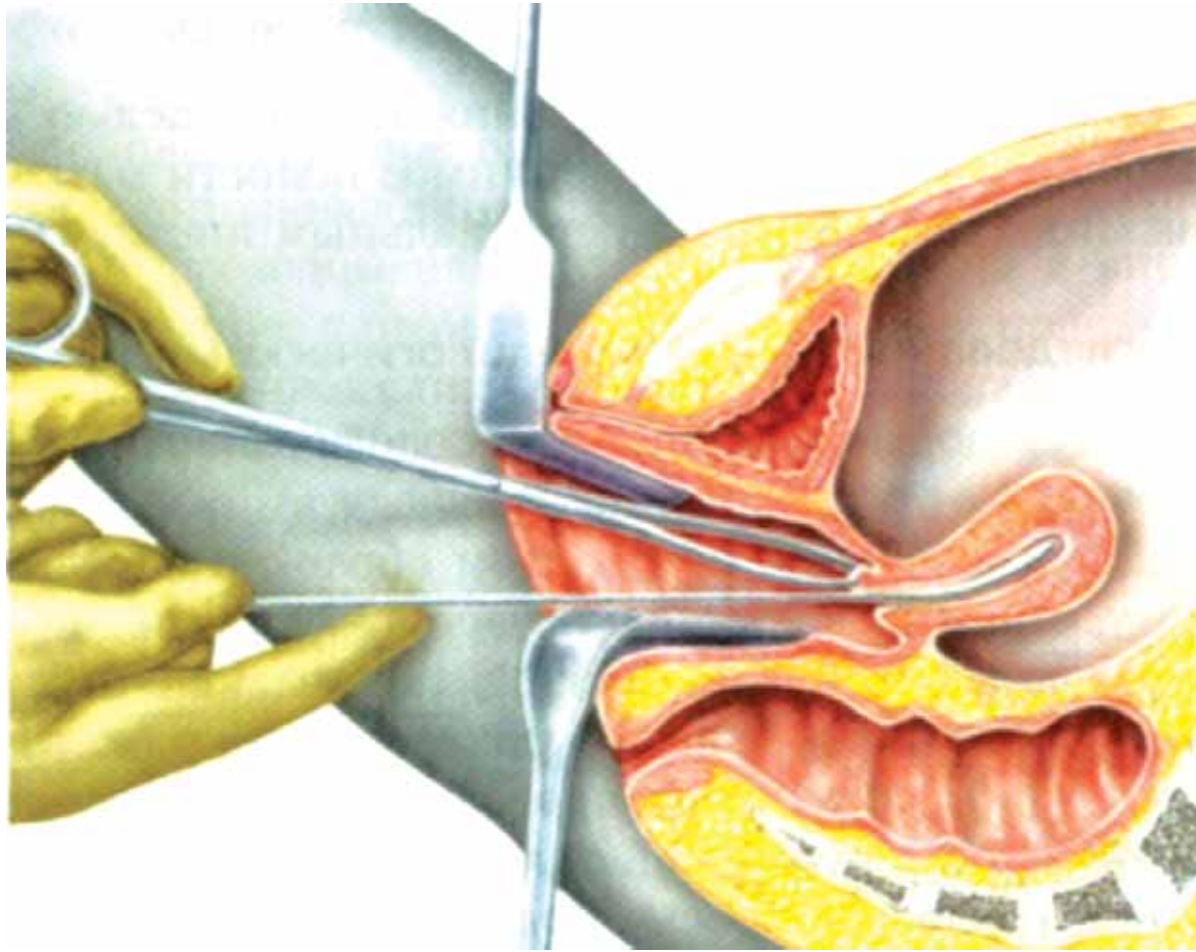
Sitogenetik müayinəni genetiklər icra edirlər. Müayinənin aparılmasına göstərişlərə cinsiyyət orqanlarının olmaması və cinsi inkişafın gecikməsi, cinsiyyət orqanlarının inkişaf anomaliyası, birincili amenoreya, kiçik müddətlərdə adəti düşüklər, sonsuzluq, xarici cinsiyyət orqanlarının quruluşunun pozulması aiddir.

Xromosom anomaliyalarının markerləri çoxsaylıdır və əksər hallarda gizli somatik inkişaf anomaliyası və displaziyası, eləcə də cinsiyyət xromatininin dəyişiklikləri yanağın selikli qişasından şpatel ilə (skrinq-test) götürülmüş səthi epitel hüceyrələrinin nüvəsində təyin edilir. Xromosom anomaliyasının son diaqnozunu yalnız kariotipin təyini əsasında müəyyən etmək olar.

Kariotipin müayinəsi üçün göstərişlər cinsiyyət xromatininin miqdarında dəyişikliklər, alçaqboy, çoxsaylı, çox hallarda gizli somatik inkişaf anomaliyası və displaziyalar, eyni zamanda inkişaf qüsurları, çoxsaylı eybəcərlik və ya ailə anamnezində hamiləliyin erkən vaxtlarında özbaşına abortlar hesab olunur.

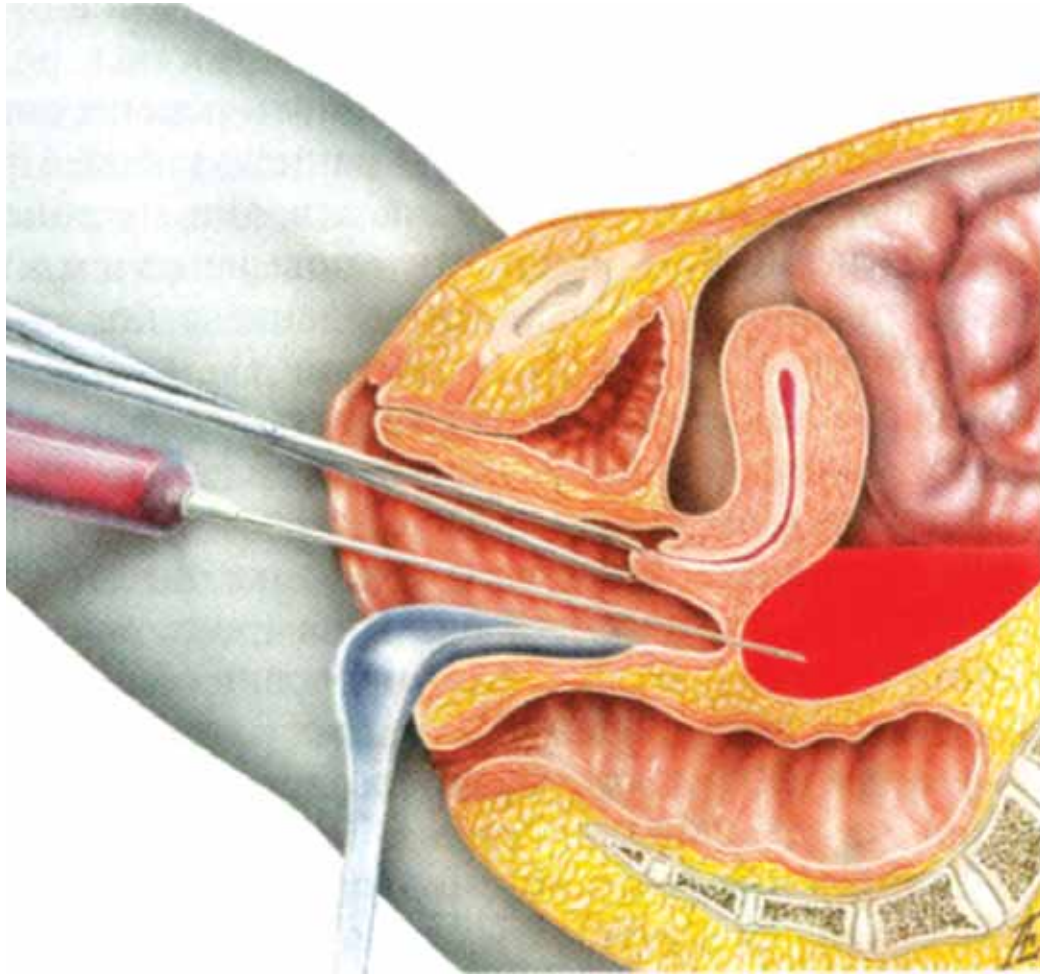
Kariotipin təyini qonad disgeneziyası olan xəstələr üçün vacib müayinə şərti hesab olunur.

Uşaqlığın zondla müayinəsi. Uşaqlığın zondlanması – uşaqlığın vəziyyətinin və istiqamətinin, onun uzunluğunun təyin edilməsi üçün istifadə edilən invaziv diaqnostika (şəkil 2.7) üsuludur. Uşaqlığın zondla yoxlanılması kiçik əməliyyat otağı şəraitində aparılır. Arzuolunan hamiləliyə şübhə olanda bu müayinənin aparılması əks-göstərişdir.



Şəkil 2.7. Diaqnostikanın invaziv üsulları.
Uşaqlığın zondla tədqiqi

Uşaqlıq yolunun arxa tağından qarın boşluğunun punksiyası. Uşaqlıq yolunun arxa tağından qarın boşluğunun punksiyası (şəkil 2.8) kiçik çanaqda sərbəst mayenin (qan, irin) olduğunu və ya olmadığını aşkar etmək məqsədilə həyata keçirilir. Arxa tağın punksiyası 0,25%-li novokain məhlulu ilə yerli anesteziya altında və ya venadaxili ağrısızlaşdırma ilə ginekoloji kreslodə əməliyyat otağında aparılır. Xarici cinsiyyət üzvləri və uşaqlıq yolu dezinfeksiyaedici maddələr ilə işləndikdən sonra uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsini güzgülərlə açmaqla təkdişli maşa ilə arxa dodağı tutub, onu önə dartırlar. Sonra uşaqlıq boynunun altında arxa tağda orta xətt üzrə palpator olaraq “pastozlu”, flükutasiya, yastılaşma və ya qabarmanın təyin edildiyi yerdə 5-10 *ml*-lik şprisə kip yerləşdirilmiş 10-12 *sm* uzunluğunda iynə yeridilir. İynə uşaqlığın arxa səthinə paralel olaraq 2-3 *sm* dərinliyinə kimi yeriməlidir. Yavaş-yavaş porşeni dartaraq punksiya olunan boşluğun möhtəviyyəti sorulub çəkilir. Alınmış punktatin xassəsi, rəngi, şəffaflığı müəyyən edilir. Yaxmanın bakterioskopik və ya sitoloji müayinəsi, bəzən isə biokimyəvi müayinəsi aparılır.



Şəkil 2.8. Qarın boşluğunun arxa tağdan punksiyası

Ginekoloji təcrübədə arxa tağın punksiyasından uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəlikləri (hidrosalpinks, piosalpinks, irinli tuboovarial törəmələr), yumurtalıqların retension törəmələri mövcud olduqda istifadə edilir. Bu manipulyasiyanın USM-in nəzarəti altında aparılması məqsədəuyğundur.

III FƏSİL

3.1. CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN AŞAĞI ŞÖBƏSİNİN QEYRİ-SPEŞİFİK ETİOLOGİYALI İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ

Ginekoloji xəstəliklərin strukturunda qadın cinsiyyət orqanlarının iltihabi prosesi birinci yeri tutur. Onun rastgəlmə tezliyi 60-65%-i təşkil edir. Bütün dünyada cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəliklərinin (CÜİX) artması əhalinin miqrasiyası ilə, gənclərin cinsi əxlaqının dəyişilməsi ilə, ekologiyaın pozulması və immun sistemin zəifləməsi ilə əlaqədardır. Etiologiyasından asılı olaraq qadın cinsi orqanlarının inkişafında mexaniki, kimyəvi, termiki, xüsusilə infeksiya faktorları rol oynayır. CÜİX törədicidən asılı olaraq spesifik (süzənək, vərəm, difteriya) və qeyri-spesifik olur. Qadın cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəliklərinin belə bölünməsi şərtidir, çünki istər spesifik, istərsə qeyri-spesifik infeksiyanı mikrobların assosiasiyası yaradır. Qeyri-spesifik iltihabi prosesin törədiciləri əsasən stafilokokklar, streptokokklar, bağırsaq çöpləri və s.-dir. Bəzən şərti – patogen mikroorqanizmlərin müəyyən şəraitdə virulentliyi artır ki, bu da CÜİX-in inkişafına səbəb olur.

Klinik gedişatına görə iltihabi proses kəskin (2-3 həftə), yarımkəskin (6 həftəyə qədər uzanan) və xroniki (6 həftədən çox) olur.

CÜİX lokalizasiyadan asılı olaraq xarici cinsiyyət üzvlərinin (vulvit, bartolinit) və daxili cinsiyyət orqanlarının (kolpit, servisit, endoservisit, endometrit, metroendometrit, salpinqooforit, perimetrit, parametrit, pelvioperitonit) iltihabına bölünür. Bundan başqa, uşaqlıq boynunun daxili dəliyinə əsaslanaraq iltihabi proses qadın cinsiyyət üzvlərinin yuxarı və aşağı şöbələrinin iltihabına bölünür.

3.1.1. Vulvit

Vulvit – xarici cinsiyyət üzvlərinin iltihabı xəstəliyidir.

Vulvaya aiddir: qasıq, böyük və kiçik cinsi dodaqlar, uşaqlıq yolunun dəhlizi, orada yerləşən vəzlər və qızlıq pərdəsi.

Vulvanın iltihabı xəstəliyi *vulvit* adlanır. Reproduktiv yaşda olan qadınlarda vulvit birincili və ikincili olur. Adətən yaşlı qadınlarda vulvit ikincili olur, buna səbəb xarici cinsiyyət üzvlərinin, dəhlizin, uşaqlıq yolundan gələn ifrazatın tərkibində olan mikroorqanizmlərlə infeksiyalaşmasıdır. Çox zaman bu, şəkərli diabeti, piylənmə xəstəliyi olan, şəxsi gigiyenasına riayət etməyən qadınlarda inkişaf edir. Bəzən də helmintoz səbəbindən (bizquyruqlar), çox zaman antibiotiklərdən qeyri-düzgün istifadə nəticəsində inkişaf edir. Vulvit klinik gedişatına görə kəskin və xroniki olur. Kəskin vulvitlərdə xəstənin şikayəti xarici cinsi orqanlarda olan qaşınma və göynəmədənədir. Bunlarla yanaşı xəstənin şikayəti ifrazatın artması və hərarətin olmasındadır. Bu simptomlar sidik ifrazatı zamanı və xəstə hərəkət edəndə artır. Vulvitin kəskin mərhələsində vulvanın selikli qişası ödemli və hiperemiyalı olur. Selikli qişada seroz-irinli və irinli ərplə bərabər, bəzən xora olur, toxunduqda qanama ola bilər. Periferik limfa düyünləri bir qədər böyümüş olur.

D i a q n o z . Vulvitin diaqnozu şikayətin, anamnezin və ginekoloji müayinənin əsasında qoyulur. İfrazatın bakterioloji və bakterioskopik müayinəsi də aparılmalıdır.

M ü a l i c ə kompleks şəkildə aparılmalıdır. Xəstə yerli və ümumi qüvvətləndirici vasitələrlə müalicə olunmalıdır. Kəskin vulvitlərdə yataq rejimi, antibiotik təyin olunmalıdır və cinsi əlaqə olmamalıdır. Xəstəyə antiseptik məhlulla oturaq vannalar (37-38°C-də, 2-3 dəfə 10-15 dəqiqə ərzində) və uşaqlıq yolunun yuyulması təyin olunur. Furasilin 1:5000, kalium-permanqanatdan, kolidondan istifadə etmək olar. İfrazatda aşkar olunan mikrofloranı nəzərə alaraq antibiotik təyin olunur. Uşaqlıq yoluna vaginal şamlar – polijinaks, terjinan hər axşam 10 gün ərzində təyin olunur. Antihistamin preparatlar, yerli məlhəmlərin (lokakorten, flüsinar, 5%-li anestezin, solkoseril, aktovegin, zeytun və itburnu yağları və s.) istifadəsi məsləhətdir.

Vulvitin profilaktikası şəxsi gigiyenaya əməl etməkdən və əsas xəstəliklərin müalicəsindən ibarətdir.

3.1.2. Bartolinit

Bartolinit – uşaqlıq yolunun dəhlizində yerləşən bartolin vəzinin iltihabıdır. Törədiciyi stafilokokk, steptokokk, qonokokk, bağırsaq çöpləri, bəzən trixomonozdur. Uşaqlıq yolu dəhlizinin böyük vəzisinin xaricə axan axacağının iltihabı nəticəsində kanalikulit, sonradan isə vəzin absesi inkişaf edir.

Bartolin vəzisinin absesi zamanı xəstənin şikayəti zəiflikdən, başağrısından, bel ağrısı, bədən hərarətinin 39°C -yə qədər qalxmasından, yerli olaraq vəzi nahiyyəsində hiperemiya, ödem və ağrının olmasındandır. Baxış zamanı vəzin həcmnin böyüməsi qeyd olunur. Bartolin vəzin absesi özbaşına açılandan sonra xəstənin vəziyyəti yüngülləşir.

Müalicə. Xəstəliyin törədiciyini nəzərə alaraq antibiotik təyin olunur. Kəskin fazada fizioterapiya – UYT-dən (ultra yüksək tezlikli) istifadə olunur.

Yerli müalicə olaraq vəzin nahiyyəsinə buz, iltihab əleyhinə olan applikasiya qoyulur. Bartolin vəzinin absesinde cərrahi müalicə aparılır. Abses kəsilir, irin xaric olunur, yaranın kənarları dəriyə tikilir (marsupializasiya aparılır). Əməliyyatdan sonra tikişlər antiseptik məhlullarla bir neçə gün ərzində işlənilir.

3.1.3. Kolpit

Kolpit uşaqlıq yolunun iltihabıdır. Kolpitin yaranmasına müxtəlif infeksiyalar səbəb olur. *Candida* göbələyi, trixomanada, genital herpes virusu, sitomeqalovirus, bağırsaq florası, nadir hallarda qonokokklar, şərti patogen törədicilər (eşerixiyalar, proteylər, hemofil vaginal çöplər və s.) kolpiti törədə bilər. Bəzən şəxsi gigiyenaya riayət edilmədikdə, uşaqlıq yolunun ön və arxa divarlarının sallanmasında, istehsalatın zərərli amillərinin təsiri nəticəsində və ümumi xəstəliklərdə (maddələr mübadiləsinin pozulmasında, infeksiya xəstəliklərdə və s.) kolpit inkişaf edə bilər.

Xəstəliyin simptomları uşaqlıq yolundan seroz-irinli, irinli ifrazatın gəlməsi, uşaqlıq nahiyyəsində və cinsi əlaqə zamanı (*dis-*

pareuniya) ağrının olmasıdır. Çox zaman kolpit uretritlə və endoservisitlə müştərək olur.

Uşaqlıq yoluna baxış zamanı selikli qişanın diffuz hiperemiyası və ödemi aşkar olunur. Bəzən selikli qişanın qatlarında irinin toplanması aşkarlanır və əllə toxunduqda belə selikli qişa asanlıqla qanayır. Xəstəliyin ağır gedişatında uşaqlıq yolunun epitelinin deskvamasiyası nəticəsində eroziya və xora inkişaf edir. Xəstəliyin xroniki gedişatında əsas simptom uşaqlıq yolundan gələn seroz və ya irinli ifrazatdır.

Patohistoloji dəyişikliklərin və klinik-laborator müayinələrin əsasında kolpitin bir neçə forması qeyd edilir: sadə (seroz-irinli), qranulyoz, enfizimatoz, trixomoniaz, göbələk, virus etiologiyalı və qocaların kolpiti (senil kolpit).

Diagnozun qoyulması xəstənin şikayətinə, analizinə və ginekoloji baxışa əsaslanır. Bəzən kolposkopiya istifadə olunur. Onun köməyi ilə zəif inkişaf edən iltihabi prosesi aşkar etmək mümkündür. Xəstəliyin törədiciləri uşaqlıq yolundan, uretradan və servikal kanaldan götürülmüş yaxmanın bakterioloji və bakterioskopik müayinəsi ilə aşkar olunur.

Müalicə kompleks şəkildə aparılır. Infeksiyaya qarşı mübarizə ilə bərabər, yanaşı gedən xəstəliklər də müalicə olunmalıdır. Xəstəliyin törədicisinə təsir etmək üçün etiotrop terapiya antibiotiklərdən ibarətdir. Yerli və ümumi müalicə aparılır. Antiseptik məhlullarla, dərman bitkilərinin dəmləməsi ilə 2-3 dəfə, xlorofillipt məhlulu ilə (1%-li spirtli məhlul 1:1 suda həll olunur) uşaqlıq yolu yuyulur və uzun müddət şırıncaya olunur (3-4 gündən artıq olmamaq şərti ilə, çünki bu, onun normal turşuluğunu və təbii biosenozunu pozur). Senil və ya qocalıq kolpirlərdə estrogen tərkibli şamlar və yaxud məlhəmlər işlədilir (ovestin şamı və məlhəmi).

Antibiotiklər vaginal şam, həb, məlhəm və gel şəklində işlədilir. Vaginal şamlardan geniş istifadə olunur – polijinaks, terjinnan və s.

Anaerob və qarışıq infeksiyalarda betadin, klion, metronidazol, dalasin işlədilir. Yerli müalicə ilə yanaşı, ümumi antibakterial

müalicə aparılır. Uşaqlıq yolunun turşuluğunu və təbii mikroflorasını bərpa etmək üçün antibakterial terapiyadan sonra eubiotiklər təyin olunmalıdır (biovestin, bifidumbakterin, laktobakterin).

3.1.4. Endoservisit

Endoservisit servikal kanalın selikli qişasının iltihabıdır. Endoservisitə törədicisi stafilokokk, streptokokklar, bağırsaq çöpləri, qonokokk, virus, trixomonada, mikoplazma və digər mikroorqanizmlərdir. Endoservisit uşaqlıq boynunun travması nəticəsində baş verə bilər. Doğum zamanı uşaqlıq boynunun cırılması və düzgün bərpa olunmaması endoservisit yaradır. Süni abortlarda, uşaqlıq boşluğunun diaqnostik və ya müalicə məqsədilə qaşınması zamanı servikal kanal zədələnmə bilər və bu da endoservisitə inkişafına səbəb ola bilər. Klinik gedişatına görə endoservisit kəskin və xroniki formada olur. Xəstəliyin kəskin formasında xəstələrin şikayəti qarının altında, belində olan ağrılarla yanaşı, uşaqlıq yolundan gələn selikli-irinli və irinli ifrazatın olmasıdır. Uşaqlıq boynuna güzgülərlə baxdıqda və kolposkopiya zamanı xarici dəliyin ətrafı şişkin və hiperemiyalı olur, bəzən seroz-irinli və irinli ifrazat xaric olunur. Xroniki mərhələdə servisit inkişaf edir, vaxt getdikcə psevdoroziya əmələ gəlir. Xroniki servisit uşaqlıq boynunun hipertrofiyasına və bərkiməsinə səbəb olur.

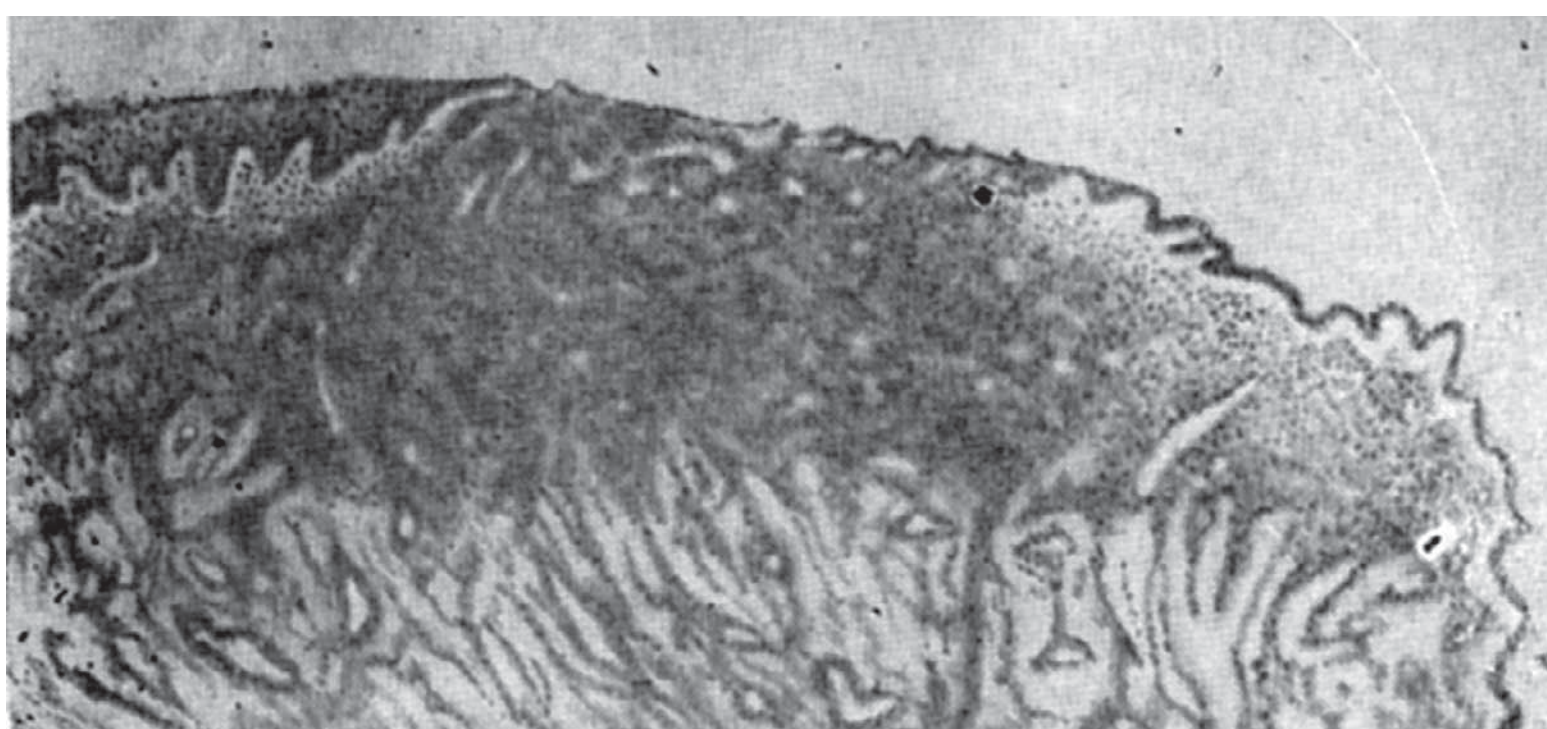
Diaqnoz güzgülərlə baxışın, kolposkopiyanın və bakterio-oloji müayinənin köməyi ilə qoyulur. Bəzən uşaqlıq boynundan götürülən yaxmanın sitoloji müayinəsi də aparılır. Sitoloji müayinə zamanı silindrik epitelin və çoxqatlı yastı epitelin atipiyasız hüceyrələri aşkar olunur.

Müalicə. Törədicilərdən asılı olaraq antibiotik təyin olunur. Xəstəliyin kəskin formasında yerli müalicə əks göstərişdir, çünki iltihabi proses yuxarı hissələrə keçə bilər. Xroniki mərhələdə, cinsiyyət yolları sanasiya olunduqdan sonra – diatermokoagulyasiya, konizasiya, lazer terapiyası, kriodestruksiya aparılır.

Uşaqılıq boynunun cırılması nəticəsində əmələ gələn endo-servisit plastik əməliyyatla müalicə olunur.

3.1.5. Uşaqılıq boynunun eroziyası

Eroziya (*erodere*) “dağıdırəm” deməkdir. Uşaqılıq boynunun selikli qışanın eroziyası anadangəlmə, həqiqi (*erosio vera*) və sağalma mərhələsində olan eroziyaya (*psevdoerosiya*) bölünür (şəkil 3.1).



Şəkil 3.1. Uşaqılıq boynunun həqiqi eroziyası

Həqiqi eroziyalarda, uşaqılıq boynunun uşaqılıq yolu hissəsində epitel qatın olmadığı sahələr və birləşmiş toxumada iltihabi proses aşkar olunur. Stroması ödemlidir, leykosit və limfositlərlə zəngin olan xırdahüceyrəli infiltrat aşkar olunur, qan damarları genişlənmişdir və qanla dolğundur. Həqiqi eroziya çox zaman uşaqılıq boynunun arxa dodağında yerləşir, düzgün olmayan formada, al-qırmızı rəngdə olur və asanlıqla qanayır.

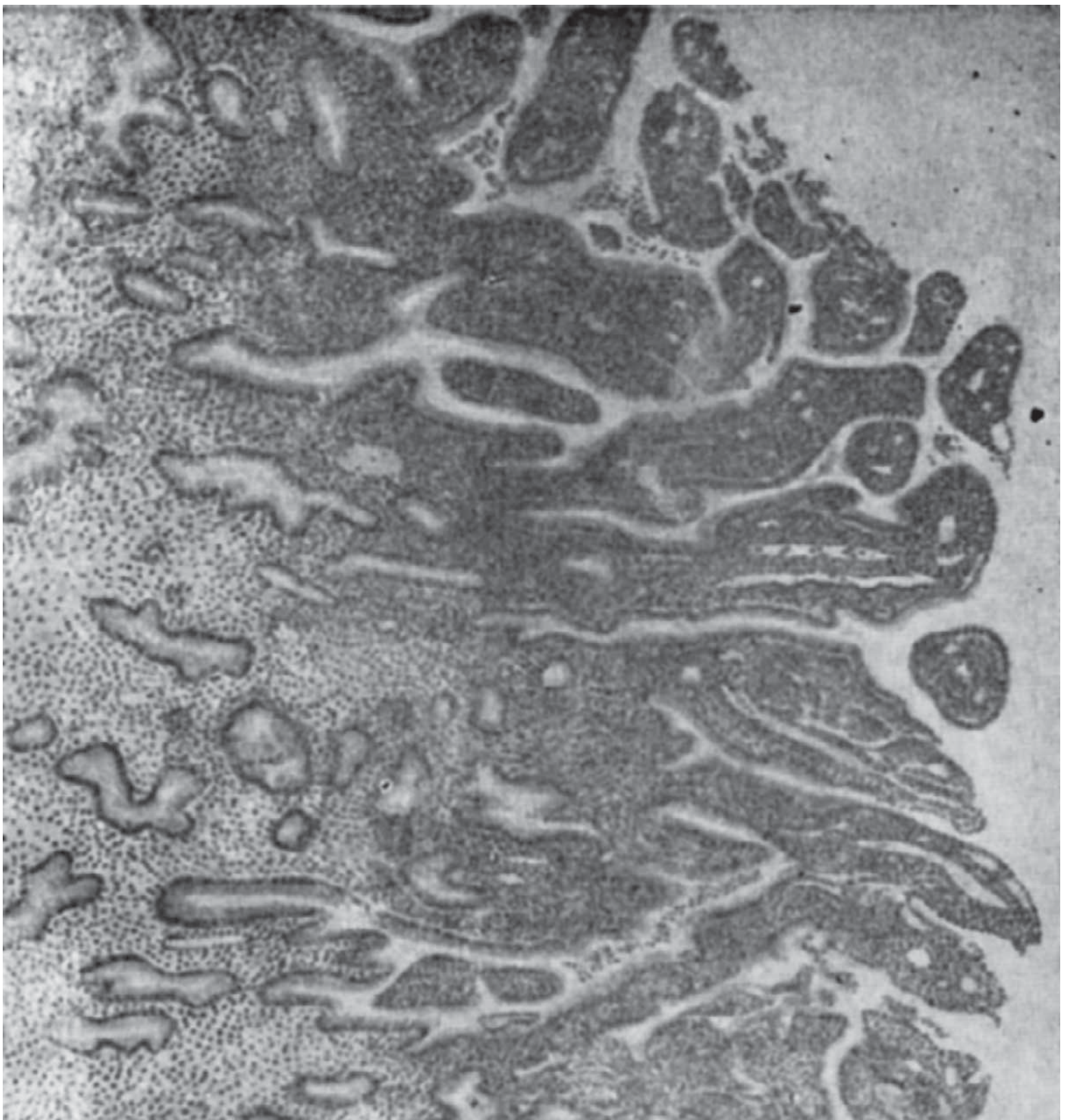
Həkim tərəfindən həqiqi eroziya nadir hallarda aşkar olunur; belə ki, 1-2 həftəyə qədər davam edir və ya digər mərhələyə psevdoeroziya mərhələsinə keçir.

Çoxqatlı epitelin defekti silindrik epitel ilə əvəz olunması psevdoeroziyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Psevdoeroziya iki formada olur: follikulyar və papilyar.

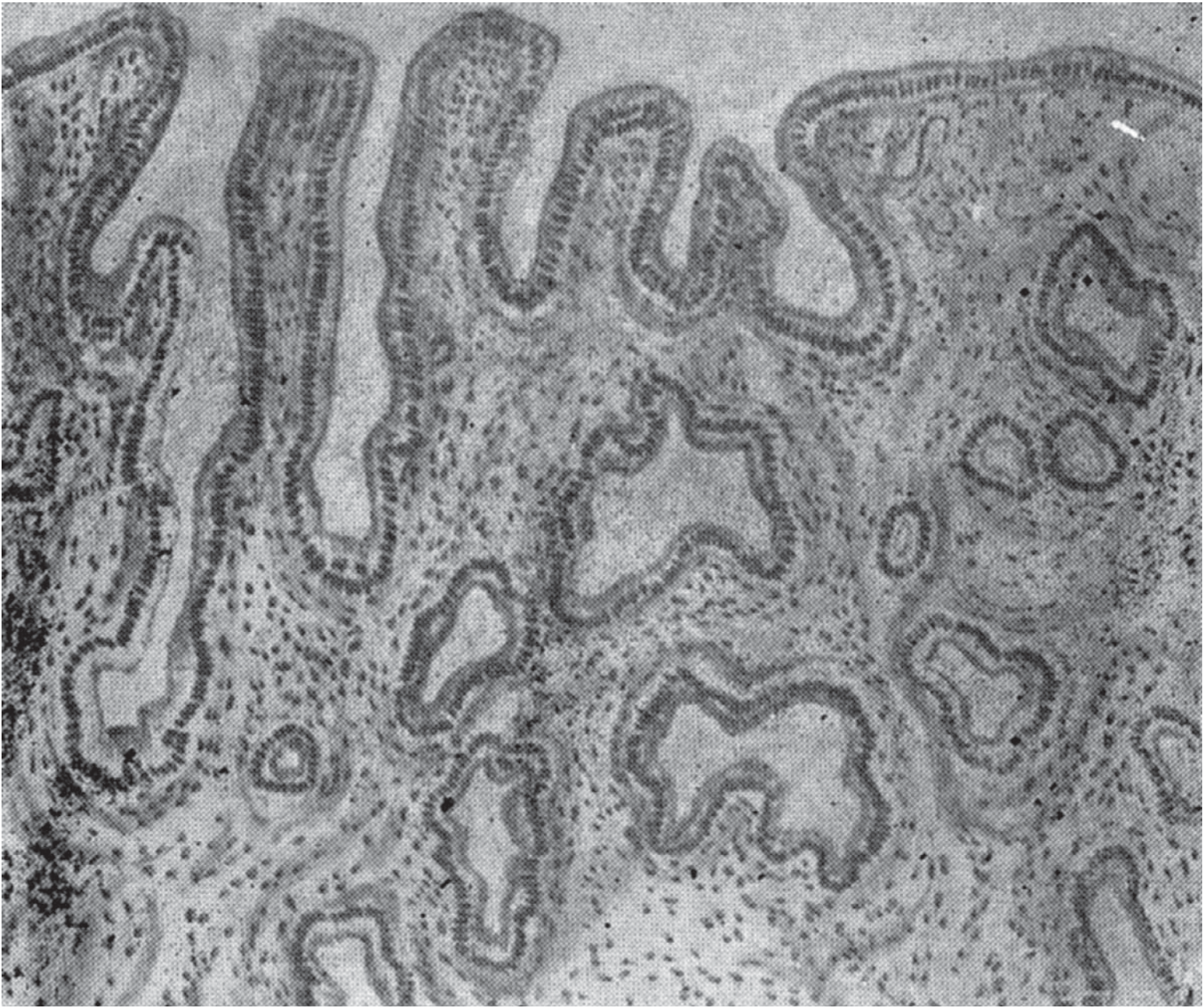
Papillary psevdoroziyalarda (*erosio papillaris*) birləşmiş toxuma qalınlaşır və məməciklər əmələ gəlir. Makroskopik olaraq belə eroziyalar qırmızı rəngdə olur və məxməri xatırladır.

Folikulyar eroziyalarda (*erosio follikularis*) vəzlər toxuma daxilinə keçir.

Eroziyanın sağalma mərhələsində uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsi tədricən çoxqatlı epitel ilə örtülür. Vəzlərin axacağı bağlanır, onların daxilində sekret toplanır və bu retension kistalarının əmələ gəlməsinə (*ovula Naboti*) səbəb olur (şəkil 3.2, 3.3).



Şəkil 3.2. Uşaqlıq boynunun papillary eroziyası



Şəkil 3.3. Uşaqlıq boynunun follikulyar eroziyası

Onların ölçüsü çox kiçik olur: bir neçə millimetrdən 1-2 *sm*-ə qədər. Eroziyanın hansı formaya aid olması biopsiya və histoloji müayinədən sonra təyin olunur. Eroziyanın sağalma mərhələsində uşaqlıq boynu normal, solğun-çəhrayı rəngdə olur. Uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsində olan eroziyanın ektropiondan differensiasiya etmək lazımdır. Doğuş zamanı, süni abortlarda uşaqlıq boynu zədələndikdə və düzgün bərpa olunmadıqda uşaqlıq boynu deformasiyaya uğrayır və servikal kanalı örtən silindrik epitel xaricə çıxaraq ektropion yaradır.

S i m p t o m l a r . Uşaqlıq yolundan gələn irinli-seroz ifrazat qeyd olunur. Bəzən eroziyası olan xəstələrdə təmas qanaxmaları (cinsi əlaqədə olanda və ya toxunduqda qanaxmanın olması) baş verir. Digər hallarda xəstənin şikayəti olmur, bəzən eroziya profilaktik baxış keçirilən zaman aşkar edilir.

D i a q n o z . Eroziyanın diaqnozu yuxarıda göstərilən simptomlara əsasən, güzgülərlə baxış zamanı, kolposkopik müayinə ilə qoyulur. Eroziya uzun müddət davam etdikdə uşaqlıq boynu hipertrofiyalaşır, retension kistalar əmələ gəlir. Uşaqlıq boynunun eroziyasını sifilislə, vərəmlə, xərçənglə differensiasiya etmək lazımdır.

M ü a l i c ə . Həqiqi eroziyanın müalicəsi endoservisitə və yanaşı gedən iltihabi xəstəliklərin müalicəsindən ibarətdir. Kalanxoe, solkoseril və s. məlhəmlərlə tampon qoymaq olar.

Eroziyalaşmış ektropionu plastik əməliyyat ilə müalicə etmək lazımdır (Emmet əməliyyatı).

3.2. CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN YUXARI ŞÖBƏSİNİN QEYRİ-SPEŞİFİK İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ

3.2.1. Endometrit

Endometrit (*endometritis*) – uşaqlığın selikli qişasının iltihabıdır.

Bu patologiya uşaqlıq boşluğunda aparılan əməliyyatdan sonra inkişaf edir (diaqnostik qaşınma, abortlardan sonrakı ağırlaşmalar, doğuş, uşaqlıq daxili kontraseptivlər). Funksional qatla bərabər bazal qat da zədələnir. İltihabi proses selikli qişaya hissəvi və ya tamamilə yayıla bilər. Ağır formalı endometrilərdə proses əzələ qatına keçir, bu da diffuz və ya ocaqlı endometriyitlə nəticələnir.

Endometrit spesifik və qeyri-spesifik olur. Spesifik endometriti xlamidiya, vərəm çöpləri qonokokk və digər spesifik törədicilər yaradır. Çox zaman iltihabi proses limfa kapillyarı və qan damarları ilə əzələ qatına və parametriuma keçir. Diaqnoz anamnez, klinik simptomlar, yaxmanın bakterioloji və bakterioskopik müayinəsinə əsaslanaraq qoyulur.

Qanın analizi zamanı leykositoz və EÇR-in artması aşkar olunur. Ultrasəs müayinəsində uşaqlıq boşluğunda qaz qovucukları və qalınlaşması aşkarlanır. Xəstəlik 8-10 gün ərzində davam edir, düzgün müalicə aparıldıqda sağalma baş verir, bəzən isə kəskin endometrit xroniki endometritə keçir. Xəstəlik yüngül və ya abortiv formada da keçə bilər.

Müalicə. Xəstəliyin kəskin mərhələsində yataq rejimi, qarnın aşağı hissəsinə buz qoyulması məsləhət görülür, mikroorqanizmin həssaslığına müvafiq antibiotik təyin olunur. Antibiotiklərdən yarım sintetik penisillin, sefalosporinlər, beta-laktamlar, aminoqlikozidlər, tetrasiklin, makrolidlər təyin olunur. Çox zaman xəstəliyin inkişafında anaerob mikroorqanizmlər aerobla assosiasiya etdikləri üçün metronidazoldan geniş istifadə olunur. Dezin-taksikasion, ümumi möhkəmləndirici və desensibilizəedici terapiya aparılır. Əgər uşaqlıq boşluğunda iltihabi prosesi yaradan hansısa substrat varsa (döl yumurtasının qalıqı, desidual qişa), hərarət endikdən sonra uşaqlıq boşluğu qaşınmalıdır.

Xroniki endometrit. İltihabi proses uzun çəkərsə, əzələ qatı prosesə cəlb olunur və nəticədə əzələ hüceyrələri tədricən birləşdirici toxuma ilə əvəz olunur. Xroniki endometritin inkişafına uşaqlıq boşluğunun təkrar qaşınması, abortdan, doğuşdan sonra endometritin qeyri-adekvat müalicəsi, kesar əməliyyatında işlənən tikiş materialı və uşaqlıq boşluğunda uzun müddət uşaqlıqdaxili kontraseptivlərin qalması səbəb ola bilər.

Diagnoz. Xroniki endometritin diaqnozu anamnezin, xəstəliyin klinik gedişatının əsasında qoyulur. Son diaqnoz endometriumun vakuum – aspirasiyasının histoloji müayinəsi əsasında təsdiqlənir.

Klinik gedişi. Xroniki endometritlərdə aybaşı çox miqdarda qan itkisi ilə və bəzən uzun müddət davam edir. Buna endometriumun deskvamasiya, regenerasiyasının və uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması səbəb olur. Xəstənin şikayəti qarnın altında, belində olan ağrılarla yanaşı, uşaqlıq yolundan gələn selikli-irinli ifrazatdandır. Bimanual müayinədə, uşaqlığın həcmnin bir qədər böyüməsi və bərkiməsi aşkar edilir. Uşaqlığı örtən peritonun iltihabı və onun qonşu orqanlara birləşməsi (perimetrit) uşaqlığın hərəkətini məhdudlaşdırır. Əgər xroniki endometritlərdə ovulyasiya pozulmursa, mayalanma baş verir, lakin implantasiya prosesi, döl yumurtasının inkişafı pozulur və düşük baş verir.

Müalicə. Xroniki endometritin müalicəsi kompleks şəkildə aparılır. Kiçik çanaq orqanlarının qan təchizatını yaxşılaşdırmaq

üçün, endometriumun, yumurtalıqların fəaliyyətini stimulyasiya etmək və orqanizmin immunoloji reaktivliyini artırmaq üçün müalicəyə fiziobalneoterapiya da əlavə olunur. Müalicədə çox zaman mis və sinklə elektroforez, ultrasəs, müalicəvi palçıq, ozokerit, parafin, radon sularından istifadə olunur. Yumurtalıqların hipofunksiyasında tsiklik hormonoterapiya təyin olunur. Desensibilizasiyaedici və ümumimöhkəmləndirici terapiya təyin olunur. Qanaxmanı kəsmək üçün simptomatik müalicə aparılır. Bəzən uşaqlıq boşluğunun antiseptik preparatlarla (dioksidin, furasilin) instillyasiyası aparılır.

3.2.2. Salpinqooforit

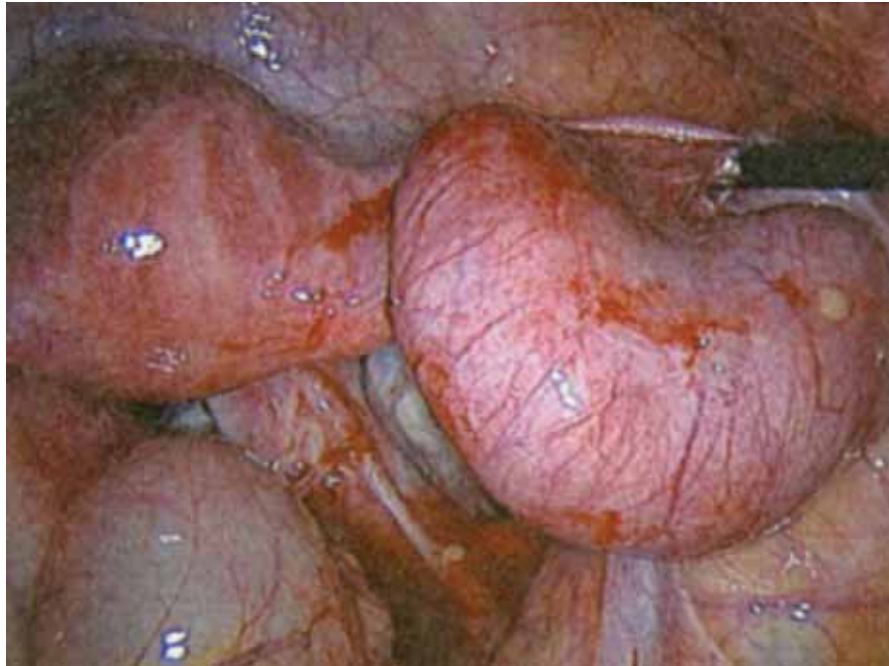
Salpinqoofarit (*salpingo-oophoritis*), adneksit – uşaqlıq artımlarının iltihabıdır. Kiçik çanaq üzvlərində tez-tez rast gəlinən iltihabi xəstəlikdir. Infeksiya uşaqlıq yolundan, boşluğundan, qalxan, enən yol ilə, bəzən də hematogen yol ilə artımlara keçir.

Uşaqlıq boşluğundan infeksiya uşaqlığın borusuna keçir, onun bütün qatları iltihabi prosesə cəlb olunur (*salpinqit*), eyni zamanda yumurtalıq (*ooforit*) və borular (*salpinqooforit*) infeksiyalaşır. İltihabi eksudat uşaqlıq borusunun mənfəzində toplanaraq, onun fimbrial hissəsinin yapışmasına, mənfəzinin bağlanması səbəb olur və nəticədə boru kisəyəbənzər törəməyə (*sakto-salpinge*) çevrilir. Əgər uşaqlıq borusunun mənfəzində seroz maye toplanırsa, buna *hidrosalpinks* deyilir (şəkil 3.4.).



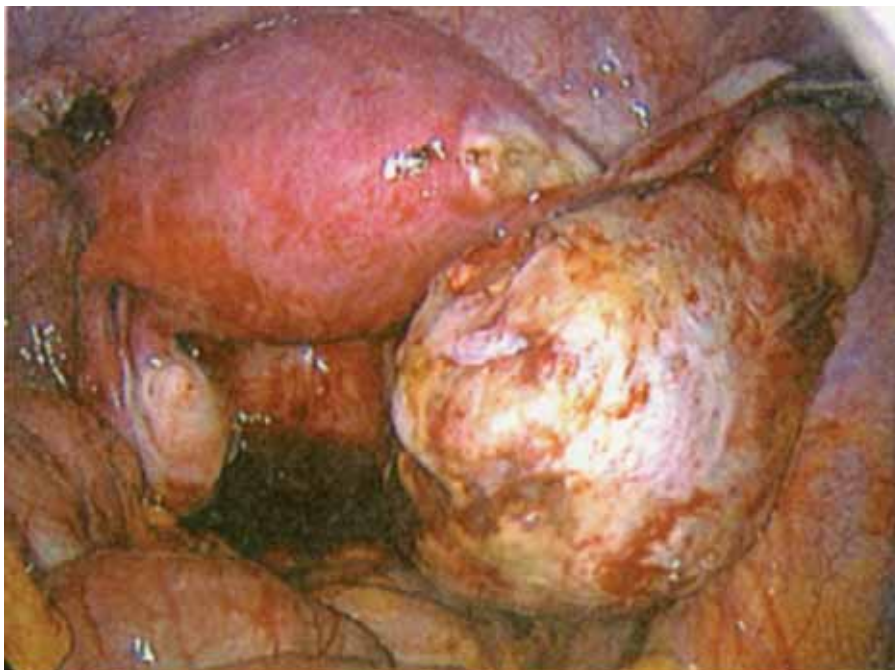
Şəkil 3.4. Hidrosalpinks. Laparoskopiya

Hidrosalpinks birtərəfli və ikitərəfli olur. Mikroorqanizmlər yüksək virulentli olanda orqanizmin müqavimət qabiliyyəti aşağı düşür, uşaqlıq borusunun mənfəzində irin toplanır, *piosalpinks* inkişaf edir (şəkil 3.5).



Şəkil 3.5. Piosalpinks. Laparoskopiya

Mikroorqanizmlər yumurtalığın toxumasına daxil olaraq irinli boşluqlar (yumurtalığın absesi) yaradır, buna *piovar* deyilir. (şəkil 3.6).



Şəkil 3.6. Piovar. Laparoskopiya

Uşaqlıq borusunun ampulyar hissəsi yumurtalığa birləşən tuboovarial törəmə – tuboovarial şiş əmələ gətirir (şəkil 3.7.).



Şəkil 3.7. Tuboovarial törəmə. Laparoskopiya

İltihabi proses uşaqlıq borusundan və yumurtalıqdan kiçik çanağın peritonuna yayılırsa, *pelvioperitonit* inkişaf edir (şəkil 3.8).



Şəkil 3.8. Pelvioperitonit. Laparoskopiya

Klinik gedişi. Xəstənin şikayətləri qarının aşağısında olan ağrılardan, hərarətin yüksək olmasından (39°C), üşütmə, ürəkbulanma, qusmadan, uşaqlıq yolundan gələn iyli ifrazatın və dizurik əlamətlərdən ibarət olur. Dili nəm, ərpli, qarnın palpasiya zamanı hipoqastral nahiyyədə ağrılıdır.

Xəstəliyin klinik simptomlarının qabarıqlığı mikrobların virulentliyindən və makroorqanizmin reaktivliyindən asılıdır. Gineko-

loji müayinə zamanı servikal kanaldan irinli, irinli-seroz ifrazatın gəlməsi aşkar olunur. Artımlar palpasiyada ödemli və ağrılıdır.

Ağrının intensivliyi iltihabi prosesin nə dərəcədə peritona yayılmasından asılıdır.

Əgər piosalpinks, piovar, tuboovarial abses formalaşmışdırsa, bu zaman uşaqlıq artımları nahiyyəsində və ya uşaqlığın arxasında hərəkətsiz, irihəcmli, ağrılı, konturları aydın olmayan, müxtəlif konsistensiyalı, bəzən də uşaqlığın cismi ilə birgə konqlomerat əmələ gətirən törəmə təyin olunur. Periferik qanda leykositoz, neytrofillərin sola meyli, EÇR-in artması, C-reaktiv zülalın artması, disproteinemiyanın olması aşkar olunur. Sidik kisəsi və uretra prosesə cəlb olduğundan sidikdə zülal, leykositoz, bakteriuriya aşkar olunur. Elə hallar da olur ki, adneksitin klinik mənzərəsi pozulmuş olur, lakin uşaqlıq artımlarında dərin destruktiv dəyişiklik baş verir.

D i a q n o z . Xəstəliyin diaqnozu anamnez, xəstəliyin klinik simptomları, obyektiv müayinə, laborator və əlavə müayinə üsulları əsasında qoyulur. Uşaqlıq yolundan və servikal kanaldan götürülən yaxmanın bakterioskopik müayinəsində leykositlərin sayının çoxluğu, kokk florasının, qonokokkların, trixomonadların, göbələyin olması aşkar olunur.

Bakterioloji müayinədə isə bütün hallarda adneksitin törədicişi aşkar olunur. Ultrasəs müayinəsində uşaqlıq borusunun gənməsi aşkar olunur. Formalaşmış iltihabi tuboovarial törəmələri ultrasəs müayinəsində aydın təyin etmək olur. Artımların irinli törəməsi partladıqda qarın boşluğunda sərbəst maye aşkar edilir. Artımların iltihabi kəskin mərhələdə appendisitlə differensiasiya olunur. Bəzən artımların kəskin iltihabının, yumurtalıq şişinin ayaqcığının burulması ilə differensiasiyası çətinlik törədir.

Kəskin adneksitin diaqnozu daha dəqiq laparoskopiya vasitəsi ilə qoyulur. Laparoskopıyanın köməyiylə “kəskin qarın” yaradan xəstəliklər arasında differensial diaqnostika aparmaq olar. Kəskin salpingitlərdə uşaqlıq borusunun hiperemiyalı, ödemli olması, onun fimbrial hissəsindən seroz-irinli və irinli ifrazatın axması

aşkar olunur. Yumurtalıqların həcmnin böyüməsi və iltihabi prosesə ikincili olaraq cəlb olunması baş verir.

Piosalpinksin olması endoskopik müayinədə borunun ampulyar hissəsinin qalınlaşması, divarının qalınlaşması, fimbrial hissənin bağlanması və irinin toplanması ilə təyin olunur. Tuboovarial abses formalaşanda irinli boşluq əmələ gəlir, boru, yumurtalıq, uşaqlıq, bağırsaq ilgəkləri, kiçik çanağın divarı arasы ilə bitişmələr əmələ gəlir.

Bəzən ultrasəs müayinəsi vasitəsilə uşaqlıq yolunun arxa tağında artımların irihəcmli törəməsi punksiya olunur və bu da iltihabi prosesin olmasını təsdiqləyir.

Müalicə. Kəskin salpingooforitin müalicəsi stasionarda aparılmalıdır. Xəstə ciddi yataq rejimində olmalı, yüngül həzm olunan yemək və adekvat həcmdə maye qəbul etməlidir. Bağırsaqların və sidik kisəsinin funksiyasına nəzarət olunmalıdır. Antibiotiklər mikrofloranın həssaslığı nəzərə alınmaqla təyin olunur. Əsasən geniş spektrli antibiotik təyin olunur. Anaerob flora aşkar olunduqda metronidazol həb şəklində, ağır hallarda isə vena daxilinə təyin olunur. Peritonun qıcıqlanma simptomu yox olduqda və hərarət endikdə antibakterial terapiya 5 gün davam etdirilməlidir. Antibiotiklə yanaşı, dezintoksikasion müalicə aparılır. Reopoliqlükin, 5%-li qlükoza, izotonik natrium-xlorid məhlulu və təzədondurulmuş plazma vena daxilinə köçürülür. Desensibilizasiyaedici preparatlardan, vitaminlərdən, iltihabəleyhinə qeyri-steroidlərdən, immunmodulyatorlardan və mikrosirkulyasiyanı artıran preparatlardan istifadə olunur.

Tuboovarial şişlərdə irinin evakuasiyası aparılır, yerinə antibiotik yeridilir. Əgər xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmırsa, bu zaman cərrahi əməliyyat aparılır.

Xroniki adneksit uşaqlıq artımlarının kəskin və yarımkəskin iltihabi prosesinin nəticəsidir. Orqanizmin reaktivliyi aşağı olduqda, kəskin adneksit adekvat müalicə olunmadığı halda xroniki adneksit inkişaf edir. Xroniki salpingooforitdə iltihabı infiltratla yanaşı, uşaqlıq borusunun divarında birləşdirici toxuma inkişaf edir və bu da hidrosalpinks əmələ gətirir. Yumurtalıqların

toxumasında distrofik dəyişiklik baş verir, qan damarlarının daralması nəticəsində mikrosirkulyasiya pozulur və nəticədə cinsi steroid hormonların sintezi pozulur. Belə halda kiçik çanaqda bitişmələr əmələ gəlir. Uşaqlıq divarları ilə borular, yumurtalıqlar, sidik kisəsi, böyük piylik və bağırsaq ilgəkləri arasında bitişmələr inkişaf edir. Xəstəlik uzun çəkir, vaxtaşırı kəskinləşmələr olur. Qarnın aşağısında müxtəlif intensivli küt ağrılar olur, ağrı düz bağırsağa, belə, bud nahiyyəsinə irradiasiya edir. Çox zaman xəstələrdə psixoemosional və vegetativ pozulmalar (yuxusuzluq, nevroz) baş verir. Aybaşı, stress, soyuqdəymə zamanı ağrılar artır. Xroniki salpingitlərdə aybaşı menometrorragiya, hipomenstruasiya tipdə pozulur. Aybaşının pozulması anovulyasiya ilə və ya sarı cismin çatışmazlığı ilə müşahidə olunur. Xəstələrdə sonsuzluq olur, buna səbəb yumurtalıqlarda steroidogenezin pozulması və boru-peritoneal faktorudur. Bəzən xroniki adneksit uşaqlıqdankənar hamiləliyə səbəb olur. Xəstəliyin tez-tez kəskinləşməsi seksual pozulmalara (dispareuniya, libidonun zəifləməsinə) səbəb olur. Kəskinləşmə zamanı ağrılar artır, bədənin hərarəti yüksəlir və uşaqlıq yolundan irinli ifrazat gəlir. Xroniki salpinqooforitin diaqnozu çətinliklə qoyulur, çünki kiçik çanaq nahiyyəsində ağrılara bir çox xəstəliklər səbəb ola bilər (endometrioz, yumurtalıqların şişləri və kistaları, kolpit və s.). Diaqnoz qoymağa bimanual müayinə və histerosalpinqoqrafiya kömək edir. Ginekoloji müayinə zamanı uşaqlığın mütəhərrikliyinin məhdudlaşması, artımlar nahiyyəsində uzunsov formada törəmənin olması aşkar olunur. Histerosalpinqoqrafiya və hidrosonoqrafiya zamanı kontrast maddə bağlı boşluqda toplanır və bu da diaqnozu dəqiqləşdirir. Xəstəlik uzun müddət çəkərsə və aparılan konservativ müalicə effektsiz olarsa, laparoskopiya əməliyyatı olunmalıdır. Laparoskopiya zamanı kiçik çanaq boşluğunda bitişmələr prosesi, hidrosalpinks, boruda seroz ekssudatla dolu olan boşluqlar (hidaditlər) aşkar olunur. Çox zaman spesifik infeksiyaların nəticəsində qaraciyər və diafraqma arasında bitişmələr əmələ gəlir, buna *Fits-Xyu-Kurtis sindromu* deyilir.

3.2.3. Parametrit

Parametrit uşaqlığın ətrafında olan piy hüceyrəli toxumanın iltihabıdır. Əgər kiçik çanağın bütünlüklə piy toxuması iltihabi prosesə cəlb olunursa, buna *pelviosellulit* deyilir. Parametritin inkişafına stafilokokk, streptokokk, bağırsaq çöpləri, anaerob infeksiya və ya assosiasiya olunmuş mikroorqanizmlər səbəb olur. Uşaqlıq boşluğunun qaşınması, uşaqlıqdaxili spiralların yeridilməsi, uşaqlıq boynunda aparılan əməliyyat, intraliquamentar şişlərin soyulması və çıxarılması infeksiyanın parametriumu keçməsinə səbəb ola bilər.

Parametritin inkişafında 3 mərhələ qeyd olunur: infiltrasiya, ekssudasiya və ekssudatın bərkimə mərhələsi. Çox zaman ekssudat seroz olur, çox nadir hallarda irinləyir. Ekssudatın rezorbsiyası nəticəsində infiltrat sorulur, fibroz birləşdirici toxuma əmələ gəlir və bu, uşaqlığın iltihabi proses olan tərəfə əyilməsinə səbəb olur. Əgər ekssudat irinləyirsə, bu zaman irinli parametrit inkişaf edir. İrin düz bağırsağa, bəzən də sidik kisəsinə açıla bilər. Uşaqlıq ətrafında yerləşən piy toxumasının topoqrafiyasından asılı olaraq, parametrit ön, arxa və yan parametritə bölünür.

Çox zaman yan parametrit uşaqlığın yan tərəfində yerləşir və kiçik çanağın yan hissəsinə yayılır. Belə halda uşaqlıq yolunun yan tağı hamarlaşır və selikli qısa sərtləşir.

Ön parametritlərdə infiltrat uşaqlıqdan öndə yerləşir və uşaqlıq yolunun ön tağını hamarlaşdırır. İnfiltrat sidik kisəsiətrafı piy toxumasına və qarnın ön divarına yayılır. Arxa parametritdə uşaqlıqla düz bağırsaq arasında yerləşən piy toxuması iltihabi prosesə cəlb olunur.

Xəstə qarnın aşağı nahiyyəsində, bəldə olan ağrılardan, hərarətin yüksəlməsindən ($38-39^{\circ}\text{C}$), baş ağrısından, ağızda quruluqdan, iştahanın olmamasından və yuxunun pozulmasından şikayət edir. Palpasiyada qarnın aşağı nahiyyəsi ağrılı olur, lakin gərginlik olmur. Bimanual müayinədə uşaqlıq ağrılıdır. Xəstəliyin 3-4-cü günlərində uşaqlıqdan öndə, arxada və yan tərəfdə sərt konsistensiyalı, hərəkətsiz infiltrat əllənir.

Müasir antibakterial preparatlar sayəsində hazırda irinli parametrit müşahidə olunmur. Əgər bu baş verirsə, xəstənin hərarəti yüksəlir, hərarət hektik xarakter daşıyır, üşütmə olur, EÇR artır, neytrofil leykositoz olur. İrin düz bağırsağa və sidik kisəsinə açılır. Diaqnoz sistoskopiya və retromonoskopiyanın köməkliyi ilə, sidikdə və nəcisdə irinin olması ilə qoyulur.

Diaqnoz anamnezin, xəstəliyin klinik gedişatına əsasən, bimanual və rektovaginal müayinələrin köməyi ilə qoyulur.

Müalicə. Antibakterial, desensibilizəedici, ümumi qüvvətləndirici preparatlarla aparılır. İnfiltrativ fazada xəstəyə yataq rejimi təyin olunur, qarının aşağı nahiyyəsində buz qoyulur. Sorulma fazasında isti prosedurlar, biostimulyatorlar təyin olunur. Xroniki parametritdə ozokerit, parafinlə tamponlar, vaginal diotermiya təyin olunur. İnfiltratın sorulmasında proteolitik fermentlərdən geniş istifadə olunur (tripsin, ximotripsin).

İrinləmə zamanı uşaqlıq yolunun arxa tağından punksiya aparılır. İrinin olması absesin açılmasına və parametriumun drenaj olunmasına göstərişdir.

3.2.4. Pelvioperitonit

Pelvioperitonit (pelviperitonitis) kiçik çanaq peritonunun iltihabıdır. Kiçik çanaq peritonunun iltihabi prosesə cəlb olunması ikincili baş verir. Uşaqlıqda və artımlarda iltihabi proses törədən infeksiya kanalikulyar, limfogen və hematogen yollarla peritona yayılır. Çox zaman kiçik çanaq peritonunun iltihabına mikrobların assosiasiyası patogen, şərti patogen (xlamidiya, qonokokklar, stafilokokklar, streptokokklar, proteylər, eşerixiyalar) səbəb olur.

Ekssudatın xarakterinə görə seroz-fibrinoz və irinli pelvioperitonit ayırd edilir. İrinli pelvioperitonitdə irin düz bağırsaquşaqlıq çuxura toplanır, seroz-fibrinoz formada isə kiçik çanaqda bitişmələr əmələ gəlir.

Klinika. Xəstəlik kəskin inkişaf edir. Xəstələrin şikayəti hərarətin yüksəlməsindən (39°C), üşütmədən, nəbzin tezleşməsindən (hərarəti üstələyir), qarının aşağı nahiyyəsində kəskin ağrı-

ların və köpün olmasındadır. Ürəkbulanma və qusma müşahidə olunur. Xəstənin dili nəm, ağ ərplə örtülür, Şotkin-Blyumberq simptomu müsbət olur, bağırsaqların peristaltikası zəifləyir, qarının ön divarı tənəffüs aktında iştirak edir. Qarnın aşağısında ağrı və gərginlik olduğu üçün ginekoloji müayinə çətinliklə aparılır. Uşaqlıqla düz bağırsaq arasında olan çuxura irin toplandığı üçün, arxa tağ ağrılı və rigid olur. Qanın laborator müayinəsində leykositoz, EÇR-in artması və s. iltihabi prosesə xas olan dəyişikliklər baş verir. Diaqnoz qoymaq üçün anamnez toplanmalı, laborator müayinə ilə yanaşı ultrasəs müayinəsi aparılmalıdır. Ultrasəs müayinəsində uşaqlığın, artımların vəziyyəti qiymətləndirilir və qarın boşluğunda sərbəst maye aşkar olunur. Uşaqlıq yolunun arxa tağının punksiyası və alınan punktatin bakterioloji analizi diaqnozun qoyulmasında böyük rol oynayır.

Laparoskopiya zamanı kiçik çanaq peritonunun və bağırsaq ilgəklərinin hiperemiyası aşkar olunur.

Pelvioperitonitin xüsusi forması düz bağırsaq-uşaqlıq boşluğunun absesidir (*abcessus excavationnis peritoneirecto-uterinae*). Piosalpink, pioovarın partlaması, kriminal abortlarda arxa tağın zədələnməsi, pozulmuş boru hamiləliyində uşaqlığın arxasında olan hematomanın irinləməsi düz bağırsaq-uşaqlıq boşluğunun absesinə səbəb olur. Xəstəliyin başlanması pelvioperitoniti xatırladır, xəstə qarnın aşağı nahiyyəsində ağrının və gərginliyin olması, hərarətin yüksəlməsi, defekasiya aktı və sidik ifrazının çətinləşməsindən şikayətlənir. Bəzən müalicə fonunda infiltrat sorulur və bitişmələr əmələ gəlir, bəzən isə abses uşaqlıq yoluna və ya düz bağırsağa açılır, sağalma baş verir. Abses qarın boşluğuna açılarsa, yayılmış peritonit inkişaf edir. Obyektiv müayinədə (uşaqlıq yolundan və düz bağırsaqdan) arxa tağı qabardan, flüktuasiya edən, yarımkürə şəklində olan, lakin kiçik çanağın yan divarına keçməyən infiltrat əllənir. İnfiltratın konsistensiyası bərk olur, irinləmə zamanı bir qədər yumşalır. Uşaqlıq yolunun müayinəsi və arxa tağdan aparılan punksiya diaqnozun qoyulmasına kömək edir.

Müalicə. Absesin açılması və drenaj olunmasından ibarətdir.

3.3. QADIN CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN SPESİFİK ETİOLOGİYALI İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ

Hazırda 20-dən çox cinsi yolla keçən xəstəlik qeydə alınmışdır. Qadın cinsiyyət üzvlərinin spesifik iltihabi xəstəliklərinə trixomoniaz, süzənək, xlamidioz, kandidoz, mikoplazmoz, bakterial vaginoz, herpes, sitomeqalovirus, papillomavirus infeksiyaları, sifilis, İİV (insan immun çatışmazlıq virusu), qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi aid edilir. ÜST-in təsnifatına əsasən, yuxarıda sadalanan xəstəliklər cinsi yolla keçən xəstəliklər sırasına aid edilmişdir. Son illər 20-24 yaş qrupunda cinsi yolla yayılan xəstəliklərin səviyyəsinin artması bir sıra səbəblərlə izah edilir. Hazırda gəncələrin əvvəlki illərə nisbətən daha erkən cinsi həyata başlaması və çoxsaylı cinsi partnyor dəyişmələri, həmçinin hamiləlikdən qorunma tədbirləri içərisində kondomlar, antiseptik yerli preparatlar əvəzinə döllənmə əleyhinə həblərin istifadəsi, zərərli vərdişlərə meyillilik, seksual davranış normalarının dəyişməsi, beynəlxalq turizm, urbanizasiya, əhəlinin miqrasiyası cinsi yolla keçən xəstəliklərə yoluxma riskini artırmışdır.

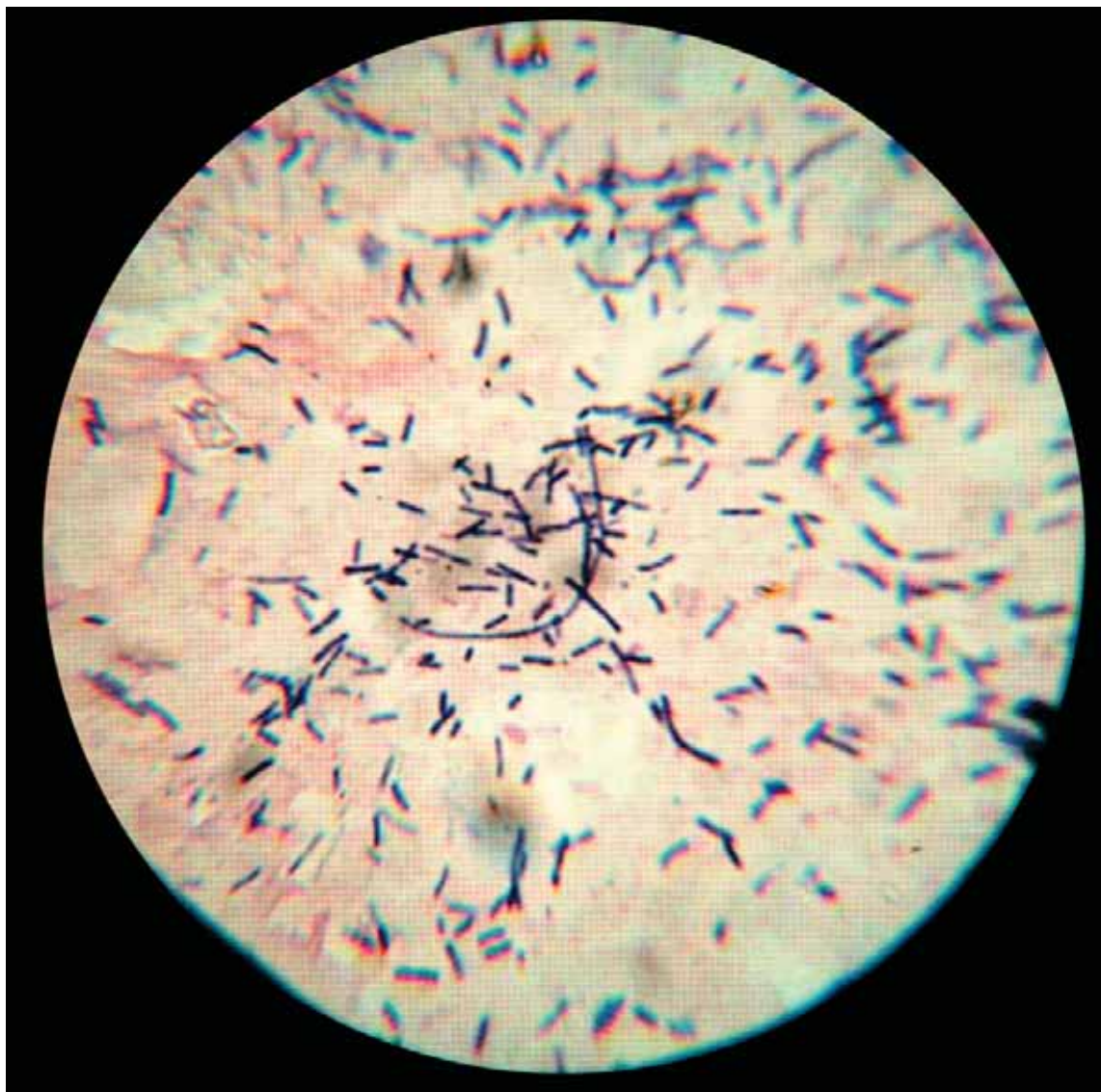
3.3.1. Bakterial vaginoz

Bakterial vaginoz (BV) uşaqlıq yolu mikroflorasının kəskin disbalansı nəticəsində yaranan xəstəlikdir. 80-ci illərin axırından başlayaraq bu termin “qeyri-spesifik vaginit”, “uşaqlıq yolu disbakteriozu”, “qardnerelyoz vaginit” terminlərini əvəz etmişdir. “Bakterial vaginoz” adını ilk dəfə 1992-ci ildə S.L.Hillier təklif etmişdir. Bu xəstəlik uşaqlıq yolunun normal mikroflorasının anaerob mikroorqanizmlərlə (*Gardnerella vaginalis*, *Mikoplazma hominis*, fuzobakteriyalar, peptokokklar və s.) kolonizasiya olunması ilə xarakterizə olunur.

Klinik qabarıq BV qadınların 50-76%-də rast gəlinir. Xəstəlik hallarının 24-50%-də laborator üsullarilə simptomuz BV-yə diaqnoz qoyulur. Müasir elmi ədəbiyyatda qadınların 27%-də residivləşən BV fonunda residivləşən vulvovaginal kandidoza,

71%-də papillomavirus infeksiyasına rast gəlinməsi haqqında məlumat vardır.

Xəstəliyin etiopatogenezi. BV-nin əmələ gəlməsində orqanizmdə baş verən immunoloji, hormonal pozulmaların və qeyri-rasional antibiotikoterapiyanın mühüm rolu vardır. Müəyyən olunmuşdur ki, normal uşaqlıq yolu qrammüsbət, qrammənfi aerob, fakultativ-aerob və obliqat anaerob mikrofloraya malikdir. Reproduktiv yaşda olan sağlam qadınların vaginal mikrobiosenozun 95-98%-ni laktobakteriyalar təşkil edir (şəkil 3.9).



Şəkil 3.9. Uşaqlıq yolu yaxmasının normal mikroskopiyası.
Doderleyn çöpləri (Qram üsulu ilə rənglənmə).

Laktobakteriyalar H_2O_2 sintez edərək uşaqlıq yolunda turş mühit yaradır (normada uşaqlıq yolu pH – 3,8-4,5). Laktobakteriyalar uşaqlıq yolunun selikli qişasının epitel hüceyrələrinə yapışaraq digər mikroorqanizmlərlə konkurensiyaya girir. Süd turşusu bakteriyalarının fəaliyyəti nəticəsində uşaqlıq yolunda məskunla-

şan digər bakteriyaların fəaliyyəti zəifləyir. Bakterial vaginozda laktobakteriyaların azalması, hətta tamamilə olmaması nəticəsində *Gardnerella vaginalis*-in replikasiyasına əlverişli şərait yaranır. Bundan başqa digər anaeroblar da vaginal florada üstünlük təşkil etməyə başlayırlar. Gardnerella vaginalis uşaqlıq yolu sekretindəki aminturşularını karboksizləşdirir. Məhz aminlər (kadaverin, putressin və s.) uşaqlıq yolu ifrazatının xoşagəlməz iyə (“iylənmiş balıq iyi”) malik olmasına səbəb olur. Nəticədə uşaqlıq yolu pH-ı yüksəlir ($\text{pH} > 4,5$).

Klinika. Xəstəlik aşağıdakı klinik əlamətlərə malikdir:

- cinsiyyət yolundan çoxlu miqdarda ağ-boz rəngli ifrazatın gəlməsi;
- cinsiyyət yolundan ifrazatın xoşagəlməz balıq iyinə malik olması;
- uşaqlıq yolu dəhlizində, uşaqlıq yolunda qaşınma, yanğı hissi, cinsi əlaqədən sonra xoşagəlməz hissin və pis qoxunun olması (50% hallarda).

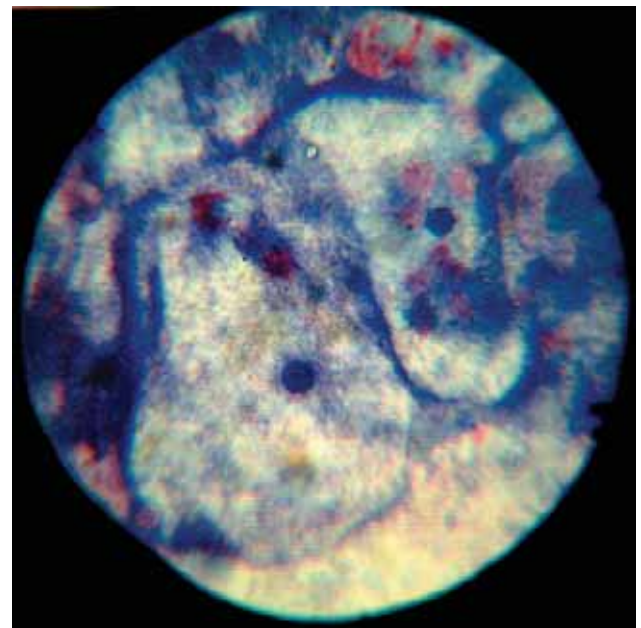
Son illər BV-nin infeksiyon ağırlaşmalarda roluna aid çoxsaylı elmi işlər həsr olunub. BV-nin qadın cinsiyyət üzvlərinin, sidik-ifrazat sisteminin residivləşən iltihabi xəstəlikləri, patoloji uşaqlıq qanaxmaları, servikal epiteldaxili neoplaziyada, kiçik çanaq üzvlərində aparılan cərrahi əməliyyatlardan (xüsusilə kesar əməliyyatı) sonrakı ağırlaşmalarda mühüm rolu var.

Diagnostika. Bakterial vaginozun diaqnostik kriteriləri R.Amsel və b. (1983) təklif etdiyi aşağıdakı əlamətlərə əsaslanır:

- 1) homogen xamayabənzər “balıq iyli” uşaqlıq yolu ifrazatı (şəkil 3.10);
- 2) uşaqlıq yolu pH-nin $> 4,5$ olması (5-7,5);
- 3) “açar” hüceyrələrin olması (xəstələrin 95%-də nativ preparatda uşaqlıq yolunun selikli qişasının yastı epitel hüceyrələrinin səthində yapışmış qrammənfi çöplər aşkar olunur) (şəkil 3.11);
- 4) amin testinin müsbət olması (uşaqlıq yolu ifrazatına 5-10%-li KOH məhlulu əlavə edildikdə spesifik “balıq iyi”nin əmələ gəlməsi).



Şəkil 3.10. Bakterial vaginoz zamanı xamayabənzər ifrazat.



Şəkil 3.11. Bakterial vaginoz zamanı uşaqlıq yolu yaxmasının mikroskopiyası (Qram üsulu ilə rənglənmə).

Yuxarıda qeyd olunanlarla yanaşı uşaqlıq yolu yaxmalarında laktobakteriyaların az miqdarda olması, yaxud tamamilə olmaması, leykositlərin sayının az olması əlavə diaqnostik əlamətlərə aiddir.

BV-nin laborator diaqnostikasında uşaqlıq yolu sekretinin Qram üsulu ilə rənglənməsi dəqiq və həssas üsul hesab edilir. Yaxma 400 dəfə böyüdülmüş mikroskopiyada tədqiq olunur. Yaxmadakı mikroorqanizmlərin morfoloji tipləri 4 kateqoriyada təsnif edilir (C.A.Spiegel et al., 1983):

- 1) 1+ (görmə sahəsində 1)
- 2) 2+ (görmə sahəsində 1-5)
- 3) 3+ (görmə sahəsində 6-30)
- 4) 4+ (görmə sahəsində > 30)

Bakterial vaginozda yaxmada laktobasillərin morfortiplərinin sayı (iri qrammüsbət basillər) azalır (1+ yaxud 2+), digər morfortiplər isə (*Gardnerella spp.* və anaeroblar) artır.

Müalicə. BV-nin müalicəsi uşaqlıq yolunun normal biosenozunun bərpası, desensibilizəedici və immunokorreksiyaedici müalicədən ibarətdir.

Müalicənin birinci mərhələsi uşaqlıq yolunun 2-3%-li 100 ml süd turşusu və ya bor turşusu məhlulları ilə 7 gün ərzində instill-

yasiyasından ibarətdir. Seçici preparatlar qismində metronidazol 500 *mq* gündə 2 dəfə 7 gün (yaxud klindamisin 300 *mq* gündə 2 dəfə) daxilə təyin edilir. 0,75-1%-li metronidazol məlhəmi, yaxud şamları intravaginal şəkildə tətbiq edilə bilər. 2%-li klindamisin məlhəmi və yaxud şamları effektiv təsirə malikdir. BV-nin müalicəsində alternativ preparatlardan kotrimoksazol məlhəmi (gündə 2 dəfə 7 gün) işlədilir. Bakterisid aktivliyə malik olan məhlullar (məsələn, tantum roza və s.) vaginozun müalicəsində effektlidir. Hazırda BV-nin çox hallarda kandidozla yanaşı rast gəlindiyini nəzərə alaraq xəstəliyin müalicəsində kombinə edilmiş preparatlardan geniş istifadə olunur. Bu preparatlar sırasına terjinan, Klion-D və s. daxildir. Terjinanın tərkibində olan ternidazol uşaqlıq yolu mikroflorasının anaerob komponentinə, antimikotik-nistatin isə maya göbələklərinə, neomisin sulfat-qram-müsbət və qrammənfi bakteriyalara öldürücü təsir göstərir. Tərkibindəki prednizolon iltihab əlamətlərini (hiperemiya, ağrı, qaşınma) aradan qaldırır. Preparat gündə 1 dəfə 10 gün müddətində təyin edilir.

Klion-D intravaginal kombinə edilmiş preparatın tərkibinə 100 *mq* metronidazol və 100 *mq* mikonazol nitrat daxildir. Metronidazol obliqat anaeroblara, *trichomonas vaginalis*-ə, *entamoeba histolitica*-ya münasibətdə aktivdir. Mikonazol nitrat *C.albicans*-a bakterisid təsir edir. Bakterial vaginozun müalicəsi üçün bu preparat gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna 10 gün təyin edilir.

BV-nin müalicəsinin ikinci mərhələsi normal uşaqlıq yolunun biosenozunun təmin edilməsidir. Bu məqsədlə asilakt, bifidobakterin, laktobakterin, biovestin və s. tətbiq edilir. Uşaqlıq yolu disbiozunun korreksiyası ilə yanaşı, bağırsağın mikroflorasının vəziyyəti qiymətləndirilməli və vaxtında müalicə aparılmalıdır. Xəstəliyin residivləşən gedişində *solkotri-xovak* vaksininədən istifadə olunur. BV-nin profilaktikası digər sidik-cinsiyyət sisteminin infeksiyalarında olan prinsiplərə əsaslanır.

3.3.2. Urogenital kandidoz

Urogenital kandidoz (Candidosis urogenitalis) – sinonimləri kandidomikoz, moniliaz, süd yarası və s. – maya göbələkləri tərəfindən törədilən sidik-cinsiyyət üzvlərinin, dəri və selikli qişaların xəstəliyidir. Urogenital kandidozun rastgəlmə tezliyi 14%-dən 51%-ə qədər dəyişir. Xəstəlik hallarının 85-90%-i *Candida albicans* tərəfindən törədilir. Candida cinsinə 80-dən çox kandidalar aid edilir. *C.tropicalis*, *C.glabrata*, *C.guilliermondi*, *C.parapsilosis*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis* və *Saccharomyces cerevisiae* növləri də vaginal kandidozun törədiciləri hesab olunurlar.

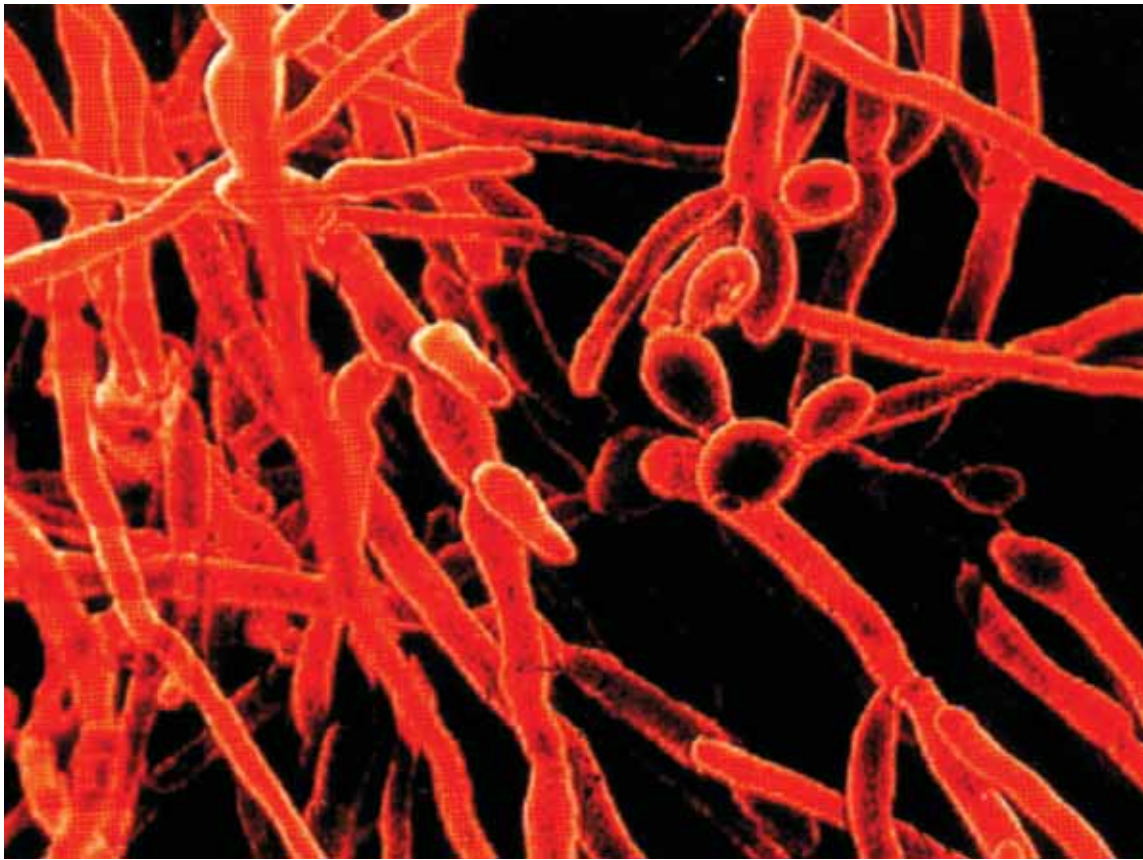
Nozoloji forma kimi bu xəstəlik ilk dəfə olaraq 1839-cu ildə Bernqardt Langenbek tərəfindən təsvir olunmuşdur. Kandidozun planlı tədqiqində Robinin (1853) böyük xidmətləri olmuşdur. 1939-cu ildə Mikrobioloqların III konqresi maya göbələklərini rəsmən *Candida* cinsi adlandırmışdır.

Xəstəlik cinsi yolla keçir. Kandidozun yaranma səbəbləri aşağıdakılardır:

- 1) göbələk florasının orqanizmə daxil olmasını təmin edən və qadın orqanizminin ümumi reaktivliyini zəiflədən ekzogen amillər;
- 2) orqanizmin müdafiəsini zəiflədən endogen amillər (uzun-sürən xəstəliklər);
- 3) uzunmüddətli antibiotikoterapiyadan sonra baş verən disbakterioz.

Sağlam insanın normal mikroflorasına daxil olan mikroblar bir sıra müsbət funksiyalar yerinə yetirir: B₁, B₂, B₁₂, K, E vitaminlərinin sintezində iştirak edir, patogen və şərti-patogen mikrobların çoxalmasının qarşısını almaqla makroorqanizmin ümumi qeyri-spesifik müdafiəsinin bir hissəsi kimi immun reaksiyaları zəiflədir. *Candida* nəslindən olan mayayabənzər göbələklər nadir hallarda klinik sağlam insanların ağız boşluğunun selikli qişalarında, sidik-cinsiyyət sistemi üzvlərində və nəcisində cüzi miqdarda aşkar edilir. Uzun sürən antibiotikoterapiyanın nəticəsində immun reaktivliyin azalması zamanı assosiant-mikroblar arasında dinamik tarazlıqda disbakterioz, sonra isə kandidoz əmələ gəlir.

Kandidalar şərti patogen floraya daxil olub, aerobdurlar. Onlar birhüceyrəli mikroorqanizmlərdir, dairəvi, ovoid, silindrik, bəzən qeyri-düzgün formaya malikdirlər. Gənc hüceyrələrin ölçüsü 5 *mkm* diametrdə, yetkin hüceyrələr nisbətən böyük ölçüdə olur. Maya göbələkləri psevdomiseli (uzanmış hüceyrələrdən ibarət saplar, blastosporlar), bəzən də xlamidosporlar (ikiqat sərt qışalı sporlar) şəklində olur (şəkil 3.12).



Şəkil 3.12. Kandidoz. Psevdomiselilər

C.albicans altı qatlı hüceyrə divarına, sitoplazmatik membrana, qlikogenli, iri nüvəli və çoxlu ribosomlu sitoplazmaya malikdir. İnsan orqanizminin ilk dəfə kandidoza yoluxması həyatının ilk günlərində baş verir (ananın döş gilələrinin dərisi, döşlə əmizdirmə prosesi, öpüşlər, doğum evinin tibb personalı, bələk və s.). Kandidoza ən çox yenidöğulmuşlar, yaşlı insanlar, immun sistemi zəifləmiş xəstələr (vərəm, şəkərli diabet, bədxassəli şişi olanlar və s.) yoluxurlar. Adətən kandidalar zəif buynuzlaşan epitel toxumalara (ağız boşluğu, qida borusu, uşaqlıq yolu) sirayət edir. Elektron mikroskopik müayinələr sübut etdi ki, kandidalar epitel hüceyrələrin səthlərindəki endogen flora ilə mürəkkəb konkurensiyaedici qarşılıqlı təsirdə olur. Antibiotiklərin, kortikosteroidlərin qəbulu göbələklərin adgeziyasını sürətləndirir. Mikrob-

lar toxumaların antiferment sistemini (fosfolipaza və s.) dəf edərək epiteliyə daxil olur.

Kandidaların toxumalara keçidini təmin edən aqressiya amili göbələklərin psevdomiseli formasına transformasiya edərək invaziyanı asanlaşdırmasıdır. Digər vacib patogenik aspektlərdən biri – Candida cinsinin nümayəndələrinin qeyri-göbələk mənşəli bakterial, virus infeksiyaları ilə sinergizmidir.

T ə s n i f a t . Kandidozun bir neçə forması ayırd edilir:

- səthi (cinsiyyət üzvlərinin, dəri və dırnaqların, ağız boşluğunun selikli qişalarının zədələnməsi);
- visserial (ezofaqit, qastrit, enterokolit, hepatit, laringit, traxeit və sistit);
- disseminə olunmuş kandidoz (kandidosepsis);
- kandidoallergiya.

Baş vermə müddətinə görə birincili və ikincili kandidoz ayırd edilir. İkincili kandidoz estrogenlərin, antibiotiklərin, kortikosteroidlərin və digər dərman preparatlarının qəbulundan sonra baş verə bilər. Şəkərli diabet və hamiləlik zamanı da kandidoz inkişaf edə bilər.

Urogenital kandidozun aşağıdakı klinik formaları mövcuddur:

- kəskin və yarımkəskin urogenital kandidoz;
- xroniki (residivləşən) urogenital kandidoz;
- kandidadaşıyıcılıq.

Kandidozun kəskin və yarımkəskin formalarında xəstəlik 2 aydan artıq sürmür. Xəstəliyin klinik əlamətləri qabarıq olur.

Urogenital kandidozun xronik formasında xəstəlik iki aydan artıq davam edir. İkincili elementlər kimi dəri və selikli qişalarda infiltrasiya, lixenizasiya, toxumaların atrofikliyi qeyd olunur. Hazırda residivləşən vaginal kandidoza daha çox rast gəlinir. Bir il ərzində xəstəliyin 4 və daha artıq epizodu təkrarlanırsa, diaqnoz dəqiqləşir. Residivləşmənin iki əsas səbəbi mövcuddur: uşaqlıq yolunun reinfeksiyası və törədicinin natamam eliminasiyası. Son illərin tədqiqatları uşaqlıq yolunun reinfeksiyasında kandidaların mədə-bağırsaq traktından, yaxud digər mənbələrdən, məsələn, endometriumdan keçidini təkzib edir. Residivləşən vaginal kan-

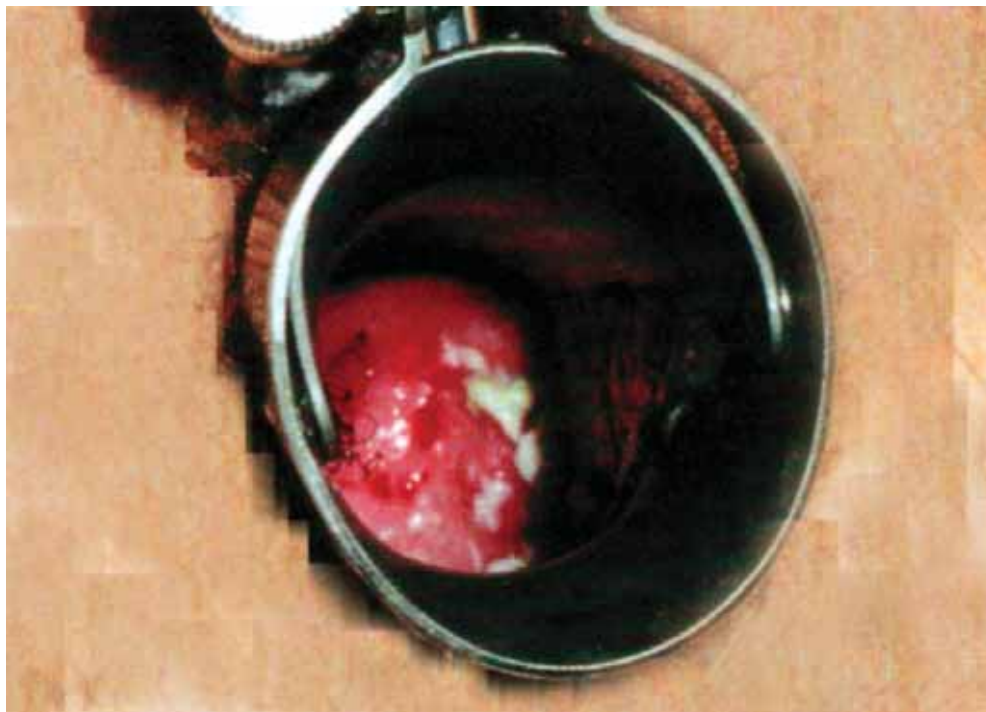
didozlu qadınların 25-30%-də 4-6 həftə ərzində aparılan kultural tədqiqatlarda mənfi nəticələrin alınması bu faktı təsdiq etmişdir. Həmçinin müasir elmi mənbələrdə hesab edilir ki, endometrium kandidalar üçün rezervuar deyil.

Kandidadaşıyıcılıq zamanı xəstəliyin klinik əlamətləri olmur, lakin uşaqlıq yolunun ifrazatının mikrobioloji müayinəsində az sayda maya göbələklərinin tumurcuqları, nadir hallarda psevdomiselilər tapılır.

Kandidozlu vulvovaginit üçün aşağıdakı klinik əlamətlər xarakterik olur:

- uşaqlıq yolundan çox, yaxud mülayim dərəcədə kəsmikşəkilli ifrazat;
- xarici cinsiyyət üzvləri nahiyəsində qaşınma, yanğı hissi və qıcıqlanma, uşaqlıq yolunda cüzi ağrı;
- aybaşından qabaq qaşınmanın güclənməsi;
- su proseduralarından, cinsi aktdan sonra, yaxud yuxuda qaşınmanın güclənməsi;
- cinsi aktdan sonra artan xoşagəlməz iyin olması.

Baxış zamanı vulva və uşaqlıq yolunun hiperemiyalaşması, ödemlilik, tamponla asan azad edilən ağ-boz ərplər, bəzən kəsmiyəbənzər ifrazat aşkar edilir (şəkil 3.13). Kiçik cinsiyyət dodaqları arasında ağ xırda kəsmikşəkilli ərplər toplanır.



Şəkil 3.13. Kandidoz zamanı uşaqlıq yolunun eriteması, selikli qışaya yapışmağa meyilli olan kəsmiyəbənzər ifrazat.

Vulvanın dərisində birləşməyə meyilli olan xırda qovuqcuqlar şəklində olan səpkilərə rast gəlmək olar. Bu qovuqcuqlarındeşilməsi nəticəsində gələcəkdə üstü qabıqlanan xoralar əmələ gəlir.

Kandidozlu vaginitdə uşaqlıq yolunun selikli qişasından əlavə uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsi də mikotik zədələninir.

Kandidozlu endoservisit sərbəst xəstəlik kimi aşkar olunmur. Yumurtalıqların hipofunksiyası olan qadınlarda maya göbələklərinin uşaqlıq boynu kanalına keçməsi mümkün olur. Endoservisitə tipik formasında uşaqlıq boynu kanalında çoxlu miqdarda ağ rəngli qatı selik aşkarlanır.

Kandidozlu uretrit və sistit qadınlarda patoqnomik simptomatikanın olmamasına görə nadir halda rast gəlinir.

Kandidozlu endometrit adətən septiki endometritin yüksək dozalarda antibakterial müalicəsindən sonra baş verir. Xəstəliyin klinikası septiki endometritin əlamətləri ilə müşayiət olunur.

Diagnostika. Diaqnoz klinik simptomatika, baxışın nəticələrinə görə, zədələnmə ocağından götürülmüş yaxmalarda bakterioskopik, bakterioloji, immunoloji, immunoferment, ekspress-test sınaqları vasitəsilə törədiciyin aşkar edilməsinə əsaslanır. Kandidadaşıyıcılıq zamanı, həmçinin xəstəliyin xroniki formasında laborator müayinə metodları xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Qeyd etmək lazımdır ki, klinik simptomlar olmadan laborator şəraitdə göbələklərin aşkar olunduğu halda müalicənin aparılması vacib hesab edilir, çünki göbələklər sağlam qadınlarda da aşkar oluna bilər.

Müalicə. Genital kandidozun müalicəsi törədiciyə etiotrop təsir və orqanizmdə mikroblarla şərtlənən dəyişikliklərin aradan qaldırılması istiqamətində (patogenetik, simptomatik) aparılır, ümumi və yerli terapiya tətbiq edilir. Kandidozun kəskin formasında yerli spesifik müalicə məqsədilə aşağıdakı preparatlar tətbiq edilir:

1) polien sırası preparatları (nistatin məlhəm, vaginal və rektal şamlar şəklində sutkalıq 25000-50000 TV, levorin həb şəklində

250000-500000 TV dozada uşaqlıq yoluna; natamisin həbləri 0,025 *q*, natamisin şamları 0,1 *q*, yaxud 0,2 *q*-lıq krem şəklində; amfoterisin 0,2 *q* dozada məlhəm şəklində tətbiq edilir);

2) imidazol sırası preparatları (ketokonazol 0,2 *q* dozada daxilə, klotrimazol uşaqlıq yolu həbləri 0,2 *q*; 0,5 *q* və ya məlhəm şəklində 1%, 2%, 10%-li yerli; mikonazol həb şəklində 0,2 *q* dozada, vaginal şam şəklində 0,1 *q*; ginopevaril yerli 50-150 *mq* və s.);

3) triazol sırası preparatları (fükonazol 50 *mq*, 100 *mq*, 150 *mq*, 200 *mq* dozada kapsullar şəklində daxilə və yaxud vena-daxili inyeksiya şəklində istifadə edilir);

4) kombinəedilmiş preparatlar (makmiror, polijinaks, batrafen, polivinilpirrolidon yodat, Klion-D və s.).

Mikst infeksiyalarda (kandidoz, trixomoniaz, süzənək və s.) kombinəedilmiş preparatlardan istifadə olunur. Məsələn, kandidoz və trixomoniaz müştərək rast gəldikdə Klion-D (0,5 *q* metronidazol və 0,15 *q* mikonazol nitrat) uşaqlıq yoluna gündə bir dəfə 10 gün tətbiq edilir. Antimikotik vasitələrin istifadəsi zamanı vitaminlər və immunomodulyatorların tətbiqi müalicənin effektini artırır. Cinsi partnyorların eyni vaxtda müalicəsi vacibdir. Sağalmanın kriteriləri klinik simptomların itməsi və laborator müayinələrin mənfi nəticələri hesab olunur.

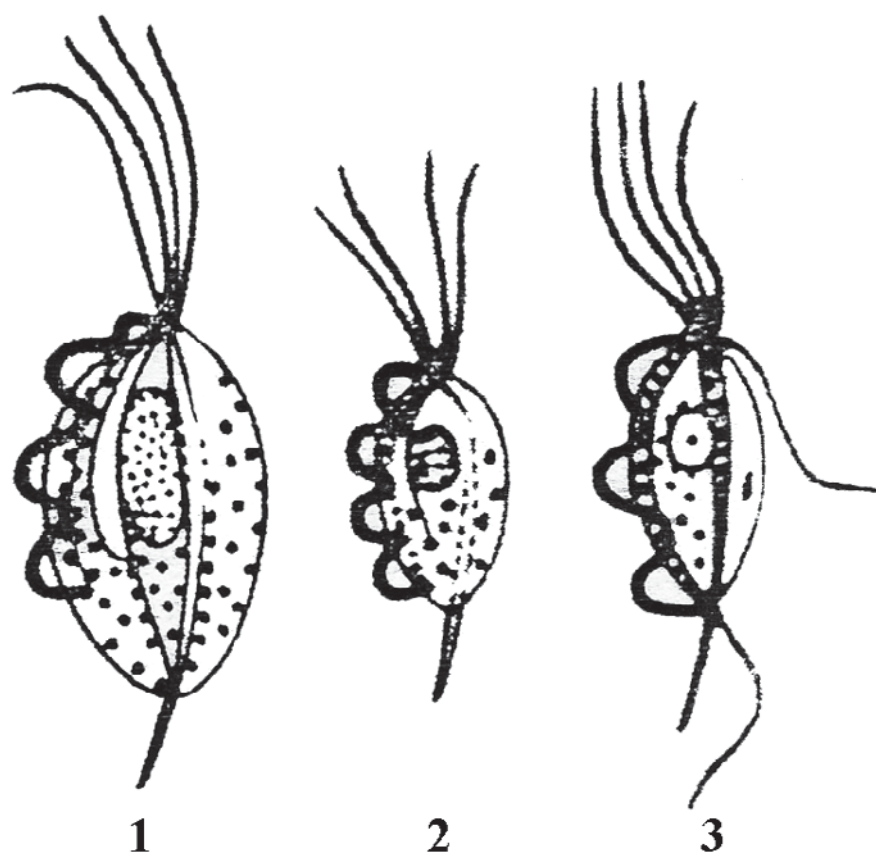
Kandidozun profilaktikası gigiyena qaydalarına riayət olunması, ekstragenital xəstəliklərin vaxtında müalicə olunmasından ibarətdir. Uşaqlıq yolunun mikroflorasının normallaşdırılması kandidaların tam eliminasiyasını təmin edir.

3.3.3. Trixomoniaz

Trixomoniaz (Trichomoniasis) sidik-cinsiyyət sisteminin ən geniş yayılmış, cinsi yolla keçən infeksiyalarından biri olub, spesifik iltihabi xəstəlikdir. Qadınların 60-70%-i trixomoniazdan əziyyət çəkirlər.

Trixomoniazın törədicisi uşaqlıq yolu trixomonadasıdır. *Trichomonas vaginalis* 1836-cı ildə fransız alimi A.Donne tərəfindən

kəşf edilmişdir. *Trichomonas vaginalis* İbtidailər (*Protozoa*) ailəsinə, Qamçılılar sinfinə (*Flagellata*), Trixomonad cinsinə (*Trichomonas*) aid edilir. İnsanda trixomonadların 3 növü parazitlik edir: *Trichomonas tenax* (ağız boşluğunda), *Trichomonas hominis* (mədə-bağırsaqda), *Trichomonas vaginalis* (sidik-cinsiyyət sisteminə). Trixomonadların 50-dən çox növü olsa da, cinsiyyət üzvləri və sidikçıxarıcı yolların iltihabını yalnız uşaqlıq yolu trixomonadı törədir (şəkil 3.14).



Şəkil 3.14. Trixomonadlar (Uenriçə görə sxem)

- 1 – uşaqlıq yolu trixomonadı;
- 2 – mədə-bağırsaq trixomonadı;
- 3 – ağız boşluğu trixomonadı.

Trixomonadlar oval, yaxud armudşəkilli formalı olub, ölçüləri 20-30 mkm-dir. Parazit bədəninin önündə yerləşən dörd sərbəst qamçıların hesabına aktiv dalğavari hərəkət edir. Trixomonad iki və ya dörd hüceyrəyə bölünməklə çoxalır.

Trixomonadlar canlı orqanizmdən kənarda az davamlıdır, günəş şüalarına həssasdır, 40°C-dən artıq temperaturda, qurudulduqda, həmçinin dezinfeksiyaedici vasitələrin, hipo-hipertonik məhlulların təsirindən tələf olur.

Urogenital trixomoniaz orqanizmə hüceyrələrarası sahə ilə *per continuitatem* daxil olaraq subepitelial birləşdirici toxumaya keçir, həmçinin limfogen yolla yayıla bilir. Trixomonadlar uretraya keçərkən selikli qişanın epitel hüceyrələrində fiksə olunur, nəticədə sidik kanalının vəzilərində toplanır. Bu mikroorqanizmlər sidik-cinsiyyət üzvlərində replikasiya edərkən aktiv iltihabi reaksiya törətməyə də bilir. Çünki trixomonadlar tərəfindən ifraz olunan hialuronidaza fermenti toxumaları yumşaldaraq parazitə hüceyrələrarası sahəyə keçməsinə əlverişli şərait yaradır.

Trixomonadın təsiri ilə baş verən iltihabı protozoy – bakterial iltihab kimi qiymətləndirmək lazımdır, çünki trixomonadlarla yanaşı, bu prosesdə kokklar, göbələklər də iştirak edir ki, bunu müalicə zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Klinika. Xəstəliyin inkubasion dövrü 5 gündən 1-4 həftəyə qədərdir. Trixomoniazın davam etmə müddətindən asılı olaraq aşağıdakı formaları ayırd edilir:

- təzə:
 - kəskin;
 - torpid (azsimptomlu);
- xroniki (torpid gedişli və xəstəliyin 2 aydan çox davam etməsi);
- trixomonadşaşıyıcılıq (trixomonadların aşkar olunduğu şəraitdə obyektiv və subyektiv əlamətlər olmur).

Kəskin trixomoniaz sadə, qranulyoz və makulyoz kolpit şəklində təzahür edir. Trixomonadlar ən çox uşaqlıq yolunu zədələyir, daha az hallarda sidik kanalı, sidik kisəsi, uşaqlıq yolu dəhlizinin böyük vəzisinin çıxarıcı axacaqları, dəhlizin özü, uşaqlıq boynu kanalının selikli qişası, endometrium, uşaqlıq artımları zədələnir. Süzənəkdə olduğu kimi, trixomoniaz üçün də çoxocaqlı zədələnmə xarakterikdir.

Xəstəliyin əsas əlamətləri cinsiyyət yolundan çox miqdarda duru, köpüklü, boz-sarı rəngli, yaxud süd rəngli patoloji ifrazatın gəlməsi, xarici cinsiyyət üzvlərində göynəmə və qaşınma hissinin olmasıdır. Trixomoniazın klinik şəkli əsasən yumurtalıqların funksional aktivliyindən asılıdır. Yumurtalıqların hipofunksiyasında

çoxocaqlı zədələnmə müşahidə olunur. Qızlarda menarxe dövrünə qədər estrogen çatışmazlığı ilə əlaqədar kiçik çanaq üzvləri zədələnmir. Ona görə də onlarda sidik-cinsiyyət trixomoniazı vulvovaginit, yaxud vulvovestibulovaginit şəklində təzahür edir.

Kəskin sadə trixomonad kolpiti zamanı xarici cinsiyyət üzvlərinin göynəməsi, vulvanın və uşaqlıq yolunun şişkinliyi əmələ gəlir. Uşaqlıq yolu divarının və uşaqlıq boynunun selikli qişası hiperemiyalaşır, qanayır, irinli ifrazatla örtülü olur. İfrazat irinli və xoşagəlməz iyli olur. İfrazatın köpükvari olmasına səbəb qaz əmələ gətirən mikrokokkların mövcudluğuudur.

Qranulyoz kolpit zamanı uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun selikli qişası dənəvəri olur. Dənəvər nöqtələr hiperemiyalıdır və sıxıldıqda yox olmur.

Makulyoz kolpit üçün uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun selikli qişasında qırmızı nöqtələr xarakterikdir. Bu sahələrdə genişlənmiş qan damarları mövcuddur və toxunduqda qanayır. Xəstəliyin yarımkəskin mərhələsində klinik şəkil zəif xarakter daşıyır.

Trixomoniazın torpid formasında uşaqlıq yolu və xarici cinsiyyət üzvləri normal rəngdə olur, yaxud cüzi hiperemiyalaşır, uşaqlıq yolundan süd rəngli ifrazat gəlir.

Xroniki trixomoniaz üçün periodik kəskinləşmələr (cinsi əlaqələr, alkoqolun qəbulu, yumurtalığın funksiyasının pozulması, uşaqlıq yolunun pH dəyişilməsi) xarakterik olur. Xroniki trixomoniaz kolpitində uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun iltihabi dəyişiklikləri zəif təzahür edir.

Diagnostika. Trixomoniazın diaqnostikası xəstəliyin klinik təzahürlərinə və trixomonadın müəyyən edilməsinə əsaslanır. Qram üsulu ilə rənglənmiş yaxmaların bakterioskopik müayinəsi zamanı trixomonadlar tapılır. Onlar nativ preparatda daha asan aşkar olunur. Uşaqlıq yolunda trixomonadlar adətən uşaqlıq yolunun III və IV dərəcəli təmizliyi zamanı tapılır. Bakterioskopik müayinənin mənfi nəticəsində və trixomonad kolpitinə şübhə zamanı bakterioloji müayinə aparılır. Trixomonadın aşkarlanmasında köməkçi üsul kimi lüminessent mikroskopiyadan istifadə olunur. Son zamanlar qranulyoz və makulyoz kolpitin aşkarlan-

masında kolposkopiya daha geniş istifadə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, trixomoniazın diaqnostikasında seroloji sınaqlar praktik əhəmiyyətə malik deyil. Xroniki trixomoniazı və trixomonad-daşıyıcılığı aşkar etmək üçün lateks – aqqlütinasiya reaksiyasından istifadə edilir. Bu metod qanda parazitin antigenlərinin 50 *nq/ml* konsentrasiyada olduqda 98% müsbət nəticə verir.

Çoxocaqlı zədələnmə müşahidə olunduqda süzənəyi istisna etmək üçün xəstə daha diqqətli müayinə olunmalıdır. Trixomonad və qonokoklarla törənmiş xəstəlik zamanı hər hansı infeksiyaya məxsus klinik şəkil dəyişilir, lakin çox hallarda trixomoniaz üstünlük təşkil edir.

Trixomoniazə qarşı immunitet yaranmır, bu da, öz növbəsində, xəstəliyin yenidən baş verməsinə və reinfeksiyalara gətirib çıxarır. Reinfeksiyanın mənbəyi çox zaman müalicə olunmamış kişilər – trixomonad-daşıyıcılar olur.

Müalicə. Trixomoniazlı xəstələrin müalicəsi cinsi partnyorlarının müalicəsi ilə eyni vaxtda aparılır. Spesifik (xüsusi) terapiya ilə yanaşı digər mikrofloraya təsir edən vasitələr təyin olunur. Trixomoniazın müalicəsində əsas, daha effektiv vasitə metronidazoldur (trixopol, metragil, flagil, klion-D, fazijin, tiberol, naksodjin və s.).

Müalicə sxemi. Metronidazol I gün – 0,5 *q* olmaqla gündə 2 dəfə (12 saat fasilə ilə), II gün – 0,25 *q* olmaqla gündə 3 dəfə (8 saat fasilə ilə), sonrakı 4 gündə isə 0,25 *q* olmaqla gündə 2 dəfə (12 saat fasilə ilə) təyin olunur.

Metronidazolu başqa sxemlə də təyin edirlər: 0,25 *q* preparat səhər və axşam yemək vaxtı və ya yeməkdən sonra 10 gün ərzində. Yerli olaraq kalium permanqanat məhlulu ilə şırıngadan sonra gecə uşaqlıq yoluna şam və ya həb şəklində 0,5 *q* metronidazol yeridilir.

Son illər trixomoniazın müalicəsində fazijin preparatından (tinidazol qrupu) istifadə edirlər: gündə bir dəfə birmomentli 2 *q* dozada qəbul edilir. Naksodjin ilə müalicə 6 gün ərzində (500 *mq* gündə iki dəfə) aparılır. Qan və MSS xəstəlikləri zamanı metronidazol qrupundan olan preparatlar əks göstərişdir. Onlardan hamiləliyin erkən dövrlərində (8-10 həftəyə qədər) istifadə etmək olmaz.

Metronidazol preparatlarının kənar təsirləri özünü ürəkbulanma, qusma, nadir hallarda leykopeniya, başgicəllənməsi şəklində büruzə verir, bəzən allergiya əmələ gəlir. Yerli müalicə trixomonadəleyhinə preparatlara allergiya olduqda, yaxud xəstəliyin uzunmüddətli daimi formaları zamanı daha əsaslı şəkildə aparılır. Uşaqlıq yoluna güzgülərin yeridilməsindən sonra quru və ya 2%-li borat turşusunun məhlulunda isladılmış tamponla patoloji sekret təmizlənir, yerli antiseptik məhlul qismində 0,002%-li xlorheksidin məhlulu, trixomonasid tətbiq olunur. Uşaqlıq yoluna klion-D, terjinan şamları 7-10 gün ərzində gündə bir dəfə tətbiq edilir.

Trixomoniazdan əziyyət çəkən qızlar uşaq müəssisələrinə (uşaq bağçaları, internatlar) sağalmayana qədər buraxılmırlar.

Aparılan müalicədən sonra 2-3 aybaşı tsikli ərzində kontrol müayinələr aparılır. Yaxmalar aybaşından 1-3 gün sonra götürülür. Trixomoniazın qarşısının alınması nizamsız cinsi həyata qarşı mübarizədən ibarətdir. Cinsi partnyorların müalicəsi vacibdir. Xəstəliyin residivinin profilaktikası məqsədilə solkotrixovak vaksininədən istifadə olunur.

3.3.4. Süzənək

Süzənək (gonorrhoea) qonokokklarla törədilən zöhrəvi xəstəlikdir. Qonokokklar ilk dəfə A.Neysser tərəfindən 1879-cu ildə kəşf edilmişdir. Müəllif yazırdı: “Mən tərəddüd etmirəm, elan edirəm ki, öz nəticələrinə görə süzənək misilsiz dərəcədə sifilisdən daha təhlükəlidir”. Həqiqətən süzənək xəstəliyi cinsi aktiv yaş dövründə olan insanlara bir çox bəlalara gətirmişdir. Xüsusilə təbabətə antibiotiklərin məlum olmadığı dövrdə bu daha qabarıq hiss olunurdu. Süzənəyə yoluxmuş qadınların əksəriyyəti 21-40 yaşa müvafiq gəlir. Qadın cinsiyyət orqanlarının spesifik iltihabi xəstəlikləri arasında süzənək infeksiyası 5-25% xəstələrdə müşahidə olunur, trixomoniazdan sonra ikinci yeri tutur.

Süzənəklə yoluxmanın əsas yolu cinsidir və çox az hallarda yoluxma qeyri-cinsi yolla baş verir (müxtəlif məişət əşyaları ilə –

alt paltarı, dəsmal və s.). Qızların yoluxması ana bətnində inkişaf dövründə baş verir, yaxud döl doğuş yollarından keçərkən süzənəyə yoluxur.

Qonokokk qrammənfi cüt kokklara aiddir, quruluşuna görə əyilmiş səthləri ilə bir-birinə yönəlmiş qəhvə dənələrinə bənzəyir.

Mikroblar qruplarla yerləşirlər, çox vaxt hüceyrədaxili leykositlərdə, daha az hallarda hüceyrəxaric toxumalarda, həmçinin epitel hüceyrələrin səthində yerləşir.

Antibiotiklərin geniş istifadəsi qonokokkların morfolojiyasının və bioloji xassələrinin dəyişilməsinə gətirib çıxardı: penisillinin təsirinə az məruz qalan sabit nəhəng L-formalar, həmçinin qonokokkun qrammüsbət növləri əmələ gəldi. Qonokokkun trixomonadalı faqositozu xüsusi epidemioloji əhəmiyyət kəsb edir, çünki penisillin trixomonadın içərisində olan qonokokka təsir etmir.

Qonokokkun çoxalması yarıya (diplokokk) və ya dörd hissəyə (tetrakokk) bölünmə, az hallarda isə tumurcuqlanma yolu ilə baş verir.

Qonokokk ekzotoksin əmələ gətirmir. Qonokokk tələf olduqda endotoksin ifraz olunur, o, toxumalarda degenerativ-destruktiv dəyişikliklərin inkişaf etməsinə səbəb olur.

Süzənək əsasən sidik-cinsiyyət üzvlərinin selikli qişalarının zədələnməsi ilə səciyyələnir. Süzənəyə qarşı anadangəlmə və qazanılmış immunitet yoxdur. Ona görə də xəstələnenlər təkrar yoluxa bilər, adətən reinfeksiya ilkin yoluxma zamanı olduğu kimi ağır keçir.

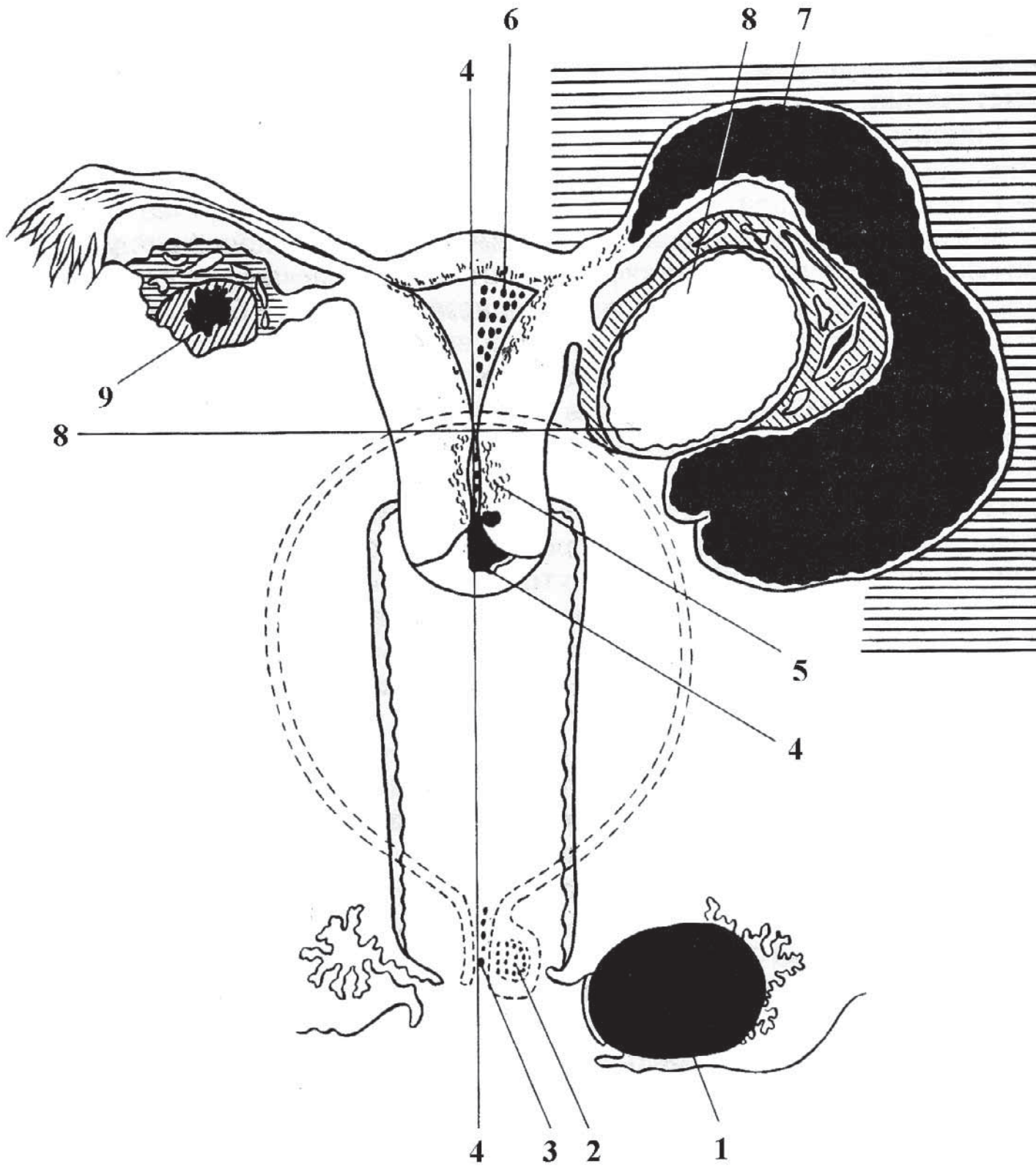
Süzənək orqanizmin reaktivliyini xeyli dəyişir, qeyri-spesifik müdafiənin və immunoloji reaktivliyin bəzi göstəricilərinə təsir edir (komplement, lizosim, zərdabın bakterisid aktivliyi). Süzənəkli xəstələrdə immunoqlobulinlərin səviyyəsinin azalması iltihabın spesifik etiologiyası və bu infeksiyaya qarşı immunitetin olmaması ilə bağlıdır.

Süzənəyin təsnifatı topoqrafoanatomik və klinik prinsiplər əsasında tərtib edilmişdir (şəkil 3.15).

Topoqrafoanatomik təsnifat:

1. Sidik-cinsiyyət sisteminin aşağı şöbəsinin süzənəyi;

2. Sidik-cinsiyyət sisteminin yuxarı şöbəsinin süzənəyi (qalxan süzənək);
3. Rektal süzənək;
4. Metastatik süzənək.



Şəkil 3.15. Qadınlarda süzənək ocaqlarının tipik lokalizasiyası

Solda – normal cinsiyyət üzvləri, sağda – süzənək zamanı cinsiyyət üzvlərində baş verən dəyişikliklər:

- 1 – uşaqlıq yolu dəhlizinin böyük vəzisinin iltihabı;
- 2 – parauretral abses; 3 – uretrit;
- 4 – uşaqlıq boynunun psevdoseroziyası; 5 – endoservisit;
- 6 – endometrit; 7 – piosalpinks; 8 – pioovar; 9 – sarı cisim.

Qadınlarda əsasən xarici cinsiyyət üzvlərinin süzənəyi müşahidə olunur və yalnız 20-25%-də qalxan süzənək qeyd olunur.

Sidik-ifrazat sisteminin süzənək etiologiyalı iltihabi prosesi əsasən sidik kanalında lokallaşır. Düz bağırsağın qonokokkla zədələnməsi, bir qayda olaraq, ikincili xarakter daşıyır. O, proktit, paraproktit halında keçir və 45% süzənəkli xəstələrdə aşkar olunur. Metastatik (nadir) süzənək formasında artritlər, polinevritlər, osteomielitlər, qonokokk sepsisi və s. müşahidə olunur.

Klinik gedişinə görə *təzə* və *xroniki* süzənək ayırd edilir. Təzə süzənək, öz növbəsində, *kəskin*, *yarıməkəskin* və *torpid* süzənəyə bölünür.

Təzə kəskin süzənəyə 2 həftə əvvəl baş vermiş iltihabi proseslər, *yarıməkəskin süzənəyə* 2-8 həftə əvvəl baş vermiş iltihabi proseslər aiddir. *Təzə torpid süzənək* üçün xəstəliyin zəif klinik gedişi xarakterikdir; bu zaman sidik kanalından və uşaqlıq boyundan axan zəif ifrazatda qonokokklar müəyyən edilir.

Xronik süzənəkdə xəstəlik 2 aydan çox davam edir. Lakin xəstəliyin bu formalarını ayırd edən sərhədlər şərti xarakter daşıyır.

Süzənəyə çoxocaqlı zədələnmə xasdır. 60-90% hallarda torpid formaya rast gəlinir. Xəstəliyin zəif gedişinin əsas səbəbi yumurtalıqların hipofunksiyasıdır. Süzənəyin digər xüsusiyyəti onun qarışıq infeksiya şəklində keçməsidir. 70-80%-hallarda ona qonokokk-trixomonad, 20-22% hallarda stafilokokk-streptokokk-qonokokk və 4-6% hallarda virus-qonokokk şəklində rast gəlinir.

Süzənək infeksiyasının yayılmasının iki yolu mövcuddur: *qalxan yol* – sidik kanalı, uşaqlıq boynu, endometrium, uşaqlıq boruları, periton vasitəsilə; *hematogen yol* – qonokokkların qana keçməsi.

Adətən infeksiya birinci yolla yayılır (xüsusilə aybaşı zamanı).

Süzənək uretriti. Bu, 71-96% hallarda süzənəkli xəstələrdə qeyd olunur və daha çox doğmamış qadınlarda rast gəlinir. Xəstəliyin inkubasiya dövrü 3-5 gündən 3-4 həftəyə qədər davam edir.

Klinika. Təzə süzənək uretriti xəstələrin əksəriyyətində zəif klinik şəkildə keçir: uretrada xoşagəlməz hallar, yanğı hissi, cüzi ağrılar qeyd olunur. Xəstəliyin bu formasında dizurik hallar aparıcı simptom hesab olunur. Tez-tez və ağrılı sidik ifrazı, imperativ sidik ifrazı zamanı sancılar sidik kisəsində iltihabı prosesin olmasından xəbər verir. Uretranın selikli qişası hiperemiyalaşır, şişkinləşir, uretranın xarici dəliyindən irinə bənzər ifrazat gəlir. Uşaqlıq yolunun ön divarından palpasiya zamanı bərk yastıqcıq, bəzən isə aydın qalınlaşma müəyyən olunur. Lakin qadın sidik-ifrazat sisteminin anatomik xüsusiyyətləri sayəsində (uretra qısa-dır, büküxsüz, nisbətən enlidir və yaxşı gərilir) kəskin iltihabi hallar nisbətən tez keçir və bundan sonra xəstələr sidik ifrazı zamanı ağrılardan şikayət etmirlər.

Diagnostika. Diaqnozun qoyulması üçün uretranın möhtəviyyəti öyrənilir. Bunun üçün uretradan novşəkilli zondla irin damcısı götürülür və əşya şüşəsinə fiksə edilir. Yaxmalar metilen-abısı və Qram üsulu ilə boyanır. Əgər uretradan gələn ifrazat cüzi-dirsə, uşaqlıq yoluna yeridilmiş şəhadət barmağı ilə uretra yüngül masaj olunur. Bakterioskopik müayinə ilə yanaşı bakterioloji müayinə də aparılır.

Süzənək parauretriti. Parauretral axacaqlar uretra girəcəyinin aşağı yarım dairəsində yerləşirlər (Skin axacaqları). Bəzən parauretral axacaqlar uretranın yan divarlarına açılır. Süzənək zamanı parauretral axacaqlar 3-15% qadınlarda zədələnir.

Klinika. Təzə süzənək zamanı parauretral axacaqların dəlikləri (ağzı) şişkin, hiperemiyalı, müayinə zamanı ağrılı olur. Uşaqlıq yolu tərəfindən basdıqda tərkibində qonokokklar olan irinli ifrazat gəlir. Dəliyin bağlanması zamanı yalançı abses əmələ gələ bilər. Belə abseslər bəzən boşalır və residiv verir. Parauretral axacaqların kəskin qonoreya ilə zədələnməsi zamanı xəstələr uretra nahiyəsində olan ağrılardan şikayət edirlər. Xəstəliyin xroniki gedişi zamanı şikayətlər olmur.

Süzənək bartoliniti. Çox hallarda qonokokklar uşaqlıq yolu girəcəyinin böyük vəzisini zədələyir. Vəzinin qonoreyalı iltihabı,

bir qayda olaraq, ikincili xarakter daşıyır, çünki ilk növbədə onun çıxarıcı axacağı zədələnir (kanalikulit).

Klinika. Baxış zamanı vəzin axacağının hiperemiyalaşması, şişkinliyi qeyd olunur, böyük cinsiyyət dodağının aşağı ücdə bir hissəsinin sərhədində yerləşmiş xarici dəliyin yanında hiperemiyalı dəyirmi sahələr (qonoreyalı ləkələr) aşkarlanır. Lakin bartoliniti başqa mikroblar da törədə bilər (trixomonadlar, xlamidiyalar, stafilokokklar, streptokokklar və s.). Çıxarıcı axacağın tıxanması onun dartılmasına gətirib çıxarır və axacaq oval forma alır. Qeyri-spesifik infeksiyanın qoşulması zamanı uşaqlıq yolu girəcəyinin böyük vəzisinin psevdoabsesi əmələ gəlir.

Əsl abses nadir hallarda iltihabi prosesə birləşdirici toxumanın cəlb olunması nəticəsində inkişaf edir.

Diagnostika. Diaqnoz şikayətlər, xəstəliyin klinik şəkli, bakterioskopik və bakterioloji müayinələrə əsasən qoyulur. Uşaqlıq yolu girəcəyinin böyük vəzisi kanalından yaxmanın götürülməsi üçün aşağıdakı üsuldən istifadə olunur: əlin iki barmağı uşaqlıq yoluna yeridilir, bir barmaq isə böyük cinsiyyət dodağının xarici səthində orta və aşağı ücdə bir hissədə yerləşdirilir və iki barmaqla cinsiyyət dodaqlarına təzyiq edilir. İfraz olunmuş sekret steril ilgəklə müayinə üçün götürülür.

Süzənək endoservisit (servisit). Qonoreyalı endoservisit süzənəyə yoluxmuş xəstələrin 80%-də qonoreyalı uretrilə birgə rast gəlinir. Uşaqlıq boynu kanalında qonokokkların həyat fəaliyyəti üçün əlverişli şərait mövcuddur: uşaqlıq boynu sekretinin qələvi mühiti, silindrik epitel, selikaltı qatın olmaması, dərinədə yerləşmiş şaxələnən vəzilərin olması. Bunların hamısı qonokokkların uşaqlıq boynuna keçməsinə və orada çoxalmasına, həmçinin kəskin mərhələnin xroniki mərhələyə keçməsinə şərait yaradır. Xroniki endoservisit uşaqlıq boynunun hipertrofiyasına səbəb olur.

Klinika. Xroniki servisit təzahürləri çox zəifdir. Adətən bel nahiyyəsində küt ağrılar, uşaqlıq boynu kanalında selikli-irinli ifrazatlar müşahidə olunur. Uşaqlıq boynu xeyli qalınlaşmış olur,

çox vaxt onun səthində uşaqlıq boynu vəzilərinin kistaları (Naboti kistaları) əmələ gəlir. Xəstəliyin kəskin dövründə xəstələr qarnın aşağı hissəsində ağrıqlıq, oma nahiyyəsində ağrılar hiss edirlər. Uşaqlıq boynu kanalının selikli qişası hiperemiyalaşır, şişkinləşir, yumşalır, uşaqlıq boynunun xarici dəliyində selikli-irinli ifrazat qeyd olunur. Uşaqlıq boynunun arxa dodağında maserasiya nəticəsində həqiqi eroziya baş verə bilər. 7-10 gündən sonra həqiqi eroziyanın uşaqlıq boynu kanalının silindrik epitelisi ilə örtülməsi sayəsində yalançı eroziya əmələ gəlir.

Diagnostika. Xəstəliyin diaqnozu müvafiq klinik şəklə və ifrazatlarda törədicilərin aşkarlanmasına əsaslanır. Qonokokkun aşkarlanması üçün tamponla uşaqlıq boynu silinir, kanalın xarici dəliyindən 0,5-1 *sm* yuxarıda pinset daxil edilir və müayinə üçün sekret götürülür.

Süzənək proktiti. Düz bağırsağın qonoreyalı iltihabı xarici cinsiyyət üzvlərinin qonoreyasından əziyyət çəkən qadınların 40-45%-də müşahidə olunur. Düz bağırsağın yoluxması çox vaxt uşaqlıq yolundan irinli ifrazatların anal dəliyə axması nəticəsində baş verir. Düz bağırsağın süzənəyə yoluxması anal cinsi əlaqələr zamanı da ola bilər. Süzənək proktiti homoseksualistlərdə, həmçinin anal yolla cinsi əlaqəsi olan qadınlarda rast gəlinir. Qonokokklar adətən düz bağırsağın aşağı şöbəsinin selikli qişasını zədələyir.

Klinika. Çox zaman xəstəlik zəif keçir, bəzi qadınlar anal dəlik nahiyyəsində, xüsusən defekasiya aktı zamanı tenezm, yanğı hissi, ağrılardan şikayət edirlər. Kəskin qonoreyalı proktit zamanı selikli qişanın hiperemiyası, şişkinliyi, kiçikhüceyrəli infiltrasiyası qeyd olunur. Epitel hüceyrələrin deskvamasiyası nəticəsində yaranan kiçik eroziyalara rast gəlinir.

Diagnostika. Qonoreyalı proktitin diaqnozu sekretin bakterioskopik və bakterioloji müayinəsindən sonra qoyula bilər. Bunun üçün düz bağırsaq 60-80 *ml* (38-39°C) izotonik natrium-xlorid məhlulu ilə yuyulur. Yuyulmuş maye stəkana yığılır. İrinli və ya selikli saplar pinsetlə əşya şüşəsinə qoyulur, preparat fiksə

olunaraq metilen abısı və Qram üsulu ilə boyadılır. Materialın digər hissəsi əkilməyə göndərilir.

Qalxan süzənək. Klinik simptomlarına və nəticələrinə görə bu, xəstəliyin ən ağır formasıdır. Lakin son illər nəinki zəif gedişli cinsiyyət sisteminin aşağı şöbəsinin süzənəyi, həmçinin zəif simptomlu qalxan süzənəyə də çox rast gəlinir. Bu vəziyyət xəstəliyin erkən dövrdə aşkarlanmasını və vaxtında müalicəyə başlanmasını çətinləşdirdi. Qalxan süzənəyin üç növü ayırd edilir: endometrit, salpinqooforit və pelvioperitonit.

Süzənək endometriti. Uşaqlıq cisminin selikli qişasının zədələnməsi nəticəsində süzənək endometriti inkişaf edir. Qonokokklar uşaqlıq boynu kanalından endometriuma keçir, ilk növbədə, endometriumun funksional, sonra isə bazal qatı zədələnir. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı iltihabi proses endometriumun digər qatlarına da yayılır (endometriit).

Klinika. Xəstələr temperaturun yüksəlməsindən, qarnın aşağı hissəsində və omentum nahiyyəsində olan ağrılardan, cinsiyyət yolundan irinli-seroz, çox hallarda az qanlı ifrazatdan şikayətlənirlər. Qonoreyalı endometritin inkişafına əlverişli şərait yaradan amillər doğuş, abortlar və aybaşısıdır. Xəstəlik çox vaxt zəif ifadə olunmuş ümumi reaksiya ilə keçir. Lakin doğmamış qadınlarda irinli ifrazatın uşaqlıq boşluğunda ləngiməsi zamanı qabarıq reaksiya müşahidə olunur: sütlük, baş ağrısı, temperaturun 38-39°C-yə qədər yüksəlməsi. Növbəti aybaşı endometriuma proliferativ və sekretor proseslərin pozulması nəticəsində gecikir, uzunmüddətli olur, bəzən isə asiklik qanaxmalar müşahidə olunur. Uşaqlıq yolunun müayinəsi zamanı uşaqlığın böyüməsi, yumşaq konsistensiyada və palpasiyada ağrılı olması təyin olunur. Bəzi xəstələrdə iltihabi proses endometriumdən artımlara və kiçik çanağın periton qişasına yayılır. Xroniki prosesdə şikayətlər zəif olur: qarnın aşağısında fiziki gərginlikdən, cinsi əlaqədən sonra ağrılar olur, aybaşı tsikli pozulur. Xroniki endometrit zamanı daxili müayinədə uşaqlığın nisbətən böyük ölçüdə və nisbətən bərk konsistensiyada olması müəyyənləşdirilir.

Süzənəyin başqa növlərində olduğu kimi, qonoreyalı endometritdə çox vaxt EÇS-in artması ilə leykositlərin miqdarında uyğunsuzluq müşahidə olunur: EÇS yüksəlir, leykositlərin miqdarı isə cüzi artır. Eyni zamanda eozinofiliya və limfositoz müşahidə olunur.

Süzənək salpinqooforiti (adneksit). Bu xəstəlik infeksiyanın yayılmasının ikinci mərhələsinə aiddir. Uşaqlıq boruları, sonradan yumurtalıqlar iltihabi prosesə cəlb olunur. Süzənək salpinqooforiti üçün çox zaman ikitərəfli zədələnmə xarakterikdir.

Qonokokk mənşəli salpingitin aşağıdakı növləri ayırd edilir: *kataral salpingit, dərin irinli salpingit, hidrosalpinks, piosalpinks, adnektumor*.

Kataral salpingitdə uşaqlıq borularının selikli qişası zədələnilir (hiperemiya, ödem və yüngül sekresiya); boru ödemləşir, qalınlaşır, daxili müayinədə asanlıqla əllənir. Borunun mənfəzində seroz-irinli maye toplanır, gələcəkdə daxili bitişmələr əmələ gəlir.

Dərin irinli salpingit iltihabi prosesin dərinə (serozaltı və əzələ qişasına) keçməsi ilə xarakterizə olunur, boru qalınlaşır və divarları bərkləşir. Prosesin progressivləşməsi nəticəsində boru büküşləri şişkinləşir, boru saçaqlarının bitişməsi sayəsində toplanmış sekret azad ola bilmədiyindən, borunu genəldərək *hidrosalpinks*, yaxud *piosalpinks* (irinli ifrazatlı) adlanan kisəyəbənzər törəmələr əmələ gətirir.

İrin periton boşluğuna düşdükdə, qonotoksinin təsiri nəticəsində çoxlu fibrinə malik olan transsudat ifraz olunur. İltihablaşmış boru, yumurtalıq, uşaqlıq, bağırsaq ilgəkləri, piylik arasında yaranan bitişmələr konqlomerat əmələ gətirir. Bu konqlomeratda hər hansı bir orqanı ayırd etmək çətin olur (*adnektumor*).

Xroniki salpingit *kataral* və *nodoz salpingitlər* şəklində təsnif olunur. Nodoz salpingit histerosalpinqografiyada boruların təbəşəkilli formada olması ilə seçilir.

Klinika. Xəstəliyin kəskin mərhələsində qarnın aşağı hissəsində, oma nahiyəsində ağrılar, titrətmə, temperaturun yüksəl-

məsi müşahidə olunur. Aybaşı tsiklinin ritmi, intensivliyi və müddəti pozulur. Süzənək salpingooforitindən sonra uşaqlıq borularının keçiriciliyi pozulur, uşaqlıqdan kənar hamiləlik, pelvioperitonit, sonsuzluq əmələ gəlir.

Süzənək ooforiti. Xəstəlik adətən uşaqlıq borusunun zədələnməsindən sonra baş verir. İltihabın yumurtalığa keçməsi kontakt və ya limfatik yolla baş verir. Qonokokkların follikula və ya sarı cismə keçməsi yumurtalıq absesinin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. İltihab nəticəsində dəyişilmiş uşaqlıq boruları və yumurtalıqlar bir-birinə sıx bitişərək, vahid iltihabı konqlomerat əmələ gətirir. Əgər bu orqanlar arasında əmələ gəlmiş divar pozularsa, boru-yumurtalıq kistası əmələ gəlir. Onun ölçüləri, forması və tərkibi olduqca müxtəlifdir. Kiçik çanaqda piosalpinks və piovarın olması nəticəsində bağırsaq, piylik, sidik kisəsi ilə bitişmə prosesi müşahidə olunur.

Süzənək pelvioperitoniti. Xəstəlik qalxan infeksiyanın yayılmasının üçüncü mərhələsini təşkil edir. Çanaq peritonitinin çox hallarda inkişafı infeksiya törədicilərinin uşaqlıq borularının tərkibi ilə kiçik çanaq peritonuna keçməsi ilə əlaqədardır. Bununla yanaşı infeksiyanın limfogen yolla yayılması mümkündür, yaxud piosalpinks, piovariumun partlaması nəticəsində infeksiya çanağa yayıla bilər.

Açıq və bağlı pelvioperitonit ayırd edilir. Açıq formada kiçik çanaq peritonu iltihablaşır, bağlı pelvioperitonitdə isə reaktiv iltihab inkişaf edir. Bağlı formada kiçik çanaqda olan iltihabi proses bitişmə nəticəsində sağlam orqanlardan təcrid olunur.

Klinika. Süzənək pelvioperitoniti üçün xəstəliyin gözlənilmədən başlanması xarakterikdir: ürəkbulanma, qusma, qarnın aşağı nahiyyəsində mezo- və epigastral nahiyyəyə irradiasiya edən kəskin ağrılar əmələ gəlir. Adətən bu əlamətlər salpingit fonunda olur, xəstələrdə əzələ gərginliyi, qarnın aşağı nahiyyələrində Şyotkin-Blyumberq simptomu, qəbizlik müşahidə olunur, bədən temperaturu 38-40°C-yə qədər yüksəlir, nəbz artmış olur. Bu xəstəlik üçün kiçik çanaq orqanları arasında çoxsaylı bitişmələrin əmələ gəlməsi tipikdir, bu da iltihabi prosesin məhdudlaşmasına

gətirib çıxarır, ona görə də yayılmış peritonit nadir hallarda inkişaf edir. Bimanual müayinədə duqlas nahiyyəsində maye təyin edilir (arxa tağ qabarır). Uşaqlıq önə və yuxarı istiqamətini dəyişir, simfiz üzərində mayenin sərhədi aydın bilinir. Qarın boşluğundakı irin qonşu orqanlara yayıla bilər.

Qızlarda süzənək ən çox vulvovaginit şəklində təzahür edir. Bu yaşda estrogen çatışmazlığı ilə əlaqədar qalxan süzənəyə nadir hallarda rast gəlinir. Xəstəlik kəskin şəkildə gedir və cinsiyyət yolundan çoxlu miqdarda irinli ifrazatın gəlməsi ilə müşayiət olunur. Patoloji ifrazat qızların alt paltarında qaldığından valideynlərin nəzərindən qaçmır. Uşaqlar xarici cinsiyyət üzvlərində qaşınma və yanğı hissindən şikayətlənirlər. Süzənək vulvovaginitini qurd invaziyası, yad cisim və s. mənşəli infeksiyon vulvovaginitlərdən fərqləndirmək lazımdır.

Klimakterik yaşda süzənək vulvovaginiti analoji şəkildə keçir. Bu yaşda yumurtalıqlarda estrogen sintezinin azalması infeksiyanın aşağı cinsiyyət yollarında məhdudlaşması ilə nəticələnir.

Gözlərin süzənəyə yoluxması nadir hallarda rast gəlinir. Lakin bu patologiyanın nadir olması faktı da diaqnostikada səhvlərə səbəb olur. Qonokokklar buynuz qişanı zədələyərək, irinli konyunktivit törədir. Xəstələr gözlərin qızarması, yaşarması, gözdən çoxlu miqdarda irinli ifrazatın gəlməsi, göz qapaqlarının şişkinliyindən şikayətlənirlər. Müalicə vaxtında başlanmadıqda buynuz qişada geridönməyən dəyişikliklər və korluq baş verir.

Orofaringeal süzənəyə oral cinsi əlaqə zamanı yoluxurlar. Xəstələrə baxış zamanı udlağın və badamcıqların selikli qişasının hiperemiyalaşması, ödemləşməsi, bəzən səthlərində ərpin olması, regionar adenit müşahidə olunur. Bəzən isə xəstəlik gingivit və stomatit şəklində təzahür edir.

Diaqnostika. Süzənəyin diaqnozu klinik əlamətlərə görə, həmçinin uretradan, uşaqlıq boynu kanalından və digər infeksiya ocaqlarından götürülmüş yaxmalarda qonokokkların aşkar edilməsinə əsaslanır. Süzənəyin həqiqi diaqnozu yalnız qonokokkla-

rın aşkar edilməsi zamanı qoyula bilər, ona görə də bu xəstəliyin diaqnostikasında laborator müayinə üsullarına mühüm əhəmiyyət verilir.

Müasir şəraitdə süzənəyin diaqnostikasında çətinliklər ondan ibarətdir ki, qonokokk öz morfoloji xüsusiyyətlərini dəyişmişdir, xəstəliyin süst gedikli formalarının tezliyi artmışdır. Bundan başqa, süzənəklə yanaşı mikrob florası (stafilokokklar, xlamidiyalar, mikoplazmalar, kandidalar, trixomonadlar, viruslar və s.) bu infeksiyanın diaqnostikasını çətinləşdirir.

Süzənəyə şübhə olduqda aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır: 1) cinsi həyatın başlanmasından, təkrari nikahdan, təsadüfi cinsi əlaqədən sonra dizurik halların və patoloji ifrazatın əmələ gəlməsi; 2) ərində keçmişdə və hazırda süzənəyin olması; 3) ilkin sonsuzluğu olan qadınlarda endoservisit, uretrit, ikitərəfli bartolinitin olması; 4) sonsuzluğu olan qadınlarda ikitərəfli salpinqooforit və endoservisit olması.

Bakterioloji müayinə üsulu uşaqlıq boynunun, uretra və cinsiyyət sistemin digər şöbələrinin, düz bağırsağın sekretinin assit-aqar və assit-bulyona əkilməsindən ibarətdir, bunun nəticəsində qonokokkların kulturasını əldə etmək olar. Bakterioloji müayinə üsulu bakterioskopik müayinəyə nisbətən qonokokkların aşkarlanmasına daha çox imkan verir. Kultural üsul qonokokkların L-formalarının aşkarlanmasında daha əhəmiyyətlidir, çünki qonokokklar qidalandırıcı mühitlərdə yenidən ilkin formaya keçə bilər, nəticədə öz morfoloji və bioloji xassələrini yenidən əldə edə bilər.

Süzənəyin, əsasən də onun ilkin-xroniki formalarının diaqnostikasında provokasiya üsulları böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bunun əsasında qan dövranının sürətlənməsinə süni şəraitin yaradılması durur və nəticədə adi laborator üsulların köməyi ilə qonokokkları selikli qişada aşkar etmək mümkündür. Provokasiya üsullarına aşağıdakılar aiddir: 1) *kimyəvi* – uretranın selikli qişasının 1-2%-li və uşaqlıq boynu kanalının 5%-li protarqol məhlulu ilə yağlanması; 2) *mexaniki* – uretranın arxa divarından masaj; 3) *bioloji* – qonovaksinanın 500 mln. mikrob cisimcikləri miqdarında əzələdə-

xili yeridilməsi; 4) *alimentar* – duzlu və kəskin qidanın qəbulu; 5) *fizioloji* – aybaşı; 6) *termiki* – 3 gün ərzində kiçik çanaq orqanlarına fiziki üsullarla təsir (palçıq, ozokerit, parafin, dəyişən maqnit sahəli UY və ya UYT və b.) Kompleks provokasiya üsulu daha effektivdir: alimentar, kimyəvi və bioloji. Adətən provokasiya aybaşının son günlərində və ya onun başa çatmasından sonrakı ilk günlərdə aparılır. Zədələnmə ocaqlarında olan ifrazatdan yaxmalar 24, 48 və 72 saatdan sonra, əkilmə üçün 72 saatdan sonra götürülür. Süzənəyin diaqnozu yalnız qonokokklərin aşkar edilməsindən sonra qoyulur.

Klinik təbabətdə süzənəyin diaqnostikasında nadir hallarda immunoflüoresensiya, immunferment analiz, polimeraz zəncirvari reaksiya və liqaza zəncirvari reaksiya tətbiq olunur. Süzənəyin diaqnostikasında yeganə seroloji reaksiya – KBR (Borde-Janqu reaksiyası) xroniki və ağırlaşmış qonoreyada əhəmiyyətlidir. İmmunoflüoresensiya sınağı adi bakterioskopik sınaqdan fərqli olaraq qonokokkləri monokulturada deyil, digər mikroorqanizmlərlə assosiasiyada daha erkən aşkar edir. İFA infeksiyalaşmış xəstələrdə uretradan götürülmüş yaxmalarda və sidikdə qonoreya antigenini yüksək həssaslıqla təyin edir. Molekulyar-bioloji sınaqların (PZR, LZR) üstünlüyü ondadır ki, onlar eyni zamanda həm *Neisseria gonorrhoea*, həm də *Chlamydia trachomatis*-i təyin edir.

Müalicə. Süzənəyin kompleks müalicəsinə antibakterial, immunostimuləedici və yerli iltihab əleyhinə terapiya daxildir. Cinsi partnyorun müalicəsi vacib hesab edilir. Kəskin süzənəyin müalicəsi stasionar şəraitində aparılır. Qızdırma dövründə yataq rejimi, pəhriz, qarnın aşağı nahiyyəsinə buz qoyulur (fasilələrlə ilk 3 gün ərzində). Antibiotiklərin başlanğıc dozalarının yüksək olması onların zədələnmə ocağında maksimal sıxlıqda toplanmasını təmin edir.

Süzənəyin müalicəsi penisillin preparatları ilə aparılır. 8-10% xəstələrdə penisilinterapiyanın effektsiz olması müşahidə olunur. Belə hallarda başqa antibiotiklər təyin edilir.

Süzənəyin müasir müalicəsində trobisin, azalidlər (azitromisin, roksitromisin və s.), xinolonlar (ofloksasin, siprofloksasin və s.), sefolosporinlər (sefalekssin, fortum, klaforan, rosefin, lonqasef və s.), metronidazol preparatları tətbiq edilir. Müalicənin effektiv olması üçün antibiotikləri sulfanilamidlərlə uyğunlaşdırmaq lazımdır.

Dezintoksikasiya məqsədi ilə damardaxili hemodez və ya reopolikliyukin yeridilir. Ağır vəziyyətlərdə çox zaman hipokaliemik metabolik və tənəffüs asidozu yarandığından Ringer məhlulu, kalium preparatlarının təyini göstərişdir. İltihabəleyhinə müalicə kompleksinə B, C, P qrupu vitaminləri, kandidozun yaranmasının qarşısını alan preparatlar (levorin, nistatin, flükonazol və s.), desensibilizəedici vasitələr (dimedrol, suprastin) daxil edilir.

Xroniki iltihabi proseslərdə fizioterapevtik proseduralar təyin olunur (UB-şüalanma, UYT cərəyanı, mis, sink elektroforezi).

Ağır pelvioperitonitli xəstələrdə 12-48 saat ərzində aparılan kompleks iltihabəleyhinə terapiya effekt verməzsə, qarın boşluğunun drenajını və piosapinksin yırtılmasını təmin etmək məqsədi ilə laparoskopiya təyin edilir. Hər gün qarın boşluğuna mikroirriqator vasitəsilə 700 *ml*-ə qədər maye (natrium-xloridin izotonik məhlulu, 0,25%-li novokain məhlulu və antibiotiklər) yeridilir. Kompleks iltihabəleyhinə müalicə qarın boşluğunun drenajı ilə yanaşı aparılmalıdır. Qarın boşluğunun drenajından sonra 6-12 saat ərzində müsbət reaksiya olmadıqda laparotomiya icra olunur.

Süzənəyin müalicəsində mühüm müalicə növü immunoterapiyadır, o orqanizmin immunoloji reaktivliyini artırır. Bu məqsədlə autohemoterapiya, qonovaksin, pirogenal, prodigiozan və başqa preparatlardan istifadə olunur. Autohemoterapiya xəstəyə 3-5 *ml* venoz qanın yeridilməsindən ibarətdir (qanın miqdarını tədricən 10 *ml*-ə qədər artırmaqla). İnyseksiyalar 1-2 gündən bir əzələdaxili yeridilir (cəmi 5-6 inyseksiya).

Kəskin iltihabi prosesin zəifləməsi zamanı qonovaksin təyin edilir. Preparatın ilkin dozası 200 mln. mikrob cisimcikdir. Hər

sonrakı doza 250 mln.-a qədər artırıla bilər. Maksimal doza 2 mlrd. mikrob cisimciyidir. Qonovaksin 2-3 gün sonra əzələdaxili yeridilir (6-8 inyeksiya).

Pirogenalın yeridilməsi 25-50 minimal pirogenal dozadan (MPD) başlanır. Hər növbəti dozanı 25-50 MPD artıraraq, birdəfəlik doza 1000 MPD-dən çox olmamaq şərtlə əzələdaxilinə vurulur. Adətən bədən temperaturunu 37,5-38°C-yə qədər yüksəldən doza təyin olunur. Kəskin ümumi və yerli reaksiya zamanı dozanı artırmaq olmaz. Müalicə kursu 12-16 inyeksiyanı təşkil edir.

Prodigiozanı 10-15 mkq-dan əzələdaxili təyin edirlər, dozanı 25-50 mkq-yə qədər artırılır (birdəfəlik doza 75 mkq-dən artıq olmamalı). Müalicə kursuna 3-4 inyeksiya daxildir.

Hipertoniya xəstəliyi, diabet zamanı immunstimuləedici preparatlar kiçik dozalarda təyin edilməlidir. İmmunterapiyanın effektivliyinin göstəricisi qanda qamma-qlobulinlərin miqdarının artmasıdır.

Yerli müalicə. Bu müalicə növü kəskin süzənəkdə əks göstərişdir. Onu iltihabi prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq tətbiq edirlər. Süzənək uretritində uretra son sidik ifrazından bir saat sonra kalium-permanqanat məhlulu ilə yuyulur. Bundan sonra uretraya 3-5 ml 1-2%-li protarqol məhlulu yeridilir (2-3 dəq. saxlamaq şərtlə). 10 dəqiqədən sonra xəstə qadın sidik ifraz etməlidir. Prosedur 2 gün sonra təkrar edilir. Xroniki süzənək uretriti zamanı uretraya 1-2%-li protarqol məhlulu sürtülür.

Parauretral axacaqlarda qonokokkların aşkarlanması zamanı elektrokoagulyasiya aparılır.

Yarımkəskin süzənək servisitində 3-5%-li protarqol məhlulu ilə uşaqlıq yolu vannaları tətbiq edilir. Prosedura (5-10 dəq.) hər gün aparılır. Xronik servisit zamanı uşaqlıq boynu kanalı 10%-li natrium-hidrokarbonat məhlulu ilə işləndikdən sonra 3 gündən bir 3-5%-li protarqol məhlulu ilə yağlanır.

Süzənək bartolitinin müalicəsi digər mikrob mənşəli iltihabi proseslərdə olduğu kimi aparılır.

Süzənək proktiti zamanı protarqol şam (0,02 q) və ya mikroimalə (50 ml 2-3%-li məhlulu, 36-37°C temperaturda) kimi təyin edilir. Xronik mərhələdə düz bağırsağın selikli qişasına 2-3%-li protarqol məhlulu sürtülür.

Daxili cinsi orqanların süzənəyinin müalicəsi septiki iltihabi proseslərdə tətbiq edilən terapiya metodlarından fərqlənir.

Süzənəyə yoluxmuş gözlərin müalicəsi dermatoveneroloq və göz həkiminin birgə təyinatına əsasən aparılır. Qonoreyalı analardan doğulan yenidə doğulmuşlarda qonoblenoreyanın profilaktikası məqsədilə konyunktivaya (qızlarda eyni zamanda xarici cinsiyyət üzvlərinə) 30%-li albusid məhlulu damızdırılır. Hazırda qonoreyanın xlamidioz və digər spesifik xəstəliklərlə birgə rast gəlinməyini nəzərə alaraq yenidə doğulmuşların konyunktivasına 1%-li tetrasiqlin məlhəmi sürtülür.

Cərrahi müdaxiləyə piosalpinksin, piovarın və tuboovarial törəmələrin olması zamanı müraciət edirlər.

Nizamsız cinsi həyat sürən xəstələrə stasionar şəraitdə preventiv iltihab əleyhinə müalicə aparılmalıdır.

Sağalmanın meyarları. Aparılmış müalicədən sonra və sonrakı üç aybaşı tsikli ərzində olan aybaşının 2-4-cü günlərində götürülmüş yaxmalarda qonokokklərin olmaması zamanı, qadın artıq yoluxdurma mənbəyi olmur və onu dispanser nəzarətindən çıxarmaq olar.

Süzənəyin profilaktikası digər zöhrəvi xəstəliklərdə mövcud olan profilaktika tədbirlərində olduğu kimidir.

3.3.5. Urogenital xlamidioz

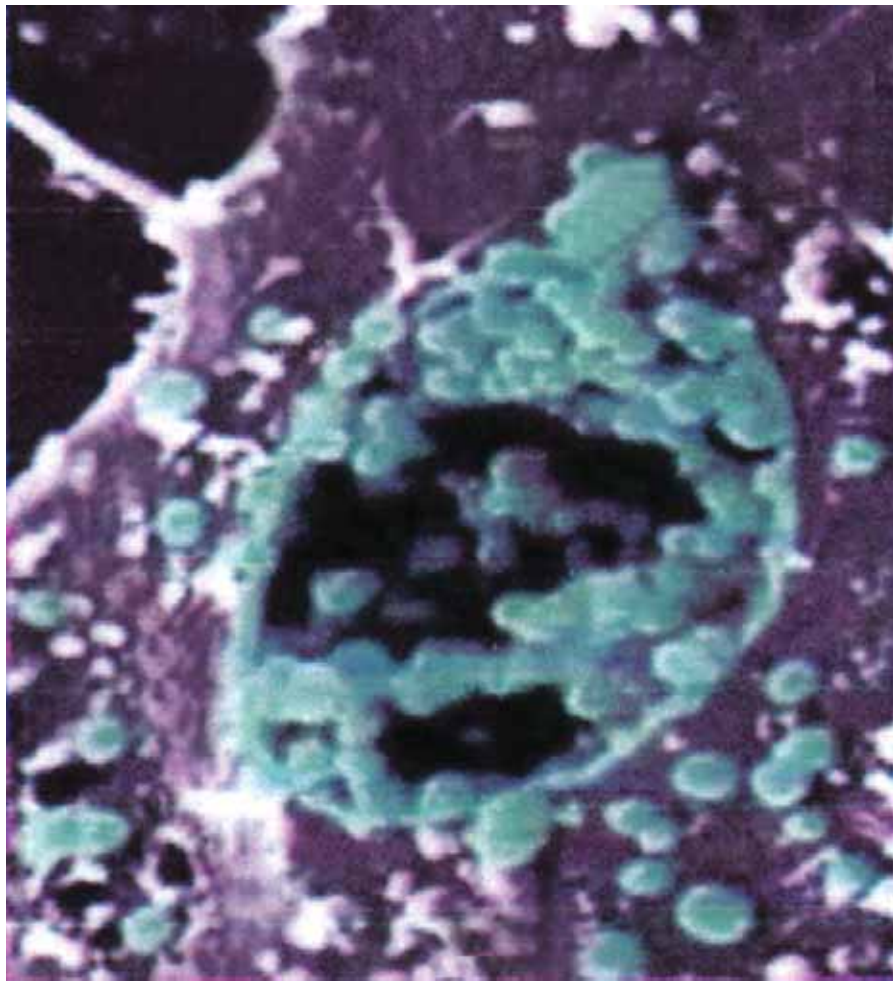
Urogenital xlamidioz (Chlamydiosis urogenitalis) cinsi yolla keçən xəstəliklər arasında aparıcı yerlərdən birini tutaraq, “sakit epidemiya” adını almışdır. ABŞ-da hər il 5 mln., Qərbi Avropada 10 mln., Rusiyada 1,5 mln.-dan çox xəstələnmə halları qeydə alınır. 15-19 yaş həddində olan xəstələrin 46%-i, 20-24 yaşda isə 30%-i bu xəstəliyə yoluxurlar. Urogenital xlamidioz

qadınlarda urefrit, kolpit, bartolinit, endoservisit, endometrit, adneksit, pelvioperitonitə səbəb olur. Xlamidioz zamanı autoimmun reaksiyalar perihepatit (Fits-Xyu-Kurtis sindromu), periappendisit, perisiqmoidit, Reyter xəstəliyi (uretrit, artrit, konyunktivit) inkişaf edir. Urogenital xlamidioz kiçik çanaq üzvlərinin iltihabi xəstəliklərinin əsas törədicisidir. Əksər hallarda uşaqlıq-dankənar hamiləliklərdə urogenital xlamidioz infeksiyası aşkar edilir.

Qadın orqanizminin reproduktiv funksiyasının pozulmasında urogenital xlamidiozun böyük rolu vardır. Son illər hamilə qadınlar arasında xlamidiozun rastgəlmə tezliyi 10-40%-i təşkil edir. Bakı şəhərində aparılan elmi tədqiqatlar göstərmişdir ki, hamilə qadınlar arasında urogenital xlamidioz hallarına təqribən 15% rast gəlinmişdir. Xəstəlik hallarının 60-70%-də simptomuz gediş skriningi çətinləşdirir, gələcəkdə dölün, yenidoğulmuşun infeksiyalanmasına səbəb olur.

Xəstəliyin etiologiyası və patogenezi. Xlamidiya infeksiyalarının törədiciləri təbiətdə geniş yayılmışdır. Əvvəllər elmə halproviyalar, bedsoniyalar, miyaqvanellalar və s. adı ilə məlum olan bu mikroorqanizmlər 1980-ci il yanvarın 1-dən etibarən Beynəlxalq Mikrobiologiya Cəmiyyətləri Assosiasiyası komissiyasının qərarına əsasən *Chlamydia* cinsi adını almışdır. Xlamidiya infeksiyaları törədiciləri *Chlamydiaceae* ailəsinə, *Chlamydia* cinsinə mənsubdur. Xlamidiyaların 4 növü ayırd edilir: *C.trachomatis*, *C.pneumoniae*, *C.psittaci* və *C.pecorum*. Bu mikroorqanizmlər digərlərindən fərqli olaraq unikal inkişaf tsiklinə malikdir. Belə ki, xlamidiyaların 3 inkişaf formaları mövcuddur: hüceyrədaxili vegetativ forma olan retikulyar cisimciklər (RC), aralıq cisimciklər (AC) və infeksiyon xassəli, kiçikölçülü (250-300 nm) yetkin forması olan elementar cisimciklər (EC). Elementar cisimciklər həssas hüceyrələrə yapışır və endositoz yolu ilə onlara daxil olur. İlk 2 saat ərzində elementar cisimciklər retikulyar cisimciklərə differensiasiya olunur: xarici membranın sisteinlə zəngin zülalları arasındakı disulfid əlaqələr zəifləyir, nəticədə qida maddələrinin daşınması güclənir, meta-

bolik aktivlik yüksəlir. Retikulyar cisimciklər yetişdikcə ölçüləri böyüyür, infeksiyalaşmadan 12 saat sonra bölünməyə başlayır. Parazitin inkişaf tsikli hüceyrəyə invaziyadan sonra onun dağılması və yetkin EC-lərin əmələgəlmə müddəti 48-72 saatdır (şəkil 3.16).

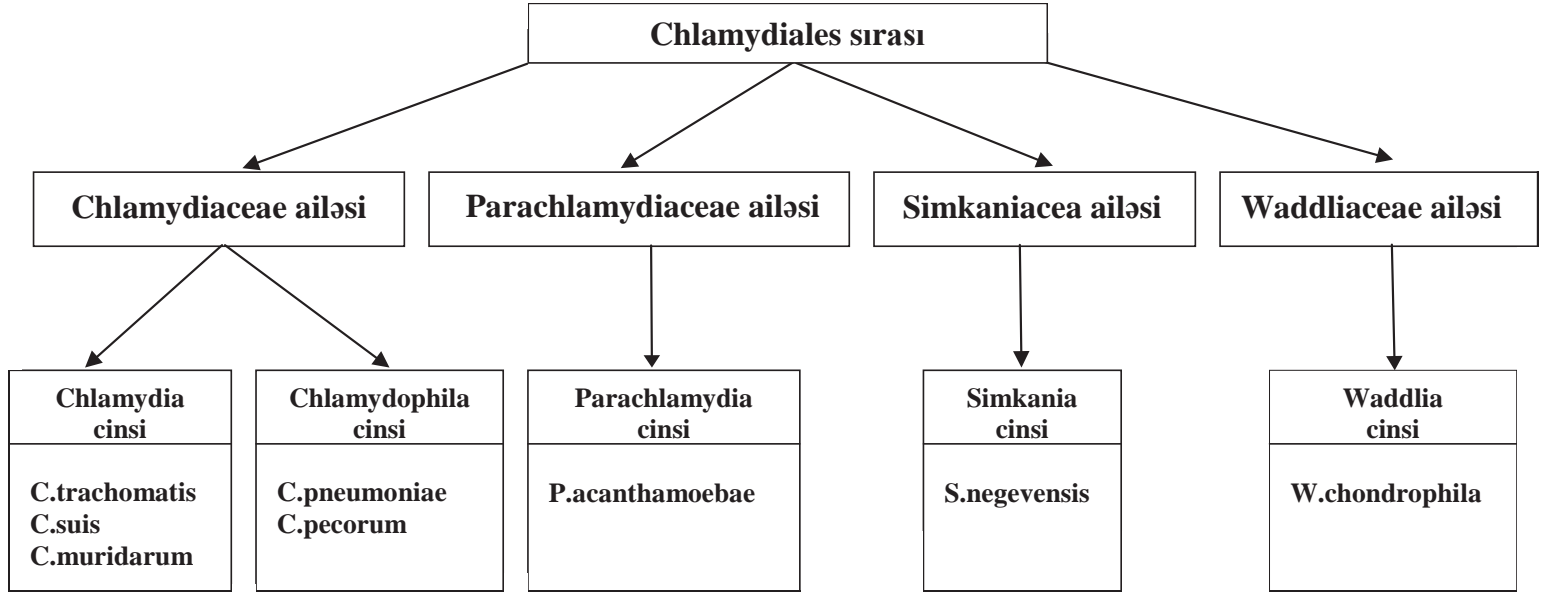


Şəkil 3.16. Hüceyrədən azad olmuş elementar cisimciklər yeni hədəf-hüceyrələrə daxil olur.

Müəyyən olunmuşdur ki, retikulyar cisimciklər antibiotiklərə həssas olsa da, elementar cisimciklərə antibiotiklər təsir etmir. Əlverişsiz mühitdə, həmçinin penisillin preparatları ilə müalicə alan xəstələrdə xlamidiya törədicilərinin hüceyrə membranı zədələnir. Bu bakteriyaların L-formasına uyğun gəlir. Xlamidiyaların L-transformasiyası xlamidiya infeksiyalarının persistensiyasının yaranması mexanizmlərindən biridir.

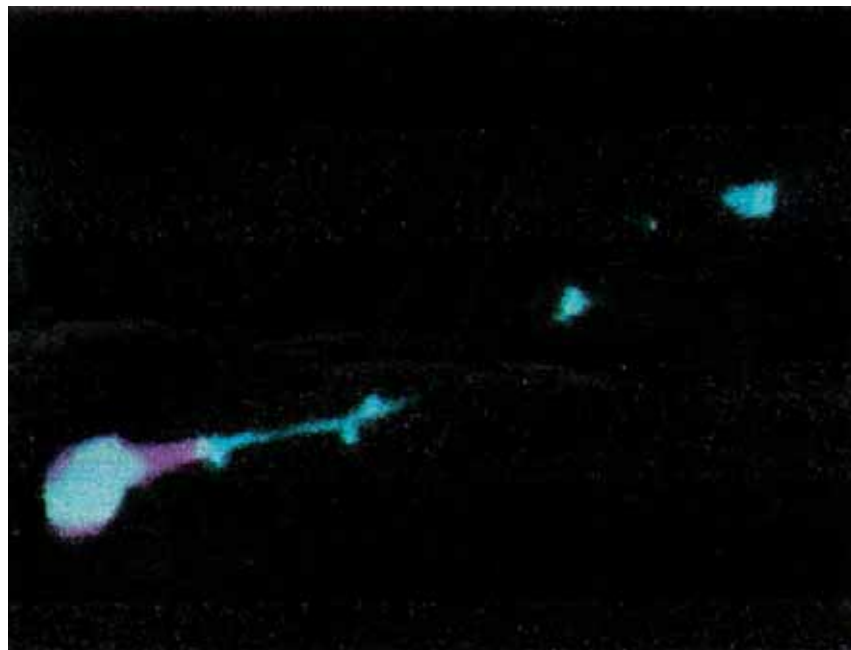
Xlamidiyaların yeni taksonomik təsnifatı. Xlamidiyaların taksonomik təsnifatının işlənilməsində Everett K.D.E. və başqalarının fundamental tədqiqatlarının böyük rolu olmuşdur. Xlamidiyaların yeni təsnifatı Helsinkidə 2000-ci ildə IV Avropa konqresində (“Xlamidiya–2000”) qəbul olunmuşdur (sxem).

Xlamidiyaların müasir təsnifatı



Xlamidiyaların yeni təsnifatı epidemioloji əhəmiyyətə malikdir. Mikroorqanizmlərin epidemioloji xüsusiyyətlərinin, patogen imkanlarının öyrənilməsi xüsusi terapeutik yanaşma tələb edir.

Klinik təbabətdə insan üçün patogen olan *C.trachomatis* növü xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. *C.trachomatis*-un urogenital xlamidioz serovarı qadınlarda servisit, uretrit, vulvovaginit, sistit, bartolinit, endometrit, salpingit, salpinqooforit, Reyter xəstəliyi, konyunktivit, faringit, pelvioperitonit, appendisit, xolesistit və s., kişilərdə uretrit, prostatit, epidedimit, orxit, sonsuzluq, proktit və s. kimi ağırlaşmalara səbəb ola bilər (şəkil 3.17).



Şəkil 3.17. Xlamidiyaların elementar cisimcikləri (yaşıl rəngdə) insan spermasında (Courtney S.)

1982-ci ildə ABŞ-da J.N.Robertson və həmmüəlliflər ekto-pik hamiləliyi olan 50 qadının qanını tədqiq edərkən 38%-də *C.trachomatis*-ə qarşı anticisimlər aşkar etmişlər.

C.trachomatis urogenital xlamidiozun törədicilərindədir. Urogenital xlamidiozun orqanizmdə törətdiyi patoloji proseslərin səviyyəsi onun patogenezi ilə bağlıdır. Xəstəliyin patogenezinin nəzəriyyəsi indiyədək tam işlənməmişdir. İnfeksiyanın giriş qapısı insanın sidik-cinsiyyət üzvlərinin selikli qişalarıdır. İnfeksiya törədiciləri silindrik epiteliyə trop olduğundan qadınlarda ilkin ocaqlar – sidik kanalı və uşaqlıq boynu kanalıdır. Urogenital xlamidioz törədicisi tərəfindən sahib hüceyrənin zədələnməsi sitosid və persistensiya mexanizmi yolu ilə baş verə bilər. İlk ocaqda selikli qişanın ödəmi, hiperemiyası yaranır, epitel qatın tamlığı pozulur, əvvəlcə leykositlər infiltrasiya əmələ gəlir, iltihabi ekssudat formalaşır, nəticədə funksional dəyişikliklər baş verir.

Urogenital xlamidioz infeksiyasının mənbəyi – xəstəliyin kəskin və xroniki forması ilə yoluxmuş xəstə şəxsdir. Xəstəliyin inkubasiya dövrü 21-30 gündür. İnfeksiyanın sağlam şəxsə yoluxması kontakt və vertikal yolla baş verir. Kontakt mexanizmi cinsi (genito–genital, genito–anal, genito–oral əlaqələr) və qeyri-cinsi yolla (məişət yolu) ilə həyata keçir. İnfeksiyanın mexaniki yolla gözün selikli qişasına yayılması xlamidiya mənşəli konyunktivit törədir. Elmi mənbələrdə qeyd olunur ki, gözlərin xlamidioz xəstəliyinə tutulması bir neçə yolla baş verir. Xəstə əlləri ilə xlamidiyaları cinsiyyət orqanlarından gözlərinə keçirə bilər. Xəstələri ehtiyatsız müayinə edən həkim-dermatoloqlar, ginekoloqlar, oftalmoloqlar da yoluxa bilərlər. Bundan başqa oftalmoxlamidioz idman hovuzlarından da keçir. Uşaqlarda oftalmoxlamidioz göz-burun kanalı vasitəsilə bir sıra ağırlaşmalar (yevstaxit, rinit, otit, pnevmoniya) törədir. Vertikal mexanizm antenatal dövrdə plasental yolla və intranatal dövrdə doğuş yolları ilə realizə olunur. Urogenital xlamidioz infeksiyası qadınların 67%-də, kişilərin 46%-də simptomuz keçdiyinə görə diaqnostikası çətinlik törədir.

Urogenital xlamidioz infeksiyasına cinsi fəal yaş dövründə (20-40 yaş) olan qadın və kişilər yoluxurlar. Son illər xəstəlik yeniyetmələr arasında da geniş yayılmışdır. Xəstəlik adətən cinsi yolla keçir. Urogenital xlamidiozun məişət-təmas yolu ilə keçməsi (hamam lifləri, dəsmal və s.) mümkündür. Alimlərin müşahidələri göstərmişdir ki, urogenital xlamidioz infeksiyası aşkar olunmuş valideynlərin uşaqları 30-35% hallarda bu xəstəliyə tutulurlar. Bu səbəbdən müəlliflər “ailəvi xlamidioz” terminini təklif edirlər.

İltihabi prosesin yayılmasına görə qadın cinsiyyət üzvlərinin aşağı şöbəsinin xlamidiozu (uretrit, parauretrit, barolinit, kolpit və endoservisit) və “qalxan xlamidioz” (endometrit, adneksit) ayırd edilir. Qalxan xlamidiya infeksiyası aşağıdakı yollarla yayılır:

- a) *kanalikulyar* (uşaqlıq boynu kanalı, uşaqlıq boşluğu, uşaqlıq boruları ilə peritona və qarın boşluğu orqanlarına);
- b) *limfogen* (limfa kapillyarları ilə);
- c) *hematogen* (ekstragenital zədələnmə ocaqları);
- ç) *spermatozoidlər* vasitəsilə.

Klinik gedişinə görə genital xlamidioz 2 variantda təsnif edilir:

- 1) *təzə xlamidioz* (iltihabi prosesin davamiyyəti iki aydan artıq deyildir);
- 2) *xroniki forma* (iltihabi proses 2 aydan çox davam etdikdə, zəif simptomatik persistə edən cinsiyyət sisteminin yuxarı şöbəsinin xlamidiozu inkişaf edir).

Klinika. Urogenital xlamidiozun inkubasiya dövrü 5-30 gündür (orta hesabla 21 gün). Urogenital xlamidioz spesifik klinik əlamətlərə və patoqnomik simptomlara malik deyil, çox hallarda torpid gedişlidir. İnfeksiya ocağı sidik kanalı və uşaqlıq boynu kanalıdır. Xlamidiya uretriti dizurik əlamətlərlə: sidik ifrazının əvvəlində ağrı, qaşınma, sidik ifrazı çağırışları ilə müşayiət olunur. Uretradan şəffaf ifrazat gəlir. Adətən parauretral axacağın xarici dəliyi hiperemiyələşir, sıxdıqda damcı şəklində selikli-irinli ifrazat gəlir. Xlamidiya mənşəli bartolinitdə xarici cinsiyyət üzv-

lərində vaxtaşırı qaşınma, böyük dəhliz vəzi axacağıının dəliyinin hiperemiyası olur. Vəzin axacağı tutulduqda bartolin vəzin şəffaf mayeli kistası inkişaf edir.

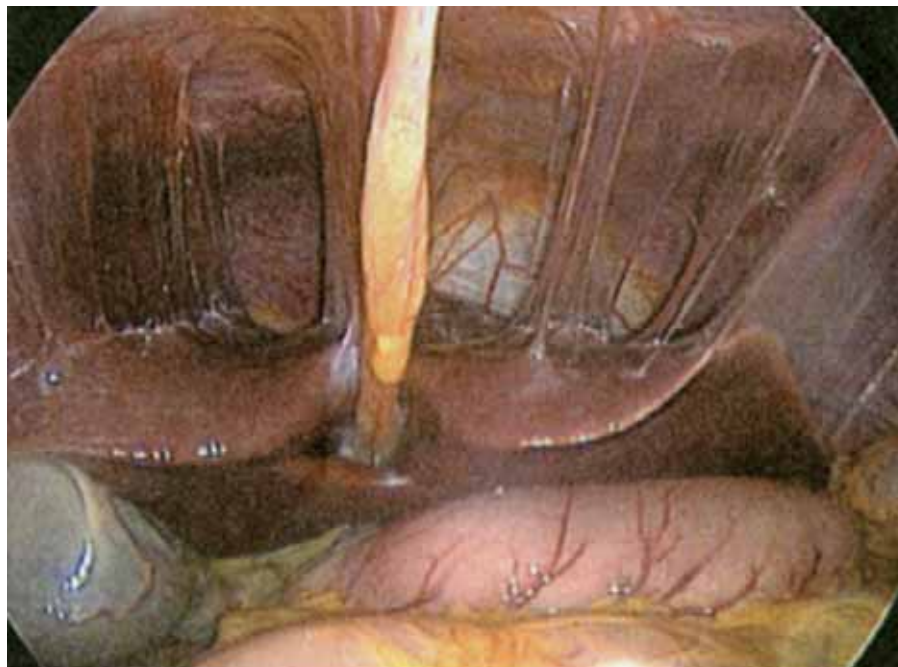
Xlamidiya vaginiti adətən ikincili inkişaf edir. Çünki xlamidiyalar adətən çoxqatlı yastı epiteldə çoxalmır. *C.trachomatis* uşaqlıq yolunun turş mühitinə çox həssasdır. Ona görə də birincili kolpit patoloji hormonal fonda (yaşlı qadınlarda, hamilələrdə və qızlarda) inkişaf edir.

Xlamidiya servisit çox vaxt simptomuz gedışə malikdir. Bəzən xəstələr cinsiyyət yolundan sarı, selikli-irinli ifrazatın axmasından, dizuriyadan, aybaşılararası qanaxmalardan şikayətlənirlər. Xəstələrdə hipetrofik, follikulyar servisitə rast gəlinir.

Müəyyən olunmuşdur ki, servikal xlamidiya infeksiyası olan qadınlar kiçik çanaq üzvlərinin iltihabi xəstəliklərinə görə xroniki çanaq ağrılarından əziyyət çəkirlər.

Xlamidiya endometriti adətən asimptomatik gedışə malik olur. Klinik olaraq xəstələrdə ümumi halsızlıq, uşaqlıq yolu qanaxması, qarnın aşağı hissəsində ağrı, uşaqlığın palpasiyada ağrılı olması müşahidə olunur. Xlamidiya adneksiti qalxan xlamidiya infeksiyasının daha çox rast gəlinən təzahür formasıdır. Xəstəlik uzunmüddətli yarımkəskin və gizli şəkildə gedir. Xlamidiyalar uşaqlıq borularının kirpikli epitelisini zədələyərək boru sonsuzluğuna səbəb olur. Uşaqlıqdan kənar boru hamiləliyinin mikrob etiologiyasında genital xlamidioz xüsusi yer tutur.

Kəskin və yarımkəskin adneksitə aşağıdakı əlamətlər xarakterikdir: qarnın aşağısında, bel nahiyyəsində ağrı, bədən hərarətinin yüksəlməsi, qanda dəyişikliklər (leykositlərin, EÇR-in artması). Daxili müayinədə hər iki tərəfdə ağrılı, böyümüş uşaqlıq artımları əllənir. Xəstəliyin kəskin, yarımkəskin və xroniki formasında kiçik çanaq üzvlərinin zədələnməsi perihepatitlə – Fits-Xyu-Kurtis sindromu ilə müşayiət olunur (şəkil 3.18).



Şəkil 3.18. Fits-Xyu-Kurtis sindromu (Laparoskopiya).

Çox hallarda xlamidioz mənşəli adneksit abortlardan, uşaqlıq-daxili müdaxilələrdən sonra pelvioperitonitə keçə bilər. Xlamidiya pelvioperitonitində peritoneal əlamətlər və dispeptik pozğunluqlar meydana çıxır.

Zöhrəvi limfoqranuloma xlamidiyaların L_1 - L_3 seroloji tipləri tərəfindən törədilir. Sinonimləri – Nikol–Favr xəstəliyi, zöhrəvi rikketsioz, 4-cü zöhrəvi xəstəlikdir. Bu xəstəlik Cənubi və Cənub-Şərqi Asiyada, Mərkəzi və Cənubi Amerikada geniş yayılmışdır. Zöhrəvi limfoqranulomanın klinik gedişində 3 mərhələ ayırd edilir: ilkin əlamətlər, limfa düyünlərinin zədələnməsi, növbəti ağır fəsadlar. Xəstəlik inkubasion dövrədən (3-30 gün) sonra baş verir. İlkin mərhələdə uşaqlıq yolunda, cinsiyyət dodaqlarında, nadir hallarda uşaqlıq boynunda papulalar, pustulalar, səthi xoralar əmələ gəlir. Paralel olaraq uretrit inkişaf edir. İkinci mərhələdə limfa düyünlərində abseslər aşkar oluna bilər. Üçüncü mərhələdə limfa düyünlərindən başqa digər ətraf toxumalarda da ağır destruktiv dəyişikliklər baş verir. Hətta rektovaginal fistulalar, uşaqlıq yolu və düz bağırsağın strikturaları baş verə bilər. Bu mərhələdə xəstəlik MSS-ə, dəri, ürək və digər orqanlara yayılır.

Diagnostika. Genital xlamidiozun diagnostikası anamnestik məlumatlara əsaslanır (hər iki cinsi partnyorların xəstə-

lənməsi, sonsuzluq). Diaqnoz uşaqlıq boynu kanalının qaşıntısı, uşaqlıq yolu, parauretral axacaqların ifrazatının müayinəsi ilə dəqiqləşdirilir.

Xəstəliyin diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi üçün bakterioskopik, birbaşa immunoflüoresensiya, immunferment, polimeraza və liqaza zəncir reaksiyaları, transkripsion amplifikasiya, DNT – zondları sınağı, kultural sınaqlardan istifadə olunur. Hər hansı metodun seçilməsi urogenital xlamidiozun seroloji variantından, həmçinin tibb müəssisəsinin imkanlarından asılıdır.

Bakterioskopik metod hallarının 40%-də xlamidiya hissəciklərini identifikasiya etsə də, çox hallarda yalançı müsbət nəticələr verir.

Xlamidiyaların kultural metodla diaqnostikası “qızıl standart” adını alsa da vaxt itkisi, xüsusi təchizat tələb etdiyindən bu metoddan istifadə olunmur.

Hazırda xlamidiozun ekspress diaqnostikası üçün monoklonal anticisimlərin istifadəsinə əsaslanan, birbaşa immunoflüoresensiya (BİF) sınağından istifadə edilir. Bu zaman ifrazat yox, uşaqlıq yolu, uşaqlıq boynu kanalı, sidik kanalının qaşıntısı tədqiq edilir. Göstərilən metod yüksək spesifikliyə, həssaslığa malik olduğundan və texniki cəhətdən sadə olmasına görə geniş istifadə edilir. BİF zamanı xlamidiya cisimcikləri sağlam hüceyrələr fonunda yaşıl işıqlanma şəklində görünür.

İmmunferment analizi (İFA) qanda xlamidiya cisimciklərinin aşkar olunmasına əsaslanır. İFA sınağının xəstəliyin xroniki fazasında tətbiqi əhəmiyyətlidir. Yalançı müsbət cavabların alınması, cihazların baha olması bu metodun BİF-yə nisbətən praktik əhəmiyyətini azaldır.

Polimeraza və liqaza zəncir reaksiyaları xlamidiya mikroorqanizmlərinin bir neçə DNT molekulalarını aşkar edir. Liqaza zəncir reaksiyası xlamidiyaları aşkar edən ikinci molekulyar-bioloji sınaqdır. Kultural sınaqlara nisbətən polimeraza və liqaza zəncir reaksiyaları daha həssasdır. Transkripsion amplifikasiya – *C.trachomatis* molekulyar amplifikasiyasının yeni üsuludur.

DNT zondları metodikası zədələnmiş toxumalarda ribosom RNT-ni təyin edir. Hüceyrədə ribosom RNT ölçücə DNT 10^4 dəfə kiçik olduğundan bu metod həssas sınaq sayılır.

Müalicə. Genital xlamidiozun müalicəsi ginekologiyanın mühüm məsələlərindən biridir. Çünki, xlamidiyaların müxtəlif inkişaf formalarına malik olması, özünəməxsus həyat tsikli (hüceyrədaxili parazitizm, həmçinin trixomonaddaxili parazitizm) xəstəliyin çox hallarda asimptomatik gedişinə səbəb olur və müalicəni çətinləşdirir. Müalicənin əsas şərtlərindən biri cinsi partnyorun müalicə olunması, psixi-fiziki sakitlik, kəskin qidalardan imtina etmək və çoxlu maye qəbul etməkdir. Xlamidiya infeksiyasının etiotrop müalicəsində tetrasiklin sırası preparatları, makrolidlər, ftorxinolonlardan istifadə olunur. Kəskin, ağırlaşmamış xlamidiozda tetrasiklin 500 *mq* dozada sutkada 4 dəfə 7-14 gün müddətində təyin edilir. Eritromisin 250 *mq* gündə 4 dəfə 21 gün; yaxud 500 *mq* gündə 2 dəfə 14-15 gün qəbul edilir. Doksisiklin xəstəliyin kəskin formasında 100 *mq* gündə 2 dəfə 14 gün; Azitromisin (sumamed) xlamidozun fəsadlaşmamış formasında müalicənin birinci gün 1,0 *q*; qalan günlərdə 500 *mq* gündə 1 dəfə; növbəti günlərdə 250 *mq* gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün təyin edilir.

- roksitromisin (rulid) – 150 *mq* dozada gündə 2 dəfə 7-10 gün;
- refloksasin (abaktal) – 400 *mq* gündə 1 dəfə 10-14 gün;
- ofloksasin (tarivid) – müalicənin birinci günü 400 *mq*, qalan günlərdə 200 *mq* gündə 2 dəfə 7-10 gün;
- rovamisin (spiramisin) – 3 mln. BV gündə 3 dəfə 10 gün;
- klaritromisin (klasid) – 250 *mq* dozada gündə 2 dəfə 7-10 gün;
- siprofloksasin (siprobay) – 300 *mq* dozada gündə 1 dəfə 7-10 gün tətbiq edilir.

Uzunmüddətli antibiotikoterapiya müddətində disbakterioz yarandığından kandidoz əleyhinə preparatların (nistatin, levorin, diflukan və s.) təyini məqsədəuyğundur.

Son illər xlamidiozun müalicəsində immunomodulyatorların (timogen, T-aktivin), interferon preparatlarının (viferon, genferon, lavomaks, reaferon, sikloferon və s.), biogen stimulyatorların

(FİBS, humizol və s.) tətbiqi xlamidiya mikroorqanizmlərinin orqanizmdən eliminasiyasını təmin edir.

Ümumi müalicə ilə yanaşı, yerli müalicə tətbiq olunur: uretraya və uşaqlıq boynu kanalına kalium-permanqanat, furasilin, 2-3%-li dimeksid, 2%-li protarqol məhlulları yeridilir. Tərkibində interferon olan məlhəmlərin tamponlar şəklində uşaqlıq boynu kanalına yeridilməsi effektivdir. Antibiotiklərin yanaşı təsirlərini aradan qaldırmaq üçün polivitaminlər, hepatoprotektorlar, antioksidantlar yeridilir.

Urogenital xlamidioz zamanı sağalmanın kriteriləri klinik əlamətlərin yoxa çıxması və infeksiya törədicilərinin tapılmamasıdır. Müalicə kurslarından sonra və növbəti üç ay ərzində laborator müayinələrdə xlamidiyaların aşkar olunması təkrar müalicəyə göstərişdir.

Xlamidiozun spesifik profilaktikası mövcud deyil. Xəstəliyin profilaktikası digər zöhrəvi xəstəliklərdə olduğu kimi təşkilati, ümumi gigiyenik və epidemiya əleyhinə tədbirlərdən ibarətdir.

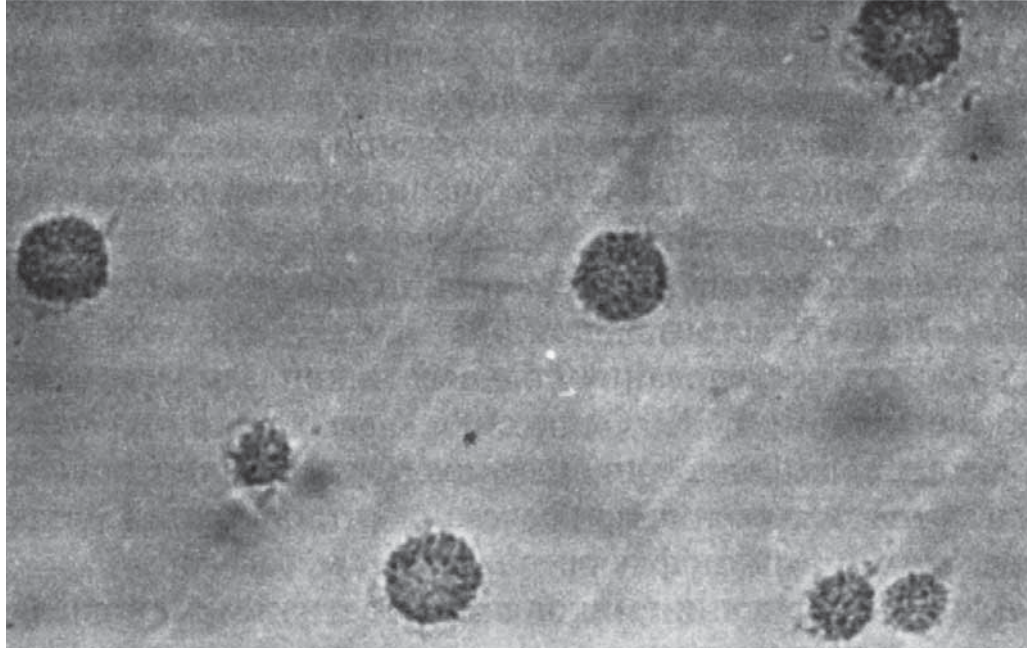
3.3.6. Mikoplazmoz (*mycoplasmosis*)

Son illər sidik-cinsiyyət sisteminin patologiyasında mikoplazmaların rolu haqqında məlumatlar diskussiya obyektinə çevrilmişdir. ÜST-in 1993-cü il məlumatına görə kiçik çanaq üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri olan qadınların 12-25%-də mikoplazmoz, ureaplazmoz infeksiyaları aşkarlanır. Bu infeksiyalar 25-30% halda *C.trachomatis*-lə müştərək aşkarlanır. Elmi ədəbiyyatda miko-, ureoplazmaların mamalıq patologiyalarında roluna dair məlumatlar vardır.

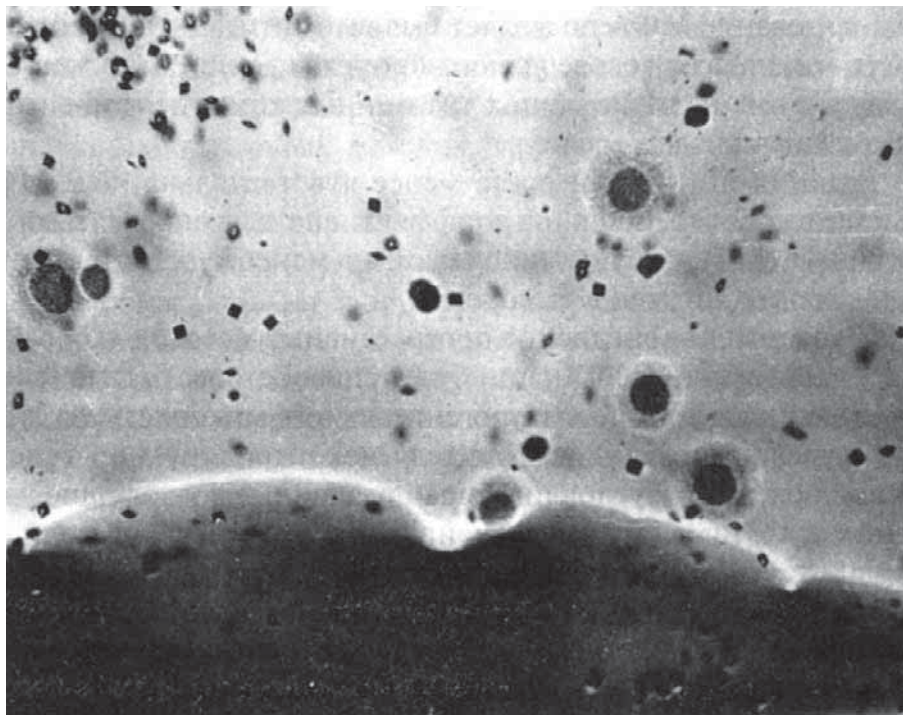
Xəstəliyin etiopatogenezi. İlk dəfə olaraq bu mikroorqanizmlər 1898-ci ildə, Nocard və Roux tərəfindən təsvir olunub. 1929-cu ildə Nowac onları “mikoplazmalar” adlandırmışdır. 1937-ci ildə bu mikroorqanizmləri Dienes və Edsall uşaqlıq yolu dəhlizinin böyük vəzisinin absesindən ayırmışlar. Genital mikoplazmalar *Mollicutes* sinfinə, o da öz növbəsində 3 sıraya bölünür: *Acholeplasmatales*, *Mycoplasmatales*, *Anaeroplasmatales*. Birinci sıraya *Acholeplasmataceae* ailəsi və *Acholeplasma* növü,

ikinci sıraya *Spiroplasmataceae* ailəsi, *Spiroplasma* növü və *Mycoplasmataceae* ailəsinin iki növü: *Mycoplasma* (100-dən çox növ) və *Ureaplasma* (3 növ və 16 serotip), üçüncü sıraya *Anaeroplasmataceae*-nin 3 növü aiddir: *Anaeroplasma*, *Asteroplasma* və *Termoplasma*.

Genital mikoplazmalara *ureaplasma urealyticum* (köhnə adı T-mikoplazma), *Mikoplazma hominis* və nadir tapılan növü *Mikoplazma genitalium*-a daxildir. *Ureaplasma urealyticum* ilk dəfə qeyri-qonokokk mənşəli xəstələrdə tapılmışdır. Ureaplazmalar digər mikoplazmalardan fərqli olaraq kiçik ölçülü (0,3 *mkm*) olub, qram mənfi-kolibasillərdir (şəkil 3.19, 3.20).



Şəkil 3.19. Mikoplazmaya yoluxmuş üçgünlük toxuma kulturası. *U.Urealyticum* xarici görünüşünə görə “nimru qayğanağı” xatırladır.



Şəkil 3.20. Dördgünlük qarışıq toxuma kulturası

Bu mikroorqanizmlər sidik cövhərini parçalayan ureaza fermenti ifraz edir. Mikroorqanizmlərin adı da bununla əlaqədardır. Ureaplazmalar praktik sağlam şəxslərdə də tapıla bilər, lakin orqanizmin zəifləyən hallarında patogenlik kəsb edir. Görkəmli veneroloq D.Taylor-Robinson 1998-ci ildə qeyri-qonokokk mənşəli uretritlərin öyrənilməsi sahəsində qazandığı nailiyyətlərə görə Tomas Parran mükafatına layiq görülüb. O yazırdı ki, “insanın sidik-cinsiyyət traktında *U. urealyticum* tədqiqatçılar üçün uzun müddət mübahisə hədəfi olaraq qalacaqdır”.

Mikoplazma hominis hüceyrələri oval formada olub, 100×120 -dən 600×1200 nm-ə qədər ölçülərə malikdir. Mikroorqanizmin membranı üçqat strukturdan ibarətdir, arginini parçalayır, qlükozanı parçalamır.

Mikoplazma genitalium hüceyrələri kolbaşəkilli olub, 580 kb ölçülü genoma malikdir. O, qlükozanı parçalayır, arginin və sidik cövhərinə təsir etmir. Genital mikoplazmalar içərisində Mikoplazma genitalium xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Mikoplazma genitalium yalnız PZR-sınağı ilə aşkar olunur, halbuki digər mikoplazmaları kultural metodla təyin etmək mümkündür. Mikoplazmaların həyat fəaliyyəti üçün optimal temperatur $36-37^{\circ}\text{C}$, pH-6,8-7,4 olur.

Urogenital mikoplazmaların patogenezi indiyə qədər tam öyrənilməyib. Məsələn, ureaplazmalarla həssas hüceyrələrin qarşılıqlı təsir mexanizmi onların hüceyrə membranlarında persistensiyası ilə izah edilir. Ureaplazmaların həyat fəaliyyəti nəticəsində ayırdığı ammoniyak toxumalar üçün toksikidir. Mikoplazmalar sahib hüceyrələrin xolesterin və yağ turşularını mənimsəyir. Urogenital mikoplazmoz cinsi yolla keçir. Mikoplazmalar trixomonadlar və spermatozoidlər vasitəsilə asan ötürülür. Qızların dolaylı yolla yoluxması mümkündür. Homoseksualistlərdə (xüsusilə, trixomoniaz, süzənək, xlamidiozla yanaşı), qeyri-qonokokk ureriti, sonsuzluğu, kiçik çanaq üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri olan qadınlarda, yüksək cinsi aktivliyə malik şəxslərdə mikoplazmaların aşkar olunma ehtimalı yüksəkdir.

Klinika. Xəstəliyin inkubasiya dövrü 15-20 gündür. İltihabi prosesin xarakterindən asılı olaraq təzə (kəskin, yarımkəskin, süst gedişli) və xroniki (az simptomlu) formalar ayırd edilir. *U.urealyticum* qadınlarda kişilərə nisbətən 2-3 dəfə çox rast gəlinir.

Birincili infeksiya ocağı sidik-cinsiyyət sisteminin aşağı şöbələridir. Ureaplazmoz infeksiyası zamanı əsas şikayətlər: qaşınma, yanğı hissi, uşaqlıq yolundan selikli-irinli ifrazat, dizurik pozulmalardır. İltihabi proses nadir hallarda kəskin formada olur, adətən, xroniki şəkildə gedir, uretrit, kolpit, sistit, bartolinit, servisit, endometrit, salpinqooforit şəklində təzahür edir. Sonsuzluğu olan qadınların 30%-də ureaplazma mənşəli iltihabi xəstəliklər qeydə alınır. Qadın cinsiyyət üzvlərinin yuxarı şöbələrinin ureaplazmalarla zədələnməsi uşaqlıq borularının obturasiyasına gətirib çıxarır. Genital mikoplazmaların artritlərin, pielonefritin inkişafında roluna aid diskussiyalar mövcuddur.

Diagnostika. Genital mikoplazma infeksiyalarının diaqnostikası çətinlik törədir, xüsusilə müxtəlif mikrob florası ilə assosiasiya olduqda xüsusi müayinə metodları tələb olunur.

Urogenital mikoplazma infeksiyalarının diaqnostikasında aşağıdakı metodlardan istifadə olunur:

- Bakterioloji (kultural);
- Bakterioskopik;
- Genişləndirilmiş kolposkopiya (göstəriş olduqda);
- Birbaşa immunoflüoresensiya sınağı;
- Polimeraz zəncir reaksiyası (adi PZR və PZR Real-time);
- Mikoplazma test sistemi;
- İmmunoloji (interferon) statusun qiymətləndirilməsi (xroniki iltihabi prosesdə, miks-infeksiyalarda).

Tədqiqat materialı qismində sidik, uşaqlıq boynu, uretra, uşaqlıq yolundan alınmış sekret tədqiq olunur. Ureaplazmoz zamanı bakterioloji tədqiqat yüksək spesifikliyə malikdir (100%). Klinik nümunələrdə maye mühitdə ureazanın təyininə əsaslanan test (rəngli test) aparılır, növbəti mərhələdə bərk mühitdə kulturallaşdırılır. Maye mühitdə artan ureaplazmalar sidik cövhərini karbon qazına və ammonyaka parçalayır, mühitin reaksiyası turşudan

qələviyə doğru çevrilir, nəticədə indikatorun rəngi limonu-sarı rəngdən yaşıl rəngə, mikrobun yüksək konsentrasiyasında göy rəngə dəyişir.

Müalicə. Genital mikoplazmalarla əlaqədar olaraq baş və rən iltihabi xəstəliklərin müalicəsində aşağıdakı preparatlar tətbiq olunur:

- Azitromisin – birdəfəlik doza 1,0 q olmaqla gündə 1 dəfə daxilə;
- Doksisiklin – 100 mq gündə iki dəfə 7 gün daxilə.

Alternativ sxemlər:

- Eritromisin – 500 mq gündə 4 dəfə 7 gün ərzində daxilə;
- Eritromisin-etilsuksinat – 800 mq gündə 4 dəfə 7 gün ərzində daxilə;
- Ofloksasin – 200 mq gündə 2 dəfə 7 gün ərzində daxilə;
- Levofloksasin – 500 mq gündə 1 dəfə 7 gün ərzində daxilə.

Mikoplazma infeksiyası trixomoniazla birgə rast gəldikdə antibakterial müalicə sxeminə trixopol (müalicə kursu 5,5 q) daxil edilməlidir. İmmunomodulyatorların, xüsusilə interferon preparatlarının tətbiqi (viferon, genferon, reaferon və s.) müalicənin effektini artırır.

Hamiləliyin birinci üç aylığında antibiotiklərin təyini əks göstərişdir. Hamiləlik dövründə eritromisin 500 mq gündə 4 dəfə 7 gün; azitromisin 1,0 birdəfəyə daxilə; jozamis 750 mq gündə 2 dəfə daxilə təyin olunur.

Beləliklə, genital mikoplazmaların iltihabi xəstəliklərin və sindromların inkişafında roluna dair biliklərin təkmilləşdirilməsi düzgün müalicə üsullarının işlənilməsinə xidmət edə bilər.

3.3.7. Qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi

Vərəm ümumi infeksiya xəstəlik olmaqla xroniki gedişata malikdir. Törədici vərəm mikobakteriyasıdır (*Mycobacterium tuberculosis*). İlk dəfə vərəmin törədicisini Robert Kox 1882-ci ildə aşkar etmişdir. Bu bakteriya azacıq əyilmiş formadadır, turşuya və spirtə davamlıdır. Vərəm xəstəliyinin inkişafı üçün tək

vərəm mikrobakteriyasının orqanizmə daxil olması kifayət etmir, eyni zamanda orqanizmin reaktivliyini zəiflədən amillər onun inkişafında (pis qidalanma, əlverişsiz məişət şəraiti, infeksiya xəstəlikləri və s.) böyük rol oynayır.

Orqanizmdə ilkin vərəm mənbəyi ağciyərlərdə, böyrəklərdə, oynaqlarda, bağırsaqlarda, limfa düyünlərində mövcud ola bilər və oradan da qadın cinsiyyət orqanlarına hematogen, nadir halda limfogen yol ilə keçə bilər. Qadın cinsiyyət orqanlarının vərəmi çox az hallarda kanalikulit yolu ilə baş verir, peritondan infeksiya cinsiyyət orqanlarına keçə bilər. Tibb elminin inkişafına baxmayaraq, bu gün də bütün dünyada vərəm xəstəliyi artmaqdadır, xüsusi ilə də həyat tərzində aşağı səviyyədə olan ölkələrdə bu xəstəliyə daha tez-tez rast gəlinir.

Genital vərəmin strukturunda birinci yeri uşaqlıq borusu vərəmi (90-100%), ikinci yeri endometrium vərəmi (25-30%) tutur. Vərəm prosesinə yumurtalıqlar (6-10%), uşaqlıq boynu (1-6%) və nadir hallarda xarici cinsiyyət üzvləri cəlb olunur. Vərəm prosesinə məruz qalmış üzlərdə bu infeksiyaya xas olan spesifik dəyişikliklər baş verir. Xəstəliyin birinci mərhələsində toxumalarda proliferativ dəyişikliklər olur və bunun nəticəsində vərəm qranuloması və ya qabarcıq əmələ gəlir. İkinci əsas xüsusiyyət ondan ibarətdir ki, toxumalarda kalsinasiya ilə yanaşı, kəsmiyə-oxşar kazeozun əmələ gəlməsidir və nəhayət, üçüncü xüsusiyyət onun xroniki gedişatıdır.

Genital vərəmin təsnifatı. Cinsiyyət orqanlarının vərəmi bir neçə formaya bölünür:

1. Azsimptomlu forması – bu zaman patoloji prosesə periton cəlb olunmur.
2. Yarımkəskin gedişatlı forması – ekssudativ-proliferativ dəyişikliklər müşahidə olunur, patoloji prosesə periton cəlb edilir.
3. Ağır forması – xəstəlik kəskin keçir, üzlərdə kazeoz dəyişiklikləri nəticəsində pelvioperitonit və ya yayılmış ekssudativ vərəm mənşəli peritonit inkişaf edir.
4. Başa çatmış vərəm kapsula formasında olan kirəcləşmiş ocaqların əmələ gəlməsidir.

Klinik gedişatı. Əsasən genital vərəm 20-30 yaşlarda olan qadınlarda müşahidə olunur, bəzən isə xəstəliyin ilk simptomları özünü cinsi yetişkənlik dövründə büruzə verir.

Qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi xroniki olur. Çox zaman cinsi həyat başladıqdan sonra vərəmin kəskinləşməsi baş verir. Xəstənin hərarəti yüksəlir, qarının aşağı nahiyyəsində, bəldə ağrı- lar olur, aybaşı pozulur, leykositoz, EÇR artır, pelvioperitonit və hətta yayılmış peritonit baş verir. Cinsiyyət üzvlərinin vərəmində yuxarıda göstərilən simptomlarla yanaşı, xəstələrdə iştahasızlıq, tez yorulma halları, taxikardiya, yuxusuzluq və gecələr tərləmə- nin olması qeyd olunur. Genital vərəmin xarakter simptomu bi- rincili sonsuzluqdur. Belə xəstələrdə cinsi əlaqədən sonra, fiziki gərginlikdə, soyuqdəymədə ağrılar çoxalır. Bəzən qızlarda ağrı- nın olması aparıcı simptom olur.

Genital vərəmli qadınlarda aybaşının pozulması endomet- riumun zədələnməsindən və yumurtalıqların fəaliyyətinin pozul- masından asılıdır.

Aybaşının pozulması hipomenstrual sindrom, menometrorra- giya, birincili və ikincili amenoreya kimi olur. Sonsuzluğa səbəb uşaqlıq borusunun və yumurtalıqların iltihabı ilə yanaşı intoksika- siya da olur.

Vulvanın vərəmi. Vərəmin bu forması nadir hallarda müşa- hidə olunur (0,5-2%). Spesifik xoralar klitor və kiçik cinsiyyət dodaqlarında yerləşir və çox ağrılı olur.

Uşaqlıq yolunun vərəmi ağrılı xoralarla müşahidə olunur. Çox zaman xoralar uşaqlıq yolunun arxa tağında və arxa divarında lokalizasiya olunur.

Uşaqlıq boynunun vərəmi. Spesifik proses endometriumdan servikal kanala yayıldıqda inkişaf edir, bəzən spesifik proses uşaq- lıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə də keçir. Güzgülərlə baxış zamanı uşaqlıq boynunun ödemi, xarici dəlik nahiyyəsində xoranın olması aşkar olunur. Xoranın kənarları didilmiş, dibi sarı-bozum- tul ərplə örtülmüş olur. Belə xoralara əl dəydikdə qanayır (kontakt qanaxma). Uşaqlıq boynundan spesifik proses uşaqlıq yolunun selikli qişasına və tağlara keçir.

Uşaqlıq artımlarının vərəmi. Uşaqlıq borularının vərəmi adətən ikitərəfli olur. Uşaqlıq boruları vərəmlə zədələndikdə borunun selikli qişası qalınlaşır və onun daxilində miliar qabarcıqlar əmələ gəlir. Borunun mənfəzində ekssudat toplanır, selikli qişanın epitelində proliferasiya və deskvamasiya aşkar edilir. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində uşaqlıq borusunun əzələ və seroz qatı vərəmlə zədələnmir. Vərəm salpinqiti sağalma və yaxud xəstəliyin proqressivləşməsi ilə nəticələnə bilər.

İltihabi prosesin yayılması müxtəlif yollarla baş verir. Boruların ampulyar hissəsində obliterasiya baş verdikdə proses əzələ qatına, qonşu periton qatına yayılır, mezosalpinqit və perisalpinqit inkişaf edir. Vərəm inkişaf etdikdə vərəm qabarcıqlarının kazeoz dağılması baş verir və borunun mənfəzi kazeoz kütlə ilə dolur. Uşaqlıq borusunda obliterasiya baş verdikdə borunun mənfəzində olan kazeoz kütlə toplanır və boru düzgün olmayan ovoid formada olur. Kazeoz kütlə duru və ya bərk konsistensiyalı olur. Spesifik proses limfogen və ya boru boyunca bağırsaqlara, sidik kisəsinə, çanaq peritonuna yayılır. Cinsiyyət üzvlərinin vərəmi 70% halda peritonun vərəmi ilə birgə baş verir. Bu zaman proses bitişmələr və çapıq xarakteri daşıyır və assitlə müşayiət olunur. Ağır hallarda uşaqlıq borusunun divarı dağılır və boru-bağırsaq, boru-sidiklik fistulası inkişaf edir.

Vərəm prosesinə məruz qalmış boruda bəzən birincili xərçəng inkişaf edə bilər.

Yumurtalıqların vərəmi. Vərəm prosesi uşaqlıq borusundan yumurtalığa limfogen və ya hematogen yolla keçir. Xəstəliyin iki forması müşahidə olunur: vərəm perioforiti və ooforiti. Yumurtalıqların vərəmi, adətən sağalma ilə müşahidə olunur. Əlverişsiz şəraitdə proses inkişaf edir, hematogen yolla və ya yumurtalıq boyunca yayılır.

Uşaqlığın vərəmi. Əsasən spesifik proseslə endometrium zədələnilir. Selikli qişada spesifik düyünlər əmələ gəlir. Belə düyünlər kazeoz əriməyə məruz qalır, bəzən isə prosesin dayanması ilə başa çatır.

Selikli qişanın funksional qatı zədələndikdə, bəzən ola bilsin ki, sağalma baş verə bilər. Buna səbəb aybaşı zamanı funksional

qatın soyulmasıdır. Selikli qışanın bazal qatının və əzələ elementlərinin zədələnməsində sağalma uzanır. Bəzən prosesin dayanması nəticəsində sağalma baş verir.

Uşaqlığın selikli qışasında spesifik xoralar nadir hallarda müşahidə olunur. Uşaqlığın həcmi böyüyür. Servikal kanal zədələndikdə və onun bitişməsi baş verdikdə, piometrium inkişaf edir, həcmi 2-3 aylıq hamiləliyə uyğun gəlir. Nadir hallarda parametriumda vərəm prosesi inkişaf edir.

Diaqnozun qoyulması. Vərəmin diaqnozu çox mürəkkəbdir. Diaqnoz anamnezin, obyektiv ginekoloji müayinənin və xüsusi, əlavə müayinə üsullarının əsasında qoyulur (histerosalpinqografiya, ağciyərlərin və qarın boşluğunun rentgeni, aybaşı qanının, uşaqlıq yolundan və servikal kanaldan götürülən ifrazatın seroloji və bakterioloji, uşaqlıq boşluğunun qaşınması nəticəsində alınan biopstatın histoloji müayinəsi və s.). İmmunofərment müayinə, polimeraz zəncirvari reaksiya (PZR) nəticəsində diaqnozu daha dəqiq qoymaq olar. Xəstənin yaşına fikir vermək lazımdır, adətən genital vərəm cavan qadınlarda (20-30 yaş) müşahidə olunur. Anamnez toplandıqda bəzən xəstənin birincili vərəm keçirdiyi aşkar edilir. Ginekoloji müayinədə artımlar palpasiya olunur. Onlar ağrılı, sərt konsistensiyalı, qeyri-hamar olur, kiçik çanaqda bitişmələr müşahidə olunur. Uşaqlığın həcmi bir qədər böyük olur. Cinsiyyət üzvlərinin vərəminin yayılmış formasında, rektovaginal müayinədə, ağrısız iltihabi konqlomerat aşkar olunur. Bu konqlomeratlar uşaqlıq cisminin, artımların, böyük piyliyin, bağırsaq ilgəklərinin arasında olan bitişmələr nəticəsində əmələ gəlir. Çox zaman belə iltihabi konqlomeratlar aşkar olunduqda yanlış olaraq fizioterapevtik müalicə təyin olunur və bu da prosesin kəskinləşməsinə səbəb olur. Əgər qız uşaqlarının (cinsi həyatı olmayanlarda) şikayəti qarnın aşağı hissəsində olursa və cinsiyyət orqanlarının anatomiyası pozulubsa (bitişmə nəticəsində), belə halda xəstədə vərəm prosesinin olub-olmamasını yoxlamaq lazımdır. Cinsiyyət üzvlərinin vərəminə xas olan əsas xüsusiyyət ilk aybaşının (*menarxe*) gecikməsi, eləcə də aybaşı tsiklinin pozulmasıdır: amenoreya, hipomenoreya, opsomenoreya kimi pozul-

malar müşahidə olunur. Çox zaman vərəm prosesi özünü amenoreya ilə büruzə verir. Bəzən də elə olur ki, hətta vərəmin ağır formasında belə (kazeoz forması) aybaşı tsikli pozulmur.

Xəstəliyin diaqnozunun qoyulmasında laborator müayinə üsullarından istifadə edilir. Endometriumdan götürülən qaşıntının vərəm mikobakteriyasına əkilməsi, onun histoloji və sitoloji müayinələrin aparılması diaqnozun qoyulmasında böyük rol oynayır.

Aybaşının 1-2-ci günündə aybaşı qanının müayinəsi aparılır. Bəzən əks göstəriş olmadıqda, aybaşıya 1-2 gün qalmış, amenoreyalarda isə istənilən vaxt uşaqlıq boşluğu qaşınır və qaşıntı histoloji müayinə olunur. Əgər endometriumun qaşınmasına əks göstəriş varsa, belə halda onun aspirasiyası aparılır. Artımlar nəhiyəsində törəmə aşkar olunduqda, uşaqlıq yolunun arxa tağının punksiyası vasitəsilə möhtəviyyat (seroz maye və ya irin) alınır və punktat vərəm çöplərinə müayinə olunur.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün tuberkulin sınağından istifadə olunur. Dəri altına 20 və ya 50 TB tuberkulin yeridilir, ümumi və ocaqlı reaksiya qiymətləndirilir. Ümumi reaksiya bədən hərarətinin qalxması ($0,5^{\circ}\text{C}$ artıq qalxması), nəbzin tezləşməsi (100 və artıq), qanda limfositlərin, monositlərin, neytrofillərin və EÇR artması ilə özünü büruzə verir. Ümumi reaksiyanın olması vərəm prosesinin lokalizasiyasından asılı olmur. Ocaqlı reaksiya xəstənin qarnının aşağı hissəsində olan ağrılarla, daxili müayinədə isə artımların ağrılı və ödemli olması ilə izah olunur. Tuberkulin sınağının aparılması şəkərli diabetdə, aktiv vərəm prosesində, qaraciyərin və böyrəklərin fəaliyyətinin pozulmasında əks göstərişdir.

Tuberkulin sınağı aparıldıqdan 24-48 saat sonra baş verən reaksiya qiymətləndirilir.

Bir sıra hallarda laparoskopiya zamanı kiçik çanaq üzvlərində spesifik dəyişikliklər aşkar olunur. Uşaqlığı və uşaqlıq borusunu örtən visseral peritonda vərəm düyüncükləri, bitişmə prosesi, kazeozlu üzvlər aşkar olunur.

Genital vərəmin diaqnozunun qoyulmasında histerosalpinqografiyanın böyük rolu var. Rentgenoqramda vərəmə xas olan

əlamətlər aşkar olunur. Uşaqlığın cismi bitişmələr nəticəsində yana əyilməsi, uşaqlıq daxilində sinexiyaların olması, uşaqlıq boşluğunun obliterasiyası, uşaqlıq borusunun konturlarının aydın olmaması, distal şöbənin genişlənməsi, divertikulu, kistoz genişlənməsi, rigidliyi, kalsinatların əmələ gəlməsi aşkar olunur. Histerosalpinqoqrafiya iltihabi prosesin kəskin əlamətləri olmadıqda aparılır. Bəzən diaqnoz diaqnostik laparoskopiyada qoyulur.

Müalicə. Genital vərəmin müalicəsi ixtisaslaşmış xəstəxanalarda, dispanserlərdə və sanatoriyalarda aparılmalıdır. Müalicə kompleks şəkildə aparılır. Vərəm əleyhinə təyin olunan preparatlarla yanaşı orqanizmin müqavimətini artıran dərmanlar, vitaminlər, yaxşı qidalanma, istirahət və göstərişdən asılı olaraq cərrahi əməliyyatdan da istifadə olunur. Müalicənin əsasını vərəm əleyhinə olan 3 dərman preparatı təşkil edir.

ÜST (Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı) verdiyi tövsiyələrə əsaslanaraq müalicə sxeminin birinci (əsas) sırasına rifampisin (450-600 *mq/s*), streptomisin (0,5-1 *mq/s*), izoniazid (300 *mq/s*) aiddir.

Əgər bu qrup preparatlara mikroblar davamlıdırsa, belə halda aminoqlikozid təyin olunur (kanamisin 1000 *mq/s*, aminoksin 10-15 *mq/kq*). Ftorxinolonlardan ofloksasin (200-400 *mq/s*) və lomefloksasin (400 *mq*) sutkada 2 dəfə təyin edilir.

Son illər klinik praktikadan çıxarılan paraaminsalisat turşusuna (400 *mq*, sutkada 3 dəfə), tsikloserinə (250 *mq*, sutkada 2 dəfə), etionamidə (500-750 *mq/kq* sutkada), protionamidə (500-750 *mq/s*) geniş yer verilir.

Müalicə kompleksinə antioksidantlar (tokoferol asetat, tiosulfat natrium), immunomodulyatorlar (metilurasil, levamizol, ronkoleykin), B qrup vitaminləri, askorbin turşusu daxildir. Cərrahi əməliyyat ciddi göstərişlər olduqda aparılır. Konservativ müalicənin effektsizliyi, tuboovarial iltihabi törəmələrin, bitişmələrin olması, fistulaların əmələ gəlməsi cərrahi əməliyyata göstərişdir. Infeksiya orqanizmdə qaldığı üçün, cərrahi əməliyyat xəstəliyin tam müalicəsini təmin etmir. Ona görə də əməliyyatdan sonra xəstələrə kimyəvi terapiya təyin olunmalıdır. Xəstəliyin kəskin əlamətləri keçdikdən sonra xəstələrə hidrokortizonla fonoforez,

sinusoidal cərəyan təyin etmək olar. Reabilitasiya məqsədi sanitar-kurort müalicəsi təyin olunur.

Profilaktikası. Vərəmin spesifik profilaktikası həyatın ilk günlərindən aparılır. Bu məqsədlə yenidoğulmuşlara BCJ vaksinası yeridilir.

Revaksinasiya 7, 12, 17 yaşlarda Mantu reaksiyası kimi aparılır. Vərəmin digər profilaktikası aktiv vərəmi olan xəstələrin izolyasiya olunması, onların yaşayış və əmək şəraitinin yaxşılaşdırılmasıdır.

3.3.8. Sifilis

Sifilis (*Syphilis*) dərin, selikli qışaları, daxili orqanları, sümükləri və sinir sistemini zədələyən infeksiya zöhrəvi xəstəlikdir. Xəstəliyin adı XII əsr şairi C.Frakastoronun poemasının qəhrəmanı çoban Sifilusun adı ilə bağlıdır.

Etiologiyası. Xəstəliyin törədicisi solğun Treponemlərdir (*Treponema pallidum*). Bu mikroorqanizmləri 1905-ci ildə parazitoloq Schaydinn və veneroloq Hoffmann kəşf etmişlər. Solğun trepanemlər *Spiracetalis* sırasına, *Treponamaceae* nəslinə və *Treponema* Schaudini ailəsinə mənsubdur. Solğun treponemlər başqa spiroxetlərdən fərqli olaraq anilin boyaları ilə zəif rəngləndiyindən mikroskop altında nazik solğun dalğavari sap şəklində görünür (şəkil 3.21).



Şəkil 3.21. Solğun treponemlərin mikroskopik şəkli

Mikroorqanizmlər 6-14 mkm uzunluqda, eni 0,25-0,3 mkm olub, 8-12 həlqəvari qıvrımlara malikdir. Treponemlər çox hərəkətli olub, öz oxu ətrafında, irəliyə yanlara doğru əyilə bilir. Elektron mikroskopik tədqiqatlar nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, treponemlər xaricdən üçqatlı hüceyrəüstü üzlüklə əhatə olunmuşdur. Bu üzlük treponemləri xarici zədələnmədən və dərmanlardan mühafizə edir. Üzlükdən sonra ikinci üçqatlı xarici pərdə və növbəti üçqatlı sitoplazma membranı mikroorqanizmi xarici təsirlərə davamlı edir. Treponemlər adətən yarıya bölünməklə (30-33 saatdan bir) çoxalır. Bölünmə nəticəsində xırda hüceyrələr 20-30 dəqiqədən 2 saata qədər yetkin treponemə çevrilir. Bu mikroorqanizmlər əlverişsiz şəraitdə T-sist və L-formaya çevrilir.

Treponemlər aşağı temperaturu yaxşı keçirir. Belə ki, -3°C -də 3 gün həyat fəaliyyətini, $-70-78^{\circ}\text{C}$ -də virulentliyini saxlayır. $40-42^{\circ}\text{C}$ -də tezliklə, 55°C -də 15 dəqiqə ərzində, 100°C -də isə dərhal məhv olurlar. 70%-li etil spirti, 1:500 civə, 2%-li xlorid məhlulu treponemləri bir neçə dəqiqə ərzində məhv etsə də, 1:1000 kalium-permanqanat, salvarsan, sulfidin bu mikroorqanizmlərə təsir etmir.

Xəstəliyin yoluxma mənbəyi xəstə insandır. Sifilis cinsi (*per vaginum*, *per rektum*, *per os*), məişət, transfuzion, ana südü, transplasentar yolla keçir. Dovşanlar üzərində eksperimental tədqiqatlar sübut etmişdir ki, solğun treponemlər zədələnməmiş dəri və selikli qişalardan keçə bilmir.

Yoluxma dərinin kiçik genital və ekstragenital zədələri vasitəsilə, yaxud selikli qişaların epitelisinin xoralı bərk şankrı, cinsiyyət üzvlərinin, ağız boşluğunun, dəri və selikli qişalarındakı xoralı düyüncükləri ilə, treponemlərlə zəngin enli kondilomalarla kontaktı zamanı baş verə bilər.

Klinika. Xəstəliyin inkubasion dövrü 3-4 həftədir. Inkubasion dövrədən sonra ***birincili sifilis (Lues I)*** inkişaf edir. Bu dövr 6-7 həftə davam edir və birincili sifiloma – bərk şankrın əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bərk şankr dərinin, yaxud selikli qişanın səthi zədəsi olub, dairəvi formada, bərk konsistensiyalı, kənarları bir qədər qalxmış, hamar səthli, ağrısız, cüzi seroz ifrazata malik olan törəmədir.

Şankr solğun treponemlərin orqanizmə daxil olduğu yerdə əmələ gəlir (fransızların obrazlı ifadələrinə görə, “sifilisdə ilk növbədə günah edilən nahiyyə cəzalandırılır”).

Bərk şankrın ölçüsü bir neçə millimetrdən bir neçə santimetrə qədər çatır. Bəzən şankrın səthi ağ-sarı ərplə, nadir hallarda qartmaqla örtülür. Əgər şankrın üzərində qara rəngli qartmaq əmələ gəlsə və qopmursa buna **qanqrenoz şankr** deyilir. Qanqrenoz şankr bir sıra ağır xəstəlikləri olan (diabet, vərəm, xərçəng, nar-komaniya və s.) adamlarda baş verə bilər. Atipik şankrlara indu-rativ ödem aiddir: cinsiyyət dodağı şişir, bərk konsistensiyalı olur, sıxdıqda çuxur əmələ gəlmir, subyektiv əlamətlər olmur.

Sifilitik şankrlar adətən qadınlarda böyük və kiçik cinsiyyət dodaqlarında, uşaqlıq yolu dəhlizində, aralıqda, anal dəlik nahiyəsində, nadir hallarda uşaqlıq boynunda yerləşir. Ümumiyyətlə, şankrlara bədənin istənilən yerində rast gəlmək olar: dodaqlarda, ağız bucaqlarında, sinədə, qarnın aşağısında, qasıqda və s. Badam-cıqlarda inkişaf edən sifilitik şankrlar ağrısız, hərarətsiz angina şəklində təzahür edir.

Bərk şankrın əmələ gəlməsindən bir həftə sonra regional limfa düyünləri böyüyür. Birincili dövrün sonunda orqanizmdə bütün limfa düyünləri böyümüş olur. Birincili sifilis öz növbəsində *birincili seroneqativ* və *birincili seropozitiv* olmaqla təsnif olunur. Birincili seroneqativ sifilisdə standart seroloji reaksiyalar (məsələn, Vasserman reaksiyası) mənfi olur. Birincili seropozitiv sifilisdə (bərk şankrın əmələ gəlməsindən 1-2 həftə sonra) seroloji reaksiyalar müsbət olur.

Birincili dövrün sonunda bədən hərarəti yüksəlir, ümumi həl-sizlik, baş ağrısı yaranır, şankr yeni epitellə örtülür.

İkincili sifilis (Lues II). İkincili sifilis xoranın əmələ gəlməsindən 4-10 həftə sonra (yoluxmadan 2-4 ay sonra) başlanır. Bu dövr klinik olaraq bütün bədəndə, ovuc və ayaq altında solğun səpkilərlə (sifilidlər) xarakterizə olunur. Səpkilər 3 tipdə olur: rozeolyoz, papulyoz və pustulyoz (şəkil 3.22). Rozeolyoz səpkilər açıq-çəhrayı rəngdə olur; onlar birləşməyə meyilli olmur, qabıqlanmır, adətən boyun nahiyəsində lokalizə olunaraq “Veneranın boyunbağısı” adlandırılır.

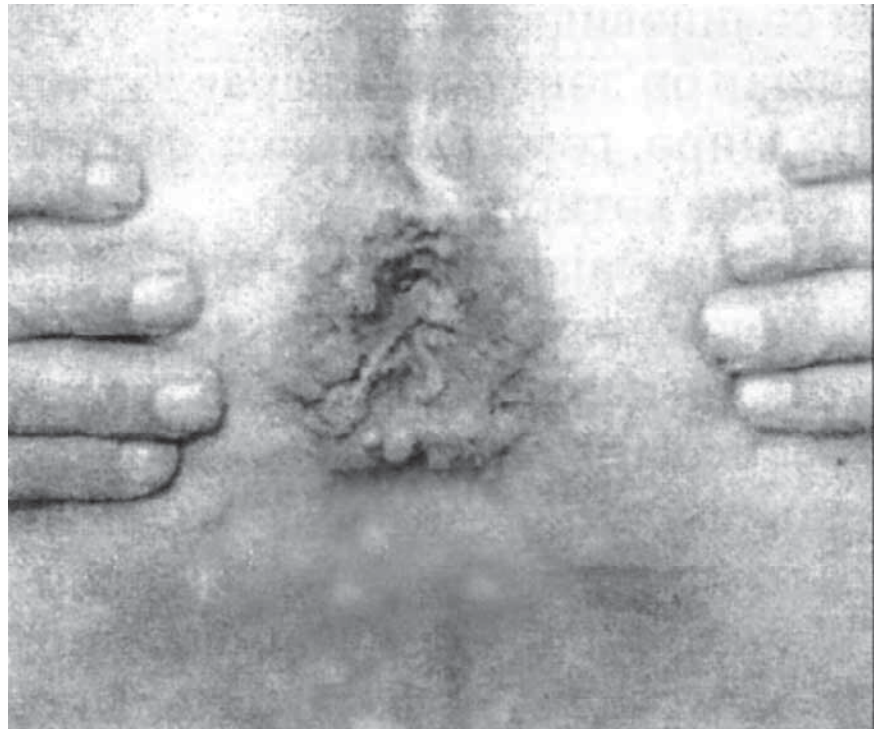


Şəkil 3.22. Rozeola, papula

Papulyoz səpkilər tünd-qırmızı rəngdə olub, bərk konsistensiyalıdır. Onlar sinədə, ovucda, ayaqaltında, başın tüklü hissəsinin sərhədində (“Veneranın tacı”), anal dəlik, cinsiyyət üzvləri nahiyyəsində olur (şəkil 3.23, 3.24).



Şəkil 3.23. Ovuc içərisində papulalar



Şəkil 3.24. Anusətrafi enli kondilomalar

Pustulyoz səpkilərin əsası bərk olur və quruduqda qabıq əmələ gəlir. Pustulyoz sifilidlər ən çox immun müdafiəsi zəif olan şəxslərdə (vərəm, malyariya, alkoqolizm) inkişaf edir. Bəzən pustulyoz səpkilər ümumi zəiflik, baş ağrıları, bədən hərarətinin yüksəlməsi, bədən çəkisinin azalması ilə müşayiət olunur. Bütün limfa düyünləri böyüyür. İkincili sifilis kəskinləşmə və remissiyanın növbələşməsi şəklində təzahür edir. Bu zaman saçların tökülməsi (“sifilitik keçəlləşmə”), hətta kirpiklərin, qaşların tökülməsi baş verir. 1-2 aydan sonra tüklərin inkişafı bərpa olur, zədələnmiş kirpiklərin tökülməsi və yenidən artması onların müxtəlif uzunluqda olmasına səbəb olur (Pinkus əlaməti). Bu mərhələdə həmçinin cinsiyyət üzvlərində və anal dəlik nahiyəsində enli kondilomalar əmələ gəlir.

Üçüncülü sifilis (Lues III). Üçüncülü sifilis infeksiyalasmadan 4-5 il sonra baş verir. Adətən üçüncülü sifilis nadir hallarda müalicə olunmamış şəxslərdə rast gəlinir. Bu dövrdə selikli qişaların, dərinin, sümüklərin, oynaqların sinir sisteminin, daxili üzvlərin, hiss üzvlərinin, gözlərin zədələnməsi baş verir. Dəridə və selikli qişalarda müxtəlif ölçülü xoralaşmağa meyilli törəmələr əmələ gəlir. Əgər törəmələrin ölçüləri kiçikdirsə, onda qabarcıqlı sifilis başa düşülür. Qabarcıqlar, təxminən noxud böyüklüyündə, palpasiyada bərk, tünd-qırmızı rəngdə olur. Onlar bir-biriləri ilə birləşmirlər, uzun müddət qalırlar, sıxlaşıb itir, yaxud xoralara çevrilirlər. Əgər qabarcıqlar iridirsə (qummalar), buna *qummoz sifilis* deyilir. Qummalar tək hallarda dermada, yaxud hipodermada yerləşir, bərk konsistensiyalı, tünd-qırmızı rəngli, ölçüləri qoz böyüklükdə olur. Çox hallarda qummalar dağılaraq xoralara çevrilir, sonra çapıqlaşır. Burun arakəsməsinin selikli qişası zədələndikdə az ağrılı göy-qırmızı rəngli bərkləşmə əmələ gəlir. Bu bərkləşmə sahələri qısa müddətdə xoraya çevrilir, qığırdaq və sümük toxumasını dağıdır (“yəhərvari burun”). Burun arakəsməsindəki dəyişikliklər tənəffüs, nitq pozğunluqları törədir, qida qəbulunu çətinləşdirir.

Klinik olaraq qummoz sifilisin aşağıdakı formaları ayırd edilir: təcrid olunmuş qummalar; qummoz infiltratlar; fibroz qummalar (“oynaqətrafı düyünlər”).

Qırtlağın üçüncülü sifilidləri perixondritə, səs tellərinin zədələnməsinə səbəb olur (yuxulu, xırıltılı səs, afoniya). Dilin üçüncülü sifilidləri məhdudlaşmış və yaxud diffuz qummoz infiltrasiya şəklində rast gəlinir. Diffuz qummoz lossitdə dil şişir, qırmızı-göyümtül rəngdə olur, asanlıqla travmaya məruz qalır, büküşlər hamarlaşır, dil az hərəkətli olur. İnfiltrat sorulduqdan sonra dil büzüşür, əyilir və hərəkətini itirir.

Üçüncülü sifilisdə sümüklər və oynaqalar daha çox zədələnir. Gecələr baldır nahiyyəsində, kəllə, döş sümüyü, körpücük sümüyü, dirsək sümüyü, burun sümüklərində ağrılar baş verir.

Gizli sifilis. Gizli sifilis (*syphilis latens*) xroniki gedişə malik olur. Seroloji reaksiyaların müsbət olmasına baxmayaraq sifilisin klinik əlamətlərinə rast gəlinmir. Qanın müayinəsində (RİF) yüksək titrlərlə (1:120; 1:160; 1:320) müşayiət olunur.

Üçüncülü sifilis uzun illər davam edə bilər. Müalicə olunmamış bəzi xəstələrdə infeksiyalaşmadan 10-20 il sonra sifilisin gec formaları – neyrosifilis və visserosifilis inkişaf edir.

Neyrosifilisin klinik olaraq aşağıdakı formaları ayırd edilir:

- mərkəzi sinir sisteminin sifilisi;
- periferik sinir sisteminin sifilisi;
- sifilisdə funksional sinir və psixi təzahürlər.

Visserosifilis zamanı daha çox funksional yüklənən daxili orqanlar (ürək, ağciyərlər, qaraciyər, mədə) zədələnir. Yuxarıda qeyd olunanlardan məlum olur ki, sifilisin klinik gedişi mərhələlərlə davam edir. Lakin son zamanlar müəyyən olunmuşdur ki, sifilis səciyyəvi mərhələsiz gedə bilər. M.V.Miliç müəyyənləşdirmişdir ki, belə xəstələr yoluxmadan xeyli sonra təsadüfən seroloji reaksiyaların müsbət olması əsasında aşkar olunur. Belə sifilis *naməlum sifilis* adlanır. Sifilisin gedişində M.V.Miliç daha bir maraqlı məsələni öyrənmişdir. Seroloji reaksiyalar əsasında müəyyən edilmişdir ki, bir çox ailələrdə ərlə arvaddan biri aktiv yoluxucu sifilislə xəstə olduğu halda, normal cinsi və məişət əlaqələrinə baxmayaraq, o birisi və uşaqlar sağlam qalır. Alimin fikrincə, xəstənin bədənində və ətraflarında rozeola və quru düyüncüklər varsa və yoluxma baş vermirsə, bu, treponemlərin mikrobioloji

xüsusiyyəti, dəri örtüyünün selikli tamlığının pozulmaması, orqanizmin immun qabiliyyətinin qənaətbəxş olması ilə izah olunur. Belə ki, solğun treponemlər anaerobdurlar, onlar zədələnmə ocaqlarında hüceyrələrin üzərində deyil, içərisində yaşayırlar. Solğun treponemləri tapmaq üçün hüceyrələrarası maye lazımdır.

Anadangəlmə sifilis (*syphilis congenita*). Anadangəlmə sifilis zamanı yoluxma xəstə anadan baş verir. Solğun treponemlər döl orqanizminə cift vasitəsilə hamiləliyin 10-cu həftəsində 3 yolla keçə bilər:

- göbək ciyəsi venasından;
- göbək ciyəsi damarlarındakı limfatik yarıqlardan;
- zədələnmiş ciftdən.

ÜST-in təsnifatına əsasən:

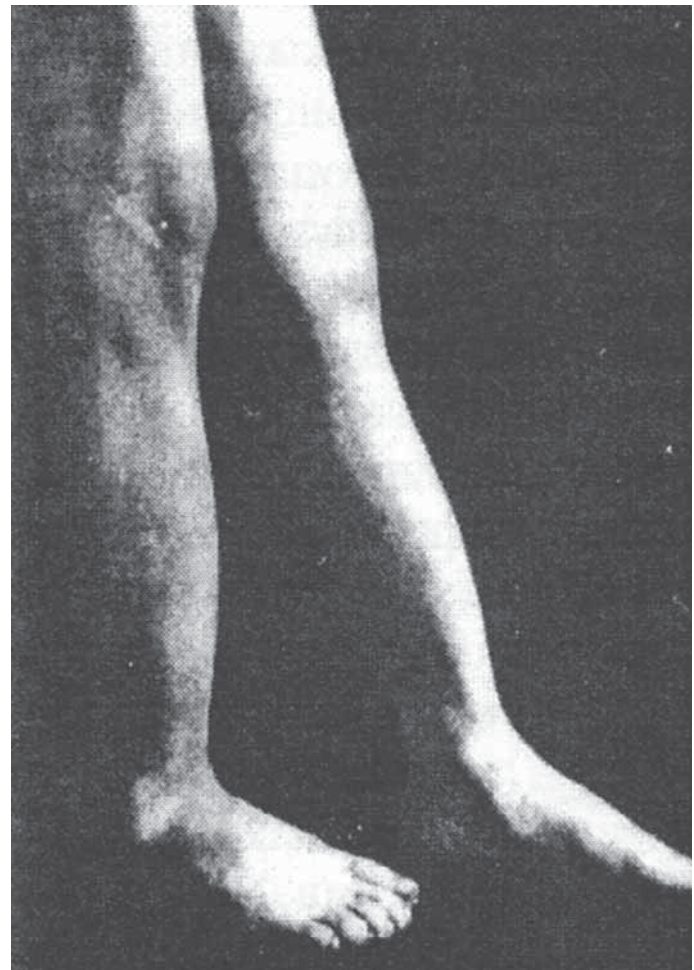
- erkən anadangəlmə sifilis (2 yaşına qədər olan uşaqlarda);
- erkən anadangəlmə gizli sifilis (klinik əlamətlər olmadan qanın və onurğa beyni mayesinin seromüsbət reaksiyaları);
- gecikmiş anadangəlmə (2 yaşından sonra);
- anadangəlmə gizli sifilis (klinik əlamətlər olmadan qanın müsbət seroloji reaksiyaları və onurğa beyni mayesinin normal tərkibi).

Erkən anadangəlmə sifilis, öz növbəsində, dölün sifilisi; süd-əmər yaşda sifilis; erkən uşaq yaşında sifilis şəklində təsnif edilir. Dölün sifilisi hamiləliyin 6-7 ayında dölün bətn daxili ölümü ilə nəticələnir. Aktiv sifilis elementləri ilə doğulan uşaqlar həyat qabiliyyətinə malik olmur və tez ölürlər. Dölün sifilisinin klinik əlamətləri aşağıdakılardır: döl az kütləlidir, çirkli-sarı rəngdə, maserasiyalı olur, yenidoğulmuş “qoca görkəm” malik olur, daxili orqanlar (qaraciyər, dalaq, ağciyərlər) böyüyür, bərk konsistensiyalı olur. Süd-əmər yaşda sifilis ilk 3 ayda dəri, selikli qişaların, bütün daxili orqanların, sinir sisteminin, sümük sisteminin zədələnmə əlamətləri ilə müşayiət olunan ağır xəstəlikdir. Xəstə uşaqların başı normadan böyük olur. Dərisinin nazikliyindən varikoz damarlar aydın görünür. Dərialtı piy təbəqəsi nazik olduğundan onlarda yataq yaraları əmələ gəlir. Ətraflarda, sağrılarda, üzdə ləkəli-düyüncüklü səpkilər olur: ağız və anal dəliyin ətrafı

finda sulanan düyüncüklərə rast gəlinir. Yenidoğulmuşların ağız ətrafında ağ radial çapıqlar (Robinson-Furnye çapıqları), “yəhərvəri burun” arakəsməsi olur. Sifilitik rinitdə burundan irinli-qanlı ifrazat gəlir. Yenidoğulmuşun sifilitik osteoxondriti zamanı patoloji proses uzun borulu sümüklərdə epifizlə diafiz arasında baş verir. Erkən anadangəlmə sifilisdə Vasserman reaksiyası, immuno-flüoressensiya reaksiyası müsbət olur.

Erkən uşaq yaşında sifilis müxtəlif klinik əlamətlərə malik olur. Dəri və selikli qişalarda düyüncüklər əmələ gəlir. Robinson-Furnye çapıqları, periostitlər, falangitlər, sümüklərin qummaları, orxitlər, qaraciyər və dalağın zədələnməsi rast gəlinir. Sinir sisteminin zədələnməsi zehni zəiflik, epileptik tutmalar, hidrocefaliya, hemiplegiya, meningitlər şəklində təzahür edir. Seroloji reaksiyalar müsbət olur.

Gecikmiş anadangəlmə sifilisin ehtimal olunan əlamətləri aşağıdakılardır: qabarcıqlı – xoralı sifilidlər və qummalar; dodaqların ətrafında və çənədə radial çapıqlar; sifilitik xorioretinit; sağrıyabənzər kəllə; “yəhərvəri burun”; “qılincabənzər” baldırlar (şəkil 3.25); diz oynaqlarının simmetrik sinovitləri, həmçinin digər xəstəliklərdə rast gəlinən distrofiyalar aşkar edilir. Bu distrofiyalara hündür sərt damaq; infantil çeçələ barmaq, döş sümüyünün xəncərəbənzər çıxıntısının olmaması, yuxarı kəsici dişlərin aralı olması; “olimp alını”; alın və təpə qabarıqlarının böyük olması; hipertrixoz; körpücük sümüyünün döş sümüyü ucunun qalınlaşması (Avsitidiyski simptomu) aiddir.



Şəkil 3.25. Gecikmiş anadangəlmə sifilis zamanı “qılincvari baldır”

Gecikmiş anadangəlmə sifilisin patognomik əlamətləri Hetçinson triadası ilə müşayiət olunur: *parenxitamoz keratit* (buynuz

qişanın qızarması, bulanması, fotofobiya, gözün yaşarması, görmənin zəifləməsi); *spesifik labirintit* (qulaqlarda küy, sonradan labirintin sümük hissəsinin periostiti və eşitmə sinirinin zəifləməsi nəticəsində eşitmənin tam itməsi və s.), *Hetçinson dişləri*. Gecikmiş anadangəlmə sifilis hallarının 70-80%-də seroloji reaksiyalar müsbət olur (şəkil 3.26).



Şəkil 3.26. Hetçinson dişləri

Diagnostika. Sifilisin diaqnostikasında xüsusi anamnez məlumatları və obyektiv müayinədən başqa aşağıdakı laborator üsullar mövcuddur:

- 1) bakterioskopik müayinə;
- 2) qanın seroloji müayinəsi;
- 3) onurğa beyin mayesinin müayinəsi.

Bakterioskopik müayinə qaranlıq sahədə hərəkətli treponemlərin birbaşa vizualizasiyasına əsaslanır. Birincili sifilisdə müayinə materialı kimi xoralı düyüncük elementlərinin ifrazatı, regional limfa düyünlərinin punktata, ikincili sifilisdə dəri, selikli qişaların zədələnmə nahiyyələrinin ifrazatı, anadangəlmə sifilisdə amnion mayesi tədqiq edilir. Mikroskopiya zamanı müxtəlif istiqamətdə hərəkət edən treponemlər aşkarlanır. Sifilis törədicilərini digər treponemlərdən fərqləndirən cəhət törədicinin orta hissəsinin yastı olmasıdır (“ütülənmiş”).

Gizli sifilisdə, yaxud sifilisin gecikmiş mərhələlərində seroloji reaksiyaların mühüm əhəmiyyəti vardır. Bu üsullara ekspress,

Vasserman reaksiyası, solğun treponemin immobiliziyası reaksiyası (STİR), immunoflüoresensiya reaksiyası (İFR), immunoferment analiz (İFA), immunoblotinq, polimeraz zəncirvari reaksiyası (PZR) aid edilir.

Ekspress üsulda plazmaya antigen emulsiyası əlavə edildikdə ağ çöküntü şəklində presipitat alınır. A.Wasserman, A.Neisser, C.Bruk (1906) özlərinin adlandırdığı klassik komplementin birləşmə reaksiyasının əsasını fransız alimləri Borde və Janqunun (1901) fikirlərinə istinad edərək qoymuşlar. STİR köməyi ilə sifilisə tutulmuş xəstələrin qan zərdabında spesifik anticisimləri tapmaq mümkün olur. Bu reaksiyada xəstənin qan zərdabını sifilislə yoluxdurulmuş ada dovşanının cinsiyyət üzvündən alınmış suspenziya ilə qarışdırdıqda komplementin iştirakı ilə anaerob şəraitdə treponemlər hərəkətsiz qalaraq immobilizasiya olunur.

İFR – xəstələrin qanında sifilis əleyhinə anticisimlərin aşkarlanmasıdır. Reaksiyanın mahiyyəti ondan ibarətdir ki, qlobulinlə asan birləşə bilən flüoressein- izosionat adlı boyaq əvvəlcədən antigenlə əşya şüşəsinə fiksə edilir. Əgər tədqiq olunan zərdabda anticisim varsa, onda əmələ gəlmiş antigen – anticisim kompleksi – immunoflüoresensiya mikroskopunda işıqlanma sahələri şəklində görünür. Bir sıra xarici ölkə alimləri İFR üsulu ilə onurğa beyni mayesinin tədqiqinin mümkünlüyünü qeyd etmişdir.

İFA spesifikliyinə görə İFR-dən geri qalsa da, həssaslığına görə yuxarıdakı sınağı ötür. Immunoblotinq sınağı qanda IgG, IgM anticisimlərin təyininə əsaslanır. Immunoblotinq zamanı *T.pallidum* elektroforezə məruz qalır. Reaksiyanın gedişində işarələnmiş fermentlər, yaxud radioaktiv maddələrdən istifadə olunur. PZR sifilis törədicilərinin DNT-ni aşkar edir. Bu metod DNT sayının amplifikasiyasına əsaslanır.

Sifilisdə onurğa beyni mayesinin tədqiqi zamanı sitoz, zülal tərkibi, Pandi və Nonne-Apelt qlobulin reaksiyaları öyrənilir. Seroloji laboratoriyada likvorun durulaşması ilə Vasserman reaksiyası, kolloid qızılla Lanqe reaksiyası, STİR, İFR reaksiyaları tətbiq olunur.

Onurğa beyni mayesinde minimal patoloji dəyişikliklər aşağıdakılardır: zülal 0,4%-dən, sitoz – 1 mm^3 8 hüceyrə; qlobulin reaksiyaları (Nonne-Apelt reaksiyası ++, Pandi reaksiyası +++); Lange reaksiyası – işarələnmədən 2-dən çox 2-nin olması; Vasserman reaksiyasının müsbət olması.

STİR və İFR vasitəsilə onurğa beyni mayesinin tədqiqi neyrosifilisin diaqnostikasında çox əhəmiyyətlidir.

Müalicə. Sifilisin müalicəsi dəri-zöhrəvi dispanserlərində aparılır.

Müalicə məqsədilə ambulator şəraitdə bisillin 1, 3, 5 uyğun olaraq 1200000 TV, 1800000TV və 150000 TV həftədə 2 dəfə 4 inyeksiya şəklində tətbiq olunur. Benzilpencillin (retarpen, ekstensillin, prokain penisillin) birdəfəyə 2400000 TV dozada ikimomentli üsulla təyin edilir. Stasionarda penisillin natrium, yaxud kalium duzlu – 400000 TV dozada gündə 8 dəfə – 14 gün təyin edilir, yaxud novokain duzlu penisillin 600 000 TV dozada gündə 2 dəfə 14 gün təyin edilir.

Sifilisli xəstə ilə əlaqədə olan şəxslər aşkarlanmalı və klinik-seroloji müayinədən keçirilməlidir.

Gizli gecikmiş sifilisdə bismut preparatların tətbiqi yaxşı effekt verir. Bioxinol müalicənin əvvəlində 2 *ml*-dən başlayaraq 40-50 *ml*-dək vurulur. Penisillionoterapiya zamanı ximotripsin 5 *mq* gündə 2 dəfə tətbiq edilir. Sifilisin üçüncü dövründə, onun gecikmiş hallarında, habelə adi müalicə nəticəsində sifilitik infiltratlar gec sorulduqda, sümük ağrılarında yod preparatları (3-4-5%-li kalium-yodid, 5%-li yodun spirtli məhlulu) işlədilir.

Penisillinə qarşı allergiyası olan xəstələrdə müalicə eritromisin, tetrasiklin, doksisisiklin preparatları ilə aparılır. Sifilisin qeyri-spesifik müalicəsində piroterapiya, vitaminoterapiya (vitamin C, nikotin turşusu, riboflavin turşusu, tiamin xlorid, piridoksin hidroxlorid, ATF, əzvay, şüşəyəbənzər cisim, immunomodulyatorlar və s.) tətbiq edilir. Müalicə dövründə desensibilizəedici terapiyanın aparılması vacib hesab edilir.

Hamilələrdə sifilisin spesifik müalicəsində penisillin 400000 TV 8 saatdan bir 14-16 gün, yaxud bisillin – 1, 3, 5 1200000 TV,

1800000 TV, 1500000 TV həftədə 2 dəfə №7, gizli sifilisdə isə 28 gün tətbiq edilir. Peninsillinoterapiya ilə yanaşı teonikol 0,15 dozada daxilə qəbul edilir.

Anadangəlmə sifilisin profilaktikası məqsədilə hamilələr iki dəfə seroloji müayinədən keçirilməlidir: hamiləliyin I yarısında və hamiləliyin II yarısında. Anadangəlmə sifilisli uşaqların müalicəsi stasionarda benzilpenisillinin natrium, yaxud novokainli duzu ilə 1 kq kütləyə 100000 BV başlanğıc dozada xüsusi sxemlər üzrə aparılır.

Sifilisdə sağalmanın kriteriləri yaxın terapeutik nəticələrin: solğun treponemlərin tapılmaması, infeksiya prosesin elementlərinin itməsi, seroloji analizlərin mənfi olması, neyrosifilisin müalicəsindən sonra onurğa beyin mayesi tərkibinin normal olmasıdır.

Sifilisin profilaktika tədbirlərinə müalicə-diaqnostika, dispanser, epidemiya əleyhinə, hüquqi, həmçinin dövlət tədbirləri aiddir. Xəstəliyin sosial zərərini nəzərə alaraq ictimai və şəxsi profilaktika vacibdir.

3.3.9. Virus xəstəlikləri

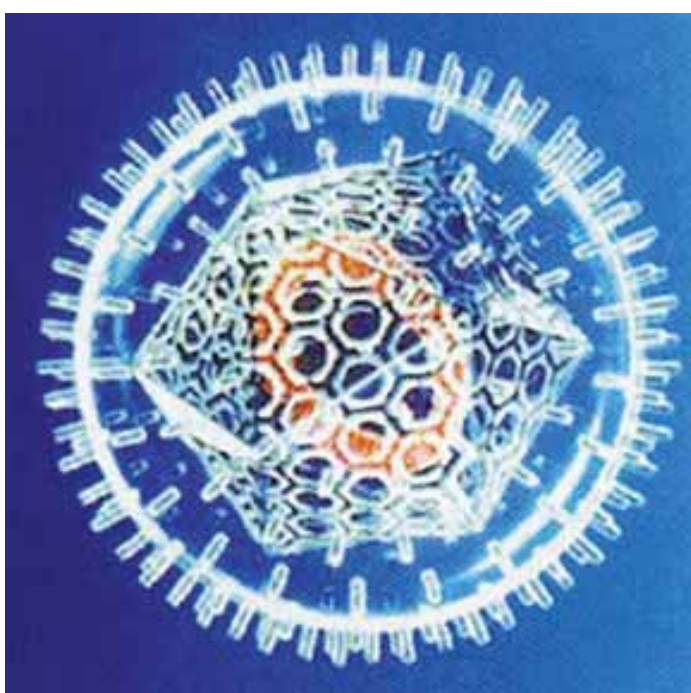
Viruslar uşaqlıq yolunun, vulvanın, uşaqlıq boynunun xəstəliklərini törədir. Virusların bəzi növləri cinsiyyət sisteminin yuxarı şöbəsinə keçərək iltihabi prosesə səbəb ola bilər. Cinsiyyət üzvlərinin virus infeksiyaları adətən latent formada keçir, lakin hamiləlik dövründə ağırlaşmalara səbəb olur. Cinsiyyət üzvlərinin yerli zədələnmələri və virusemiya zamanı törədicinin dölə keçmə riski yüksəkdir. Nəticədə döldə inkişaf anomaliyaları əmələ gəlir. Bəzi viruslar (məsələn, sitomeqalovirus, hepatit B virusu) hamilə olmayan qadınların cinsiyyət üzvlərində nəzərə çarpacaq dəyişikliklər törətməsə də, hamiləlik dövründə dölün zədələnmə təhlükəsi yaranır. Sadə herpes virusu hamiləlikdən əvvəl, həmçinin hamiləlik dövründə reproduktiv orqanların qabarıq şəkildə zədələnməsi ilə müşayiət olunur.

Virusların invaziyası həmişə orqanizmdə ümumi və toxuma reaksiyası (destruktiv proseslər, iltihabi reaksiya) törətmir. Virus etiologiyalı iltihabi proseslər kəskin, xronik və latent formada

təzahür edə bilir, residivlərə meyilli olur. Residivlərin başvermə səbəbləri endogen və ekzogen amillərlə (həddindən artıq soyuq, həddindən artıq qızdırılma, ultrabənövşəyi şüalanma, stress şəraiti, ümumi xəstəliklər və s.) izah olunur. Virusların regional limfa düyünlərində persistensiyası residivlərə səbəb ola bilər.

Sadə herpes virusu. Son illər əhali arasında herpes infeksiyasının səviyyəsi artmışdır. Amerikalı tədqiqatçıların məlumatlarına görə ABŞ-da 30 mln. yaşlı insan residivləşən genital herpesdən əziyyət çəkir və təxminən 500 000 yeni yoluxma halları qeydə alınır. Analoji vəziyyətə İsveçrə, Almaniya, Fransa, İtaliya, Kanada, Avstraliya və Yeni Zelandiyada rast gəlinir. Genital herpesə inkişaf etmiş ölkələrdə rast gəlinsə də qeydə alınmır. Çoxları belə hesab edirlər ki, bu, adi infeksiyadır. Bir sıra tədqiqatçıların fikrincə, bəzi Afrika və Asiya ölkələrində genital herpeslə xəstələnmə halları ona görə təhlükəlidir ki, həmin ölkələrdə cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi xoralaşma ilə müşayiət olunduğundan insan immun çatışmazlığı virusunun yayılma ehtimalı çoxdur.

Xəstəliyin etiopatogenezi. Cinsiyyət üzvlərinin herpetik xəstəliklərinin törədicisi sadə herpes virusudur (SHV). SHV-nin 2 növü vardır: SHV-1 və SHV-2. SHV-1, əsasən, uzun dərisinin selikli qişasını (“dodaqda uçuq” və s.) zədələyir. Qadın cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsinin 80%-i SHV-2-nin üzərinə düşür. Lakin bəzi hallarda cinsiyyət üzvlərində SHV-1, yaxud üz nahiyyəsində SHV-2 aşkar edilə bilər (qarışıq infeksiya, oral seks, yaxud gigi-



Şəkil 3.27. Sadə herpes virusu

yena qaydalarının pozulması). SHV-1 və SHV-2 genomu 50% hallarda homoloji olsa da virusların seroloji xassələri müxtəlifdir. Sadə herpes virusunun genomu ikispirallı DNT saplarından ibarətdir. Virusun xarici səthi lipid tərkibli qişa ilə örtülmüşdür. İkiqatlı lipid qişası ilə kapsid arasında virus zülallarından ibarət başqa bir qişa da mövcuddur (şəkil 3.27).

Virusun replikasiyası nüvə və sitoplazma fazalarından ibarətdir. Replikasiyanın erkən mərhələləri virus qışasının hüceyrənin membranı ilə birləşməsi, sonradan nukleokapsidin hüceyrənin sitoplazmasına keçidi, nukleokapsidin parçalanması və virusun DNT-nin çıxması ilə səciyyələnir. Virus genomunun replikasiyasından və struktur zülallarının sintezindən sonra hüceyrənin nüvəsində nukleokapsidlərin yığılması baş verir. Bəzi hüceyrələrdə virusun replikasiyası zamanı nüvədə iki tip cisimciklər formalaşır: virus DNT-yə malik A tipli bazofil cisimciklər (Felgen-müsbət) və virus zülalından azad olan eozinofil cisimciklər. Bu virionlar endoplazmatik şəbəkə və lövhəyəbənzər kompleks ilə hüceyrənin səthinə yayılır. SHV dəri və qışalardan daxil olaraq hissi sinir ucları ilə xüsusi virus reseptorları ilə tutulur. Sinirin aksonuna daxil olduqdan sonra qanqliyaların dorzal köklərində latent vəziyyətdə qalırlar. SHV üçün latentlik və neyrovirulentlik xasdır.

SHV adətən sinir hüceyrələrində yaşayır. Virus soyuğun təsirinə davamlıdır. Lakin 50°C-dən yüksək temperaturda 30 dəqiqə müddətində, 37°C temperaturda (20 dəqiqədə) tələf olur. Virus metal səthlərdə (qapı dəstəklərində, su kranlarında və s.) 2 saat, nəm mühitdə uzun müddət (quruyana qədər) qala bilər.

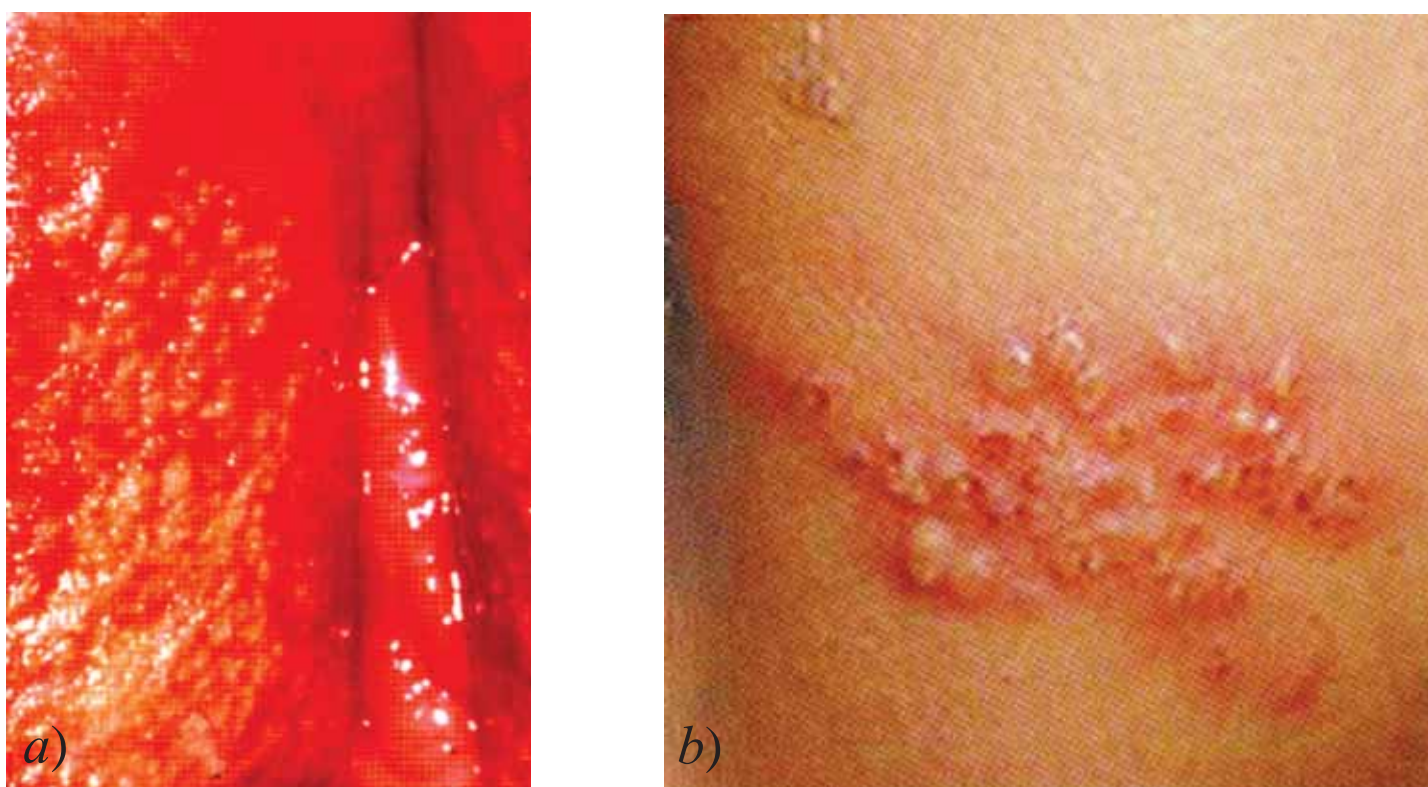
Herpes xəstənin immun sistemində dağıdıcı təsir göstərərək, ikincili immunodefisit yaradır. Residivləşən genital herpes pasiyentlərin normal cinsi həyatını pozaraq sinir-psixi pozğunluq yaradır. Xəstəlik adətən cinsi yolla (genito-genital, oral-genital, genito-anal, oral-anal) keçir. Yoluxma mənbəyi genital herpesli xəstə, yaxud virusgəzdircidir.

Klinika. Genital herpesin aşağıdakı klinik növləri ayırd edilir:

- Birincili
- İkincili
- Residivləşən

Birincili infeksiya o deməkdir ki, insan ilk dəfə sadə herpes virusuna yoluxur və onun qanında SHV-ə qarşı anticisimlər olur. Birincili infeksiya simptomuz, yaxud simptomlarla keçir. Xəstəliyin ümumi klinik əlamətləri qızdırma, baş ağrısı, halsızlıq

və mialgiyadır. Yerli əlamətlərə qaşınma, ağrı, dizuriya, uşaqlıq yolundan ifrazat, dəri və selikli qişalarda herpetik sərgilər, qasıq limfadenopatiyası aid edilir (şəkil 3.28). Bu əlamətlər 2-3 həftə davam edir. Bəzi hallarda təcili hospitala yerləşdirməyə göstəriş olan ağırlaşmalar – oma radikulopatiyası, ağır aseptik meningit və ya disseminə olunmuş infeksiya inkişaf edir.



Şəkil 3.28. Herpes zamanı səpkilər:

- a) böyük cinsiyyət dodaqlarının dərisində herpetik səpkilər;
- b) budun içəri səthinin dərisində herpetik səpkilər

İkincili infeksiya. İkincili infeksiya zamanı xəstələrin qanında herpes virusuna qarşı anticisimlər aşkarlanır. Bu mərhələdə klinik simptomlar birincili herpesə görə zəif olur. Xəstəlik 15 gündən sonra sağalır. Xəstə 8 gün ərzində ətrafdakıları yoluxdura bilər. Residivləşən formada xəstədə genital herpesin simptomları ilə yanaşı qanda reaktivləşən virus tipinə qarşı anticisimlər olur. Xəstəlik çox hallarda simptomuz gedişə malik olduğundan diaqnoz yalnız həssas kultural və tipospesifik seroloji metodların köməyi ilə qoyulur. Xəstələrin 50%-də qaşınma, ağrı, dizuriya və limfa düyünlərinin ağrılı olması müşahidə olunur. Residivləşən herpesin inkişafında orqanizmin həddindən artıq soyuması, immunoloji reaktivliyin zəifləməsi, abortlar, uşaqlıqdaxili spiralların mühüm rolu vardır. Genital herpes aşağıdakı klinik mərhələlərlə təzahür edə bilər (В.И.Козлова, А.Ф.Пухнер, 1995):

I mərhələ – xarici cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi;

II mərhələ – herpetik uretrit, kolpit, servisitlər;

III mərhələ – herpetik endometrit, sistit, salpingitlər.

Qadınlarda herpetik zədələnmə ən çox kiçik və böyük cinsiyyət dodaqları, vulva nahiyyəsi, klitor, uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynu nahiyyəsində baş verir. Herpetik qovuqcuqlar xarakterik politsiklik formaya malikdir. Qovuqcuqlar partladıqda səthi, qanamayan boz ərpli, kənarları qırmızı haşiyəli eroziya əmələ gəlir (şəkil 3.29). Herpetik xoralar çox ağrılı olur. Uşaqlıq boynunun zədələnməsi ödemləşmə, eroziyalarla müşayiət olunur. Xəstəliyin residivi ya spontan, yaxud cinsi əlaqədən sonra, yaxud aybaşından sonra baş verir.



Şəkil 3.29. Herpes zamanı xarici cinsiyyət üzvlərinin selikli qişasının xoralaşması

Genital herpes adətən digər infeksiyalarla müştərək gedir. Residivləşən herpes infeksiyası nəinki xarici cinsiyyət üzvlərinə, həm də uşaqlığın selikli qişasına, uşaqlıq artımlarına, uretraya və sidik kisəsinə yayılaraq spesifik zədələnmə törədir.

Residivləşən genital herpesin 4 forması ayırd edilir: manifest, atipik, atortiv, subklinik.

Manifest formada zədələnmə ocaqlarında tipik herpetik səpkilər olur.

Xəstəliyin daimi əlamətləri qovuqcuqlar, xoralar, ekssudasiyanın olması və xəstəliyin residivləşən xarakter daşınmasıdır. Genital herpesli xəstələr cinsiyyət üzvləri nahiyyəsində yandırma, ağrı hissi, qaşınmadan şikayətlənirlər. Zədələnmiş nahiyyə ödemləşir, hiperemiyalaşır, sonra həmin yerlərdə 2-3 mm ölçülü xırda qovuqcuqlar qrupu əmələ gəlir. Qovuqcuqların möhtəviyyatı sonradan bulanır, irinləyir. Bir neçə gündən sonra qovuqcuqlar yırtılır və yeri qabıqlanır, ikincili piqmentasiya ilə əvəz olunur.

Abortiv forma əvvəllər virusəleyhinə müalicə, yaxud vaksinoterapiya almış xəstələrdə rast gəlinir. Zədələnmə ocaqlarında qaşınma verən ləkələr, papulalar olur. 1-3 gündən sonra bu elementlər keçə bilər. Abortiv formalı genital herpesin eritematoz, papulyoz və prurikonevrotik növləri ayırd edilir.

Subklinik forma cinsi yolla keçən xəstəlikləri olan xəstələrdə, yaxud sonsuzluğu olan cütlüklərin müayinəsi zamanı aşkarlanır. Genital herpesin bu forması üçün mikrosimptomatika (xarici cinsiyyət üzvlərinin selikli qişalarında zəif qaşınma ilə müşayiət olunan qısamüddətli çatlar) olur, yaxud tamamilə simptomatika olmur.

Qadınlarda xəstəliyin residivləşən formasına tez-tez rast gəlinir. Xəstəliyin üzücü xarakteri qadınlarda psixoloji problemlər yaradır. Xəstələrdə depressiya, mənəvi ağırlıq, özlərinə hörmət hissənin itməsi baş verir, onları yoluxduran partnyora nifrət hissi yaranır. Qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox psixoloji narahatlıq baş verir. Bir çox mütəxəssislər hesab edirlər ki, streslər xəstəliyin residivini artırır. Lakin son illərin tədqiqatçıları sübut etməyə çalışırlar ki, tez-tez residivləşən herpesli xəstələrdə stress residivin katalizatoru yox, nəticəsidir.

Sadə herpes virusunun onkogen xassəyə malik olması da sübut edilmişdir. Hesab olunur ki, SHV uşaqlıq boynu xərçəngini törədə bilər.

D i a g n o s t i k a . Xəstəliyin diaqnozu klinik əlamətlərə və laborator müayinələrə əsasən qoyulur. Müayinə materialı kimi uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynu, uretradan götürülmüş yaxmalar, hüceyrə qaşıntıları, uşaqlıq boşluğundan alınmış aspirasiya mate-

rialı, vezikulların möhtəviyyatı, orqanizmin bioloji mayeləri (qan, sidik, göz yaşı və s.) tədqiq olunur.

Herpetik infeksiyanın laborator diaqnostikasında aşağıdakı metodlar tətbiq edilir:

a) sadə herpes virusunun virusoloji aşkar edilməsi və identifikasiyası;

b) molekulyar-genetik diaqnostika (PZR – polimeraz zəncirvari reaksiya);

c) SHV antigenlərinin təyini (komplementin birləşmə reaksiyası, neytrallaşma reaksiyası, passiv hemaqlütinasiya reaksiyası, radioimmun analiz reaksiyası, immunoferment reaksiyası);

ç) sitomorfoloji metod;

d) xəstələrin immun statusunun qiymətləndirilməsi.

Hər hansı diaqnostika metodunun seçilməsi xəstəliyin forma, klinik gedişindən və tibb müəssisəsinin imkanlarından asılıdır.

M ü a l i c ə . Cinsiyyət üzvlərinin herpes infeksiyasının müalicəsi ginekologiyanın problemlərindən biridir. Xəstəliyin residivləşməyə meyilli olması, cinsi partnyorların müalicə olunmaması səbəbindən reinfeksiyanın mümkünlüyü genital herpesin müalicəsini çətinləşdirir.

Antivirus preparatlar qismində asiklovir, valtreks, foskarnet və s. tətbiq olunur. Xəstəliyin kəskin mərhələsində asiklovir 200 *mq* gündə 5 dəfə, yaxud valtreks 500 *mq* gündə 2 dəfə 5-10 gün təyin edilir. Genital herpesin residivləşən formasında virusəleyhinə preparat 200 *mq* gündə 5 dəfə (2-3 həftə) və askorbin turşusu 1,0 *mq* gündə 2 dəfə 15 gün təyin edilir.

Disseminə olunmuş herpesdə (ensefalit, hepatit, pnevmoniya və s.) virusəleyhinə preparatlar vena daxilinə 5-10 *mq/kg* dozada 5-7 gün təyin edilir.

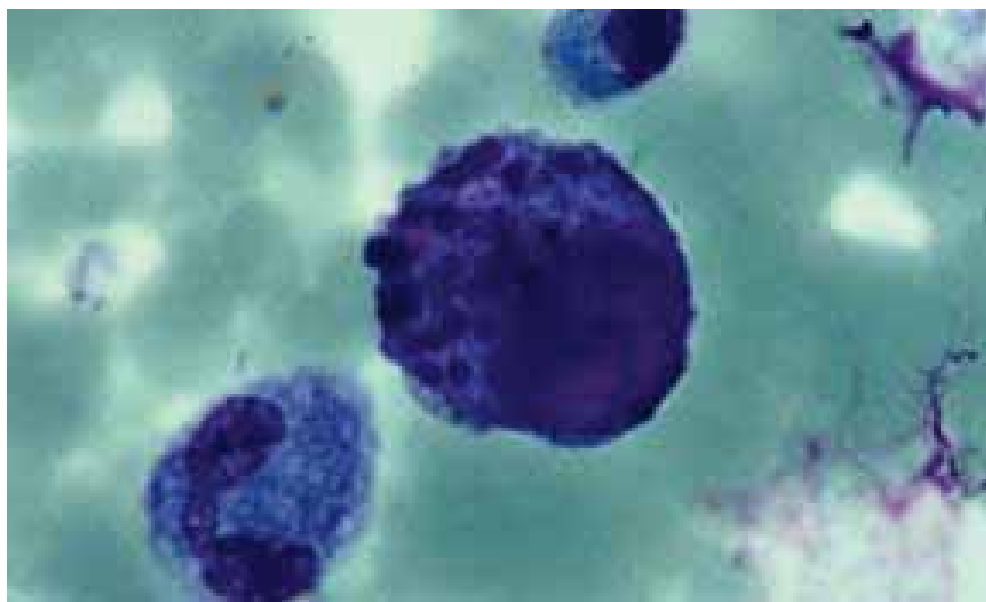
Herpes infeksiyasında hüceyrə və humoral immunitətdə baş verən çatışmazlıqla əlaqədar immunomodulyatorlar (T-aktivin, poludan, komedon, viferon, genferon, ridostin və b.) tətbiq edilir. Yerli müalicə xəstəliyin klinik əlamətlərini (qaşınma, yanğı hissi, ağrı, limfadenopatiya) azaldır. Bu məqsədlə “Meqazin”, “Alpirazin”, “Qossipol”, “Vira-MP” və digər məlhəmlər gündə 4-6 dəfə

zədələnmiş nahiyələrə sürtülür. Desensibilizəedici preparatlar və vitaminoterapiya müalicənin effektini artırır. Əgər hamiləlik dövründə disseminə olunmuş herpes infeksiyası aşkarlanarsa, asiklovirin ənənəvi dozalarda tətbiqinə icazə verilir. Genital herpesdə cinsiyyət üzvlərində səpkilər olduqda neonatal herpesin profilaktikası məqsədi ilə Kesar əməliyyatı məsləhət görülür. Hamiləlik-dənkənar vaxt xəstəliyin residivinin profilaktikası üçün ildə 2 dəfə herpetik vaksinasiya aparılır. Genital herpesin profilaktikasına infeksiya mənbəyinin (cinsi partnyorlar) aşkar olunması və vaxtında müalicə aparılması aiddir.

Sitomeqalovirus infeksiyası

Sitomeqaloviruslar (SMV) herpes viruslarına aiddir. Yoluxma ağız suyu, sidik, qan, servikal sekret, sperma, süd vasitəsi ilə baş verir. Xəstəlik uzun müddət (1 həftədən bir neçə ilədək) latent vəziyyətdə qala bilər: sitomeqalovirus infeksiyası residivlərə meyillidir. SMV qadınların 5-24%-də uşaqlıq boynunda aşkar olunur. Xəstəliyin ağır formasında mərkəzi sinir sisteminin zəifləməsinə, trombositopeniyaya, hepatitə, tez-tez pnevmoniyaya rast gəlinir. Hamiləlik vaxtı infeksiyalaşma döldə korluq, mikrosefaliya, karlıq, epilepsiya, serebral iflic, əzələ zəifliyi kimi patologiyalara gətirib çıxarır. SMV infeksiyası zamanı hamiləliyin başa çatdırılmaması, inkişafdan qalmış hamiləlik, ölüdoğulma baş verir. Infeksiya dölə qalxan yolla (uşaqlıq boynu kanalından, yaxud endometriumdan) ciftə keçir. SMV mayalanma vaxtı sperma vasitəsi ilə ötürülə bilər.

Xəstəliyin etiopatogenezi. Xəstəliyin törədicisi eyniadlı virus – *Cytomegalovirus hominis*-dir. SMV *Herpesviridae* ailəsinə aiddir. Virus yalnız insan orqanizmində, xüsusilə ağız suyu vəzilərində yaşayır. Virusə yoluxmuş hüceyrələr şişkinləşir, hüceyrə nüvəsində “bayquş gözü” formasında görünür, zədələnmiş hüceyrələrdə eozinofil törəmələr aşkarlanır (şəkil 3.30). Orqanizmə daxil olmuş sitomeqalovirus orqanizmdə persistensiya edərək ömür boyu qalır.



Şəkil 3.30. Sitomeqalovirus.

Klinika. Sitomeqalovirusun bir neçə forması mövcuddur:

- *Anadangəlmə sitomeqalovirus* xəstəliyin ən təhlükəli formasıdır. Bu klinik formada hətta özbaşına abort, yaxud dölün bətn daxili ölümü baş verməsə də, yenidoğulmuşun orqanizmində ciddi pozulmalar yaranır: qaraciyər, dalağın böyüməsi, daxili orqanlara qansızma, mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi baş verir.
- Sitomeqalovirus infeksiyasının *kəskin forması* cinsi yolla yoluxmadan, həmçinin infeksiyalaşmış donor qanının köçürülməsindən sonra inkişaf edir.
- Xəstəliyin *generalizə olunmuş forması* daxili orqanların zədələnməsi, sonradan yanaşı xəstəliklərin inkişafı ilə xarakterizə olunur.

Adətən xəstəlik praktik olaraq simptomuz keçir. İnkubasiya dövrü 20 gündən 60 günədək davam edir. Virus müxtəlif orqanların çoxsaylı zədələnmələrinə səbəb olur: SMV qaraciyər toxuması, böyrəküstü vəz, dalaq, mədəaltı vəz, böyrəklər, göz damarları, bağırsaqlar, baş beyin, periferik sinirləri zədələyir, həmçinin pnevmoniya, artritlər, ensefalit törədir. Sitomeqalovirus infeksiyasının belə təzahürü zamanı qulaqətrafı, çənəaltı ağız suyu vəzilərinin böyüməsi, dəri səpkiləri müşahidə olunur. Xəstəlik 2-6 həftə davam edir. İmmunitetin zəifləməsi, sitostatiklərin, immunodepressantların qəbulu, İİV-lə yoluxma, SMV-nin latent formadan kəskin formaya keçməsinə səbəb olur. Xəstəlik adətən KRX (kəs-

kin respirator xəstəlik) əlamətləri ilə – bədən hərarətinin yüksəlməsi, baş və əzələ ağrıları, zökəm, udlağın hiperemiyalaşması, ümumi zəiflik şəklində təzahür edir. Bəzən spesifik əlamətlər – boyun limfa düyünlərinin, qaraciyər, dalağın böyüməsi baş verir. Xəstəliyin klinik mənzərəsi mononukleoz, hepatit, miokardit, limfaqronulomatoz, limfadenopatiyaya oxşardır. Qadınlarda yanaşı olaraq cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi vulvovaginit, kolpit, endoservisit, uşaqlıq boynunun eroziyası, xroniki endometrit, adneksit şəklində təzahür edir. Ginekoloji müayinədə çox hallarda böyük və kiçik cinsiyyət dodaqlarının selikli qişasında olduqca kiçik ölçülü (1-2 mm) düyüncüklər aşkar olunur. Uşaqlıq yolunun selikli qişası hiperemiyalı, ödemli olsa da qanamır, üzəri ağ-mavi rəngli asanlıqla azad edilən ərplə örtülmüş olur. Laborator müayinə metodları olmadan cinsiyyət üzvlərinin sitomeqaliyası diaqnozunu qoymaq çətinlik törədir. SMV-nin kəskin formasından sonra astenizasiya, vegetativ-damar pozğunluqları baş verir. Sitomeqalovirus infeksiyasına qarşı immunitet yaranmadığından dəfələrlə residivlərə rast gəlinir.

D i a q n o s t i k a . Xəstəliyin diaqnozu klinik əlamətlərə, xüsusilə laborator müayinələrə əsasən qoyulur. Bioloji mayelərdə (qan, sidik, servikal sekret və s.) mikroskopiyada sitomeqaliyalı hüceyrələr təyin olunur. SMV diaqnostikasında kultural, komplementin birləşmə reaksiyası, neytrallaşma reaksiyası, birbaşa immunoflüoresensiya sınağı, immunoferment analiz, molekulyar-bioloji sınaqlardan (PZR, LZR) istifadə olunur.

M ü a l i c ə . Sitomeqalovirus infeksiyasının müalicəsi yalnız xəstəliyin anadangəlmə, kəskin və generəlizəolunmuş formasında aparılmalıdır. Spesifik virusəleyhinə olan preparatlar (asiklovir, zoviraks, virazol və s.) effektiv deyil. Çünki bu preparatlar xəstəliyin simptomlarını aradan qaldırsa da, infeksiyanı müalicə etmir, virus orqanizmdə uzun müddət qalır. Ona görə SMV infeksiyasının gizli formasında müalicə əhəmiyyətsizdir. Orqanizmin immun qabiliyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədilə timalin, T-aktivin, viferon, genferon, sikloferon, primavir, dekaris və digər preparatların tətbiqi müsbət effekt verə bilər. SMV infeksiyasının herpes, xلامي-

dioz, mikoplazmoz, süzənək və digər xəstəliklərlə müştərək rast gəlinəndi hallarda immunomodulyatorların tətbiqi vacibdir. Son illər venadaxili hiperimmun qamma-qlobulin preparatı – sitotekin, yaxud sandoqlobulin, pentaqlobulinin tətbiqi məsləhət görülür. SMV-nin əsasən uşaqlıq boynunda lokalizasiyası ilə əlaqədar 0,5-1%-li bonafton, 5%-li alpirazin, interferon tərkibli məlhəmlər tampon, yaxud islatma şəklində uşaqlıq yoluna yeridilir. Hamiləlik dövründə SMV-nin müalicəsində immun preparatlara nisbətən daha çox antioksidantlar, metabolik kompleksin (fol turşusu, pan-totenat-kalsium, vitamin E, riboflovin mononukleotid, riboksin) tətbiqi mamalıq ağırlaşmalarının azalmasına səbəb olur.

Xəstəliyin profilaktikası aşağıdakı prinsiplərə əsaslanır:

- viruslu xəstələr, yaxud virusgəzdircilərlə istənilən kontaktdan (məişət, cinsi) imtina etmək;
- şəxsi gigiyena və cinsi gigiyena qaydalarına riayət etmək;
- immunitet zəifliyi olan, xüsusilə virusla infeksiyalaşmış xəstələrdə immunokorreksiyaedici müalicə aparmaq;
- hamiləlik planlaşdırılan qadınlarda müvafiq müayinələrin (qanın, sidiyin, uşaqlıq yolunun yaxmasının, ağız suyunun analizi) aparılması.

Hal-hazırda sitomeqalovirus infeksiyasının spesifik profilaktik tədbirlərinin mövcud olmaması, virusun çox hallarda orqanizmdə persistensiya etməsi müalicəni çətinləşdirir. Bu məqsədlə interferon-terapiya, yaxud qeyri-spesifik immunomodulyasiyanın aparılması vacib hesab edilir.

İİV infeksiyası

İnsan immun çatışmazlıq virusu qazanılmış immun çatışmazlıq sindromunun (QİÇS) törədicisidir. QİÇS immun sistemin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Bu sindrom zamanı ikincili (opportunist) infeksiyanın qoşulması, şişlərin əmələ gəlməsi, yaxud mərkəzi sinir sisteminin progressivləşən zədələnməsi baş verir.

QİÇS 1981-ci ildə Atlantada (ABŞ) “pnevmoniya” diaqnozu qoyulmuş iki homoseksualist kişidə qeydə alınıb (Center Diseases

Control – CDC, USA). 1983-cü ildə İİV kəşf olunmuşdur. İİV-nin öyrənilməsində fransız alimi L.Montanye və amerikalı kolleqası R.Qallonun böyük xidmətləri olmuşdur. Hazırda dünyada QİÇS-ə yoluxmuş insanların sayı 40 mln.-dan çoxdur. Onların 18 mln.-u qadınlar, 3 mln.-u isə 15 yaşa qədər olan uşaqlardır. QİÇS-dən ölənlərin sayı 25 mln.-u ötür. 2009-cu ilin məlumatına əsasən Azərbaycanda 2034 İİV-li xəstə qeydə alınmışdır. Onlardan 261-ində QİÇS aşkar olunmuşdur.

Epidemiologiya. Yoluxma mənbəyi infeksiyalaşmış şəxs, yaxud virusgəzdirci olur. Virus əsasən qan, sperma, uşaqlıq yolu sekreti vasitəsi ilə ötürülür. Virusun yüksək konsentrasiyası serebrospinal mayədə aşkar olunur.

Xəstələrin $\frac{3}{4}$ -ü ən çox cinsi yolla yoluxur. Lakin virusun yalnız cinsi yolla deyil, həmçinin qanköçürmə, orqanların köçürülməsi, süni mayalanma, steril olmayan iynələrin, şprislərin, tibbi alətlərin istifadəsindən, dərinin tamlığını pozan manipulyasiyalardan sonra (pirsinq, bədənin döydürülməsi və s.) keçməsi mümkündür. Risk qrupunu homoseksualistlər (xüsusən passivlər), biseksualistlər, fahişələr, narkomanlar təşkil edir.

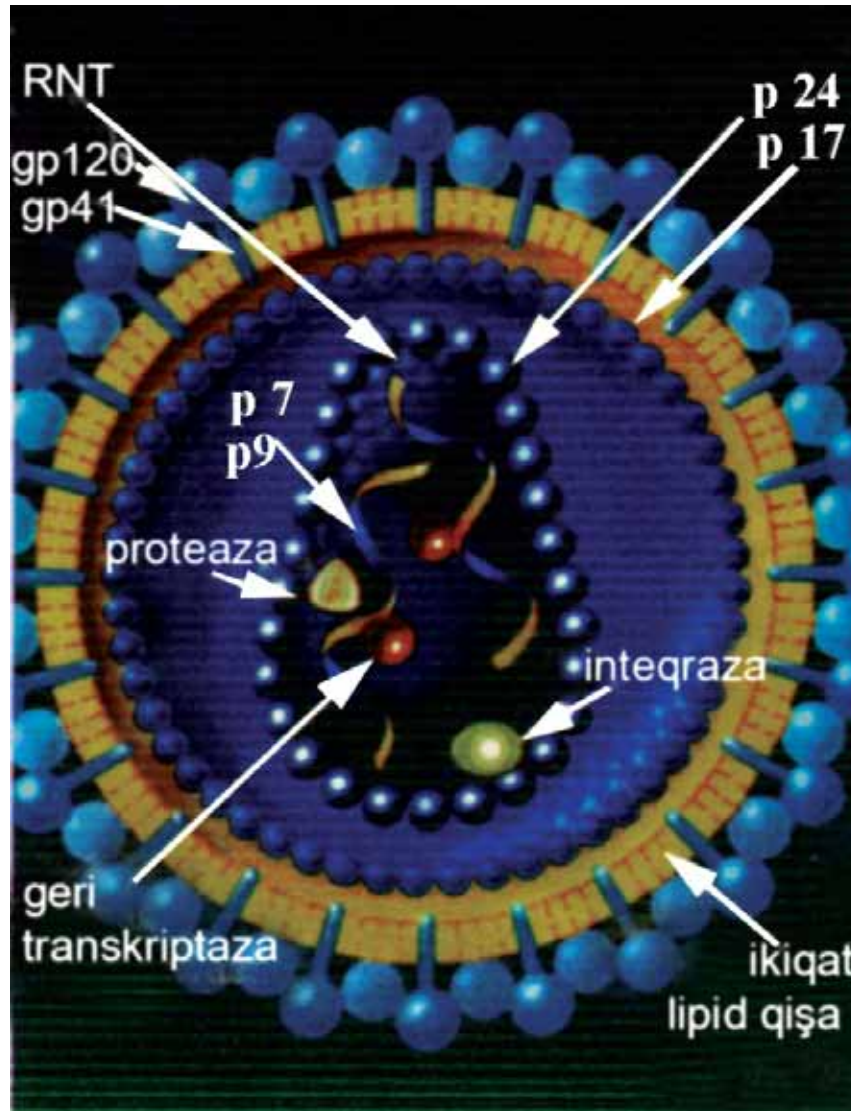
Qanköçürməyə ehtiyacı olan xəstələrdə (məsələn, hemofiliya) İİV-yə yoluxma ehtimalı çoxdur. Hərçənd ki, hazırda sübut olunub ki, qanın plazmasında və ondan hazırlanmış preparatların tərkibində virusu zərərsizləşdirmək mümkündür. Lakin hüceyrə formalı preparatlar (eritrositar kütlə, leykositlər, trombositlər), həmçinin infeksiyalaşmış donorun sümük iliği təhlükəli olaraq qalmaqdadır.

Yenidoğulmuşlar infeksiyalaşmış anadan doğuş zamanı, həmçinin transplasental yolla yoluxurlar. Bu səbəbdən adətən hamilələrə hamiləliyi süni yolla pozmaq təklif olunur. İİV adi kontakt, əllə görüşdükdə, infeksiyalaşmış xəstə ilə söhbət zamanı, öskürdükdə, xəstənin ümumi qab-qacaq, hamam əşyaları ilə kontaktı zamanı ötürülmür. İİV-in həşəratlar vasitəsilə keçməsi faktı təkzib olunmuşdur.

İİV infeksiyasının etiologiyası və patogenezi. Virus *Retroviridae* ailəsinə, *Lentivirus* yarım ailəsinə daxil edilmiş-

dir. İİV RNT tərkibli retroviruslara aiddir. Retrovirusları obrazlı olaraq “molekulyar quldurlar” adlandırırlar. İnsan immun çatışmazlıq virusunu digər retroviruslardan fərqləndirən cəhət əks transkriptaza fermentinin olmasıdır. Transkriptaza fermentinin sayəsində virus insan hüceyrələrinə daxil olur və öz genetik materialını sahib hüceyrələrin hesabına transformasiya edir. Yeni hüceyrələr artıq virus geninə malik olur.

İİV virusu çubuqşəkilli, yaxud nadir hallarda dairəvi formada olur, diametri 100-140 *nm*-dir (şəkil 3.31). Mikroorqanizmin xarici lipid qışası və nüvə proteidi (kaspid) vardır. Adları sadalananlar virus hissəciyinin mərkəzində olan ferment və zülallarla birləşmiş RNT-yə malikdir.



Şəkil 3.31. İnsan immundefisit virusu.

İİV azdavamlı mikroorqanizmdir. Məsələn, virus 3%-li H_2O_2 məhlulu, 0,5%-li formaldehid məhlulu, 3%-li xloramin məhlulu, efir, aseton, 70%-li spirt məhluluna həssasdır. İİV virulentliyi həmçinin spermisidlərin təsirindən zəifləyir. Virus 57°C-dən yuxarı

temperaturda tələf olur. İİV qurudulmağa davamlıdır (22°C temperaturda 4-6 gün ərzində infeksiyon xassə saxlanılır). Virus həmçinin ionlaşdırıcı və ultrabənövşəyi şüalanmaya davamlıdır.

İİV QİÇS sindromunun törədicisidir. Sağlam şəxslərdə hüceyrə immuniteti əsasən iki növ limfositlərlə tənzim olunur: T-4 limfositlər (T-helperlər), T-8 limfositlər (T-supressorlar). İİV T-4 limfositlərə, makrofaqlara, monositlərə tropdur. Virusun T-4 limfositlərdə parazitliyi gələcəkdə T-8 limfositlərin zədələnməsi və humoral immunitetin zəifləməsinə səbəb olur. İnkişaf etmiş immun çatışmazlıq vəziyyəti orqanizmin müxtəlif infeksiyon xəstəliklərə və şiş proseslərinə müdafiəsini azaldır.

İİV orqanizmin genetik aparatına sirayət edib orqanizmdə bütün həyat boyu qalıb heç bir əlamətlərlə təzahür etməyə bilər. Lakin aktiv fazaya keçdikdə hüceyrələrə dağıdıcı təsir göstərir.

Klinika. Xəstəlik aşağıdakı mərhələlərlə gedir:

I mərhələ – inkubasiya dövrü;

II mərhələ – birincili əlamətlər;

III mərhələ – ikincili əlamətlər;

IV mərhələ – zədələnmə mərhələsi.

Inkubasiya dövrü 3 gündən 3-6 ayadək, hətta 5 il və daha çox davam edir. İİV-yə yoluxmuş xəstələrin 10-30%-də 5 il ərzində QİÇS inkişaf edir, 25-50%-də QİÇS-ə bənzər kompleks (immun çatışmazlıq əlamətləri) müşahidə olunur. Digər xəstələrdə İİV əlamətsiz keçir (virusgəzdircilər).

II mərhələ 1,5 ay davam edir. Klinik olaraq hərarətin yüksəlməsi, limfa düyünlərinin (boyun, qoltuqaltı, qasıq), qaraciyər, dalağın böyüməsi, səpkilərin əmələ gəlməsi baş verir, diarreya, ensefalit inkişaf edir.

Tipik klinik əlamətlərin baş verməsindən qabaq başlanğıc əlamətlər: məsələn, generəlizə olunmuş limfadenopatiya (90% hallarda), dərinin irinli zədələnmələri, enterokolit, gecə tərləmələri, ağız boşluğunun selikli qişasında və dəridə ağ ləkələr müşahidə olunur. Xəstələr qızdırma, ümumi zəiflik, əzələ və oynaq ağrılarından şikayətlənirlər. Bu əlamətlər bir neçə gündən sonra özbaşına keçə bilər.

III mərhələ bir neçə aydan 8-10 ilə qədər davam edir. Bu mərhələnin xarakterik əlaməti limfadenomatoz və sinir sisteminin zədələnməsidir (sinir sistemi 90-95% hallarda, hətta immun çatışmazlıq olmadığı halda da zədələnməyə məruz qalır). İİV virusu baş və onurğa beyninə keçərək, onun morfoloji strukturunu dəyişir. Sinir hüceyrələrinə düşən virus ağ maddənin degenerasiyasını törədir. Nəticədə ensefalopatiya, meningit, ensefalit, mielopatiya, baş beynin ocaqlı zədələnməsi, parezlər, onurğa beyninin disfunksiyası nəticəsində ataksiya, nevropatiyalar, periferik simmetrik radikulit kimi xəstəliklər inkişaf edir. İİV yoluxmuş xəstələrin 60%-də demensiya qeydə alınır. İmmunoloji sınaqlarda T-4 limfositlərin sayının azalması və immunoqlobulinlərin səviyyəsinin artması, dəri-allergik sınaqların zəifləməsi baş verir.

IV mərhələ bir neçə aydan 3-5 ilədək davam edir. Bu mərhələdə immunitetin kəskin zəifləməsi müşahidə olunur: ağız boşluğunun residivləşən kandidozu, kəmərləyici herpes, piodermiya, furunkulyoz, daimi qızdırma – QİÇS-in tipik klinik mənzərəsini təşkil edir. QİÇS-in xarakterik klinik təzahür forması pnevmoniyadır (təngnəfəslik, hipoksiya, döş qəfəsində ağrı, öskürək). Ağciyərlərin rentgenoloji müayinəsində böyük ocaqlı infiltratlar görünür. Xəstəlik progressivləşir, tənəffüs çatışmazlığı və bronxospazm ilə müşayiət olunur. Pnevmoniyanın etiologiyasında 170-dən çox mikroorqanizmlərin rolu vardır. Xəstəlik ən çox pnevmositlər (57% xəstələrdə) və sitomeqaloviruslar (43% xəstələrdə) tərəfindən törədilir. Bəzi hallarda mikobakteriyalara, kriptokokklara, legionellalara, kandidalara, toksoplazmalara, sadə herpes virusuna və papillomavirusa rast gəlinir. QİÇS zamanı ən çox herpes infeksiyası aşkar olunur. Klinik xüsusiyyətlərinə görə herpes infeksiyasının 4 forması ayırd edilir:

- *latent* – zədələnmə ocaqları yoxdur, yaxud simptomuz gedilmiş;
- *lokalizə olunmuş* – dəridə sadə herpes tipində səpki, herpesşəkilli ekzema, xoralı-nekrotik herpes, ağızın selikli qişasında xoralı, yaxud xoralı-nekrotik stomatit, cinsiyyət üzvlərində vulvovaginit, servisit;

- *generalizəolunmuş forma* – meningit, ensefalit, meninqo-ensefalit, hepatit;
- *qarışıq forma* – dəri, selikli qişaların, daxili üzvlərin, MSS-in zədələnməsi şəklində təzahür edir.

İİV-yə yoluxmuş xəstələrdə daha çox hallarda sadə kondilomalar, kontagioz molyusk, itiüclü kondilomalar aşkar olunur. İİV-li qadınlarda papillomavirus infeksiyasına yoluxma ehtimalı yüksək olduğundan onlarda uşaqlıq boynunun displaziyası, hətta invaziv karsinoma inkişaf edir. Yalnız QİÇS zamanı dilin “tüklü” leykoplagiyasına rast gəlinir. Xəstəliyin törədici Epşteyn-Barr virusu, yaxud papillomavirus hesab olunur.

İİV zamanı mikotik xəstəliklər oral kandidoz, rubrofitiya, rəngbərəng dəmrov, qasıq epidermofitiyası şəklində gedir. Oral kandidoz daha çox udlaq və qida borusunda lokallaşır. Məhz bu səbəbdən QİÇS-li xəstələr udqunma aktının çətinləşməsi, qida qəbulu vaxtı döş sümüyünün arxasında yanğı və ağrı hissindən şikayətlənirlər.

Adətən İİV cinsi yolla keçən infeksiyalarla (sifilis, xlamidioz, mikoplazmoz və s.) müştərək keçir. Xəstələrdə Kapoşi sarkoması nəticəsində (60 yaşdan aşağı) ağciyərlərin zədələnməsi, sepsis, daxili orqanların, sümüklərin, oynaqaların absesləri baş verir.

QİÇS ginekoloqları həm də ona görə düşündürən mövzudur ki, virus xəstə anadan dölə və laktasiya dövründə yenidoğulmuşu keçə bilər. Yoluxma yolu – transplasental (80% halda), infeksiyalaşmış doğuş yolları, ana südü ilə baş verir. Ana ilə yenidoğulmuşun sıx kontaktı vasitəsilə İİV-nin ötürülməsi istisna olunmur. Dölün bətn daxili infeksiyalaşmasının əlamətləri: limfa düyünlərinin, qaraciyər, dalağın böyüməsi, ishal, qızdırma, virus-bakterial infeksiyaların olmasıdır. Virusun südlə ötürülməsini nəzərə alaraq ana südünün donorluğu ciddi nəzarət altında aparılmalıdır.

Diagnostika. QİÇS-in diaqnostikası ümumi klinik mənzərəyə, epidemioloji anamnezə (homoseksualizm, narkomaniya,

qanın köçürülməsi, əxlaqsız həyat tərzini) və immun çatışmazlıq vəziyyətini aşkar edən müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulur. QİÇS-ə yoluxmuş xəstələrdə immunoloji statusun müayinəsi zamanı aşağıdakı göstəricilər nəzərə alınmalıdır:

- ümumi limfositlərin və T-helperlərin sayının azalması;
- T-helper/T-supressor nisbətinin azalması (<1);
- anemiya, yaxud leykopeniya, yaxud trombositopeniya;
- təbii killerlərin sayının azalması;
- qan zərdabında immunoqlobulinlərin və dövr edən immun komplekslərin (DİK) səviyyəsinin artması;
- mitogenlərlə stimulyasiya zamanı blasttransformasiyanın və endogen interferon sintezinin azalması.

QİÇS-in diaqnostikasında əsas sınaqlardan biri yoluxmadan 2 həftə – 3 ay sonra qanda İİV-yə qarşı anticisimlərin aşkar olunmasını təmin edən immunferment analizdir (İFA). Yalançı müsbət nəticələrin alınma ehtimalı olduğundan İFA bir neçə dəfə təkrarlanmalıdır. Əgər təkrar analizlər müsbət nəticə verərsə, onda immunoblotting, yaxud immunpresipitasiya kimi təsdiqləyici testlərə müraciət olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, xəstəliyin immun zədələnmə törətmədiyini halda (məsələn, İİV zamanı sinir sisteminin zədələnməsi) İFA öz praktik əhəmiyyətini itirir.

İmmunoflüoresensiya sınağı praktik olaraq nisbətən sadə sınaq hesab olunur. Reaksiyanın gedişində antigen qismində İİV-lə infeksiyalaşmış hüceyrələr qrupundan istifadə olunur.

Radioimmunopresipitasiya reaksiyası QİÇS-in diaqnostikasında spesifik və həssas sınaqdır. Lakin reaktiv qismində bahalı radioaktiv material və virusla infeksiyalaşmış hüceyrə kulturası tələb olunduğundan praktik təbabətdə çox istifadə olunmur.

İİV antigenlərinin aşkar olunması üçün genlərin enzim amplifikasiyası reaksiyasından istifadə olunur. Bu metod anadangəlmə QİÇS-in diaqnostikasında əhəmiyyətlidir. Son illər İİV infeksiyasının diaqnostikasında polimeraz zəncirvari reaksiyasına üstünlük verilir.

Müalicə. İİV infeksiyasının müalicəsi etiotrop, patogenetik və simptomatik olmalıdır. Etiotrop müalicə məqsədi ilə *geri*

transkriptazanın nukleotid inhibitorları – zidovudin, retrovir, zalcitabin, lamivudin, stavudin, videks; *geri transkriptazanın qeyri-nukleotid inhibitorları* – nevirapin, delavirdin; *proteazanın inhibitorları* – inviraza, indinavir, ritonavir, nelfinavir və s. tətbiq olunur.

Patogenetik müalicəyə immunomodulyatorlar daxildir. İmmunçatışmazlıq vəziyyətlərin müalicəsində timus hormonları, interleykin, interferon, sikloferon, sintetik preparatlar (imutiol, levamizol, benambaks-300) işlənir. İmmunəvəzedici terapiyaya sümük iliyinin yetkin timositlərinin, timusun fraqmentlərinin köçürülməsi aiddir. QİÇS zamanı simptomatik müalicə opportunist infeksiyaların, neoplastik proseslərin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Pnevmosist pnevmoniyanın profilaktika və müalicəsində biseptol, septrin, bəzi hallarda – dapson; göbələk mənşəli zədələnmələrdə ketokonazol (nizoral), flükonazol (diflükan); herpes virus infeksiyalarında asiklovir, qansiklovir, foscarnet təyin olunur. Müsbət mantu reaksiyası olan xəstələr izoniazid, streptomisin, rifampisin, etambutol və s. preparatlarla müalicə alırlar. Bakterial infeksiyaların qoşulması kompleks antibiotikoterapiya tələb edir. Kapoşi sarkomasında şiş əleyhinə müalicə aparılır. Lakin yuxarıda sadalanan müalicə üsulları xəstəliyin gedişini nisbətən yüngülləşdirməklə xəstənin ömrünü uzada bilər. Adətən xəstələrin 50%-i 1 il ərzində, 50%-i növbəti 10 il ərzində ölürlər.

QİÇS-in müalicəsi müasir təbabətin global problemi olaraq qalmaqdadır.

Profilaktika. QİÇS-in profilaktikasında bütün ixtisas həkimlərinin böyük rolu vardır. Xəstəliyin profilaktikasına aşağıdakılar aiddir:

- QİÇS mərkəzlərinin yaradılması;
- İİV-li xəstələrin erkən aşkarlanması;
- əhalinin sanitar maarifləndirilməsi (kondomların, sağlam həyat tərzinin təbliği və s.);
- əhalinin, xüsusilə risk qrupuna aid olan şəxslərin seroloji və virusoloji müayinələrdən keçirilməsi;

- qanköçürmə zamanı, yaxud qan preparatlarının tətbiqi zamanı infeksiyalaşmanın qarşısının alınması;
- İİV infeksiyasının xəstə anadan uşağa ötürülməsinin qarşısının alınması (hamiləlikdən kənar və hamiləlik, doğuş vaxtı seroloji skrining, planlı kesar əməliyyatı, İİV-li ananın südündən imtina edilməsi və s.);
- tibb personalının İİV-yə yoluxmasının profilaktikası (xəstələrin qan və bioloji mayeləri ilə təmasının təhlükəsizliyi, zədələnmiş dəri örtüyü olan tibb işçilərinin müvəqqəti işdən kənarlaşdırılması və s.);
- QİÇS-in profilaktikasında spesifik vasitələrin işlənməsi.

Narkomanların, homobiseksualistlərin, müvəqqəti mühacirlərin QİÇS-ə görə müayinə olunması məcburidir.

QİÇS-in cəmiyyət qarşısında elmi, həmçinin sosial və hüquqi problemlər yaratdığını nəzərə alaraq, Xəstəliklərə Nəzarət Mərkəzinin (ABŞ) rəhbərliyi altında bütün ölkələrdə QİÇS-in profilaktikası istiqamətində müxtəlif geniş proqramlar həyata keçirilir.

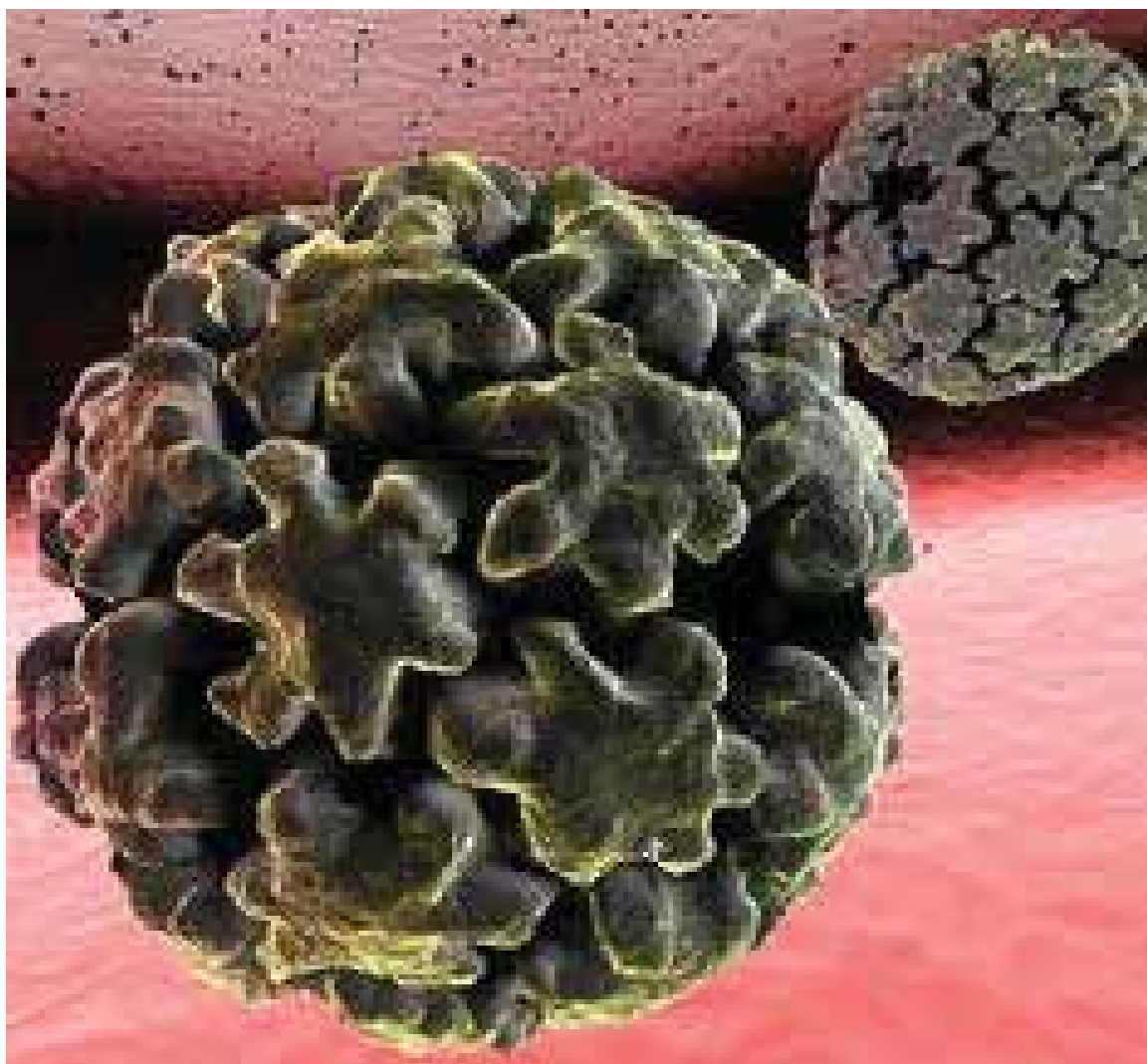
Papillomavirus infeksiyaları

Papillomavirus infeksiyalarının törədicisi olan insan papillomavirusu (İPV) cinsiyyət üzvlərinin şiş xəstəliklərinin səbəbkarı hesab olunur. Papillomaviruslar əvvəllər həkimlərə “kondilomalar” (“cinsi ziyillər”) adı ilə məlum idi.

Xəstəliyin etiopatogenezi. Papillomavirusların 120-dən çox növü ayırd edilir. İPV dəri və selikli qişaların səthi epitelisini (xüsusilə çoxqatlı yastı epitelin silindrik epitelə keçdiyi nahiyyələri) zədələyir. İPV-nin fərqləndirici xüsusiyyətləri odur ki, o yalnız insanlarda patologiya törədir. İPV-nin iki növü ayırd edilir: *yüksək kanserogen riskli* viruslar (virus hüceyrələrin genomunu mənimsəyərək intrasomal formada olur) və *aşağı kanserogen riskli* viruslar (viruslar hüceyrələrdə episomal-xromosomdan xaricdə yerləşir). Birinci tip viruslara aşağıdakılar aiddir: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82 (uşaqlıq boynunun

displaziyası, yaxud uşaqlıq boynunun xərçəngi ilk iki tip tərəfindən törədilir). Aktiv cinsi həyat sürən 30 yaşa qədər olan qadınların 80%-i bu xəstəliyə tutulur. *Aşağı kanserogen riskli* virus tipləri nadir hallarda uşaqlıq boynunun xərçəngini törətsə də, çox hallarda genital kondilomaların (ziyillərin) törədicisidir (6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81).

İPV DNT tərkibli viruslara aiddir. İPV *Papovaviridae* ailəsinə daxildir. Virionlar qışaya malik deyil, diametri 50-55 nm-dir. Virusun genomu ikispirallı DNT-dən ibarətdir (şəkil 3.32).



Şəkil 3.32. Papillomavirus

Virus dezinfeksiyaedici maddələrə çox davamlı olduğundan yüksək hərarətli avtoklavlaşdırmada tələf olur. Xəstəlik cinsi yolla keçir. Uşaqlar əsasən papillomavirus infeksiyasına xəstə anadan yoluxurlar. Uşaqlarda əsasən yastı kondilomalar olur. Bu kondilomalar 3, 5 tipli papillomaviruslar tərəfindən törədilir. Uşaqlardakı kondilomalar büküşlər, boyun, üz nahiyyəsində lokallaşır. Hələ yeniyetməlik dövründən başlayaraq adi vulqar ziyillərə (papillo-

mavirus 2-ci tip) rast gəlinir. Vulqar ziyillər əsasən əllərdə qəhvəyi rəngdə papulalar (dərinin buynuzlaşmasının artması hesabına) şəklində görünür.

Klinika. Xəstəliyin inkubasiya dövrü 1-9 aydır. İPV zamanı zədələnmələr morfoloji baxımdan müxtəlifdir. Anogenital nahiyyənin İPV infeksiyası zamanı əmələ gələn kondilomanın aşağıdakı növü ayırd edilir:

- itiüclu kondiloma;
- papilyar kondiloma (ekzofit inkişafı);
- yastı kondiloma (endofit inkişafı);
- gıqant Buşke-Lyovenşteyn kondiloması.

İtiüclu kondiloma ekzofit inkişafa malik olub, əsasən böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları nahiyyəsində, az hallarda uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunda yerləşir. Bəzi hallarda onlara uretranın xarici dəliyi, anal dəlik ətrafında, aralıqda rast gəlinir (şəkil 3.33).



Şəkil 3.33. İtiüclu kondilomalar

Hamiləlik dövründə ən çox uşaqlıq yolunda olan kondilomaya rast gəlinir. Çoxsaylı kondiloma uşaqlıq yolunu tamamilə tuta bilər. İtiüclü kondiloma üçün çoxsaylılıq (kondilomatoz) xarakterikdir. Bu tip kondiloma adətən nazik ayaqcıq üzərində olub, dəri, selikli qişaların səthindən hündürdə yerləşir, konsistensiyaları yumşaq, yaxud bərk olur.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin dərisinin kondilomaları ağ, yaxud qəhvəyi rəngdə, selikli qişalarındakı isə açıq-çəhrayı, yaxud qırmızı rəngdə olur. Mikroskopik olaraq kondiloma epitel (çoxqatlı yastı) və damarlar keçən birləşdirici stromadan ibarət olur. Xəstəlik uzunmüddətli gedişata malikdir. İkincili infeksiyanın (bakterial, protozoy) qoşulması cinsiyyət yolundan xoşagəlməz iyli ifrazatın gəlməsi, qaşınma, yaxud ağrı hissiyyətinə səbəb olur. Həddindən artıq böyümüş kondiloma yerimə, cinsi kontakt zamanı çətinlik törədir, xəstənin psixikasına pis təsir göstərir. 15-17% hallarda kondilomanın özbaşına reqressiyası mümkündür.

Uşaqlıq boynunu zədələyən kondiloma, əsasən, yastı olur. Endofit kondiloma morfoloji cəhətdən karsinomaya (*in situ*) oxşardır.

Papillyar kondiloma kiçik ölçülü ziyilşəkilli törəmələrdir. O, qısa ayaqcığa malik olub, gülkələmi formasında olur. Kondilomanın sayı artdıqca, hətta cinsiyyət yarığını tam tutur və budqasıq бүküşünə yayıla bilər.

Buşke-Lyovenşteyn kondiloması əvvəlcə ziyiləbənzər papilloma şəklində olur, sonra onlar birləşir, geniş əsaslı zədələnmə ocaqları yaranır. Gıqant kondiloma üçün ətraf toxumalara doğru progressiv inkişaf və residivli gediş xarakterikdir.

D i a g n o s t i k a . Aydın şəkildə kondilomanın aşkar olunması zamanı papillomavirus infeksiyasının diaqnozu çətinlik törətmir. Uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynu zədələndikdə güzgülərlə baxışdan sonra *kolposkopiya* qiymətli diaqnostika üsuludur. IPV zamanı kolposkopik əlamətlər aşağıdakılardır: aseto-ağ epitel, yodpozitiv mozaika və punktasiya, atipik transformasiya zonası.

Yastı kondilomanın kolposkopik mənzərəsi intraepitelial kar-sinomaya oxşardır.

Kolposkopiya şərait olmadığı halda uşaqlıq boynu və uşaqlıq yolu divarlarına ginekoloji güzgülərlə baxışdan sonra görmə nəzarətilə 3%-li sirkə turşusu və Liqol məhlulu ilə sınaq (*vizual test*) aparılır. Selikli qışada ağarma sahələri, yodneqativ sahələr qeydə alınmadıqda, servikal yaxmanın *Papanikolau* üsulu ilə sitoloji müayinəsi – *Pap-test* aparılır. Onkogen tipli İPV olduqda 6 aydan bir, digər tiplərdə isə 12 aydan bir müayinə aparılmalıdır. Atipik zədələnmələrə şübhə olduqda biopsiyanın köməkliyi ilə alınan material histoloji müayinəyə göndərməlidir. Hal-hazırda İPV-nin DNT-nin diaqnostikasında PZR reaksiyasından, yaxud DİGENE testindən istifadə olunur. Müayinə materialı qismində ekzoserviks, uşaqlıq yolu və vulvadan şpatellə götürülmüş yaxmalar, endoserviksdən isə xüsusi fırçalar – endobraşların köməyi ilə götürülmüş hüceyrə qaşıntıları tədqiq olunur.

Müalicə. İPV-nin müalicəsi prosesin xarakterindən (xoş-xassəli, displaziyanın olması və s.) və yanaşı xəstəliklərin nəzərə alınmasına uyğun olaraq aparılır. Eyni vaxtda (yaxud ona qədərki) kolpit, servisit, uşaqlıq boynu eroziyası və digər xəstəliklərin müalicəsi vacibdir. Anogenital kondilomaların müalicəsində istifadə olunan metodlar aşağıdakı qruplara bölünür:

1. *Sitotoksiki preparatların tətbiqi:*

- podofillin;
- podofillotoksin (kondilin);
- 5-ftorurasil.

2. *Destruktiv metodlar:*

Fiziki

- fiziki kriodestruksiya
- lazeroterapiya
- diatermokoagulyasiya
- elektrocərrahi kəsik

Kimyəvi

- kimyəvi trixlorasetat turşusu
- ferezol
- solkoderin

3. *İmmunoloji metodlar:*

- α , β , γ interferonlar

4. *Kombinəedilmiş metodlar:*

- müxtəlif müalicə metodlarının birgə aparılması

Podofillinin 10-25%-li məhlulu adətən vulvanın kondilomalarında həftədə bir dəfə yerli tətbiq edilir (maksimum 5 həftə).

Podofillotoksinin 0,5%-li spirtli məhlulu gündə 2 dəfə, həftədə 3 gün (maksimum 5 həftə) yerli işlədilir.

Podofillin və podofillotoksin perianal nahiyyə, uşaqlıq yolu və uretranın kondilomalarında istifadə olunmur. Anogenital nahiyyənin itiüclü kondilomasında 5-florurasilin 5%-li kremi gündə 1 dəfə 1 həftə ərzində yerli təyin olunur.

Krioterapiya məqsədilə maye azot, azot-oksidi və karbon-dioksiddən istifadə olunur. İriölçülü kondiloma cərrahi üsulla, elektrocərrahi üsulla, yaxud onların kombinasiyası ilə müalicə olunur.

Anogenital nahiyyədə olan kondilomanın müalicəsində diatermokoagulyasiyaya nisbətən lazerterapiya daha effektiv üsul hesab edilir. Çünki lazer şüaları toxumalara yüngül zədə yetirməklə yanaşı, hemostatik effektlə malikdir, həmçinin əməliyyatdan sonra incə çapıq qalır.

Trixlorasetat turşusu, yaxud dixlorasetat turşusu (80-90%) zəif destruktiv kimyəvi preparat olub, yerli koagulyasion nekroz törədir. Hazırda kondilomanın müalicəsində keratolitik preparat solkoderin daha çox tətbiq olunur. Kondilomanın müalicəsində interferon preparatlarının tətbiqinin effektiv olması onların virusəleyhinə və immunomodulyəedici təsirlə malik olmaları ilə izah olunur.

Anogenital kondilomanın müalicəsində inozin pranobeks, bleomisin, timopentin, klomifen sitrat, idoksuridin preparatları,

yaxud rentgenoterapiya tətbiq edilə bilər. İPV-nin onkoloji tipləri aşkar olunarsa, xəstələrə xüsusi nəzarət edilməlidir.

Hamiləlik dövründə sitotoksiki preparatların tətbiqi əks göstərişdir. Hestasiya dövründə trixlorasetat turşusu, yaxud krioterapiyadan istifadə etmək olar.

Profilaktika. İPV-in infeksiyasının profilaktikası digər cinsi yolla keçən xəstəliklərdə olan prinsiplərə əsaslanır. Son illər İPV-nin profilaktikası məqsədi ilə yeni vaksin – Servariks (İPV 16 və 18-ci tip) şammlarına qarşı tətbiq olunur. Vaksin 6 ay ərzində cəmi 3 dozada aparılır.

Uşaqlıq boynu karsinomasının etiologiyasında onkogen papillomavirusların böyük rolu olduğundan İPV-li xəstələri risk qrupuna ayırmaq lazımdır.

IV FƏSİL

AYBAŞI FUNKSİYASININ POZULMALARI

Qadının aybaşı tsiklinin normal olması onun reproduktiv sağlamlığının mühüm göstəricisidir, pozulması isə müxtəlif ginekoloji və mürəkkəb ekstragenital patoloji proseslərin təzahürü ola bilər. Bir sıra neyroendokrin sindromlar da aybaşı funksiyasının pozulmaları ilə müşayiət oluna bilər.

Menstrual funksiya pozulmalarının əmələgəlmə mexanizmi mürəkkəb neyrohumoral tənzimlənmənin hansı səviyyəsində olmasından və ya cinsiyyət sisteminin hansı şöbəsində daha mühüm dəyişikliklərin olmasından asılı olaraq müxtəlifdir.

Normal aybaşı funksiyası neyroendokrin mürəkkəb tənzimləmə sisteminin vacib səviyyələrinin düzgün, sinxron qarşılıqlı fəaliyyəti nəticəsində baş verir.

Normal menstrual tsiklin tənzimlənməsi haqqında dəqiq təsəvvür olmadan menstrual funksiya anomaliyalarının öyrənilməsi mümkün deyildir.

Bu tənzimləmə sistemində 5 əsas həlqə (səviyyə) ayırd edilir. Bunlarla yanaşı, aybaşı funksiyasının tənzimlənməsində qalxanvari vəzi, böyrəküstü vəzilər (hipofizin TTH və AKTH təsiri altında olan üzvlər), həmçinin cinsi hormonların metabolizmi baş verən qaraciyər böyük əhəmiyyət kəsb edir (*bax*: fəsil I).

Hər hansı bir halqada pozulma baş verərsə, öz xüsusiyyətinə və ağırlığına görə aybaşı tsiklində müxtəlif şəkildə patoloji hallar – uşaqlıq qanaxmalarından tutmuş amenoreyaya qədər anomaliyalar meydana çıxa bilər.

Aybaşı funksiyasının pozulması öz növbəsində qadının reproduktiv funksiyasında ciddi problemlər yaratmaqla onun əmək fəaliyyətinə də mənfi təsir göstərir. Digər tərəfdən pozulmaların bir sıra formaları xərçəngönü vəziyyətlərə və hətta daha ciddi prosesə – endometriyumun xərçənginə gətirib çıxara bilər.

Etiologiya və patogenezi. Aybaşı funksiyasının pozulmasını əmələ gətirən səbəblər müxtəlif ola bilər:

1) psixi və əsəb xəstəlikləri (üzvi və funksional), psixoloji yorğunluq (müharibə dövrünün amenoreyaları, həmçinin psixi travmalardan sonra uzunmüddətli və davamlı menstrual tsikl pozulmaları məlumdur);

- 2) cinsiyyət aparatının inkişaf anomaliyaları;
- 3) kəskin, xroniki yoluxucu və septiki xəstəliklər, vərəm, süzənək, parazitar xəstəliklər;
- 4) qeyri-düzgün qidalanma (arıqlama, piylənmə);
- 5) avitaminozlar;
- 6) zərərli peşə şəraiti;
- 7) ürək-qan-damar sisteminin xəstəlikləri, qaraciyər xəstəlikləri;
- 8) keçirilmiş ginekoloji əməliyyatlar;
- 9) cinsi yetişkənlik dövründə hipotalamus-hipofiz sistemində pozulmaların inkişafı;

10) sidik-cinsiyyət yollarının travması (fistulalar);

11) menopauzaönnü dövrdə hipotalamusda involyutiv proseslər.

Eyni etioloji amillər xəstəliyin inkişafının müxtəlif patogenetik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq bir halda patoloji qanaxmaya, digər halda isə amenoreyaya (aybaşının olmamasına) səbəb ola bilər.

Reproduktiv sistemin funksiyasının pozulmaları əksər hallarda klinik olaraq anovulyator, sonsuzluq və menstrual tsiklin müxtəlif pozulmaları formasında (amenoreyadan uşaqlıq qanaxmalarına qədər) təzahür edir.

Hazırda aybaşı funksiyasının pozulmasının müxtəlif təsnifatları mövcuddur. V.N.Bodyajina və K.N.Jmakin tərəfindən təklif olunmuş təsnifatı daha münasib hesab etmək olar.

Sindromlar		
Hipomenstrual	Hipermenstrual	Ağrı

Pozulmamış menstrual tsikl zamanı		
Hipomenoreya	Hiperpolimenoreya	Ovulyasiya sindromu
	Metrorragiya	Menstruasiyaqabağı gərginlik sindromu
	Menometrorragiya	Alqodismenoreya

Pozulmuş menstrual tsikl zamanı	
Amenoreya Oliqomenoreya Opsomenoreya	Metrorragiya

Menstrual tsiklin pozulmalarına aşağıdakılar aiddir:

- menstrual funksiyanın vaxtsız başlanması: vaxtından əvvəl; erkən (8-10 yaşa qədər); gecikmiş (16 yaşından sonra);
- dismenoreya;
- hipomenstrual sindrom;
- hipermenstrual sindrom və disfunksional uşaqlıq qanaxmaları (anovulyator və ovulyator);
- neyroendokrin ginekoloji sindromlar (aybaşionü, klimakterik, kastrasiyadan sonra, polikistoz yumurtalıqlar sindromu (PYS) və s.).

Dismenoreya ağrılı aybaşılara deyilir. Bu tərif XBT-də işlədilir. Dismenoreyanın rastgəlmə tezliyi 8%-dən 80%-ə qədər tərəddüd edir. Bir çox müəlliflərin fikirlərinə görə, dismenoreya aybaşı günlərində qarının aşağı nahiyyəsində təzahür edən ağrılarla müşahidə olunan tsiklik patoloji prosesdir. Bununla yanaşı hazırda üzvi patologiya ilə əlaqədar olmayan sabiq *alqomenoreya* və ya *alqodismenoreya* terminləri ağrılı aybaşılar üçün tətbiq olunur. Bu ağrıları psixoemosional, vegetativ-damar və endokrin-mübadilə simptomları da müşayiət edə bilər.

Birincili və ikincili dismenoreyalar ayırd edilir. Birincili dismenoreya zamanı, bir qayda olaraq, cinsiyyət orqanlarında patoloji dəyişikliklər olmur, ikincili dismenoreya zamanı isə aybaşı vaxtı qarının aşağı nahiyyəsindəki ağrılar əsasən ginekoloji xəstəliklərlə əlaqədar olur. İkincili dismenoreyaya daha çox daxili cinsiyyət orqanlarının anomaliyaları, endometrioz, uşaqlığın submukoz mioması, kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri, kiçik çanaq venalarının varikoz genişlənməsi zamanı təsadüf olunur. Əsasən patoloji prosesin xüsusiyyətləri müalicə vasitələrinin seçimini müəyyənləşdirir.

Birincili dismenoreya adətən yeniyetməlik dövründə menarxedən 1-3 il sonra, ovulyasiyanın başlaması ilə inkişaf edir. Birincili dismenoreyanın etiologiyası tam axıra qədər aydınlaşdırılmalıdır. Müasir dövrdə bir çox müəlliflər onun əmələ gəlməsini $F_{2\alpha}$ və E prostaqlandinlərinin yüksək tərkibi və yaxud aybaşı zamanı endometriumda onların nisbətinin pozulması ilə əlaqələndirirlər.

Bu xəstəliyin inkişafında psixi amillərin də xüsusi rolu qeyd edilir. Ağrı hissiyyatının intensivliyi əsəb sisteminin vəziyyətindən, psixoloji əhvali-ruhiyyədən, emosional mühit və şəraitdən asılıdır.

Bir sıra hallarda **vegetativ simptomlar** – gəyirmə, hıçqırmaq, ürəkbulanma, üşütmə, istibasma, tərləmə, hipertermiya, ağzı quruluğu, dizuriya, qarının köpməsi, tenezmlər və s. müşahidə olunur.

Digər qadınlar isə **vegetativ-damar simptomları** – bayılma, baş ağrısı, baş gicəllənməsi, taxikardiya, bradikardiya, ayaqlarda, üzdə, göz qapaqlarında ödem və s.-dən şikayət edirlər.

Həmçinin **psixi-emosional simptomlar** – əsəbilik, anoreksiya və ya bulemiya, depressiya, yuxululuq, yuxusuzluq, qoxulara qarşı ikrəh hissi, iştah pozulmaları da müşahidə oluna bilər.

Birincili dismenoreyanın müalicəsi zamanı hestagenlər, hormonal kontraseptivlər, qeyri-steroid iltihabəleyhinə vasitələrdən (QSİV), eləcə də spazmolitiklər, maqnezium preparatları, iynəbatırma və fizioterapevtik proseduralardan istifadə olunur.

4.1. HİPOMENSTRUAL SİNDROM

Aybaşının miqdarının, müddətinin azalması və tamamilə kəsilməsinə qədər olan vəziyyət *hipomenstrual sindrom* adlanır. Qeyd olunan hal həm pozulmamış, həm də pozulmuş menstrual tsikl zamanı müşahidə olunur. Hipomenstrual sindromun bir neçə forması vardır:

- *amenoreya* – 6 ay və daha uzun müddət ərzində aybaşının olmaması;
- *hipomenoreya* – az həcmli aybaşılar;
- *opsomenoreya* – qısamüddətli aybaşılar;
- *oliqomenoreya* – seyrək aybaşılar.

Amenoreya – 6 ay və daha uzun müddət ərzində aybaşının olmaması ilə təzahür edən hipomenstrual sindromun daha ağır forması olmaqla bir sıra ginekoloji xəstəliklərin əlamətidir. Menstrual və reproduktiv funksiyaların pozulması strukturunda 10-15% hallarda rast gəlinir.

Fizioloji və patoloji, yalançı, yatrogen amenoreyalar ayırd edilir.

Fizioloji amenoreyaya qızlarda yetkinlik dövrünə qədər, qadınlarda isə hamiləlik, laktasiya və postmenopauza dövründə rast gəlinir.

Patoloji amenoreya ginekoloji və ekstragenital xəstəliklərin əlaməti olmaqla birincili və ikincili ola bilər.

Birincili patoloji amenoreyaya 16 yaşından yuxarı ilkin aybaşı olmayan qızlarda, *ikincili amenoreyaya* isə əvvəllər aybaşı olan, sonra isə 6 ay ərzində aybaşı olmayan qadınlarda təsadüf olunur. Hətta anamnezində, heç olmazsa bir dəfə də aybaşı qeyd edilmişdirsə, bu, ikincili amenoreya sayılır.

Birincili amenoreya *yalançı və həqiqi* ola bilər. Yalançı amenoreya zamanı “hipotalamus-hipofiz-yumurtalıqlar” sistemində tsiklik proseslər normal baş verir, lakin aybaşı qanının ifrazatına maneə mövcud olur. Uşaqlığın və ya uşaqlıq yolunun inkişaf qüsurları, servikal kanalın atreziyası, mövcud funksiyalı rudimentar və yaxud normal uşaqlıqla yanaşı uşaqlıq yolunun aplaziyası, kiçik cinsiyyət dodaqlarının bitişməsi və s. qızlıq pərdəsinin bütövlüyü (şəkil 4.1) *birincili yalançı amenoreyanın səbəbləri* ola bilər.



Şəkil 4.1. Qızlıq pərdəsinin bütövlüyü (hematokolpos)

Yatrogen amenoreya histeroektomiyadan və ikitərəfli ovariektomiyadan sonra baş verir. Həmçinin bəzi psixotrop preparatların, qonadotropin aqonistlərinin və antiestrogenlərin qəbulundan, uşaqlığın artımları şüa terapiyasına məruz qaldıqdan sonra da yatrogen amenoreya müşahidə olunur.

Neyroendokrin sistemin bu və ya digər zədələnmə səviyyəsindən və onu yaradan səbəblərdən asılı olaraq amenoreyanın mərkəzi (hipotalamus, hipofiz) və periferik (yumurtalıq, uşaqlıq) genezli, həmçinin ekstragenital patologiya ilə (böyrəküstü vəzinin, qalxanabənzər vəzinin zədələnməsi, ekstragenital xəstəliklər) şərtlənmiş növləri ayırd edilir.

Belə bir şərti bölgü patoloji prosesin müalicə taktikasını düzgün seçmək üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir. Aybaşı tsiklini tənzimləyən həlqələrin hər hansı bir səviyyəsində zədələnmə funksional və ya üzvi mənşəli və yaxud anadangəlmə patologiyanın nəticəsi ola bilər.

4.1.1. Hipotalamus mənşəli amenoreya

Hipotalamus mənşəli amenoreya daha çox arıqlama fonunda inkişaf edir (25%) və yaxud psixogen mənşəli olur, bədən çəkisinin 15%-nin və daha çox hissəsinin azalması ilə müşahidə olunur.

Yeniyetmə, gənc emosional təbiətli qızlar “ideal bədən quruluşuna” malik olmaq üçün pəhriz saxlayır, təmizləyici imalələrdən, daha səmərəli nəticə əldə etmək üçün dərmanlardan (diuretiklər, anorektiklər), fiziki yükləmələrdən istifadə edir, hətta özlərini süni surətdə qusmağa məcbur edirlər. İştahasızlıqla müşahidə olunan arıqlamanın ağır forması əsəb anoreksiyası zamanı baş verir, xəstəliyin şiddətlənməsi isə daha ağır nəticəyə – ölümə gətirib çıxara bilər.

Patogenezi. Mərkəzi sinir sistemində qonadotropin-rilizinq-hormonun (QnRH) hasilinin azalması ilə neyromediator mübadilə pozulur. Qonadotrop hormonların tərkibi ya daimi aşağı olur, ya da yuxuda olarkən artmış olur. Piy toxumasının miqdarının azalması xüsusi rol oynayır. Müəyyən olunmuşdur ki, birinci

aybaşı bədən kütləsinin təxminən 17%-ni piy toxuması təşkil etdikdə baş verir, piy toxuması 22% təşkil etdikdə menstrual funksiyanın normal nizamlanması mümkün ola bilər. Pubertat və ya postpubertat dövrlərdə piy toxumasının 15-18%-nin sürətlə itirilməsi aybaşının kəskin şəkildə kəsilməsinə səbəb ola bilər.

Klinik mənzərə. Adətən xəstəliyin nəzərə çarpacaq əlamətlərindən biri olan aybaşının olmaması faktı qızları ginekoloqa müraciət etməyə vadar edir. Bu zaman qızlar xüsusi pəhriz qaydalarına əməl etmələrini həkimdən söylə gizlətməyə çalışırlar. Məhz buna görə də əsasən menstrual tsiklin normallaşmasına yönəlmiş müalicə səhv təyinatlı ola bilər. Bu məqsədlə estrogen-hestagen preparatları tətbiq edilir və beləliklə, qonadotropin sekresiyası tormozlanır.

Bədən kütləsinin davamlı olaraq itirilməsi aclıqla müşayiət olunan hipotoniya, bradikardiya, gastrit, hipoqlikemiya, hipotermiya, qəbizlik kimi klinik təzahürlərlə xəstənin vəziyyəti daha da ağırlaşır. Ailə üzvlərinin qızları normal yeməyə məcbur etmələri ilə əlaqədar olaraq onlarda əsəbilik, ağlağanlıq, yuxusuzluq, aqressiv və depressiv vəziyyətlər yaranır. Nəticədə iştahın tamamilə itməsilə kaxeksiya yaranır və yeməyə qarşı nifrət hissi oyanır.

Müayinə zamanı dərialtı-piy toxumasının kəskin azalması, bədən çəkisinin aşağı düşməsi nəzərə çarpır. Bədən quruluşu qadınların bədən quruluşuna uyğundur, ikincili cinsi əlamətlər düzgün inkişaf etmişdir. Ginekoloji müayinə zamanı uşaqlığın hipoplaziyası, vulvanın və uşaqlıq yolunun quruluşu qeyd olunur.

Diagnostika. Anamnezin dəqiq və ətraflı toplanması xəstənin arıqlamaq cəhdi, məqsədi üçün xüsusi pəhrizə əməl olunmasını, bədən çəkisinin itməsi ilə amenoreyanın başlanmasının eyni vaxtda olmasını müəyyən etməyə imkan verir.

Hormonal müayinələr. Follikulstimuləedici (FSH), lüteinləşdirici hormonların (LH), estradiolun (E_2) səviyyəsinin bazal rəqəmlərin aşağı həddinə qədər düşməsinə göstərir. Reproduktiv sistemin müxtəlif səviyyələrinin ehtiyat imkanlarının müəyyənləşdirməsi məqsədilə hormonal sınaqların aparılması əhəmiyyətlidir.

Müalicə. Psixoemosional vəziyyətin qaydaya salınması bir çox halda müalicənin effektivliyini artırır. Xəstəni arıqlamaq üçün xüsusi pəhriz fonunda bədən kütləsinin itirilməsinin xəstəliyin əsas səbəbi olduğuna inandırmaq lazımdır. Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra hallarda qidadan inadla imtina etmək psixi xəstəliklərin, o cümlədən şizofreniyanın ilkin simptomu ola bilər, odur ki, belə hallarda psixiatrın məsləhəti vacibdir. Valerian, damotu tinkturaları və 2-4 həftə ərzində az miqdarda neyroleptiklərin təyinatı məsləhət görülür.

Polivitaminlər, gün ərzində 5-6 dəfə yüksək kalorili asan həzm edilən, iştahı artırmaq üçün duzlu və istiotlu qidalar tövsiyə olunur.

Aybaşı tsiklinin bərpası bədən çəkisinin normaya salınması və hipofizin qonadotrop funksiyasına təsir göstərən psixotrop dərmanların ləğvindən sonra mümkündür.

Bütün bunlar nəticə vermədikdə 3-6 ay ərzində təbii estrogen və hestagenlərlə tsiklik hormon terapiyası təyin olunur ki, bu da hipotalamik strukturlara stimullaşdırıcı təsir göstərir.

Proqnoz. Menstrual və reproduktiv funksiyanın bərpası yalnız erkən diaqnostika və düzgün təyin olunmuş müalicə zamanı mümkündür.

4.1.2. Psixogen amenoreya

Psixogen amenoreya reproduktiv dövrdə (müharibə dövrünün amenoreyası) kəskin və xroniki psixoemosional travmalar nəticəsində baş verir.

Patogenez. Psixogen amenoreya qonadolibərinlərin sekresiyasına təsir göstərən hormon və mediator sekresiyalarının dəyişiklikləri ilə əlaqədardır. Stresli şəraitlər (kəskin və xroniki) dopamin əmələ gəlməsini aşağı salan və qonadolibərinlərin ifrazatını və yaranmasını azaldan endogen opioidlərin izafi ifrazatına səbəb olur.

Klinik mənzərə. Əsəbi, depressiv, asteniya vəziyyətlər fonunda aybaşı qəflətən kəsilir, lakin klimaks dövrü üçün səciyyəvi olan vegetativ-damar simptomları müşahidə olunmur.

D i a q n o s t i k a . Anamnestik məlumatlara (psixotravmatik vəziyyətlər) və klinik mənzərəyə (əvvəlcədən oliqomenoreya mərhələsi olmadan menstruasiyanın qəflətən kəsilməsi) əsaslanır.

Qanda LH və FSH monoton (yeknəsəq) səviyyəsi müşahidə olunur. Xəstəliyin uzunmüddətli gedişatı zamanı uşaqlığın hipoplaziyası, 40 yaşından yuxarı qadınlarda isə erkən menopauza müşahidə olunur.

M ü a l i c ə psixonevroloqla birlikdə aparılır. Psixoloji şərait qənaətbəxş vəziyyətə gətirilməlidir. Bəzən bu fakt menstrual tsiklin bərpası üçün kifayət edir. Əgər menstrual funksiya bərpa olunmazsa, tsiklik hormonal terapiya aparılır.

4.1.3. Hipofiz mənşəli amenoreya

Hipofiz mənşəli amenoreya, funksional hiperprolaktinemiya, hipofizin şişləri, daha çox prolaktinomalar, qonadotrop çatışmazlığı (təcrid olunmuş hipofizar hipoqonadizm), hipofizin ön payının çatışmazlığı (panhipopituitarizm) fonunda inkişaf edə bilər.

Şişlər cinsi yetkinlik dövrünə qədər inkişaf etdiyi hallarda alçaqboy, ikincili cinsi əlamətlərin inkişaf etməməsi, pasiyentin real yaş həddi ilə müqayisədə daha cavan görünməsi (“cırtıdan”) halları müşahidə olunur. Yetkinlik dövründən sonra inkişaf edən şişlər zamanı rentgenoqrafiya və ya kompyuter tomoqrafiyası (KT), maqnit-rezonans tomoqrafiya (MRT) vasitəsilə aşkar olunan türk yəhərinin patologiyası, görmə sahəsinin pozulması, qasıq nahiyyəsində tüklərin seyrək olması xarakterikdir. Bundan başqa, FSH, LH, tiroksin (T_4), tireotrop hormon (TTH) və boy hormonunun səviyyəsi aşağı, prolaktinin miqdarı isə yüksəkdir.

4.1.4. Hiperprolaktinemiya

Əksər hallarda hipotalamus-hipofiz mənşəli amenoreya hiperprolaktinemiya ilə müşayiət olunur və qan plazmasında prolaktinin səviyyəsinin 550 mBV/l (25 ng/ml)-dən yüksək olması ilə xarakterizə olunur. Prolaktin, hipofizin ön payında laktotroflardan hasil olunur, onun səviyyəsi daimi olaraq hipotalamusun nəzarəti

ilə tiroliberin (TRL) və prolaktini dəf edən faktorların vasitəsi ilə tənzimlənir. Hipofiz hipotalamusun nəzarətindən çıxanda prolaktinin səviyyəsi kəskin olaraq yüksəlir. Prolaktin sintezi və sekresiyası yalnız hipofizin toxumalarında deyil, həm də ciftin, endometriumun hüceyrələrində, nazik bağırsağın epitelial hüceyrələrində, ağciyərin və böyrəyin xərçəng hüceyrələrində də baş verir. Prolaktin öz tərkibinə görə somatotrop hormona, TTH və plasentar laktogenə (xorionik somatomammotropinlə) oxşar olan polipeptid təbiətli hormondur və hipofizin ön payının yeganə hormonudur ki, onun sekresiyasına tənzimləyici təsir göstərən amillərdən başlıcası dofamindir, fəaliyyəti hipofizdə dofamin reseptorlarına yönəlmişdir. Hiperprolaktinemiya fonunda anovulyasiya və sonsuzluq inkişaf edir.

Hiperprolaktinemiyanın 3 müxtəlif növü: fizioloji (fiziki yük, yuxuda olarkən, hamiləlik və laktasiya zamanı), farmakoloji və patoloji hiperprolaktinemiya ayırd edilir. Bunlarla yanaşı, funksional və idiopatik hiperprolaktinemiya da mövcuddur.

Patoloji hiperprolaktinemiya birincili olaraq və xəstəliyin müstəqil forması kimi (hipotalamus və hipofiz patologiyası zamanı), yaxud ikincili olaraq endokrin pozulmaların, ginekoloji və somatik xəstəliklərin nəticəsi kimi üzə çıxa bilər. Anatomik, funksional, metabolik pozulmalarla, damar infiltratları, bədxassəli şişlərin metastazları nəticəsində prolaktinin ektopik sekresiyası ilə baş verə bilər.

Birincili hiperprolaktinemiyanın səbəbləri:

- 1) hipotalamus – hipofiz sisteminin birincili zədələnməsi;
- 2) hipotalamus – hipofiz sisteminin disfunksiyası və prolaktinləndirici faktorun (PDF) sintezinin pozulması;
- 3) hipotalamus və hipofiz nahiyyəsinin (limfoid hipofizit) iltihabi prosesləri;
- 4) hipotalamus nahiyyəsinin şüalanması, hipofizin ayaqcığının zədələnməsi (hipofizin ayaqcığının “kəsilmə” sindromu), hipofizin prolaktinifrazedici şişləri;
- 5) prolaktinoma (makroprolaktinoma və mikroprolaktinoma);
- 6) hipofizin *hormonal aktiv olmayan* şişləri (intra və suprasellyar) – kraniofaringioma, meningioma, ektopik pinealoma, “boş”

türk yəhəri sindromu (türk yəhəri diafraqmasının anadangəlmə patologiyası, travma, əməliyyat və ya şiş nəticəsində hörümçək toru qışasının sıxılması);

7) akromeqaliya, İtsenko-Kuşinq xəstəliyi.

İkincili patoloji hiperprolaktinemiyanın (endokrin, qeyri-endokrin, yatrogen) səbəbləri aşağıdakılardır: birincili hipotireoz, aybaşionü və klimakterik sindromlar və PYS, xorionkarsinomalar, kiçik çanaq üzvlərinin xroniki residivləşən xəstəlikləri, böyrəküstü vəzilərin qabığının çatışmazlığı, anadangəlmə disfunksiyaları, döş qəfəsi nahiyyəsində travma, herpes, əməliyyat, endometrioz, xroniki böyrək çatışmazlığı, hipernefroma, qaraciyər sirrozu, şəkərli diabet, bronxogen xərçəng.

Hiperprolaktinemiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olan amillərdən biri də uşaqlıq boşluğunun, yəni endometriumun tez-tez qaşın-tıya məruz qalması, uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsi nəticəsində uşaqlıqdaxili reseptorların zədələnməsidir. Müxtəlif ginekoloji xəstəliklər zamanı meydana çıxan funksional hiperprolaktinemiya patoloji prosesə görə və MSS-də impulsasiya və interoreseptorların daimi qıcıqlanması ilə şərtlənmişdir.

Yatrogen hiperprolaktinemiya orqanizmdə dofaminin sintezinə və metabolizminə təsir göstərən müxtəlif dərman preparatlarının qəbul edilməsindən asılıdır. Prolaktininin səviyyəsinə təsir göstərən aşağıdakı dərman preparatlarını misal göstərmək olar: stimulyatorlar – oral kontraseptivlər, steroidlər, estrogenlər, anestetiklər, trankvilizatorlar, psixotropolar, fenotiazinlər, anti-depresantlar, verapamil, metildofa, metoklopramid, simetidin, tireoliberin preparatları, rezerpin, prostoqlandinlər, siproteronasetat; inhibitorlar – bromkriptin, kabergolin, dofamin, l-dofa, perqolid.

Menstrual tsiklin pozulmasının patogenezi. Hipotalamik dofamin və opioid peptidləri QnRH pulsasiyalı sekresiyasının neyromodulyatorlarıdır. QnRH sekresiyasının hipotalamik nəzarətinin dəyişiklikləri zamanı sekresiyanın pulsasiyalı ritmi ləngiyir, bu isə hipofizlə qonadotrop hormonların impulslarının atılmasının tezliyinin azalmasına, fizioloji ovulyasiya prosesinin ano-

vulyasiyaya qədər pozulmasına və menstrual tsiklin dəyişməsinə gətirib çıxarır. Prolaktin reproduksiya prosesində bilavasitə iştirak etmədiyi üçün həqiqi reproduktiv hormon hesab olunmur. Onun təsiri qonadotropinlərin sekresiyasını tənzimləyən dofamin həlqəsi vasitəsilə ifadə olunur. Ona görə də bu səviyyədə olan hər cür pozulmalar menstrual tsiklin və reproduktiv funksiyanın dəyişikliklərinə səbəb ola bilər.

Birincili hiperprolaktinemiya hipotalamusun disfunksiyası ilə şərtlənən prolaktin sekresiyasına tonik dofaminergik nəzarəti ləngidən pozulmalardan asılıdır. Hipotalamusda dofaminin azalması PLF-nin (prolaktinləngidici faktorun) azalmasına və sirkulyasiyaedici prolaktinin miqdarının artmasına gətirib çıxarır. Prolaktin sekresiyasının davamlı fasiləsiz stimulyasiyası birinci mərhələdə prolaktotrofların hiperplaziyasına, sonra isə hipofizin mikroadenoma və makroadenomasının formalaşmasına səbəb olur. Hipofizin adenomalarının əksəriyyəti ölçüsü 1 *sm*-dən kiçik olan mikroadenomalardır və onlar türk yəhəri nahiyyəsi ilə məhdudlaşır. Mikroadenoma fonunda və ya onsuz hiperprolaktinemiya adətən müalicəsiz belə xoşxassəli gedişə malik olur. Bəzən spontan (öz-özünə) sağalma müşahidə olunur.

Klinika. Hiperprolaktinemiya zamanı qalaktoreya hamiləliklə əlaqədar olmayan, süd vəzilərindən qan və irin qarışıqsız maye, bir neçə damcı “molozivo” və yaxud gur süd ifrazı müşahidə olunur. Qalaktoreyanın əmələ gəlməsi ehtimalı prolaktinin səviyyəsindən və hiperprolaktinemiyanın səbəblərindən asılı olmur. Qalaktoreya anovulyasiya fonunda, ovulyator tsikl və normoprolaktinemiya olarkən də müşahidə oluna bilər.

Normoprolaktin qalaktoreyası endogen PRL yüksək bioloji aktivliyi, zəif immunoreaktivliyi ilə izah oluna bilər, odur ki, periferik qanın radioimmunoloji müayinəsi zamanı PRL normal səviyyədə olur. Digər tərəfdən süd vəzilərinin, hipotalamus, hipofizin və yaxud yumurtalıqların prolaktin reseptorlarının PRL stimulyasiyasına yüksək həssaslığı ehtimal olunur. Lütein fazası çatışmazlığı ilə anovulyator aybaşı tsikli ola bilər. Birincili və ya ikincili amenoreya LH və FSH hasilatının ləngiməsi hesabına

inkişaf edir. Prolaktinin səviyyəsinin yüksək olması (dofamin sekresiyasının dəyişilməsi nəticəsində) və QnRH kimi LH və FSH ifrazatını da ləngidir, bunun nəticəsində hipotalamusun estrogenlərə olan həssaslığı azalır. Aybaşı tsiklinin pozulması və patoloji laktasiya ilə yanaşı uşaqlıq yolunun quruluşu, dispareuniya, libidonun zəifləməsi, çox hallarda piylənmə müşahidə olunur. Hipoestrogeniya uzunmüddətli olduqda osteoporoz inkişaf edə bilər. Frigidliyin inkişaf mexanizmində hipotalamik pozulmalardan əlavə yumurtalıqların teka-hüceyrələrinin androgen sekresiyasının prolaktinin təsiri ilə dəf olunması böyük rol oynayır.

Görmə sahəsinin qüsurları 5% hallarda müşahidə olunur. Baş ağrıları, baş gicəllənməsi, AT tranzitor artması, süd vəzilərinin patoloji dəyişiklikləri bilavasitə hipoestrogeniyanın dərəcəsiindən asılı olaraq 92% hallarda hiperprolaktinemiya qadınlarda (hiperplastik proseslər və süd vəzilərinin involyutiv dəyişiklikləri) müəyyən edilir. Həddindən artıq tüklənmə (hirsutizm) və androgen hasilatının pozulması 38% hallarda müşahidə olunur.

Bədən kütləsinin artması şəkildə metabolik pozulmalar, insulin rezistentliyi, dislipidemiya cinsiyyət hormonlarının defisiti olan qadınlar üçün xarakterikdir.

Klinik mənzərə adətən iki sindromun müştərək olması ilə təqdim olunur:

1) hipoestrogeniya fonunda menstrual tsikl pozulmaları – amenoreya və qalaktoreya ilə xronik anovulyasiyanı xarakterizə edən hiperprolaktinematik hipoqonadizm;

2) görmə sinirlərinin çarpazlaşması nəhiyəsində həcmli proses sindromu.

D i a g n o s t i k a. Menstrual funksiya pozulmalarına gətirib çıxaran amilləri nəzərə alaraq ümumi və ginekoloji anamnestik məlumatların ətraflı toplanması zəruridir. Prolaktinoma yetkinlik çağına qədər inkişaf edirsə, boyun qısa olması qeyd olunur, ikincili cinsiyyət əlamətlərinin inkişaf etməməsi real yaşla (“hipofiz cırtdanları”) müqayisədə daha gənc görünüş müşahidə olunur.

Prolaktinomanın inkişafı zamanı yetkinlik dövründən sonra qasıq nahiyyəsi tüklərinin seyrək olması nəzər-diqqəti cəlb edir.

Şixan sindromu olan qadınların anamnezində doğuşlar zamanı qanaxmalar nəticəsində arterial hipotoniya, hipofizin hüceyrələrinin işemik zədələnməsi trofikanın pozulması nəticəsində laktotrofların məhvi ilə əlaqədar laktasiyanın olmaması qeyd olunur.

Endokrin sistemin vəziyyətinə, xüsusilə də qalxanabənzər vəzinin və böyrəküstü vəzilərinin qabığının vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirilir.

Diagnozun dəqiqləşdirilməsi və differensial diaqnostikanın aparılmasında hormon tərkibinin – reproduktiv sistemin vəziyyətini öyrənmək üçün prolaktinin, LH, FSH, TTH, cinsi hormonların dəfələrlə müayinəsinin aparılması zəruridir.

Prolaktin konsentrasiyası gecə saat 3-lə səhər saat 5 arası maksimal olduğunu nəzərə alaraq, onun səviyyəsini səhər tezdən müəyyənləşdirmək lazımdır. Qeyd etmək vacibdir ki, prolaktinin miqdarı fiziki gərginlik və stress zamanı artır, makroadenoma zamanı isə onun səviyyəsi mikroadenomadan fərqli olaraq daha yüksək olur. Funksional prolaktinemiya ilə patoloji prolaktinemiyanı ayırd etmək üçün diaqnostik sınaqlar (dofamin aqonistləri və dofamin antoqonistləri ilə) aparılır.

Metoklopramid (dofamin antaqonisti, serukal) sınağı. Vena daxilinə 10 mq preparat yeridildikdən sonra sağlam qadınlarda PRL-in səviyyəsi qanda 1-2 saatdan sonra 7-10 dəfə yüksəlir. Hipofizin prolaktinoması zamanı PRL-in miqdarı, demək olar ki, dəyişmir, funksional hiperprolaktinemiya isə reaksiya zəif olur.

Tiroliberin sınağı. Preparat vena daxilinə 200-500 mkq dozada yeridilir. Sağlam qadınlarda PRL-in miqdarı 15 dəqiqədən sonra 2 dəfə artır, hipofizin şişlərində PRL-in miqdarı dəyişmir, şiş prosesi olmayan hiperprolaktinemiyalarda isə PRL-in miqdarı azacıq artır.

Parlodel sınağı. Parlodel – dofamin aqonistidir, PRL sekresiyasını ləngidir, hipofizin prolaktoforlarına bilavasitə təsir edir, səhər acqarına birdəfəlik 2,5 və ya 5 mq qəbul edilir, 2-4 saatdan sonra PRL-in səviyyəsi yoxlanılır, sağlam qadınlarda PRL

kəskin sürətdə azalır, şişlərdə reaksiya olmur. Funksional hiperprolaktinemiya da reaksiya zəif olur.

Kəllənin rentgenoqrafiyası hipofiz çuxurunun asimmetrik böyüməsi, onun dibinin ikiqat konturlu və konturların pazşəkilli yayılması, türk yəhərinə girişin genişlənməsi kimi tipik rentgenoloji dəyişiklikləri aşkar etməyə imkan verir. Lakin bu əlamətlər xəstəliyin artıq gecikmiş mərhələsində üzə çıxır. Fizioloji hiperprolaktinemiya zamanı “türk yəhəri” nəhiyəsində dəyişikliklər olmur.

Hipofizin sekresiyasız adenomalarında prolaktinin səviyyəsi az miqdarda qalxır (1000 BV/l-dən çox olmayaraq), diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün maqnit-rezonans tomoqrafiyası (MRT) və ya KT (hiperprolaktinemiyanın digər səbəbləri: böyrək çatışmazlığı, hipotireoz, dərman preparatlarının tətbiqi istisna olunmaqla) aparılır. MRT hipofiz nəhiyəsində daha dəqiq görüntülər əldə etməyə – görmə çarpazını, görmə sinirlərini, kavernoza sinusları və yuxarı arteriyalarını daha yaxşı vizuallaşdırmağa imkan verir.

Müalicə. Hiperprolaktinemiyanın və menstrual funksiyasının müxtəlif pozulmalarının müalicəsi xəstəliyin səbəblərindən asılıdır. Qadınlarda hiperprolaktinemiya vəziyyətlərinin differensial diaqnostikasının alqoritmi prolaktin sekresiyasının pozulmasının mənşəyini dəqiqləşdirməyə, eləcə də reproduktiv funksiyanın bərpasına yönəlmiş mərhələli kompleks müalicəni planlaşdırmağa imkan verir.

Birincili patoloji hiperprolaktinemiyanın müalicəsi prolaktinomanın cərrahi yolla xaric edilməsindən və yaxud izafi prolaktin sekresiyasının dəf edilməsindən ibarətdir. Hipofizin makroadenomalarında cərrahi müalicə və yaxud nadir hallarda şüa müalicəsi tətbiq olunur.

Dofamin aqonistlərinin preparatlarının klinik praktikaya geniş tətbiqi cərrahi və şüa müalicəsi metodlarına özünəməxsus şəkildə alternativ oldu. Dofaminin bütün aqonistlərinin təsiri onların laktotrofların D₂ reseptorları ilə birləşmək qabiliyyətinə əsaslanır və prolaktin sekresiyasını, sintezini tormozlayır.

Dofamin aqonistlərinə aşağıdakı preparatlar aiddir:

- Çovdar mahmızının (erqolin) alkaloidlərinin törəmələri:

a) 2 brom-alfa-erqokriptin – bromokriptin (2,5-10 *mq* həblər) və ya bromokriptin (alfa, beta) (4 *mq* abergin həb);

b) kabergolin (dostineks 0,5 *mq* həb).

- Tritsiklik benzoquanolinlərin törəmələri (qeyri-erqolin): xinaqolid (norprolak, 0,075 və 0,15 *mq* həblər).

Preparatların dozası fərdi olaraq seçilir. Hamiləliyin başlanmasına qədər optimal müalicə müddətləri mikroprolaktinomalar zamanı 12 aydan, makroadenomalar zamanı isə 18-24 aydan az olmayaraq təşkil edir. Prolaktinin tərkibinin yoxlanılması hər ay aparılmalıdır: menstrual tsiklin 5-7-ci günündə və ya amenoreya zamanı 30 gün ərzində 1 dəfə. Mikroadenoma zamanı ildə 1 dəfə, makroadenoma zamanı isə qanda prolaktinin tərkibi normallaşana qədər hər 3-6 aydan bir, sonra isə hər il dinamik kontrol (MRT və ya KT) aparılır.

Pasiyentlərdə funksional və ikincili hipeprolaktinemiyanın müalicəvi təsiri, ilk növbədə, əsas xəstəliyin müalicəsini nəzərdə tutur. Bu zaman prolaktinin sekresiyası təkrarən artır.

Yumurtalıq mənşəli amenoreya genetik (Şereşevski-Terner sindromu) ola bilər, onun əsasında bir X-xromosomun olmaması səbəbindən somato-cinsi differensiasiyaanın anadangəlmə pozulması baş verir. Bu zaman cinsi inkişafdan qalma əlamətləri səciyyəvidir.

Amenoreyanın bu formasına polikistoz yumurtalıqlar – yumurtalıqların polikistoz xəstəliyi (birincili polikistoz yumurtalıqlar, sklerokistoz yumurtalıqlar – Şteyn-Levental sindromu və ikincili polikistoz yumurtalıqlar sindromu), yumurtalıqların vaxtından əvvəl zəifləməsi, yumurtalıqların rezistentliyi sindromu, postovarietomik sindrom aiddir.

Qonad disgeneziyasının tipik forması (Şereşevski-Tyorner sindromu). Kariotip 45,X. Boy 147 *sm*-dən kiçik, inkişaf etməmiş süd vəziləri, qasıq nahiyyəsində seyrək tüklənmə, alın nahiyyəsinin tüklənməsi sərhədinin aşağı olması, “qanadvari büküslü” boyun, süd gilələrinin bir-birindən (aralı) geniş məsafədə yerləşməsi, enli döş qəfəsi, dördüncü əl darağının qısalması, eşitmənin zəifləməsi, aşağı səviyyədə yerləşmiş qulaqlar, çoxsaylı nevus, hündür damaq, çəpgözlük, bud arteriyalarında nəbz vurğusunun olma-

ması, ayaqların yelkənşəkilli deformasiyası. LH, FSH səviyyəsi yüksəkdir. Cinsiyyət xromatini təyin olunmur.

Qonad disgeneziyasının silinmiş forması. Klinik mənzərə 45,X klon payı ilə müəyyənləşir.

Xalis forma (cinsiyyət vəzilərinin normal kariotip zamanı disgeneziyası). Kariotip 46,X. Boy normal, somatik anomaliyaların olmaması, pubertantönü vəziyyət, cinsi infantilizm müşahidə olunur.

Qarışıq forma. Kariotip 45,X/46,XY. Klinik görünüş genetik klonların, qarışıq düzülüşlü qonadların faiz nisbəti ilə müəyyənləşir.

Testikulyar feminizasiya. Kariotip 46,XY. Daha çox hündür boy, süd vəzilərinin normal inkişafı, qasıq nahiyyəsində tüklərin olmaması, uşaqlığın olmaması, bəzən qasıq kanalında yumurtalıq rüşeymli şiş müşahidə olunur. Testosteronun səviyyəsi kişilərə uyğundur.

Yumurtalıqların birincili polikistozu. Hirsutizm, zərif tüklərin hipertrixozu, piylənmə. Yumurtalıqların böyüməsi, LH, testosteronun səviyyəsinin, 17-ketosteroidlərin (17-KS) sidiklə ekskresiyasının artması müşahidə olunur, dihidroepiandrosteronun (DEA) səviyyəsi isə norma daxilindədir.

Yumurtalıqların ikincili polikistozu. Hirsutizm, zərif tüklərin hipertrixozu, piylənmə. Yumurtalıqların böyüməsi daimi əlamət deyildir. LH, testosteronun, bəzən prolaktinin, DEA-nın səviyyəsinin, 17-KS sidiklə ekskresiyasının artması nəzərə çarpır.

Yumurtalıqların vaxtından əvvəl zəifləməsi sindromu. Yaş həddi 40-dan az, istibasmalar, emosional labillik. Uşaqlığın hipotrofiyası, atrofik kolpit əlamətləri müşahidə olunur. LH, FSH səviyyəsi artır, prolaktinin və estradiolun isə səviyyəsi azalır, yumurtalıqlarda follikullar yoxdur.

Yumurtalıqların rezistentlik sindromu. YVƏZS-dən fərqli olaraq klinik mənzərə daha az ifadəlidir. LH, FSH tərkibi yüksəkdir, prolaktinin tərkibi azalmış və ya dəyişməmişdir, anticisim titrləri yumurtalıqların toxumalarına qarşı yüksəkdir. Yumurtalıqlarda follikullar saxlanılır.

Postkastrasion sindrom. Yaş həddi 45-dən az, istibasmalar, emosional dəyişkənlik, yuxunun pozulması, uşaqlığın hipotrofi-

yası, atrofik kolpit, dizurik simptomlar müşahidə olunur. LH və FSH tərkibi yüksək, progesteron və estradiol səviyyəsi isə kəskin şəkildə azalmışdır. Prolaktinin miqdarı dəyişməmişdir.

Uşaqlıq mənşəli amenoreya uşaqlığın normal ölçüləri və yumurtalıqların normal funksiyası zamanı müşahidə olunur. Onun səbəbi endometriumun patoloji dəyişikliyi. Birincili zədələnmələr vərəm, skarlatina zamanı müşahidə olunur. İkincili zədələnmələrə isə endometrit, uşaqlıq nahiyəsində sinexiyalar (Aşerman sindromu), uşaqlıq boşluğunun həddən ziyadə qaşınması, endometriumun ablasiyası zamanı rast gəlinir.

4.2. HİPERMENSTRUAL SİNDROM

“Menorragiya” anlayışı altında bir neçə ardıcıl aybaşı zamanı itirilən qanın miqdarının normadan çox olması, gur olması və yaxud sadəcə olaraq uzun müddət (7 gündən artıq) davam etməsi nəzərdə tutulur. Obyektiv meyarlara əsasən hər bir aybaşı zamanı uşaqlıq boşluğunun vəzilərindən axan ifrazatın və endometriyumun funksional qatının qopmuş hissəcikləri ilə birlikdə itirilən qanın miqdarı $\geq 80 \text{ ml}$ təşkil edir.

Menorragiya tipli aybaşı zamanı çox qanitirmənin bir sıra səbəbi ola bilər:

- *uşaqlıq miomaları*: şişin intramural və selikaltı forması zamanı aybaşı dövründə şiddətli qanaxmanın mövcudluğu əksər hallarda yumurtalıqların funksiyasının həmçinin uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması zamanı müşahidə olunur.
- *sistem xəstəlikləri*: endokrin mənşəli (məsələn, hipotireoz), hemostazın pozulmaları;
- *yatrogen səbəblər*: uşaqlıqdaxili kontraseptiv vasitələr, antikoagulyantlardan istifadə;
- *uşaqlığın qeyri-düzgün vəziyyətləri*: yerli olaraq qan dövrərində durğunluq halları yaranır və aybaşı zamanı itirilən qanın miqdarı, aybaşının davam etmə müddəti artır;

- daxili cinsiyyət üzvlərinin iltihab prosesləri zamanı baş vermiş çanaq üzvlərinin hiperemiyası aybaşı zamanı itirilən qanın miqdarının artmasına gətirib çıxarır.

Disfunksional uşaqlıq qanaxmaları (DUQ) yumurtalıq hormonlarının tsiklik hasilatının pozulması ilə şərtlənən aybaşı funksiyasının pozulma formalarından biridir.

Qadın həyatının dövrlərinə müvafiq olaraq yuvenil (12-17 yaş), reproduktiv (18-45 yaş) menopauzaözü (46-55 yaş) DUQ ayırd edilir.

Cinsiyyət yollarından patoloji qanaxmaların səbəbləri 2 yerə bölünür: üzvi dəyişikliklərlə əlaqədar qanaxmalar, disfunksional uşaqlıq qanaxmaları.

Üzvi dəyişikliklərlə əlaqədar qanaxmalara pozulmuş hamiləlik, uşaqlığın zədələnməsi, endometriumun xərçəngi və ya sarkoma, endometriumun hiperplaziyası, submukoz mioma, endometriumun polipləri, endometrit, adenomioz, uşaqlıq boynunun xərçəngi, uşaqlıq boynunun zədələnməsi (ektopiya, eroziya, poliplər, kontakt qanaxmalar, nekroz, polipin iltihabı) aiddir.

Disfunksional uşaqlıq qanaxmaları: *anovulyator DUQ*, polikistoz yumurtalıqlar sindromu, perimenopauza anovulyasiyası, perimenarxe dövrünün anovulyasiyası, ovulyator DUQ (menstrual tsiklin ortasında, qanaxmalar, qısa follikulyar faza, davamlı lütein fazası), **sistem xəstəlikləri** (qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri, qan xəstəlikləri, daxili orqanların ağır patologiyası), *yatrogen DUQ* (KOK, levonorgestrel, medroksiprogesteron, dazi/jenşen preparatları qəbulu) aid edilir.

DUQ yumurtalıq və qonadotrop hormonların hasilatının pozulmasına gətirib çıxaran aybaşı funksiyasının neyrohumoral tənzimləmə həlqələrinin hər hansı birinin (beyin qabığı, hipotalamus, hipofiz, qalxanvari vəz, böyrəküstü vəz, yumurtalıqlar) funksiyasının pozulmasına əsaslanır. Ginekoloji xəstəliklərin ümumi strukturunda DUQ 15-20%-ni təşkil edir. DUQ, ovulyator tsikl zamanı da müşahidə olunmasına baxmayaraq, 70% hallarda anovulyasiya ilə müşayiət olunur.

Reproduktiv yaşlı qadınlarda menorragiyalar, bir qayda olaraq, hipotalamus-hipofiz-yumurtalıqların qarşılıqlı sinxron fəaliyyətinin pozulmaları və yaxud yumurtalıqların estrogen hasil edən şişləri ilə əlaqədar olur.

Ovulyator DUQ mexanizmi tam axıra qədər aydınlaşmamış olaraq qalır, lakin məlumdur ki, hipofiz hormonlarının və cinsi steroidlərin sekresiyası pozulmamış olur. Qanaxmanın və itirilən qanın həcmi müxtəlif patoloji dəyişikliklərlə əlaqədar ola bilər:

- Damar hemostazının pozulması (laxtalanma sisteminin pozulmaları, damarların vazokonstriksiyasının çatışmazlığı).
- Endometriumun regenerativ proseslərinin pozulması (morfoloji dəyişikliyə uğramış endometriumun deskvamasiyasının natamamlığı).

Estrogenlər uşaqlıq damarlarının müqavimətinə zəiflədici təsir göstərir, nəticədə uşaqlıq qanaxması artır. Lakin, bu hal progesteronun mövcudluğu ilə yox olur. DUQ zamanı endometriumda güclü qan cərəyanı müşahidə olunur; bu, estrogen reseptorlarının sayının çoxalması və estradiolun səviyyəsinin normal olmasına baxmayaraq, onun təsirinin şiddətlənməsi ilə əlaqədardır.

Ovulyator DUQ aybaşı zamanı itirilən qanın həcmının artması endometriumda fibrinolizin aktivləşməsi ilə əlaqədar ola bilər. Estrogenlər fibrinolizi stimullaşdırır, progesteron isə bu prosesi fibrinoliz inhibitorlarının qatılığının artması hesabına ləngidir.

Endometrium hüceyrələrinin proliferasiyası və differensiasiyası, eləcə də menstrual qanaxmanın baş verməsi yalnız cinsi hormonların tərkibindən deyil, həm də bioloji fəal hüceyrə tənzimləyicilərinin lokal hasilindən asılıdır. Menstruasiya zamanı qanitirməni prostoqlandinlər yerli təsir göstərərək nəzarətdə saxlayır. PQ hasilatı qanda sirkulyasiya edən estrogen və progesteron qatılığından asılıdır. Progesteron endometriumda PQ sintezinin inhibitoru kimi təsir göstərir, ona görə də onun miqdarının azalması bu maddələrin hasilini artırır. PQ müxtəlif olmaqla təsirləri də fərqlənir: PQ E_2 və prostasiklin – vazodilatator və antiaqreqant, PQ $F_{2\alpha}$ və tromboksan isə vazokonstriktor, trombositlərin aqreqasiyasını stimullaşdıran xassələrə malikdir. Bir qayda olaraq,

PQ $F_{2\alpha}$ və tromboksan üstünlük təşkil edir, vazokonstriktor təsir göstərmək və qanın aqreqasiya xassəsini yüksəltməklə menstruasiiyanın uzun müddət davam etməsini əngəlləyir. Güman edilir ki, ovulyator DUQ səbəblərindən biri endometriumda PQ nisbətinin dəyişməsi, PQ E_2 və prostasiklinin üstünlük təşkil etməsi ola bilər. Qeyd edildiyi kimi, endometriumda PQ miqdarının artması progesteronun səviyyəsi azaldıqda müşahidə oluna bilər, bu, həm də qanaxmanın artmasına səbəb olur.

Etiologiya və patogeneza. Müxtəlif amillər, o cümlədən əqli və fiziki yorğunluq, əlverişsiz maddi və məişət şəraiti, stress vəziyyətləri, iqlim dəyişmələri, intoksikasiyalar və infeksiyalar, hipovitaminozlar, hormonal homeostazın pozulmaları, abortlar, bir sıra dərman preparatlarının qəbulu, peşə zərərləri menstrual funksiyanın mürəkkəb tənzimləmə sisteminin pozulmasına gətirib çıxarır.

DUQ “beyin qabığı-hipotalamus-hipofiz” sistemində birincili pozulmalarla yanaşı yumurtalıqlar səviyyəsində mövcud olan birincili pozulmalar böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ovulyasiyanın pozulması yumurtalığın ağıl qişasının qalınlaşmasına, qan təchizatı dəyişikliklərinə və yumurtalıq toxumasının qonadotrop hormonlara həssaslığının azalmasına gətirib çıxaran yumurtalıqlarda keçirilmiş iltihabi və yoluxucu xəstəliklərdən sonra baş verən birincili dəyişikliklər nəticəsində meydana çıxır. DUQ endometriumun morfoloji dəyişikləri müşayiət edir.

Ovulyator qanaxmalar ikifazlı tsikl zamanı yumurtalıq hormonlarının ritmik ifrazının pozulması menstrual tsiklin I və II fazasının qısalması və ya II fazanın uzanması kimi hallarda müşahidə olunur. Ovulyasiyanın dolayı əlamətləri aybaşıönü sindrom və dismenoreya simptomlarıdır. Ovulyator qanaxmalar, bir qayda olaraq, qəflətən başlayır və hər hansı bir yanaşı simptomlarla müşayiət olunmur.

Aybaşı tsiklinin I fazasının qısalması zamanı müşahidə olunan ovulyator qanaxmalar cinsi yetişkənlik və klimakterik dövrlərdə daha çox rast gəlinir. Reproduktiv dövrdə qanaxmanın səbəbi iltihabi xəstəliklər, ikincili endokrin pozulmalar və vegetativ nevroz-

lar ola bilər. Menstruasiyalar arasındakı interval 2-3 həftəyə qədər azalır, menstruasiyalar isə hiperpolimenoreya tipi üzrə baş verir.

Hiperpolimenoreya gur (menstrual qanaxmanın həcmi 80 ml-dən çox) və uzunmüddətli (7 gündən çox) menstruasiyalardır. Hiperpolimenoreyanı, bir sözlə, *menorragiya* adlandırmaq olar.

Diagnostika pasiyentin anamnezi və şikayətləri, funksional diagnostika testləri (bazal hərarətin ölçülməsi, “göz bəbəyi” simptomu, seliyn “uzanma” simptomu, kariopiknotik indeks), endometriumun histoloji müayinəsinə əsaslanır.

Bazal temperaturu ölçərkən tsiklin 8-10-cu günündən rektal temperaturun qalxması müşahidə olunur; sitoloji müayinə menstrual tsiklin I fazasının qısalmasını, endometriumun histoloji müayinəsi isə sekretor transformasiyanın kifayət qədər olmamasını göstərir.

Müalicə. İlk növbədə əsas xəstəliyin aradan qaldırılmasına yönəldilir. Simptomatik müalicə zamanı hemostatik preparatlar – vikasol, etamzilat (disinon), aminometilbenzoy turşusu (amben), kalsium preparatları – təyin olunur. Güclü qanaxmalar zamanı əvvəlcə hemostatik sxem üzrə gündə 3-5 həbdən başlayaraq kombinə edilmiş oral kontraseptivlər, sonra isə kontrasepsiya sxemi ilə, yaxud menstrual tsiklin I mərhələsində 2-3 tsikl ərzində estrogenlər təyin olunur.

Lütein fazanın qısalması zamanı menstruasiyadan əvvəl və sonra az həcmli qanlı ifrazatlar müşahidə olunur.

Diagnostika. Funksional diagnostika testləri: ovulyasiyadan sonra rektal temperatur yalnız 4-5 gün ərzində ($0,4^{\circ}\text{C}$ yuxarı olmamaq şərti ilə) yüksəlir, sitoloji və histoloji diagnostika isə endometriumun sekretor dəyişmələrin çatışmazlığını müəyyənləşdirir.

Müalicə. Menstrual tsiklin II fazasında hestagenlər: didrogesteron (düfaston), progesteron (utrojestan), hidrokspirogesteron kapronat (oksiprogesteron kapronat) təyin olunur.

Lütein fazasının uzanması. Sarı cismin persistensiyası, onun uzunmüddətli funksional aktivliyinin nəticəsində inkişaf edir. Sarı cisim reqressiyaya məruz qalmır, funksional fəallıq əla-

mətləri olan hüceyrələr mövcud olur. Hiperprogesteronemiya müşahidə olunur. Sarı cismin persistensiyası hipofizin funksiyasının pozulması zamanı təsadüf olunur, daha çox hiperprolaktinemiya ilə əlaqəlidir.

Klinika. Adətən menstruasiya bir qədər gecikdikdən sonra başlayır, hər növbəti tsikldə menstruasiya menometrorragiyaya çevrilərək 1-1,5 ay müddətində daha uzunmüddətli və gür olur. Bu isə endometriumun qeyri-bərabər soyulması və yüksəlmiş progesteronun uşaqlığın tonusuna zəiflədici təsiri ilə izah olunur, hestagenlərin səviyyəsi lazımi qədər azalmır və uzun müddət bir səviyyədə qalır, rektal temperaturun qalxma müddəti 14 gündən çoxdur, qanda progesteronun miqdarı artır. USM-də reqressiya etməyən sarı cisim təyin olunur.

Müalicə. Birinci mərhələdə hemostatik və diaqnostik məqsədlə uşaqlıq boşluğunun ayrılmış diaqnostik qaşıntısı aparılır. Sonra kombinə edilmiş esterogen və hestagen preparatlarından sxem üzrə istifadə olunur.

Reproduktiv dövrün DUQ patogenetik mexanizmindən və klinik morfoloji xüsusiyyətlərindən asılı olaraq anovulyator və ovulyator DUQ-a bölünür:

Anovulyator DUQ (metropatiyalar). Reprodukativ dövrdə hipotalamik-hipofizar pozulmaların nəticəsində ovulyasiya baş vermir və bunun əsasında follikulun persistensiyası və ya atreziyası dayana bilər. Qanaxma qadının daha çox yuvenil (20-25%), klimaks (60%) və az hallarda reproduktiv yaş dövründə müşahidə olunur. Bir qayda olaraq reproduktiv yaş dövründə DUQ-sı olan bütün xəstələr sonsuzluqdan əziyyət çəkən qadınlardır.

Follikulun persistensiyası (hemorragik Şreder metropatiyası). Yetişmiş follikul ovulyasiya etmir, sarı cisim əmələ gəlmir, progesteron çatışmazlığı meydana çıxır. Follikulun fəaliyyəti davam edir (estrogen hasil edir), bu isə mütləq hiperestrogeniyaya gətirib çıxarır.

Estrogenlərin uzunmüddətli təsiri və onun yüksək səviyyəsi endometriumda hiperplaziyaya səbəb olur və atipik hiperplaziya və yaxud endometriumun adenokarsinoma riskini artırır.

Ovulyasiyanın və sarı cismin olmamasına görə proliferasiyadan sonra endometriumda sekresiya fazası baş vermir (progesteron çatışmazlığı) və nəticədə proliferasiyaya uğramış endometriumun normal soyulması prosesi pozulur.

Qanaxmanın mexanizmi damar dəyişiklikləri ilə əlaqədardır. Qan durğunluğu endometriumda isə kapillyarların kəskin genişlənməsi ilə qan dövranının pozulması, tromblar və qan stazı fonunda distrofik dəyişikliklər və nekrozla nəticələnən toxuma hipoksiyası qeyd olunur. Bütün bunlar endometriumun uzunmüddətli və qeyri-bərabər soyulmasına gətirib çıxarır. Selikli qişanın morfoloji quruluşu müxtəlif olur: qopma sahələri ilə yanaşı, regenerasiya sahələri müşahidə olunur.

Follikul persistensiyasının **klirik mənərəsi**: menstruasiiyanın 2-3 ay müddətində gecikməsi, çoxhəcmli və uzunmüddətli qanaxmalar, anemiya, hipotoniya, əsəb və ürək-damar sisteminin funksional pozulması ilə ifadə olunur.

Follikulun atreziyası (Meyer metropatiyası) – bir və ya bir neçə follikul inkişafın istənilən mərhələsində dayanır və sonrakı tsiklik dəyişikliklərə uğramır. Follikulların sonrakı geriye inkişafı (atreziya) və ya xırda kistaların əmələ gəlməsi baş verir. Bu vəziyyətdə estrogenlərin səviyyəsi aşağıdır, lakin anovulyasiya ilə əlaqədar olaraq sarı cismin olmaması və progesteron çatışmazlığı fonunda nisbi hiperestrogeniya vəziyyəti üzə çıxır.

Follikulun atreziyası azmiqdarlı qanaxmalarla menstruasiiyanın gecikməsi ilə xarakterizə olunur, buna daha çox yuvenil dövrdə təsadüf olunur. Endometriumda baş verən dəyişikliklər və qanaxma mexanizmi follikulun persistensiyası zamanı olduğu kimidir.

Ovulyator DUQ. Bir sıra hallarda sarı cismin funksiyasının pozulması onun uzunmüddətli funksional aktivliyindən sonra baş verir. Sarı cismin persistensiyası nəticəsində hestagenlərin səviyyəsinin azalması kifayət dərəcədə tez baş vermir və uzun müddət eyni səviyyədə qalır. Bu da endometriumun funksional qatının qeyri-bərabər şəkildə qopmasına gətirib çıxarır, uzunmüddətli menometrorragiya əmələ gəlir. Digər tərəfdən də uşaqlığın tonusunun qanda progesteronun yüksək tərkibinin təsiri altında zəif-

ləməsi qanaxmaya səbəb olur. Bu zaman sarı cisim ya tamamilə geri inkişaf əlamətlərinə malik olmur və yaxud da geriye inkişaf əlamətləri olan lütein hüceyrələri ilə yanaşı, güclü funksional aktiv sahələr mövcud olur.

Qanaxma zamanı endometriumda damarların yığılmasını gücləndirən F_2 prostoglandinlərin səviyyəsi aşağı enir və trombositlərin aqreqasiyasına mane olan E_2 prostoglandinlərin tərkibi yüksək olur. Normada aybaşı tsiklinin artmasında estrogenlərin səviyyəsi bir qədər aşağı olur, lakin bu qanaxma vermir, çünki ümumi hormonal səviyyə funksiyaya başlamış sarı cismin hesabına saxlanılır. Ovulyator pikdən sonra hormonların səviyyəsinin qabarıq və kəskin sürətdə enməsi zamanı 2-3 gün ərzində cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat müşahidə olunur.

Klinika. Əsasən xəstələr aybaşının qeyri-müntəzəmliyindən şikayətlənirlər, qanaxmalar ən çox aybaşının ləngiməsindən sonra meydana çıxır, yaxud da menometrorragiya qeyd olunur.

Follikulun persistensiyası qısamüddətli olarsa, uşaqlıq qanaxması şiddətinə və müddətinə görə normal aybaşından fərqlənmir. Çox hallarda aybaşının ləngiməsi kifayət qədər uzunmüddətli və 1,5-2 aylıq olur, sonra qanaxma baş verir. Qanaxma əvvəl yüngül olur, dövrü olaraq azalır, sonra yenidən güclənir və çox uzun müddət davam edir. Uzunmüddətli qanaxma orqanizmin zəifləməsinə və anemiyaya səbəb olur. Sarı cismin persistensiyası nəticəsində baş verən DUQ zamanı aybaşı öz vaxtında və ya azacıq ləngimədən sonra olur. Hər növbəti tsikldə aybaşının müddəti və şiddəti artır, 1-1,5 ay davam edən menometrorragiyaya çevrilir.

Anovulyator uşaqlıq qanaxmalarının **diagnostikası** ətraflı anamnezin toplanması, menstrual təqvim, fiziki müayinə, xəstənin psixoloji xüsusiyyətlərinin dəqiqləşdirilməsi və xüsusi müayinə üsullarından ibarətdir.

Disfunksional uşaqlıq qanaxmalarının diagnostikası və müalicəsi. DUQ olan reproduktiv yaşlı qadınların müayinəsi zamanı qanaxmanın səbəbi ola biləcək digər patologiyaları – ekstragenital xəstəliklər, qan, qaraciyər, ürək-damar və endokrin patologiyaları, cinsiyyət orqanlarının bəd və

xoşxassəli şişlərini, endometriozu, travmasını, iltihabi prosesini, pozulmuş uşaqlıq və ektopik hamiləliyi, abortdan və ya doğuşdan sonra plasentar polipləri istisna etmək lazımdır.

Diagnostika qadının ümumi anamnezinin toplanmasından, menstrual təqviminin diqqətlə öyrənilməsindən başlayır.

Qanın ümumi müayinəsi, koaquloqramma, funksional diagnostika testləri (bazal hərarətin ölçülməsi, “bəbək” simptomu, servikal seliyn “uzanma” simptomu, kariopiknotik indeksin hesablanması) aparılır. Seksual fəal qızlarda yuvenil dövrdə və reproduktiv dövrdə qadınlarda qan zərdabında xorionik qonadotropinin (XQ) səviyyəsi təyin olunur. Qanda hormonların səviyyəsi: TTH və sərbəst T_4 (qalxanabənzər vəzinin funksiyasının dəqiqləşdirilməsi üçün), estradiol, testosteron, DEA, LH, FSH, insulin, S-peptid (polikistoz yumurtalıqların sindromu istisna olmaqla), prolaktin (3 dəfədən az olmayaraq), sidiyin steroid profili tədqiq olunur. Polikistoz yumurtalıqlar sindromu və piylənmə (bədənin kütlə indeksi 25 və daha artıq) zamanı karbohidratlara qarşı tolerantlıq testi aparılır. Kiçik çanaq orqanlarının USM, histeroskopiya və uşaqlığın diagnostik qaşınması və qaşıntının morfoloji öyrənilməsi, kəllənin rentgenoqrafiyası (türk yəhəri) və MRT, göstəriş olarsa, terapevtin, oftalmoloqun, endokrinoloqun, nevroloqun, hematoloqun, psixiatrın müayinəsi aparılır.

Differensial diagnostika uşaqlıq qanaxmaları simptomu olan xəstəliklərlə (ekstragenital və ginekoloji) aparılır.

Menorragiyanın müalicəsi zamanı həkimin taktikası iki istiqamətdə olmalıdır: qanaxmanı dayandırmaq və daha vacibi onun təkrar olunmasının profilaktikasını aparmaq.

Sonrakı taktika uşaqlığın və yumurtalıqların üzvi patologiyasının olub-olmamasından, onun xüsusiyyətlərindən və pasiyentin yaşından asılıdır.

Müalicənin birinci mərhələsində uşaqlıqdaxili patologiya şübhəsi olduqda və diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün histeroskopiya və endometriumun ayrılmış diagnostik qaşınması və qaşıntının histoloji müayinəsi aparılır. Yumurtalıqlarda üzvi patoloji dəyişikliklərə şübhə olduqda isə cərrahi əməliyyat aparılır.

Üzvi patologiyası olmayan 40 yaşından yuxarı qadınlarda, eləcə də endometriumun xərçəngünü və xərçəng xəstəliklərinin profilaktikası və göstərilən patologiyaları istisna etmək məqsədi ilə risk qrupuna daxil olan xroniki anovulyasiya, menstruasiya ritminin pozulması, piylənmə, anamnezdə endometriumda patologiyanın mövcudluğu olan 40 yaşından aşağı qadınlarda histeroskopiya, uşaqlıq boynunun və uşaqlıq boşluğunun ayrılıqda diaqnostik qaşınma əməliyyatının aparılması vacibdir.

Aparılan konservativ müalicənin effektsizliyi və qanaxmaların residivi zamanı da aybaşı tsiklinin I yarısında xroniki endometriti və polipləri istisna etmək üçün histeroskopiya və diaqnostik qaşınma əməliyyatı yerinə yetirilir.

Endometriumun, yumurtalıqların patologiyası və hemostaz sistemdə pozulmalar olmadığı hallarda qanaxma disfunksional xarakter daşıyır və konservativ müalicə aparılır.

DUQ sonrakı müalicəsi pasiyentin yaşı, xəstəliyin etiologiyası, patogenezi, nəzərə alınmaqla kompleks şəkildə mərhələlərlə aparılır. Mənfi emosiyaları, fiziki və əqli yorğunluqları aradan qaldırılmalı, psixoterapiyanın aparılması, həmçinin trankvilizatorların təyini məqsədəuyğundur. Klimakterik dövrdə MSS-nin fəaliyyətinin normallaşmasına təsir göstərən hormon əvəzləyici terapiyadan (HƏT) və yaxud hormonabənzər preparatlardan (klimaktoplan H, klimadinon, remens) istifadə olunur. Göstəriş olduqda antianemik müalicə aparılır.

Menorragiyanın müalicəsi məqsədi ilə qeyri-hormonal müalicə üsulu kimi aybaşıya 1-2 gün qalmış iltihabəleyhinə qeyri-steroid vasitələrdən (İQSV): salisilatlar (aspirin), prostaqlandinlərin inqibitoru olan indometasin, propion turşusunun törəmələri (naproksen gün ərzində 250-500 *mq*, ibuprofen gün ərzində 600 *mq*, ketoprofen gün ərzində 300 *mq*, fenamatlar) istifadə olunur. Bütün bunlar endometriumda tromboksanın və prostaqlandinlərin miqdarını azaldır və qeyri-müntəzəm tsikl zamanı isə menstruasiyanın birinci günündən sonuna qədər məsləhət görülür. İQSV menorragiyalı pasiyentlərin müalicəsi üçün ön planda olan prepa-

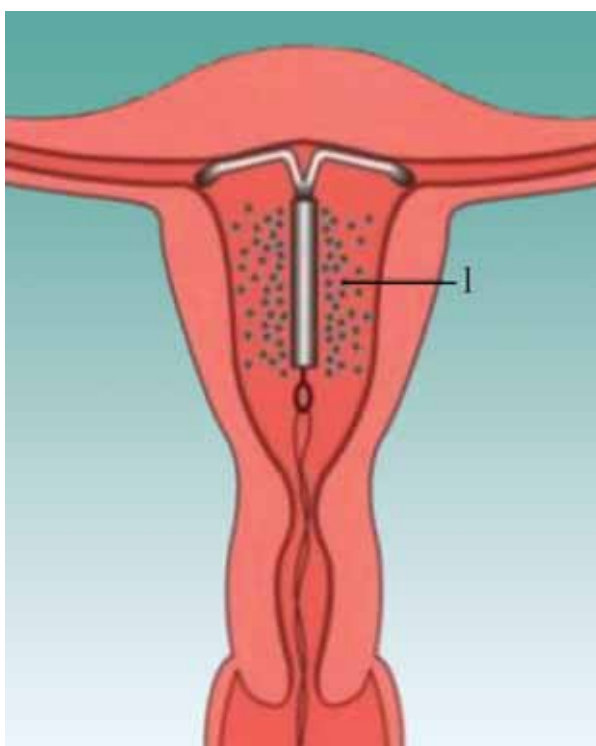
ratlardır. Bununla yanaşı, İQSV-nin istifadəsi dismenoreya zamanı ağrı sindromunu azaltmağa imkan yaradır.

Menorragiyanın müalicəsi zamanı antifibrinolitik vasitələrin tətbiqi qanın plazmasında fibrinolitik aktivliyi endirir ki, bu da qanaxmanın azalmasına şərait yaradır. Bu preparatların ümumi dozası çox olmamalıdır, çünki yüksək dozalar tətbiq olunduqda damardaxili laxtalanma sindromu inkişafı təhlükəsi, eyni zamanda estrogenlərin istifadəsi isə tromboembolik ağırlaşmaların inkişafı ehtimalını artırır.

Menorragiyalı pasiyentlərdə onun tətbiqi tamamilə ziddiyyətlidir. Hazırda damar divarının keçiriciliyini azaltmaq məqsədilə tətbiq olunan etamzilatın təsir mexanizmi dəqiq məlum deyil, menorragiyalarda onun müştərək tətbiqi İQSV-nin təsir mexanizminə müdaxilə edir. Bir sıra ölkələrdə menorragiyalar zamanı bu preparat tətbiq olunmur.

Hormonal müalicə məqsədilə prohestagenlərin təyini zamanı onların müalicə mexanizminin istifadə rejimindən asılı olaraq fərqləndiyini nəzərə almaq lazımdır. Menstrual tsiklin ikinci fazasında prohestagenlərin təyini zamanı 12-14 gün ərzində endometriumun sekretor dəyişiklikləri qeyd olunur, tsiklin 5-ci günündən 25-ci gününə qədər qəbulu ovulyasiyanın tormozlanmasına və endometriumun desidual transformasiyasına gətirib çıxarır. Progestinlərlə müalicə səmərəlidir, lakin bəzən preparatın istifadəsini məhdudlaşdıran səbəblər, o cümlədən ürəkbulanması, süd vəzilərinin ağrılı gərginləşməsi, bədən çəkisinin artması, baş ağrıları kimi təsirlər də ola bilər. Bundan başqa androgen xassəli prohestagenlər uzun müddət istifadə olunduqda qanın lipid spektrinə mənfi təsir göstərə bilər və həm də insulina olan həssaslığı (insulina rezistentliyin inkişafını) azalda bilər. Düfaston (gündə 20 *mq per os*) və utrojestan (gündə 300 *mq per vaginum*) kimi progesteron törəmələrinin üstünlüyü onların yaxşı qəbul edilməsi, androgen effektin olmaması, orqanizmdə metabolik proseslərə minimal təsir göstərməsindən ibarətdir. Məhz ona görə də dislipidemiya və karbohidrat mübadiləsi pozulmuş qadınlarda onların tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

Son zamanlarda menorragiyanın müalicəsi məqsədilə (şəkil 4.2) istifadə olunan tərkibində *Levonorgestrel* olan uşaqlıqdaxili



Şəkil 4.2. Levonorgestrel tərkibli uşaqlıqdaxili vasitə “Mirena”

vasitə “*Mirena*” peroral qəbul edilən hestagenlərdən daha səmərəli nəticə verir, belə ki, onun fonunda menstrual qanitirmə 96%-ə qədər azalır. Bundan başqa, pasiyentlərin 20%-də bir ildən sonra amenoreya müşahidə olunur. Mirenanın tətbiqindən sonra keçici xüsusiyyətə malik asiklik qanlı ifrazatların olmasının mümkünlüyü haqqında pasiyentə xəbərdarlıq edilməlidir. Menstrual qanaxmanın xeyli azalması ilə yanaşı mirenanın tətbiqi fonunda dismenoreyanın qarşısı effektiv şəkildə alınır, hemostaz və lipid

spektrinin göstəriciləri stabil qalır.

Esrtogen-hestagen preparatlarının (kombinəedilmiş oral kontraseptivlər – KOK) müalicəvi təsir mexanizmi QnRH sintezinin blokadasına əsaslanır və nəticədə FSH və LH tsiklik sekresiyasını dəf etməklə anovulyasiyaya səbəb olur. Bu preparatların istifadəsi menstrual tsiklin birinci fazasında proliferativ proseslərin geriye inkişafına və ikinci fazada natamam sekretor transformasiyaya gətirib çıxarır. KOK uzun zaman qəbul edildikdə endometriumun vəzili epitelinin involyusiyası, bəzən isə onun atrofiyası baş verir, stroma desidual transformasiyaya uğrayır (“yalançı hamiləlik” vəziyyəti), onun ifadəlilik dərəcəsi preparatın hestagen komponentlərindən asılıdır. Tromboembolik ağrılaşmaların təhlükəsinin bir qədər, xüsusilə, yaşlı və siqaret çəkən qadınlarda artması ilə əlaqədar olaraq KOK-ların tətbiqi menorragiyanın müalicəsi üçün o qədər də məqsədəuyğun deyil. Monofazalı KOK ilə müalicə 6-12 ay ərzində aparılır. Preparatlar konservativ sxem üzrə (21 gün ərzində 7 gün fasilə ilə 1 həb olmaqla) və ya fasiləsiz rejimdə (3 ay fasiləsiz, sonra 7 gün fasilə ilə) istifadə olunur.

Menorragiyalar zamanı antiqonadotropinlərin istifadəsi onların antiestrogen, antiprohestagen və androgen təsirinə əsaslanır. Menorragiyanın müalicəsi üçün hestrinonun təyin olunması olduqca effektivdir. Lakin, xəstələrin bir çoxunda yanaşı reaksiyalar (akne, hirsutizm, çəkinin artması) qeydə alınır, odur ki, uzun müddət, xüsusilə də idiopatik menorragiya zamanı istifadə olunmur. Müalicə müddəti 6-9 aydır.

Qonadotropin-rilizing-hormonun aqonistləri (aQnRH). Məlumdur ki, QnRH pulsasiyalı hasilatı qonadotropinlərin hasilini dəstəkləyir. QnRH sintetik analoqlarının tətbiqi adenohipofiz hüceyrələrinin reseptorlarının QnRH-a olan həssaslığının azalmasına səbəb olur, bu da qonadotropin ifrazatının azalması ilə sonradan hipoestrogeniyanın (yalançı menopauza) inkişafına gətirib çıxarır. QnRH aqonistlərinin yumurtalıqlara təsir mexanizmi qonadotropinlərə olan həssaslığın azalmasından və birbaşa ləngidici təsirdən ibarətdir. Hazırda QnRH aqonistlərindən inyeksiyalar, dərialtı implantlar və endonazal spreylər şəklində qozerelin (zoladeks), triptorelin (dekapeptil depo, diferelin), leypropelin (lyukrin depo), buserelindən istifadə olunur. Müalicədən 4 həftə sonra xəstələrin 60%-də amenoreya başlanır. Müalicə kursu 3-6 ay təşkil edir və bu preparatların 6 aydan çox istifadəsi zamanı istilikbasma, dispareuniya, sümük toxumasının demineralizasiyası və s. kimi estrogen çatışmazlığı simptomları inkişaf edir və təbii estrogenlərlə terapiya aparılmasına ehtiyac yaranır. Bununla əlaqədar olaraq idiopatik menorragiyanın müalicəsi üçün bu preparatları yalnız digər üsulların səmərəli olmadığı təqdirdə və operativ müalicəyə əks göstəriş olduqda qəbul etmək olar.

Konservativ terapiya cərrahi müdaxilədən qaçmağa imkan verir. Lakin, dərman preparatlarını uzun müddət ərzində qəbul etmək lazım gəlir. Konservativ müalicə səmərəsiz olduğu təqdirdə transservikal rezektoskopiya və ya endometriumun ablasiyası əməliyyatı aparılır.

V FƏSİL

NEYROENDOKRİN SİNDROMLAR

Neyroendokrin sindromlar (NES) hipofizin və hipotalamusun rilizinq hormonlarının sintezinin birincili pozulmaları ilə şərtləndirilən klinik simptomokompleksdir. Bəzi hallarda bunlar piylənmə, arıqlama, şəkərli diabet kimi mübadilə pozulmaları ilə müşayiət olunur. Ona görə də NES-nin sinonimini neyroendokrin mübadilə sindromu termini təşkil edir. NES-yə aiddir:

- aybaşıönü sindrom;
- yumurtalıqların polikistozu sindromu;
- klimakterik sindrom;
- postkastasion sindrom;
- Şixan sindromu;
- adrenogenital sindrom;
- neyromübadilə-endokrin sindromu;
- Kiari-Frommel sindromu;

5.1. AYBAŞIÖNÜ SİNDROM

Aybaşıönü sindrom aybaşıya 2-10 gün qalmış baş verən və aybaşı başladıqdan sonra keçib gedən mürəkkəb patoloji simptomkompleksdir. Simptomkompleks neyropsixi, vegetativ-damar və mübadilə-endokrin pozuntuları şəklində müşahidə olunur.

Aybaşıönü sindrom reproduktiv yaş dövründə olan qadınların 20-47%-ində qeydə alınır.

Xəstəliyin *patogenezi* mürəkkəbdir və tam öyrənilməmişdir. Aybaşından qabaqkı sindromun baş verməsinə və inkişafına dair bir çox nəzəriyyə irəli sürülmüşdür. Hormonal nəzəriyyəyə əsasən, sindromun inkişafına səbəb aybaşı tsiklinin ikinci fazasında

estrogenlərin çoxluğu və progesteronun çatışmazlığı güman edilir. Bu isə, öz növbəsində, tez yorulma, adinamiya, ödəmlər, diurezin azalması, süd vəzilərinin şişkinləşməsi, başağrıları kimi simptomların inkişafına səbəb olur. Aybaşıönü sindromun yaranması amillərinə streslər, neyroinfeksiyalar, ağırlaşmış doğuşlar və abortlar, operativ müdaxilələr aid edilir.

Hormonal nəzəriyyə ilk dəfə olaraq 1931-ci ildə A.Frank tərəfindən irəli sürülmüşdür. Lakin sonrakı tədqiqatlar göstərdi ki, aybaşıönü sindromun klinik mənzərəsi zamanı çox az hallarda anovulyasiya və sarı cismin çatışmazlığı müşahidə olunur. Bundan başqa, progesteronla müalicə az effektivdir. Son illərdə prolaktinə xüsusi yer ayrılır. Aldosteron və vazopressinin fəaliyyətinin modulyatoru olaraq, o, aybaşıönü sindrom zamanı diurezin azalması, şişlərin yaranması kimi simptomları şərtləndirir. Məlumdur ki, prostaqlandinlər – toxuma hormonları bütün orqan və toxumalarda sintez olunur. AÖS-nin bir çox əlamətləri hiperprostaqlandinemiya vəziyyəti ilə oxşardır. Belə ki, miqren tipli başağrıları, ürəkbulanma, qusma, qarnın köpməsi kimi simptomlar, həmçinin müxtəlif vegetativ-damar reaksiyaları prostaqlandinlərin sintezinin pozulması ilə izah edilir.

Hazırda AÖS-nin patogenezinə əsas yer MSS-də periferik neyroendokrin proseslərin pozulmasına gətirib çıxaran neuropeptidlər mübadiləsinin (opioidbrin, serotoninin, dofaminin, noradrenalinin) pozulmasına ayrılır.

Beləliklə, aybaşıönü sindrom – hipotalamo-hipofizar sistemin anadangəlmə və sonradan yaranan çatışmazlığı olan qadınlarda mənfi amillərin (stress, neyroinfeksiyalar, fəsadlaşmış doğuşlar, abortlar və s.) təsiri nəticəsində mərkəzi sinir sisteminin müxtəlif şöbələrində baş verən disfunksiya.

Klinikası. Bu və ya digər əlamətlərin üstünlük təşkil etməsindən asılı olaraq aybaşıönü sindromun sinir-psixi, ödem, sefalqik və kriz formaları ayırd edilir.

Sinir-psixi formanın klinik mənzərəsi ağlağanlıq, əsəbilik, zəiflik, aqressivliklə xarakterizə olunur. Ödem formasında süd vəzilərinin şişkinliyi və ağrılı olması, uzun, baldırların ödemliliyi,

qarının köpməsi, tərləmə, qaşınma kimi simptomlar üstünlük təşkil edir. Bununla belə, diurez adekvat olur.

Aybaşıönü sindromun sefalgik formasında göz almacıqlarına irradiasiya edən, pulsasiyaedici baş ağrıları, ürəkbulanma, qusma əlamətləri üstünlük təşkil edir.

Kriz formasında arterial təzyiqin yüksəlməsi, döş sümüyü arxasında sıxıntı, ölüm qorxusu, ürəkdöyünmə kimi əlamətlər qeyd edilir. Krizlər çoxlu miqdarda sidik ifrazı ilə başa çatır.

Simptomların əmələgəlmə intensivliyinə görə aybaşıdan qabaqkı sindromun yüngül (aybaşının başlanmasına 2-10 gün qalmış 3-4 simptom) və ağır formaları (aybaşının başlanmasına 3-14 gün qalmış 5-10 simptom) ayırd edilir.

Diagnostika. Bu, patoloji simptomların tsiklik olaraq meydana çıxmasına əsaslanır. Bütün klinik formalarda beynin müxtəlif strukturlarının funksional pozulmalarını aşkarlamaq məqsədilə baş beyin damarlarının EEG və REQ-ni aparmaq məqsədəuyğundur. Belə ki, sinir-psixiki formada əsasən diensefal-limbik nahiyyənin pozuntuları aşkarlanır; ödem formasında qeyri-spesifik strukturların baş beyin qabığına aktivləşdirici təsirinin güclənməsi, sefalgik formada isə beyin kötüyünün aktivləşdirici sistemlərinin blokadası qeyd edilir. Kriz formasında EEG-dəki dəyişikliklər kötüküstü və diensefal törəmələrin disfunksiyasını əks etdirir. Kəllə çuxurunda “barmaq izi (basıqlığı)” şəklində dəyişikliklər kriz forması üçün səciyyəvidir.

Aybaşıönü sindromun müxtəlif formalarında müəyyən hormonal dəyişikliklər müşahidə olunur. Belə ki, ödem formasında aybaşı tsiklinin II fazasında qanda progesteronun səviyyəsinin enməsi, serotoninin səviyyəsinin yüksəlməsi; sinir-psixi formada prolaktin və histaminin səviyyəsinin yüksəlməsi; sefalgik formada serotoninin və histaminin konsentrasiyasının yüksəlməsi; kriz formasında böyrəküstü vəzinin qabıq maddəsinin hiperfunksiyası ilə yanaşı, prolaktin və serotonin səviyyəsinin yüksəlməsi qeyd edilir. Bütün klinik formalar üçün ümumi olan simptom *hiperestrogeniyadır*. Diagnostika məqsədi ilə xəstələrin müayinəsinə nevropatoloq, göz həkimi, terapevt cəlb edilir.

Müalicə. Xəstələrin müalicəsinə psixoterapiya, autogen məşqlə başlanılır. Əmək və istirahət rejimini normallaşdırmaq, pəhriz, xüsusən aybaşı tsiklinin II fazasında qəhvə, şokolad, duz və mayenin məhdudlaşdırılması, ümumi masajın aparılması məsləhətdir.

Hiperestrojeniya ilə əlaqədar hestagenlərlə müalicə məsləhət görülür: aybaşı tsiklinin 16-cı günündən etibarən 10 gün ərzində düfaston 10 *mq*-dən gündə 2 dəfə, tsiklin 18-ci günündən 8-10 gün ərzində progesteron və ya utrojestan 200-300 *mq* təyin edilə bilər.

Sinir-psixi simptomlar zamanı sedativ və psixotrop preparatları (tazepam, seduksen) patoloji simptomların qeyd edilməsindən 2-3 gün əvvəl təyin etmək tövsiyə olunur.

Aybaşıönü sindromun ödem formasında antihistamin preparatlar – tavegil, teralen, diazolin effektivdir. Diuretik dərmanlardan aldosteronun antaqonisti olan veroşpiron 25 *mq*-dan aybaşıya 4 gün qalmış gündə 2 dəfə təyin edilir.

Prolaktinin sekresiyasını azaltmaq məqsədilə aybaşının II fazasında parlodel 1,25 *mq*-dan, həmçinin baş beyində gedən energetik prosesləri yaxşılaşdırmaq məqsədilə nootropil 400 *mq*-dan gündə 3 dəfə təyin edilir.

Aybaşıönü sindromun patogenezinə prostaqlandinlərin rolunu nəzərə alaraq aybaşıya 2-3 gün qalmış antiprostaqlandinlər – indometasin, naprosin (250 *mq*) təyin edilməlidir.

Ağır dekompensasiyalı formaları olan cavan qadınlara sxemlə kombinəedilmiş oral (estrogen-hestogen) kontraseptiv preparatlar məsləhətdir. Antiestrogen effekti təmin etmək məqsədilə 6 ay ərzində rilizing hormonların aqonistləri (zoladeks, buserelin) təyin oluna bilər.

Aybaşıönü sindromun müalicəsi tsikllərlə – 3 menstrual tsikl ərzində aparılır, növbəti 2-3 tsikldə fasilə olunur. Xəstəliyin resdivlərində müalicə təkrarlanır. Müsbət effekt olarsa, müalicə trankvilizatorlarla, vitaminoterapiya ilə davam etdirilir.

5.2. YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZU

Yumurtalıqların polikistozu termini altında neyromübadilə pozuntuları, hipofizin qonadotrop hormonlarının sekresiyasının tənziminin pozulması fonunda yumurtalıqların struktur və funksional dəyişiklikləri başa düşülür.

Bu xəstəliyin 2 forması ayırd edilir: yumurtalıqların birincili və ya həqiqi polikistozu (yumurtalıqların sklerokistozu, Şteyn-Levental sindromu və ya yumurtalıqların polikistozu xəstəliyi – YPX) sərbəst nozoloji forma kimi cinsi yetişkənlik dövründə baş verir. Yumurtalıqların ikincili polikistozu (yumurtalıqların polikistozu sindromu – YPS) adrenogenital sindrom, İtsenko-Kuşinq sindromu, hiperprolaktinemiya və digər müxtəlif endokrinopatiyaların nəticəsi kimi baş verir.

YPX-nin (Şteyn-Levental sindromu) patologiyasında hipotalamik nəhiyədə neyrotransmitterlərin əmələ gəlməsinin disfunksiyası və qonadotropin-rilizinq hormonların sintezinin sirxoral ritminin pozulması başlıca rol oynayır. Bunlar isə öz növbəsində qonadotropinlərin sekresiyasının kəmiyyət dəyişikliklərinə, həmçinin androgenlərdən estrogenlərin sintezinə maneçilik törədən enzim defektin yaranmasına gətirib çıxarır. Sonuncu fakt isə orqanizmdə androgenlərin toplanmasına səbəb olur. Beləliklə, xəstəliyin klinik mənzərəsini əks etdirən hiperandrogeniya, nisbi hiperestrogeniya baş verir.

Məlumdur ki, Şteyn-Levental sindromu olan qadınların 50%-ində piylənmə və bununla əlaqədar olan hiperinsulinemiya qeyd edilir. Hiperinsulinemiya isə öz növbəsində hiperandrogeniyaya gətirib çıxarır. Bu isə yumurtalıqlarda androgenlərin sintezini gücləndirən insulinəbənzər-1 boy amilinin ifraz olunmasının artması nəticəsində baş verir. Digər tərəfdən isə insulin qanda androgen birləşdirən zülalın səviyyəsini aşağı salır, bu isə sərbəst testosteronun konsentrasiyasının artmasına səbəb olur. Hiperestrogeniya isə piy toxumasında (fermentlərin təsiri altında) androgenlərin estrogenlərə çevrilməsi nəticəsində baş verir.

Piylənmə olmayan hallarda isə hiperandrogeniya qanda LH və somatotrop hormonunun artması nəticəsində baş verir. Çünki hipotalamusun LH-rilizing hormonunun sintezinin sirxoral ritmi pozulmuş olur. Bu pozulmalar insulinəbənzər-1 boy amilinin əmələ gəlməsini gücləndirir, bu isə son nəticədə hiperandrogeniyaya səbəb olur.

Beləliklə, yumurtalıqların teka-hüceyrələrində androgenlərin sintezini piylənməsi olan qadınlarda insulin, normal çəkili qadınlarda isə LH-rilizing hormon stimule edir.

Vaxtında menarxesi (12-13 yaşında) olan xəstələrdə Şteyn-Levental sindromunun əsas *klinik simptomları* aşağıdakılardır:

- menstrual funksiyanın menarxedən başlayaraq oliqomenoreya tipli pozulması;
- yumurtalıqların ölçülərinin böyüməsi;
- birincili sonsuzluq;
- piylənmə;
- menarxedən etibarən hipertrixoz.

Diagnostika. Yuxarıda sadalanan klinik simptomlarla yanaşı, exoqrafiyanın və hormonal müayinələrin nəticələrinə əsaslanır.

Yumurtalıqların polikistozunun exoqrafik kriterilərinə yumurtalıqların ölçülərinin artması (həcmnin 9 sm^3 -dən böyük olması), diametri 3-8 mm olan 8-10 follikulyar kistaların olması və stromal sıxlığın yüksəlməsi aiddir.

Hormonal dəyişikliklər LH/FSH indeksinin 3:1 nisbətinə qədər yüksəlməsi, 17-OPH və DEAH-nin normal səviyyəsi hədlərində testosteronun səviyyəsinin yüksəlməsi şəklində büruzə verir. Sidikdə 17-KS bir qədər yüksəlmiş olur, ona görə də bu hormonal müayinələrin deksametazonla sınaq fonunda aparılması məqsədəuyğundur.

Laparoskopik müayinə zamanı tipik mənzərə aşkar edilir: hamarlaşmış ağ kapsul, səthində şaxələnən kiçik damarlar, yumurtalıqlar uzununa 5-6 sm, eninə 4 sm böyümüş, xırda follikulyar kistalar yumurtalıq qabığının qalınlaşması səbəbindən görünür. Bu dəyişikliklər üçün ağıl qişanın sklerozu, stromanın hiperplaziyası, follikulların kistoz atreziyası, bəzi hallarda follikul hüceyr-

rələrinin lüteinləşməsi, sarı cismin olmaması kimi histoloji mənzərə səciyyəvidir.

Müalicə. Bu, medikamentoz və cərrahi yolla ola bilər.

Medikamentoz müalicə məqsədilə ovulyasiyanı induksiya edən preparatlar, əsasən klomifen-sitrat 50-150 *mq/s*-da, aybaşı tsiklinin 5-ci günündən 9-cu gününədək təyin olunur. Preparat hipotalamusun estrogen reseptorlarının blokadasını yaradır, bu isə yumurtalığın hipofizlə əks əlaqəsinə mənfi təsirini dayandırır. Ona görə də preparatın qəbulunun dayandırılması LH və FSH-ın çoxlu miqdarda qana atılmasına səbəb olur. FSH-ın belə ifrazı follikulların yetişməsini stimulə edir. Follikulun qranulyoz hüceyrələrində estrogenlərin sintezinin güclənməsi isə ovulyasiyanı təmin edən LH-ın ifrazına səbəb olur. Bu vəziyyət 80% halda müşahidə olunur, hamiləlik isə onların 50%-ində qeydə alınır. Follikulun yetişməsini təmin etmək məqsədilə təmiz qonadotrop hormon-metrodin tətbiq etmək olar, sonradan follikulun ölçüsü 18-20 *mm*-ə qədər böyüdükdən sonra 10000 V xorionik qonadotropin təyin olunur. LHRH-nin pulsasiya edən sirxoral rejimdə – hər 1 saatdan bir təyin olunması 80-95% hallarda effekt verir.

Yumurtalıqlarda androgenlərin sintezinin tormozlanması, hipertrixozun azaldılması məqsədilə aktiv antiandrogen və estrogen tərkibli kombinə edilmiş preparatlar (Diana-35) aybaşı tsiklinin 5-ci günündən 25-ci gününədək 6-8 ay ərzində təyin edilir. Verospironun 25 *mq*-dan gündə 2-3 dəfə təyini analoji təsirə malikdir. Müalicə 6 ay ərzində aparıla bilər. Müalicənin əsas mərhələsini piylənmənin aradan qaldırılması təşkil edir. Yağların, karbohidratların azaldılması üçün ciddi pəhriz, fiziki yükün artırılması tövsiyə olunur. Hətta bədən çəkisinin 5%-nin itirilməsi çox hallarda ovulyasiya prosesinin bərpa olunmasına səbəb olur. İnsulinə rezistentliyi aradan qaldırmaq məqsədilə qlitazonlar qrupundan olan preparatlar – avandiya və ya kök qadınlara onun metforminlə müştərək forması olan avandamet təyin olunur. Bu preparatlar insulinin qanda azalmasını təmin edir.

Medikamentoz müalicə effekt vermədikdə, cərrahi müalicə metodları tətbiq edilir.

Yumurtalıqların toxumasının $\frac{2}{3}$ hissəsinin kəsilməsi ilə paz-vari rezeksiyası və ya yumurtalıqların elektrokauterizasiyası aparılır. Müalicənin effekti androgenlərin mənbəyi olan toxumanın xaric edilməsi ilə şərtləndirilir. Əməliyyatdan sonra 80% halda müntəzəm menstrual tsikl bərpa olunur. 60%-də isə 6 ay ərzində hamiləlik baş verir. Əməliyyatın effektivliyi 1 il ərzində saxlanılır.

5.2.1. Polikistoz yumurtalıqlar sindromu (PYS) və ya ikincili polikistoz yumurtalıqlar

PYS metabolik sindrom olub, təkcə xroniki anovulyasiyanın və sonsuzluğun formalaşmasına deyil, həm də şəkərli diabet, arterial hipertenziya, ürəyin işemik xəstəliyi, miokardın infarktı endometriumun xərçəngi kimi sonrakı gecikmiş ağırlaşmalara gətirib çıxaran hiperinsulinemik insulinə rezistentliyin meydana gəlməsinə səbəb olur.

PYS-nin əsasında yumurtalıqların, böyrəküstü vəzilərin və hipotalamo-hipofizar sistem səviyyəsində endokrin pozulmalarla əlaqəli olan hiperandrogen anovulyasiya durur, ona görə də PYS-nin 3 forması – tipik (yumurtalığa məxsus), böyrəküstü və mərkəzi genez (hipotalamik) formaları ayırd edilir.

Tipik (yumurtalıq) forma normal menstruasiyadan bir neçə il sonra amenoreya, hipomenstrual sindrom, asiklik uşaqlıq qanaxmaları tipli menstrual tsikl pozulmaları ilə xarakterizə olunur. Menarxe 12-14 yaşdan başlanır. Davamlı anovulyasiya sonsuzluğun əsas səbəbi olur. Piylənmə, hirsutizm xəstəliyin başlanmasından sonra təzahür edir. Əsas simptom yumurtalıqların ikitərəfli və bəzən asimmetrik şəkildə böyüməsi və kapsulunun qalınlaşmasıdır.

Qanın hormonal müayinəsində müxtəlif dərəcəli *hipoestrogeniya, testosteronun yüksəlməsi, deksametazonla funksional sınağın mənfi olması* aşkarlanır. Kəllə boşluğunun rentgenoqramması və KT-də heç bir patoloji dəyişiklik aşkar olunmur.

Böyrəküstü vəzi mənşəli hiperandrojeniya fonunda PYS.

Qanda androgenlərin çox yüksək səviyyədə olması və kobud virilizasiyası ilə müşayiət olunan anadangəlmə adrenogenital sindrom (AGS) zamanı prepubertat dövrdə yumurtalıqların normal inkişafının tormozlanması baş verir. İnkişafdan qalan yumurtalıqlarda çoxsaylı yetişməmiş primordial, preantral və antral follikullar aşkar olunur. Onlar öz normal ovulyator ölçülərinə, yəni 18-20 *mm* diametrinə çatmırlar.

Postpubertat dövrdə böyrəküstü vəzilərdə hiperandrojeniya – normal yetişmiş yumurtalıqlarda estrogen sintezi və follikulogenez prosesini pozmuş olur. Bu isə follikulların kistoz atreziyasına və yumurtalıqlarda androgen hasilatına səbəb olur. Eyni vaxtda inhibinin sintezi güclənir, bu isə, öz növbəsində, hipofizdə FSH-ın hasilatını tormozlayır, LH-ın hasilatını gücləndirir və buna görə də LH/FSH indeksi artmış olur. Klinik simptomları çox da qabarıq nəzərə çarpmayan androgen tip piylənmə olmur, yalnız intensiv hirsutizm müşahidə olunur. Menarxe gecikmiş olur (14-15 yaşdan), aybaşı tsikli oliqomenoreya tipində pozulmuş olur, hamiləlik nadir halda baş verir.

Çanaq orqanlarının exoqrafiyasında yumurtalıqların asimmetrik böyüməsi ilə yanaşı, uşaqlığın orta dərəcəli hipoplaziyası, follikulların çoxsaylı atreziyası qeyd edilir. Hormonal müayinə zamanı qanda LH, 17-OPH, DEAS, sidikdə 17-KS-nin səviyyəsi yüksəlmiş olur. Deksametazon sınağı müsbət (+) olur. Böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsində gedən hormonal pozuntuların korreksiyası məqsədilə qlükokortikoid preparatları (deksametazon) tətbiq edilir, bunun köməyi ilə hipofiz vəzi tərəfindən AKTH-nin ifrazı zəifləyir və bu da qabıq maddə tərəfindən androgenlərin artmış hasilatını normaya salır.

Ovulyasiyanı stimulə etmək məqsədilə qlükokortikosteroidlərlə yanaşı aybaşı tsiklinin 5-ci günündən 9-cu gününə qədər klomifen-sitrat 50-150 *mq* dozada təyin etmək məsləhətdir.

Hipertrixozun müalicəsində siproteron asetat (diane-35, androkur) və verospironun tətbiqi çox effektivdir.

Mərkəzi (hipotalamo-hipofizar) mənşəli PYS. Müxtəlif infeksiyalar (tonzillit, adenovirus), intoksikasiyalar, hamiləlik, emosional-psixi stress, piylənmə nəticəsində hipotalamusda dofamin və endorfinin hasilatı pozulmuş olur, bu isə hipofiz vəzisi tərəfindən LH sintezini tənzimləyən LHRH-nin hipotalamus tərəfindən hasilolma ritmini pozur. Nəticədə follikulogenez pozulur, anovulyasiya baş verir, sonradan yumurtalıqlarda androgenlərin hasilatı güclənir. Androgenləri estrogenlərə çevirən enzimlərin çatışmazlığı baş verir. Bütün bu patogenetik mexanizmlər nəticəsində hiperandrogeniya, hipoestrogeniya, LH və FSH ifrazının pozulması, yumurtalıqların stromasının hiperplaziyası, follikulların kistoz atreziyası baş verir. Klinik əlamətlər özünü hipertonik tipli diensefal vegetativ-damar distoniyası, bulemiya, susama, yuxusuzluq, əsəbilik, oyanıqlıq, kövrəklik, III–IV dərəcəli piylənmə (piy ələvələri – qarın və süd vəziləri nahiyələrində toplanır) şəklində büruzə verir. Menarxe 12-13 yaşlarda olur, lakin menstruasiya qeyri-müntəzəm xarakterdə olub, 21 gündən 36 gün arasında dəyişir. Yuxarıda qeyd olunan patogenetik mexanizmlər nəticəsində oliqomenoreya, sarı cismin çatışmazlığı, birincili və ya ikincili sonsuzluq, piylənmə, hipertrixoz inkişaf etmiş olur.

Qanın hormonal müayinəsində – hiperandrogeniya, LH-in miqdarının yüksəlməsi qeyd olunur. Deksametazon sınağı mənfi (–) olur.

Müalicəyə metabolik pozuntuların korreksiyasından başlamaq lazımdır. Bədən çəkisinin 15%-ə qədər itirilməsi zamanı bir çox xəstələrdə aybaşı tsikli müntəzəm xarakter alır və onların $\frac{2}{3}$ hissəsində ovulyator menstrual tsikl bərpa olunur.

İnsulinərezistentlik hallarında müalicə insulin azaldan preparatlarla – metformin, avandamet və s. ilə aparıla bilər.

Hirsutizmin müalicəsində yuxarıda qeyd edildiyi kimi, siproteron asetat (diane-35, androkur), veroşpiron tətbiq edilir.

Bədən çəkisinin normallaşmasından sonra davamlı anovulyasiya zamanı stimulyasiya medikamentoz və ya cərrahi müalicə yolu ilə aparılır.

5.3. KLİMAKTERİK SİNDROM

Klimakterik sindrom – klimakterik dövrün fizioloji gedişatını fəsadlaşdıran simptomakompleksdir. Fizioloji klimakterik dövrlər bunlardır: premenopauza, menopauza və postmenopauza. Bu dövrlərdə yumurtalıqlarda estrogenlərin sekresiyası zəifləyir və buna sinxron olaraq qonadotrop aktivlik güclənir. Bu dəyişikliklər nəticəsində hipotalamusun estrogenlərə həssaslıq həddi artır, qonadotrop-rilizing hormonların sirxoral ritmdə hasilatı baş vermir, hipofizdə FSH və LH-ın sintezi güclənir, eyni zamanda inhibinin sintezi zəifləmiş olur.

Hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sistemində gedən bu dəyişikliklərə normal fizioloji proses kimi baxmaq olar. Lakin qadınların 70%-də bu dövr müxtəlif patoloji pozuntularla müşayiət olunur. Buna əlverişsiz şərait, ailə münaqişələri, ürək qan-damar sistemi patologiyaları, mədə-bağırsaq sistemi xəstəlikləri, müxtəlif ginekoloji xəstəliklər səbəb ola bilər.

Klimakterik sindromun *klirik mənərəsi* çoxşaxəli simptomlarla səciyyələnir və onları 3 qrupa bölmək olar:

I qrup	Psixo-emosional simptomlar	Başağrıları, hipotoniya, əsəbilik, yuxu pozğunluğu, libidonun zəifləməsi, narahatlıq, oyanıqlıq
II qrup	Urogenital simptomlar	Uşaqlıq yolunun quruluğu, dispareuniya, uşaqlıq yolunda qaşınma, gicişmə hissi, urogenital pozulmalar, tərləmə, istibasma
III qrup	Endokrin-metabolik pozulmalar	Dırnaqların kövrəkliyi və tez sınıması, tüklərin tökülməsi, osteoporoz, vulvanın kraurozu, ürək-damar xəstəlikləri

Klimakterik sindromun klinik mənərəsində olan müxtəliflik patoloji prosesə diensefal nəhiyənin müxtəlif strukturlarının cəlb olunmasından, qocalan orqanizmin yumurtalıqların fəaliyyətinin yaşla əlaqədar zəifləməsinə qeyri-adekvat adaptasiyasından xəbər verir.

Klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi xəstədə istibasma hallarının sayına görə qiymətləndirilir. Belə ki, yüngül dərəcədə sutkada 10 dəfəyə kimi istibasma olur və bu hal xəstənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olan fonda meydana çıxır. Orta dərəcədə sutkada 20 dəfəyə kimi istibasma olur və xəstənin əmək qabiliyyəti zəifləmiş olur. Ağır dərəcədə isə sutkada 20 dəfədən çox istibasma və digər şikayətlər də olur.

Klimakterik sindromun müalicəsinin effektivliyini qiymətləndirmək üçün *kupermanın menopauzal indeksi* diqqəti cəlb edir.

Klimakterik sindromun qadın cinsiyyət üzvləri tərəfindən ağırlaşmalarına endometriumun hiperplaziyası və xərçəngünü xəstəlikləri, cinsiyyət üzvlərinin prolapsı, xarici cinsiyyət üzvlərinin distrofik dəyişiklikləri – “kraurozu” aiddir. Klimakterik sindromun diaqnozu çətinlik törətmir. Diaqnoz xarakterik şikayətlər və sindromun klinik təzahürləri əsasında qoyulur.

Estrogen çatışmazlığı ürək-damar xəstəliklərinin gedişatını ağırlaşdırır və ya ateroskleroz fonunda inkişaf edən ürəyin işemik xəstəliyi, hipertoniya xəstəliyi, beyin qan dövranının pozulmalarını törədir və beləliklə postmenopauzada qadınlar arasında ölümün başlıca səbəblərindən biri olur. Menopauzal dövrdə ürək-damar xəstəliklərinin inkişafı lipid mübadiləsindəki dəyişikliklər, hiperxolesterinemiya, arterial hipertenziya və s. kimi əlverişsiz faktorlarla əlaqədardır.

Xəstələrin 40%-də menopauza dövründə osteoporoz inkişaf edir, buna görə də klimakterik sindrom fonunda qadınların 35%-də 65 yaşdan sonra sümük sınıqlarını proqnozlaşdırmaq olar. Klimakterik dövrdə cinsi hormonların çatışmazlığı sümük toxumasının vəziyyətinə birbaşa təsir göstərir.

Klimakterik sindromun müalicəsi. Bu, kompleks şəkildə aparılır, medikamentoz, qeyri-ənənəvi tibbi müalicə və hormonal müalicədən ibarət olur. Ağır formalı xəstələrdə müalicə bütün komponentlər daxil olmaqla kompleks şəkildə aparılmalıdır. Qeyri-ənənəvi müalicəyə səhər gimnastikası, ümumi masaj, hidroterapiya, balneoterapiya (vanna müalicəsi), fizioterapevtik proseduralar, novokainlə elektroforez, iynərefleksoterapiya

aid edilir. Qida rasionunda meyvə, tərəvəz üstünlük təşkil etməli, yağ və karbohidrat tərkibli qida qəbulu məhdudlaşdırılmalıdır.

Medikamentoz qeyri-hormonal müalicə MSS və vegetativ sinir sisteminin funksional vəziyyətini normallaşdırmaq məqsədilə aparılır, bu zaman simpatikolitik, sedativ, xolinolitik təsirli və antihistamin preparatlarından istifadə edilir.

Psixosomosal pozulmalar zamanı neyrotrop, psixotrop stimulyatorlar, neyroleptiklər tətbiq edilir.

Klimakterik sindromun inkişafında cinsi hormonların, ilk növbədə isə, estrogenlərin defisiti rol oynadığı üçün, patogenetik müalicənin, yəni əvəzedici hormonoterapiyanın əsasında estrogen aktivlikli preparatların təyini başlıca rol oynayır. Bu məqsədlə oral kontraseptivlərin tərkibinə daxil olan sintetik estrogenlərdən fərqli olaraq progestagenlər də əlavə edilməklə təbii estrogenlərdən istifadə olunur. Endometriumdakı gedən hiperplastik proseslərin profilaktikası məqsədilə estrogenlərin qəbulu zamanı progestagenlər əlavə edilir. Əgər klimakterik sindromdan əziyyət çəkən qadın premenopauzadadırsa və onun tsiklik hormonoterapiyaya ehtiyacı varsa, o zaman ikifazlı preparatlar (femoston 1:10, klimonorm, divina) təyin edilməlidir. Postmenopauzada isə (menopauzadan 1 il sonra) monofazlı preparatlar (livial, kliogest) istifadə edilir.

Histerektomiyadan sonrakı vəziyyətdə olan qadınlara isə həstogensiz təmiz estrogenlərin təyin edilməsi məqsəduyğundur.

5.4. POSTKASTRASİON SİNDROM

Postkastrasion sindrom hər iki yumurtalığın cərrahi yolla xaric olunmasından sonra əmələ gələn patoloji vegetativ-damar, neyro-psixiki və endokrin-metabolik simptomokompleksdir. Bu sindroma 70-80% hallarda rast gəlinir. Onun inkişafında orqanizmin ovarioektomiyadan sonrakı adaptasiya gücü vacib rol oynayır. Neyroendokrin sistemin fəaliyyətində böyrəküstü vəzin qabıq maddəsi böyük rol oynayır, burada qlükokortikosteroidlər və cinsiyyət hormonları sintez olunur. Ovarioektomiyadan sonra cinsi

hormonların sintezi birdən-birə pozulur, yəni dayanır və beləliklə, orqanizmdə adaptasiya pozulur.

Uşaqlığın artımlarla birgə total histerektomiyasından sonra bu sindrom daha ağır şəkildə təzahür edir.

Bu sindromun inkişafında patogenetik amil hipotalamo-hipofizar pozulmalarla şərtləndirilən hipoestrogeniyadır. Bu isə öz növbəsində ürək-damar sistemini tənzimləyən qabıqaltı strukturların dezadaptasiyasına gətirib çıxarır. Belə ki, estrogenlərin defisiti nəticəsində qabıqaltı strukturların funksiyasını tənzimləyən neyrotransmitterlərin sintezi zəifləyir. Cinsi hormonların azalması fonunda inhibinin sintezinin zəifləməsi LH və FSH-ın hasilatını gücləndirir, bu isə zaman keçdikcə urogenital pozulmalara və osteoporoza gətirib çıxarır.

Klinik mənzərəsi çoxfaktorlu patogenetik pozulmalarla şərtləndirilir və psixoemosional, neyrovegetativ, endokrin-metabolik simptomları özündə birləşdirir. Əməliyyatdan dərhal sonra psixoemosional simptomlar – depressiya, asteniya, isteriya təzahür edir. 3-4 gün sonra buraya neyrovegetativ simptomlar – tərləmə, titrətmə, istibasma, “qarışqa yeriməsi” hissi – hiperesteziya, taxikardiya, ürək nahiyyəsində ağrılar, hipertoniya, ÜİX qoşulur. Xəstələrin 25%-də 1 il ərzində bu simptomlar geriye inkişaf edir. Daha sonralar endokrin-metabolik pozuntular – piylənmə, hepatoxolesistit, osteoporoz, lipid mübadiləsinin pozulması nəticəsində ateroskleroz inkişaf edir.

Diagnostikası hərtərəfli toplanmış anamnezdə heç bir çətinlik törətmir, lazım gəldikdə psixoemosional, urogenital pozulmaların və osteoporozun diagnostikası məqsədilə əlavə müayinə metodlarından istifadə edilir.

Müalicə kompleks şəkildə aparılır, qeyri-dərman, dərman və hormonal müalicədən ibarətdir. Əsas müalicə ovarioektomiyadan 2-3 sutka sonra endometriumda tsiklik dəyişikliklərə və o isə, öz növbəsində, menstruasiyabənzər qanaxmaya səbəb olan 2 və ya 3 fazalı kombinə edilmiş olal kontraseptivin (KOK) təyini ilə əvəz edici hormonoterapiyadan ibarətdir. Əgər uşaqlıq da xaric edilibsə, onda monofazal estrogen tərkibli preparatlar təyin edilir.

Psixoemosional pozulmalar zamanı trankvilizatorlar, antidepresantlar təyin edilir. Endokrin-metabolik pozulmaların profilaktikası məqsədi ilə vitaminoterapiya, mikroelementlər, kalsium preparatlarının qəbulu məsləhətdir.

Əvəzedici hormonal terapiya uzunmüddətli olarsa, mütləq mammoloqun müşahidəsi olmalı, tromboembolik fəsadların profilaktikası aparılmalıdır. Son zamanlar total və ya subtotal histerektomiyadan sonrakı sindrom anlayışı ayırd edilir. Belə ki, uşaqlığın operativ yolla xaric olunmasından sonra yumurtalıqların qanla təchizatı pozulur, bu isə yumurtalıqların hipotrofiyası və hipoestrogeniyaya səbəb ola bilər. Belə hallarda əvəzedici hormonal terapiya, psixoterapiya aparmaq məqsəduyğundur.

5.5. ŞİXAN SİNDROMU – DOĞUŞDAN SONRAKI HIPOFİZİTARİZM SİNDROMU

Bu neyroendokrin sindrom doğuş və abort vaxtı çoxlu qanitirmədən və ya bakterial şokdan damar spazmı, yaxud qanın damardaxili laxtalanması sindromu (DDL-sindrom) nəticəsində hipofizdə nekrotik dəyişikliklərin inkişafı ilə bağlı əmələ gəlir. Bu sindromun əmələ gəlməsinə təsiredici amillərdən biri hestozdur. Hestozun fonunda xroniki DDL-sindromu inkişaf edir. Digər bir amil isə hipofiz vəzinin qanla təchizatında hamiləlik vaxtı gedən dəyişikliklərdir. Belə ki, hamiləlik vaxtı hipofiz vəzisinin hüceyrələrində hipertrofiya yeni kollateral qan dövranı formalaşmadan baş verir. Bununla yanaşı, bir çox müəlliflərin fikrincə, bu sindromun patogenezinə yalnız itirilmiş qanın həcmi deyil, dövr edən qanın həcmi və su-elektrolit balansını tənzimləmək məqsədilə vaxtında və adekvat infuzion müalicənin aparılmaması böyük rol oynayır.

Klinikası – endokrin vəzilərin, ilk növbədə qalxanvari, böyrəküstü və cinsiyyət vəzilərinin müxtəlif dərəcəli hipofunksiyası ilə səciyyələnir.

Hipofiz vəzinin trop hormonlarının çatışmazlığından asılı olaraq sindromun *tam və natamam formaları* ayırd edilir:

Tam formada – böyrəküstü, qalxanvari vəzi ilə yumurtalıqların hipofunksiyası nəticəsində simptomlar əmələ gəlir.

Natamam formada – yalnız böyrəküstü vəzinin və ya qalxanvari vəzinin hipofunksiyasına, ya da onların yumurtalıqların hipofunksiyası ilə müştərək formalarına xas simptomlar əmələ gəlir.

Klinik gedişatına görə yüngül və ağır formalar ayırd edilir. Çoxsaylı neyro-psixiki şikayətlər, əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsində hipofizin bu və ya digər trop hormonlarının rolu vardır. Belə ki, böyrəküstü vəzinin hipofunksiyası nəticəsində tez yorulma, boğulmalar, əzginlik, hipotoniya, hipotermiya, dərinin pigmentasiyası əmələ gəlir. Qalxanvari vəzin hipofunksiyası nəticəsində apatiya, yaddaş zəifliyi, yuxululuq, zəiflik, pastozlaşma, ödemlər, qəbizlik, saçın tökülməsi əmələ gəlir. Yumurtalıqların hipofunksiyası özünü aqalaktiya, oliqomenoreya, sonsuzluq, reproduktiv sistemin üzvlərində atrofik proseslərlə büruzə verir.

D i a g n o s t i k a . Sorğu əsasında xəstəliyin başlanmasının doğuş və ya abortdan sonrakı ağırlaşmalarla (qanaxma, irinli-septik fəsadlar) əlaqədar olduğu aşkarlanır, erkən zahılıq dövründə aqalaktiya qeyd olunur.

Hormonal müayinələr vasitəsilə hipofizin trop hormonlarının hipofunksiyasının forma və ağırlıq dərəcəsini və bunun nəticəsi kimi bu vəzilər periferik hormonlarının konsentrasiyasının enməsinə aydınlaşdırmaq olar. Hipofizin trop hormonlarının analoqlarının yeridilməsi ilə hormonal sınaqlar müsbət effekt verir, yəni qanda uyğun periferik hormonların səviyyəsi yüksəlir. Bu sınaqlar Şixan sindromunun patogenezi təsdiqlənmiş olur.

M ü a l i c ə – xəstəliyin formasından asılı olaraq əvəzedici hormonal terapiyadır.

Böyrəküstü vəzinin hipofunksiyasında qlükokortikoidlər, qalxanvari vəzinin hipofunksiyasında tireotrop preparatlar təyin edilir.

Yumurtalıqların hipofunksiyasında, amenoreyada tsikliki hormonal müalicə, həmçinin anabolik preparatlar (retabolil, metilandrosteron) təyin edilir.

Kompleks müalicəyə vitaminlər, biostimulyatorlar, homeopatiya, müxtəlif sağlamlaşdırıcı tədbirlər daxil edilir.

5.6. ADRENOGENİTAL SİNDROM

Adrenogenital sindrom (AGS) və ya böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsinin anadangəlmə disfunksiyası – böyrəküstü vəzilərin anadangəlmə ferment sisteminin çatışmazlığı ilə şərtləndirilən xəstəliklər qrupudur. Bu zaman androgenlərin sintezində iştirak edən C21-hidroksilaza fermentinin defisiti baş verir. Bu fermentin normal sintezini 6-cı cüt xromosomun (autosom) qısa qolunda yerləşən gen təmin edir. Yalnız bir xromosomun patoloji geni daşması zamanı bu xəstəlik qeyd edilmir. 6-cı xromosomun hər 2 cütündə defekt genlərin olması nəticəsində androgenlərin artıq sintez olunması baş verir və beləliklə, *adrenogenital sindrom* inkişaf edir.

Klinik praktikada C21-hidroksilaza fermentinin defisiti və buna uyğun olaraq hiperandrogeniyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, AGS-nin klassik və qeyri-klassik formaları (yüngül və ya gec) ayırd edilir.

Anadangəlmə AGS-nin klassik forması. Hamiləliyin 9-10 həftəlik müddətindən etibarən bətdaxili döldə androgenlərin sintezi başlanır. Bu dövrdə qonadlar artıq dəqiq cinsi mənsubiyyətə malik olur və daxili cinsiyyət orqanları qadın tipində inkişaf edir, lakin xarici cinsiyyət üzvləri formalaşma mərhələsində olur. Hiperandrogeniya nəticəsində qadın cinsli dölün cinsiyyət differensiasiyası pozulmuş olur. Belə ki, testosteronun artıqlığı nəticəsində qadın cinsi dölün xarici cinsiyyət üzvlərinin virilizasiyası baş verir: cinsiyyət qabarcığı böyüyərək penisəbənzər klitora çevrilir, cinsiyyət dodaqları bitişərək xaya görkəmini alır və s. Cinsiyyət vəziləri yumurtalıq quruluşuna malik olduğu üçün bu patologiya yalançı qadın hermafroditizmi adlanır. Bununla bərabər androgenlərin artıqlığı bətdaxili dövrdə həmçinin böyrəküstü vəzilərin hiperplaziyasına səbəb olur. Vaxtında aparılan cərrahi korreksiya və uşaq endokrinoloqu tərəfindən müvafiq müalicənin aparılması gələcəkdə uşağın qadın tipində inkişaf etməsinə imkan verir.

Anadangəlmə AGS-nin gec formaları təzahüretmə vaxtına görə pubertat və postpubertat formalara bölünür.

Pubertat forma. Məlumdur ki, menarxedən 2-3 il əvvəl böyrəküstü vəzinin qabıq maddəsinin hormonal funksiyasının fizioloji güclənməsi dövrü – adrenarxe baş verir. Bu proses boyun pubertat sıçrayışını və cinsi tüklənmənin əmələ gəlməsini təmin edir. C21-hidroksilaza fermentinin defisiti olarsa, adrenarxe dövrünün fizioloji gedişi pozulur və AGS formalaşır. Klinik mənzərə menarxenin gec – 15-16 yaşında baş verməsi ilə xarakterizə olunur. Menstrual tsikl qeyri-müntəzəm, oligoopsomenoreya tipli olur. Nəzərə çarpan hirsutizm müşahidə olunur. Milşəkilli tüklərə üst dodaqda, qarnının ön divarında, giləətrafı nahiyyədə rast gəlinir. Boy hündür, bədən quruluşu interseksual tiptə (enli çiyinlər, dar çanaq, süd vəzilərinin hipoplastik olması) olur. Üzdə çoxsaylı aknelərə rast gəlinir. Şikayətləri hirsutizm, aybaşının qeyri-müntəzəmliyindən, sızanaqlı səpkilərdən olur.

Postpubertat forma. 20 yaşından sonra, bir qayda olaraq, pozulmuş hamiləlikdən sonra aşkarlanır. Şikayətləri aybaşılarda gec-gec, cüzi və ləngimələrə meyilli olması ilə səciyyələnir. Hirsutizm az nəzərə çarpır. Hiperandrogeniyanın gec inkişaf etməsi bədən quruluşuna və ikincili cinsi əlamətlərə təsir etmir. Lakin hiperandrogeniya qonadotropinlərin sintezini tormozlayır, bu isə, öz növbəsində, follikulların böyüməsini və yetişməsini tormozlayır. C21-hidroksilazanın defisitinin dərəcəsindən asılı olaraq yumurtalıqların funksiyası anovulyasiyadan sarı cismin çatışmazlığına qədər müxtəlif formada pozula bilər. Progesteronun çatışmazlığı nəticəsində implantasiya pozulur və erkən mərhələlərdə hamiləliyin inkişafdan qalmasına səbəb olur. Diaqnozun qoyulmasında anamnestik və fenotipik məlumatlarla yanaşı, hormonal müayinələrin də mühüm əhəmiyyəti vardır.

AGS zamanı böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsində steroid hormonların sintezi pozulur. Normada 17-oksiprogesteronun C21-hidroksilazanın təsiri altında kortizola çevrilməsi baş verir. C21-hidroksilazanın çatışmazlığı testosteronun, DEA və DEAS-nin sələfləri olan 17-oksiprogesteronun toplanmasına gətirib çıxarır. Bu isə hiperandrogeniyanı şərtləndirir. Hiperandrogeniyanın digər mənbələrinin differensial diaqnostikası üçün ən informativ məlumat 17-oksiprogesteron və DEAS-nin səviyyəsinin yüksəlməsidir.

Diagnostika məqsədilə sidikdə androgenlərin metabolitləri olan 17-KS-nin təyini mühüm rol oynayır. Bütün müayinələr qlükokortikoidlərlə (deksametazonla) sınaqdan əvvəl və sonra aparılmalıdır. Steroidlərin qanda və sidikdə 70-75% azalması hiperandrogeniyanın böyrəküstü vəz mənşəli olduğunu göstərir.

Yumurtalıqların USM-in diagnostik əhəmiyyəti vardır. AGS zamanı ovulyasiyanın baş verməməsi müxtəlif yetkinlik dərəcə-sində follikulların olması (multifollikulyar yumurtalıqlar) ilə şərtləndirilir, stroma böyümür. Yumurtalıqların stromasının böyüməsi və kapsulun altında “boyunbağı” şəklində kiçik follikulların müşahidə edilməsi isə YPS üçün xarakterikdir. YPS-dən fərqləndirici xüsusiyyətlər, həmçinin qlükokortikoidlərlə sınağın mənfi olması, piylənmə, menarxe dövründən oliqomenoreya, xroniki anovulyasiyanın olmasıdır.

AGS-nin müalicəsi böyrəküstü vəzilərin hormonal funksiyasının qlükokortikoid preparatlar vasitəsilə korreksiyasıdır. Bu məqsədlə qanda androgenlərə və ya sidikdə onların metabolitlərinə nəzarət altında gündə deksametazon (0,25-0,5 *mq*) təyin olunur. Menstrual tsiklin normallaşması, ovulyasiyanın və hamiləliyin baş verməsi müalicənin effektivliyini göstərir. Hamiləlik baş verdikdən sonra da plasentasiya dövrünədək qlükokortikoidlərlə müalicəni davam etdirmək lazımdır. Bununla yanaşı, hamiləliyin pozulmasının qarşısını almaq məqsədilə progesteron və onun analoqları tövsiyə edilir. Qlükokortikoidlərlə müalicə fonunda ovulyasiyanın induksiyası məqsədilə aybaşı tsiklinin 5-ci günündən 9-cu gününədək kiomifen-sitrat istifadə edilir.

Hirsutizmin, aknenin, qeyri-müntəzəm aybaşıların müalicəsi məqsədilə estrogen və antiandrogen tərkibli preparatlar (Diane-35), androkur tövsiyə olunur.

Hirsutizmin müalicəsində qeyri-hormonal preparatlardan verospiron gündə 100 *mq*-dan 6 ay ərzində istifadə oluna bilər.

Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu preparatların qəbulu dayandırılan kimi, hiperandrogeniyanın əlamətləri yenidən təzahür edir, çünki müalicə əsas səbəbi – C21-hidroksilazanın defisitini aradan qaldırmır.

5.7. NEYROMÜBADİLƏ-ENDOKRİN SİNDROMU

Bu patologiya progressivləşən piylənmə və diensefal simptomatika fonunda böyrəküstü vəzilərin və yumurtalıqların hormonal funksiyasının pozulması ilə səciyyələnir. Reproduktiv funksiyanın pozulması və piylənməsi olan qadınların $\frac{1}{3}$ hissəsi bu patologiyadan əziyyət çəkir. Metabolik sindromun inkişafına səbəb olan amillər müxtəlifdir: psixi travmalar, neyroinfeksiyalar, streslər, doğuş travmaları, abortlar və s. Bu sadalanan müxtəlif faktorların təsiri nəticəsində müəyyən premorbid fonu – anadangəlmə və ya sonradan qazanılma hipotalamo-hipofizar sistemin labilliyi olan qadınlarda metabolik sindrom inkişaf edir.

Xəstəliyin patogenezi kifayət qədər mürəkkəbdir. Birincili olaraq hipotalamusun neyroendokrin funksiyası pozulur. Bu isə öz növbəsində yuxunun, iştahanın pozulması, susuzluq, başgicəllənmə, baş ağrısı, hipertenziya və s. kimi çoxsaylı diensefal simptomlarla xarakterizə olunur.

Hipotalamusun sinir hüceyrələrində β -endorfinin sintezi artır, dofaminin ifrazı isə azalır. Bunun nəticəsi olaraq AKTH, prolaktinin ifrazatı güclənir, hipofizin qonadotrop hormonlarının ifrazının ritmi pozulur. Sonradan isə böyrəküstü vəzilərin və yumurtalıqların hipofizlə tənzimlənməsinin əks-əlaqə mexanizmi pozulmuş olur. AKTH-nin artıq ifrazına cavab reaksiyası olaraq böyrəküstü vəzilər tərəfindən bütün steroid hormonların – qlükokortikoidlərin (kortizol), mineralokortikoidlərin (aldesteron) və genlərin sintezi güclənmiş olur. Lakin İtsenko-Kuşinq xəstəliyindən fərqli olaraq bu proses böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsinin hiperplaziyası ilə müşayiət olunmur.

Böyrəküstü vəzilərin qabıq maddəsinin hormonlarının artıq ifraz olunması yağ, zülal, karbohidrat mübadiləsinin pozulmasına və hipertenziyaya gətirib çıxarır.

Kortizolun artıq ifraz olunması spesifik “kuşinqoid” tipli piylənməyə (piyin çiyin, qarın nahiyyədə toplanması, visseral piylənmə), qarında və budda dəri dartılmalarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Hipotalamusun neyromediator pozulmalarının nəticəsində baş verən bulemiya visseral piylənməyə gətirib çıxarır.

Visseral piy toxuması insulinə rezistentliyə və bunun nəticəsi kimi hiperinsulinemiyanın formalaşmasına gətirib çıxarır.

Məlumdur ki, yumurtalıqların teka-hüceyrələri insulinə qarşı reseptorlara malikdir, bundan başqa insulin yumurtalıqlarda androgenlərin ifrazını gücləndirən insulinəbənzər boy amilinin sintezini gücləndirir. Digər tərəfdən insulin testosteron birləşdirici qlobulinin səviyyəsini aşağı salır və beləliklə, bioloji aktiv sərbəst testosteronun artmasına səbəb olur. Piy toxumasının hüceyrələrində androgenlərin estrogenlərə çevrilməsinə səbəb olan enzimlər mövcuddur ki, onlar hiperandrogeniya ilə yanaşı hiperestrogeniyaya gətirib çıxarır. Estrogenlərin səviyyəsinin yüksəlməsi endometriyumun hiperplastik proseslərinə təkan verir. Hiperandrogeniya yumurtalıqlarda follikulların atreziası prosesinə gətirib çıxarır. Beləliklə, anovulyasiyaya, sonsuzluğa, aybaşı tsiklinin pozulmasına, hirsutizmə, yumurtalıqların struktur dəyişikliklərinə gətirib çıxaran qüsurlu həlqə yaranır.

Klinikası. Proqressivləşən bədən kütləsinin artması fonunda menstrual tsiklin pozulması baş verir. Özü də bu pozulmalar doğuşlardan, abortlardan, neyroinfeksiyalardan, streslərdən sonra ikincili olaraq baş verir. Bütün bu dəyişiklikləri çoxsaylı diensefal şikayətlər müşayiət edir.

Kuşinqoid tipli piylənmə, dəri dartmaları, “neqroid akantoz” (büküşlər və dəri sürtünmələri nahiyyələrində pigment ləkələri) qeyd olunur. Bu ləkələr həmçinin insulinə rezistentliyin markerləri hesab olunur. Nəzərə çarpan hirsutizm müşahidə edilir.

Diagnozun qoyulmasında klinik və fenotipik xüsusiyyətlərlə yanaşı USM-in məlumatları da dəyərlidir. Xəstəlik 5 ildən az davam edən hallarda multifollikulyar yumurtalıqlar, 5 ildən çox davam edən hallarda isə polikistoz yumurtalıqlar (yumurtalıqların böyümüş stromasında diffuz yerləşmiş, diametrləri 4 *mm*-dən 8 *mm*-ə qədər çoxsaylı follikullar) aşkar edilir. Kəllənin rentgenoqrafiyası zamanı hiperostoz, “barmaq basıqlarının” güclənməsi qeyd olunur. EEQ xəstəliyin hipotalamik genezini təsdiqləyir.

Diagnozun əsasını hormonal müayinələr təşkil edir. YPKS və adrenogenital sindromdan fərqli olaraq qanda AKTH, kortizol,

prolaktin, insulin, testosteron, DHEA-sulfatın, sidikdə 17 KS-nin artması qeyd olunur. Qanın biokimyəvi müayinəsində hiperqlikemiya, hiperinsulinemiya, dislipidemiya və s. aşkarlanır. Differensial diaqnostika Kuşinq xəstəliyi ilə aparılır. Bu zaman AKTH, prolaktin, kortizol daha yüksək səviyyədə qeyd olunduğu halda, USM-də böyrəküstü vəzin qabığının hiperplaziyası aşkar edilir.

Neyroendokrin mübadilə sindromunun müalicəsində müəyyən çətinliklər törənir.

Xəstəliyin YPK formalaşana qədər erkən aşkar edilməsi müalicənin səmərəliliyinə təsir göstərir. MSS-nin neyromediator funksiyasının normallaşması məqsədilə təyin edilmiş pəhriz və medikamentoz terapiya fonunda bədən kütləsinin azalmasından sonra ovulyator menstrual tsikl bərpa olunur, hamiləlik mümkün sayılır.

MSS-nin neyromediator funksiyasının tənzimlənməsi məqsədilə adrenergik təsirli preparatlar (difenin 100 *mq* gündə 2 dəfə), serotoninergik təsirli preparatlar (peritol 4 *mq* gündə 1 dəfə) təyin olunur. Parlodelin gündə 1 dəfə 2,5-5 *mq*-dan təyin olunması prolaktin, AKTH, LH, FSH sintezini normallaşdırır. İnsulinrezistentlik zamanı 3-6 ay ərzində gündə 1500 *mq* olmaqla metformin (siofor) təyin olunur.

6 ay ərzində gündə verospiiron (75 *mq*) təyin olunması effektivdir. Preparat diuretik, hipotenziv və antiandrogen təsirə malikdir.

Oliqomenoreyalı xəstələrdə menstrual tsiklin ikinci fazasının gücləndirilməsi məqsədilə 3 və ya 6 ay ərzində dufastan 20 *mq* və ya utrojestan məsləhət görülür.

Bədən kütləsinin azalması və metabolitik pozulmaların normallaşması fonunda davamlı anovulyasiya yumurtalıqların ikincili polikistozunun formalaşmasını göstərir. Bu halda ovulyasiyanın konservativ və ya cərrahi yollarla stimulyasiyası tələb olunur.

Endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsi üçün metabolitik pozulmaların korreksiyası hestagenlər və ya qonadotropin RH-nin aqonistləri (zoladeks, dekapeptil) ilə aparılır.

Hirsutizmin konservativ metodlarla müalicəsi aşağı dozalı OK, verospiiron və flutamidlə 6 ay ərzində aparılır. Effekt olmadıqda yumurtalıqların pazvari rezeksiyası məsləhət görülür.

5.8. KİARİ-FROMMEL SİNDROMU

Xəstəlik haqqında məlumat 100 il bundan əvvəl verilmişdir. Xəstəliyin simptomkompleksi doğuşdan sonra süd verməyən qadınlarda amenoreya, cinsiyyət orqanlarının atrofiyası fonunda baş verən qalaktoreya ilə fərqləndirilir. Lakin sonralar bu xəstəliyin hamiləlik və doğuşla əlaqəli olmayan bir neçə forması təsvir olunmuşdur.

P a t o g e n e z i . Hamiləlik, doğuş, uzun zaman döşlə əmizdirmə, streslər, bir sıra dərman preparatlarının (rezerpin, aminazin) davamlı qəbulu və revmatik infeksiyalarla əlaqədar olaraq hipofizin ön payının prolaktin hasil edən asidofil hüceyrələrin funksiyası pozulur. Prolaktinin yüksək sekresiyası həm də hipotalamusun prolaktin ingibə edən faktoru ifraz edən hüceyrələrinin funksiyasının pozulması ilə əlaqəli ola bilər.

Hipofizin adenoması bu sindromun inkişafının səbəblərindən biridir. Prolaktinin yüksək hasilatı hipofizin bazofil hüceyrələri tərəfindən FSH və LH-in sintezini tormozlayır, bu isə estrogenlər, progesteron və prolaktin arasında nisbətə pozulmasını şərtləndirir. Hormonların sintezinin bu pozulmaları müvafiq klinik simptomatikanı – qalaktoreyanı, amenoreyanı, hipoqonadizmi, baş ağrılarını, görmə funksiyasının pozulmalarını formalaşdırır.

Diaqnostika tipik şikayətlərə, MRT, beyinin KT, EEG, həmçinin hormonal tədqiqatların nəticələrinə əsaslanır.

M ü a l i c ə . Prolaktin hasilatını azaltmaq məqsədilə parlodel (bromkroptin və ya dostineks) tətbiq olunur.

Xəstəliyin şişşəkilli törəməsi zamanı şüa terapiyası məsləhət görülür.

VI FƏSİL

PREMENOPAUZA VƏ POSTMENOPAUZA DÖVRÜNÜN FİZİOLOGİYA VƏ PATOLOGİYASI

Premenopauza və postmenopauza qadın həyatının reproduktiv dövrdən postreproduktiv dövrə keçməsinə uyğun gəlir və orqanizmin hormonal funksiyasının sönməsi, reproduktiv funksiyasının itməsi ilə xarakterizə olunur (əvvəllər keçid dövrü klimakterik dövr adlandırılırdı, yunan dilində *climax* – pilləkən, keçid deməkdir).

Keçid dövrünə aşağıdakılar ayırd edilir:

- *premenopauza* – 45-47 yaşdan böyük olan qadınların həyat dövrü. Bu dövr aybaşının kəsilməsinə qədər davam edir və bir sıra klimakterik simptomlarla (neyrovegetativ, psixosomasiyal, endokrin-mübadilə) meydana çıxır;
- *menopauza* (yunancadan *menos* – ay, *pausos* – son, axır) – axırıncı sərbəst aybaşı;
- *postmenopauza* – aybaşının 12 ay və daha çox olmaması. Erkən postmenopauza (ilk 2 il) və gec postmenopauza (davam etmə müddəti 2 ildən artıq) aid edilir;
- *perimenopauza* – bura premenopauza və menopauzadan sonrakı 2 il daxildir.

Axırıncı aybaşının tarixini yalnız keçmişə nəzər salaraq müəyyən etmək olar, yuxarıdakı dövrlərin müddəti anamnezə əsasən təyin edilir.

Qadın həyatının keçid dövründə ən böyük dəyişikliklər hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sistemində baş verir: hipotalamusun estrogenlərə həssaslığı artır, GnRH-nin ritmik ifrazı pozulur, FSH və LH artır (müvafiq olaraq 14 və 3 dəfə), yumurtalıqlarda inhibinin sintezi azalır, follikulların qonadotropinlərə rezistentliyi yaranır. Premenopauzada tədricən sarı cismin çatışmazlığı baş

verir, anovulyator tsikllərin sayı artır, follikulyar ehtiyat tükənir. Yumurtalıqların tsiklik funksiyasının bitməsi menopauza ilə eyni vaxta düşür. Postmenopauzada progesteron hasil edilmir və estrogenlərin sekresiyası azalır, estrogenlərin nisbəti dəyişir, ən az aktiv olan estrogen-estron üstünlük təşkil edir. Postmenopauzada qanda estronun konsentrasiyası estradiola nisbətən 3-4 dəfə çox olur. Postmenopauzada estron əzələ və piy toxumasında androstendiondan əmələ gəlir. Androstendionun çox hissəsi böyrəküstü vəzilərdə, az hissəsi yumurtalıqlarda ifraz olunur.

Göstərilən neyroendokrin dəyişikliklər reproduksiya üzvlərində involyusiyaya gətirib çıxarır. Premenopauzada, reproduktiv yaşda olan qadınlarla müqayisədə, uşaqlıq və yumurtalıqların ölçüsündə, strukturunda əhəmiyyətli dəyişikliklər baş vermir.

Uşaqlıq, steroid cinsi hormonlar üçün hədəf-üzv olduğundan, menopauzadan sonra miometriumda gedən atrofik proseslər nəticəsində öz həcmnin orta hesabla $\frac{1}{3}$ hissəsini itirir. Miometriumda atrofik proseslər menopauzadan sonra ilk 2-5 il ərzində intensiv gedir, sonrakı illər isə uşaqlığın ölçüləri dəyişilmir.

Postmenopauzanın müddəti az olduqda miometrium exoqrafik olaraq orta exogenliyə malik olur, müddət çox olduqca exogenlik artır. Çoxlu hiperexogen sahələr meydana çıxır ki, bu da miometriumun fibrozunu göstərir. Dopler müayinəsinin nəticəsinə görə, uşaqlığın qan cərəyanı zəif olub, yalnız miometriumun periferik qatlarında qeyd olunur.

Menopauzadan sonra endometrium tsiklik dəyişikliklərə məruz qalmır və atrofiyaya uğrayır. Uşaqlıq boşluğunun boylama və köndələn ölçüləri kiçilir. USM zamanı M-exonun ön-arxa ölçüsü 4-5 mm-ə qədər kiçilir, exogenlik artır. Postmenopauzanın müddəti uzun olduqda, endometriumun atrofiyası sinexiyaların yaranması ilə müşayiət oluna bilər ki, bu da M-exo strukturunda exosıxlığı artmış, böyük olmayan xətt əlavələri kimi görünür. Uşaqlıq boşluğunda az miqdarda mayenin yığılması, sagittal görüntü zamanı nazik, atrofik endometrium fonunda anexogen zolaq şəklində müşahidə edilir. Amma bu görüntü, endometriumun patologiyası əlaməti olmayıb, servikal kanalın daralması, yaxud tutulması və

uşaqlıq boşluğundakı möhtəviyyatın xaric ola bilməməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Postmenopauzada yumurtalıqların həcmi və ölçüləri kiçilir, exostrukturu dəyişilir. Bu zaman yumurtalıqların atrofik və hiperplastik tipləri ayırd edilir.

Atrofik tipli yumurtalığın həcmi və ölçüləri əhəmiyyətli dərəcədə kiçilmiş olur, səskeçiriciliyi azalır, üstünlük təşkil edən birləşdirici toxuma komponentinə müvafiq hiperexogen sahələr olur. Dopler müayinəsi zamanı yumurtalığın strukturunda qan cərəyanının səs exosiqnalları qeyd olunmur.

Hiperplastik tip yumurtalığın ölçüləri isə tədricən kiçilir, yumurtalıq toxumasının səskeçiriciliyi orta olub, teka-hüceyrələrin hiperplaziyasına uyğun gəlir. Kiçik maye törəmələrin olması mümkündür. Postmenopauzanın müddəti az olduqda bu törəmələr saxlanılmış follikullara uyğun gəlir, müddət çox olduqda isə inklyuzion kistalara uyğun gəlir. Hiperplastik yumurtalığın mərkəzi hissəsində qan cərəyanının tək-tük səs exosiqnalları qeyd olunur. Belə hesab edilir ki, postmenopauzada androgen ifrazı hiperplastik tip yumurtalıqda atrofik tipə nisbətən daha çox saxlanılır.

Pre- və postmenopauzada qadın orqanizmində involyusion proseslərə səbəb olan estrogenlərin defisitinin bir sıra pozğunluqların, o cümlədən klimakterik pozğunluqların patogenezinə mühüm rol oynamasına baxmayaraq, bu defisiti qanunauyğun fizioloji proses kimi qiymətləndirmək olar.

Perimenopauzal dövrün patoloji gedişini klimakterik sindromun (KS) sinonimi hesab etmək olar. Əgər perimenopauzal dövrün fizioloji gedişi genetik proqramlaşdırılmış proses olub, reproduktiv funksiyanın dayanması ilə və qadın orqanizminin bütün üzv və sistemlərində yaşla əlaqədar dəyişikliklərlə xarakterizə edilsə, patoloji gediş hər hansı bir səbəbdən irəli gəlir. Bu səbəblər aşağıdakı qruplara ayrılır: sosial-iqtisadi, ailə və məişət çətinlikləri; neyropsixi stres vəziyyətləri; genital patologiya; ekstragenital xəstəliklər; mübadilə pozğunluqları, bir sıra amillərin birlikdə təsiri. Klimakterik sindromun meydana çıxmasında irsi

meyillik və xarici mühitin amilləri də mühüm rol oynayır. Ağır məişət şəraitində yaşayan qadınlarda KS daha çox təsadüf olunur (cədvəl 6.1).

Cədvəl 6.1

Klimakterik pozğunluqların təsnifatı

I qrup – erkən simptomlar (tipik KS)	
Vazomotor	başə və gövdənin yuxarı hissəsinə istilik axması – “istilikgəlmə”, titrətmə, həddindən artıq tərləmə, başəğrısı, hipotoniya, yaxud hipertenziya, ürək döyünmənin artması
Emosional-vegetativ	əşəbilik, yuxululuq, zəiflik, narahatlıq, depressiya, yaddaşın pozulması, diqqətsizlik, libidonun zəifləməsi
II qrup – orta	
Urogenital	uşəqlıq yolunda quruluq, cinsi əlaqə zamanı ağrı, qaşınma və göynəmə, uretral sindrom, sistalgiya, sidiyi saxlaya bilməmək
Dəri və artımları	quruluq, dırnaqların sınması, qırışlar, saçların quruması və tökülməsi
III qrup – gec mübadilə pozğunluqları	
	ürək-damar xəstəlikləri (ÜİX, ateroskleroz), postmenopauzal osteoporoz, Alsheymer xəstəliyi

Neyrovegetativ, endokrin-mübadilə, psixoemosional təzahürlər (erkən), urogenital pozğunluqlar, dəri və selikli qışaların atrofik dəyişiklikləri (orta), osteoporoz, ürək-damar xəstəlikləri (gec) müəyyən xronoloji ardıcılıqla meydana çıxır və postmenopauzada qadının həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır. Yumurtalıqların funksiyasının sönməsi ilə əlaqədar müxtəlif simptomlar qadınların 70%-dən çoxunda müşahidə edilir.

Klimakterik pozğunluqların müxtəlifliyi estrogen və progesteron reseptorlarının genital və ekstragenital lokalizasiyası ilə izah edilir (cədvəl 6.2).

Cinsiyyət hormonları üçün hədəf-üzvlər

Reproduktiv hədəf üzvlər	Qeyri-reproduktiv hədəf üzvlər
Cinsiyyət sistemi Hipotalamus və hipofiz Süd vəziləri	Beyin Ürək-damar sistemi Sümük-əzələ sistemi Uretra və sidik kisəsi Dəri və tüklər Yoğun bağırsaq Qaraciyər (lipidlərin metabolizmi, cinsi steroidləri birləşdirən qlobulinlərin (CSBQ) sintezi və s.)

Klimakterik sindromun meydana çıxması tezliyi postmenopauzanın müddətindən və yaşdan asılı olaraq dəyişilir. Belə ki, premenopauzada 20-30%, postmenopauzada 35-50% təşkil edir. Klimakterik sindromun müddəti orta hesabla 3-5 il olur (1 ildən 10-15 ilə qədər). Klimakterik sindromun ən çox müşahidə edilən əlamətləri – “istilikgəlmə”, tərləmək, arterial təzyiqin artması və ya azalması, baş ağrısı, yuxunun pozulması, depressiya, əsəbilik, astenik əlamətlər, simpatiko-adrenal krizlərdir. Klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi müxtəlif metodlarla təyin edilir. Ən sadəsi “istilikgəlmənin” sayına görə qiymətləndirmədir: 10-a qədər – yüngül forma; 11-20 – orta ağırlıqlı, 20-dən çox daha ağır dərəcədir. Digər metod E.V.Uvarovanın modifikasiyasında (1982) Kuppermanın menopauzal indeksi (Mİ) vasitəsilə qiymətləndirmədir. Sxematik olaraq bunu belə təsəvvür etmək olar. I qrup – neyrovegetativ pozğunluqlar: arterial təzyiqin artması, baş ağrısı, taxikardiya, yüksək temperatura dözümsüzlük, üşütmə, titrətmə, keyləşmə və tükürpəşmə hissiyyatı, dəyişmiş dermoqrafizm, dərinin quru olması, yuxunun pozulması, “istilikgəlmə”, simpatiko-adrenal krizlər. II qrup – psixoemosional pozğunluqlar: iş qabiliyyətinin aşağı düşməsi, yorğunluq, fikrin dağınıq olması, yaddaşın zəifləməsi, əsəbilik, ağlağanlıq, iştahanın pozulması, cinsi

meylin zəifləməsi, narahatlıq və s. III qrup – endokrin mübadilə pozğunluqları: piylənmə, qalxanabənzər, böyrəküstü vəzilərin, yumurtalıqların funksiyasının dəyişilməsi, şəkərli diabet, süd vəzilərinin dishormonal hiperplaziyası, əzələ və oynaqlarda ağrı, cinsiyyət üzvlərinin atrofiyası, osteoporoz.

Hər bir simptom təzahüretmə dərəcəsinə görə 0-dan 3-ə qədər ballarla qiymətləndirilir. Neyrovegetativ pozğunluqlar zamanı Mİ 10 bala qədər olduqda, klimakterik sindromun olmamasını, 10-20 bal – yüngül dərəcəni, 20-30 bal – orta dərəcəni, 30 və ondan yuxarı – ağır dərəcəni göstərir.

Psixosomosal və endokrin-mübadilə pozğunluqları isə belə qiymətləndirilir: Mİ-0 olduqda pozğunluqların olmamasını, 1-7 yüngül, 8-14 orta, 15 və daha çox olduqda klimakterik sindromun ağır formasını göstərir. Xəstəlik hallarında yüngül gediş 40%, orta ağırlıqlı gediş 35%, ağır gediş 25% müşahidə edilir.

Urogenital pozğunluqlar premenopauzada da meydana çıxa bilər, amma adətən, postmenopauzanın 2-5-ci ilində 30-40% qadınlarda yaranır. Yaşlı dövrdə bu pozğunluqların tezliyi 70%-ə çatır. Urogenital pozğunluqların baş verməsi cinsi hormonların defisiti fonunda sidik-cinsiyyət sisteminin estrogenə həssas strukturlarında (uretra, sidik kisəsi, uşaqlıq yolu, bağ aparatı, çanaq dibinin əzələ və birləşdirici toxuma komponentləri, damar kəmərləri) atrofik və distrofik proseslərin inkişaf etməsi ilə əlaqədardır. Elə buna görə də atrofik vaginit, atrofik sistouretrit, sidiyi saxlaya bilməməyin klinik simptomları eyni vaxtda yaranır.

Atrofik vaginitin ən çox təsadüf edilən əlamətləri bunlardır: uşaqlıq yolunda quruluq, qaşınma və göynəmə, dispareuniya (cinsi əlaqə zamanı ağrı), residiv verən vaginal ifrazat, təmasla əlaqədar qanlı ifrazat, uşaqlıq yolu divarının sallanması.

Atrofik vaginitin əsas obyektiv diaqnostika metodları: sitoloji müayinə, vaginal möhtəviyyatın pH-ın təyini (pH artır – 6,7-7,0), genişləndirilmiş kolposkopik müayinə və mikrobioloji müayinədir.

Atrofik sistouretrit əlamətlərini ifadə etmək üçün ən çox “uretral sindrom” terminindən istifadə edilir. Atrofik sistouretrit aşağıdakılarla xarakterizə olunur:

- *pollakiuriya* – gün ərzində tez-tez (6-8 dəfə) sidik ifrazı, amma ifraz olunan sidiyin miqdarının az olması;
- *sistalgiya* – bütün günü uşaqlıq yolunda göynəmə hissi ilə müşayiət olunan ağrılı, tezləşmiş sidik ifrazı;
- *nikturiya* – gecə vaxtı sidik ifrazının tezləşməsi.

Atrofik sistouretritə əlamətləri həm ayrılıqda, həm də sidiyi saxlaya bilməməklə birlikdə rast gəlinir.

Postmenopauzada çox vaxt cinsiyyət üzvlərinin prolapsı inkişaf edir. Belə ki, hipoestrojeniya fonunda fibroblastlarda kollagenin biosintezi və depolaşmasında pozğunluqlar meydana çıxır, çünki fibroblastlarda da estrogen və androgen reseptorları vardır.

Pre- və postmenopauzada estrogen defisitinin nəticələrindən biri də aterosklerozla əlaqədar (ürəyin işemik xəstəliyi, beyin qan dövranının pozulması, arterial hipertenziya) **ürək-damar patologiyasının** tezliyinin artmasıdır. Bu, postmenopauzada qadınlar üçün fəlakətdir: əgər 40 yaşına qədər qadınlarda miokard infarktlarının tezliyi kişilərə nisbətən 10-20 dəfə aşağıdırsa, yumurtalıqların funksiyası sönəndən sonra, bu nisbət dəyişir və 70 yaşına yaxın 1:1 təşkil edir. Ürək-damar patologiyasının baş verməsinin patogenezi hipoestrojeniya zamanı lipidlərdə və qanın laxtalanma sistemində baş verən dəyişikliklərlə əlaqədardır: xolesterinin, triqliseridlərin, aşağı və çox aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin səviyyəsi artır, yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlərin səviyyəsi aşağı düşür, qanın laxtalanması artır və hemostaz sisteminin antikoagulyant potensialı azalır.

Postmenopauzada estrogenlərin defisiti qlükoza və insulin mübadiləsində də rol oynayır (cədvəl 6.3).

Cədvəl 6.3

Postmenopauzada insulin mübadiləsi

Artma	Azalma
insulinin konsentrasiyası insulinə rezistentlik mərkəzi (android) piylənmə	insulinin sekresiyası insulinin xaric edilməsi periferik toxumalarda insulinə həssaslıq

Postmenopauzada 2-ci tip diabetin meydana çıxma tezliyi artdığından, insulina rezistentlik damarların endotelində aterogen dəyişikliklərə gətirib çıxara bilər ki, bu da hipertenziyaya və damarların elastikliyiinin dəyişməsinə səbəb olur.

İnsulina rezistentliklə əlaqədar, androgenlərin səviyyəsinin artması, abdominal piyin çox olması, hipertenziya, katexolaminlərin səviyyəsinin artması postmenopauzada ürək-damar xəstəliklərinin risk amilləri hesab edilir.

Hesab edirlər ki, estrogenlərin uzunmüddətli defisiti yaşlı dövrdə Alsheymer xəstəliyinin patogenezinə də rol oynayır.

Alsheymer xəstəliyi – demensiyanın ən çox rast gəlinən səbəblərindən biri olub, indiki (cari) hadisələrə yaddaşın pozulması, yeni məlumatları yadda saxlamaq və təkrar etməyin mümkün olmaması, danışmaq nitqinin və məkan oriyentasiyasının pozulması, məntiqi düşünmə qabiliyyətinin aşağı düşməsi ilə xarakterizə olunur.

Alsheymer xəstəliyi zamanı bazal nüvələr və hipokamp nəhiyyəsində neyronların degenerasiyası baş verir.

Estrogen defisiti menopauzadan sonra qadınların 40%-də osteoporoza gətirib çıxarır (şəkil 6.1). Postmenopauzada osteoporoza skeletin sistem xəstəliyi olub, sümük kütləsinin azalması və sümük toxumasının mikroarxitektonikasının pozulması ilə xarakterizə olunur, sümüklərin kövrəkliyinin və sınma riskinin artmasına gətirib çıxarır. Postmenopauzal osteoporozun xarakterik klinik əlamətləri fəqərələrin cisimlərinin, bud sümüyünün boynunun, mil sümüyünün tipik yerdə sınıqlarıdır. Yəni, ilk növbədə, süngəri sümüklər zədələnir. Bud sümüyü boynunun sınığı olan qadınların 50%-ə qədər kənar adamın yardımını olmadan keçinə bilmir, 20%-ə qədər sınıqdan sonrakı birinci il müddətində ölürlər.

Sümük toxumasında daim yeniləşmə prosesi gedir. Bu proses sümük toxumasının rezorbsiyası və formalaşmasından ibarət olub, sümük hüceyrələrinin (örtük hüceyrələri, osteoklast, osteoblast və osteositlər) miqdarı və aktivliyi ilə tənzim edilir. Osteoklast və osteoblastlar sümüyün yeniləşməsində, osteosit və örtük hüceyrələri isə mübadilə proseslərində iştirak edirlər.

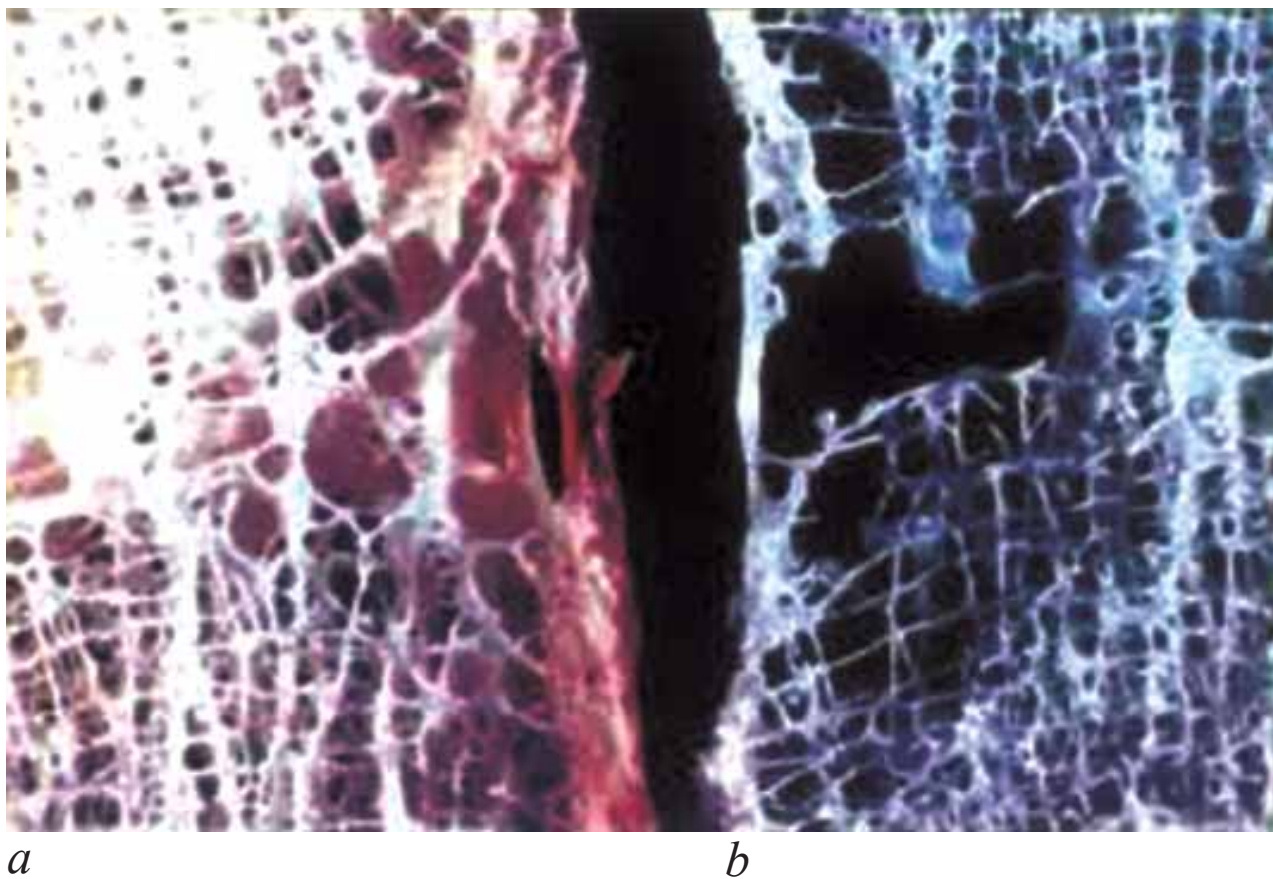
Makroskopik olaraq sümük toxuması kortikal (kompakt) və trabekulyar (süngəri) maddədən ibarətdir. Skeletin 80%-ni korti-

kal sümüklər, 20%-ni trabekulyar sümüklər təşkil edir. Mübadilə proseslərinin sürəti süngəri sümüklərdə kortikal sümüklərə nisbətən 4-9 dəfə tez olur. Süngəri sümüklər homeostazın dəyişikliklərinə çox həssasdır. Ona görə də postmenopauzal osteoporoza süngəri sümüklər zədələnir və sınıır.

Sümük toxumasının əmələ gəlməsi və rezorbsiyası çox mürəkkəb prosesdir. Bu prosesdə iştirak edir:

- *qalxanabənzərətərafı vəzilərin hormonu* – paratireoid hormon – osteoklastları aktivləşdirərək, sümüklərin rezorbsiyasını sürətləndirir;
- *qalxanabənzər vəzidə əmələ gələn kalsitonin* – paratireoid hormonun antoqonisti – osteoblastların aktivliyini stimülə edərək, sümüklərin əmələ gəlməsi prosesini gücləndirir;
- *tiroksin və kortizol* – katabolik xüsusiyyətlərə malik olduğundan, sümük toxumasında rezorbsiya proseslərini sürətləndirir.

Kalsium mübadiləsində, eləcə də osteoporozun inkişafında, bağırsaqda kalsiumun sorulması prosesində iştirak edən D vitamini mühüm rol oynayır.



Şəkil 6.1. Sümük toxuması
(*a* – normada; *b* – osteoporoza zamanı)

Osteoporoz və osteopeniyanın çox uzun latent dövrü olur. Sümük matriksinin osteoblastlar tərəfindən sintezinin azalması və sümük toxumasının osteoklastlar tərəfindən rezorbsiyasının artması 35-40 yaşından sonra başlanır. Aybaşı kəsildikdən sonra sümük kütləsinin itirilməsi kəskin sürətlənir və ildə 1,1-3,5% təşkil edir. 75-80 yaşlarında sümük sıxlığının itirilməsi 30-40 yaşla müqayisədə 40%-ə çatır. 65 yaşa çatan qadınların 35,4%-də sümük sınıqlarını proqnozlaşdırmaq olar. Osteoporoz tədricən və simptomuz inkişaf edir, amma klinik əlamətlərin meydana çıxması, sümük kütləsinin əhəmiyyətli dərəcədə itirilməsindən xəbər verir. Bu əlamətlərə aiddir: sümüklərdə ağrı, minimal travma zamanı mikro- və makrosınıqlar, onurğa sütununun əyilməsi (lordoz, kifoz, skolioz), boyun kiçilməsi (şəkil 6.2). Rentgen müayinəsi osteoporozun diaqnozunu vaxtında qoymağa imkan vermir, belə ki, sümük kütləsinin 30%-i və daha artıq itirildikdə diaqnoz qoymaq mümkün olur. Osteoporozun diaqnostikası klinik əlamətlərlə yanaşı, densitometriyaya (sümük toxumasının mineral sıxlığının təyininə) əsaslanır.



Şəkil 6.2. Onurğa sütunu (*a* – norma; *b* – osteoporoz zamanı).

Osteoporozun risk amilləri:

- yaş (yaş artdıqca, risk çoxalır) – postmenopauza;
- cins (qadınlar kişilərə nisbətən daha çox riskə malikdirlər və osteoporozdan əziyyət çəkənlərin 80%-ni təşkil edirlər);
- menopauzanın erkən baş verməsi, 45 yaşa qədər;
- irqi mənsubiyyət (ən çox risk ağ qadınlarda olur);
- zəif bədən quruluşu, bədən çəkisinin az olması;
- kalsiumun kifayət qədər qəbul edilməməsi;
- azhərəkətli həyat tərzii;
- siqaret çəkmə, alkoqolizm;
- ailəlikcə osteopozdan əziyyət çəkmə; *D* vitamini reseptorunun sintezinə cavab verən genin polimorfizmi;
- reproduktiv yaşda amenoreya;
- anamnezdə 3 və daha artıq doğuş, uzunmüddətli laktasiya.

M ü a l i c ə . Perimenopauzal dövrün patologiyasının müalicəsi üç mərhələdə aparılır. *Birinci mərhələ* – qeyri-medikamentoz terapiya, *ikinci mərhələ* – qeyri-hormonal medikamentoz terapiya, *üçüncü mərhələ* – hormonal terapiya. Etaplara ayırma müəyyən dərəcədə şərtidir, çünki, ağır formalarda terapiyanın bütün növlərindən istifadə edilir.

Birinci mərhələdə qadına perimenopauzal dövrdə orqanizmdə baş verən dəyişikliklərin mahiyyəti haqqında məlumat vermək lazımdır. Bütün xəstələrə əmək və istirahət, əqli və fiziki gərginliyin tənzimi, düzgün qidalanma, gimnastika, səhər və axşam gəzintisi tövsiyə edilir. Yemək rasionuna kifayət qədər meyvə və tərəvəz, bitki mənşəli yağlar daxil etməli, karbohidratların miqdarı məhdudlaşdırılmalıdır. Bütün su proseduraları: yuyunmaq, duş qəbul etmək, şam ekstraktlı vannalar, adaçayı vannaları, isti ayaq vannaları çox effektiv təsir göstərir. Balneoterapiyadan geniş istifadə edilir – oksigen, azot, köpüklü vannalar yaxşı təsir göstərir, uşaqlığın mioması, endometrioz, mastopatiya, tireotoksikoz olan xəstələrdə isə – radon və yodobrom vannaları effektivdir.

Fiziki amillərin təsirindən də istifadə edilir. Baş beyinin anodik qalvanizasiyası (10-20 seans), elektrodların frontomastoidal yerləşdirilməsi ilə mərkəzi elektroanalgeziya (8-10 seans), sistal-

giya və dizurik əlamətlər zamanı uşaqlıq yolu elektrodları vasitəsilə modullaşdırılmış sinusoidal cərəyan yaxşı nəticə verir. İynə refleksoterapiyadan da həm ayrılıqda, həm də digər metodlarla birlikdə istifadə edilir.

İkinci mərhələdə mərkəzi sinir sisteminin və vegetativ sinir sisteminin funksional vəziyyətini normallaşdırmaq məqsədilə qeyri-hormonal medikamentoz terapiya tətbiq edilir. Simpatik reaksiyalar üstünlük təşkil etdikdə simpatikolitik təsir göstərən preparatlar – rezerpin və obzidan təyin edilir. Rezerpin mərkəzi sinir sistemində katexolaminlərin və serotoninin miqdarını və taxikardiyanı azaldır, arterial təzyiqi aşağı salır, yuxunu normalaşdırır. Obzidan – β -adrenoblokatorudur; mərkəzi və periferik adrenoreseptorları blokadaya alaraq, psixotrop təsir göstərir. Parasimpatik reaksiyalar üstünlük təşkil etdikdə xolinolitik təsir göstərən preparatlardan (belladonna tinkturası 10 damcıdan gündə 2 dəfə) və antihistamin preparatlarından (tavegil, suprastin) istifadə edilir.

Psixoemosional pozğunluqlar zamanı neyrotrop təsir göstərən maddələr, məsələn, “kiçik” trankvilizatorlar təyin edilir.

Üçüncü mərhələ – hormonal terapiyanın tətbiqi. Klimakterik pozğunluqların korreksiyasının yeganə patogenetik əsaslandırılmış və effektiv metodu əvəzedici hormonal terapiyadır (ƏHT). Bunun üçün təbii estrogenlərin (estradiol valerat, 17- β -estradiol, konyuqə edilmiş estrogenlər, estriol) hestagen və androgenlərlə kombinasiyasından istifadə edilir. Hormonların parenteral (inyeksiya şəklində, transdermal, vaginal, spreylər) və daxilə qəbulu mümkündür.

ƏHT-nin məqsədi – cinsiyyət hormonlarının defisiti olan qadınlarda yumurtalıqların hormonal funksiyasının əvəz edilməsidir. Bu zaman hormonların elə minimal optimal dozasından istifadə edilir ki, xəstələrin ümumi vəziyyəti yaxşılaşsın, gec mübadilə pozğunluqlarının profilaktikası təmin edilsin, estrogen və progestagenlərin yanaşı təsirləri olmasın. “Əvəzedici” sözü müalicənin mahiyyətini tam əks etdirmir, belə ki, hormonların səviyyəsinin cavan sağlam qadınlarda olduğu səviyyəyə çatdırılması məqsədə uyğun deyil.

Uzunmüddətli, xüsusilə gec başlanmış ƏHT ürək-damar xəstəliklərinin (tromboz, tromboemboliya, infarkt, insult) tezliyini, süd vəzisi xərçəngi riskini artırma bilər.

ƏHT təyininə əvvəl anamnestik xüsusiyyətləri öyrənmək vacibdir: irsiyyət, zərərli vərdişlərin olması (siqaret çəkmə), aşağı ətrafların venoz sisteminin vəziyyəti. Müalicədən əvvəl və müalicə prosesində baxış, kiçik çanaq üzvlərinin exoqrafiyası, mammoqrafiya, hemostaz göstəricilərinin tədqiqi aparılmalıdır.

ƏHT-nin təyininə göstərişlər və əsas prinsiplər:

I – estrogenlərin tipləri. ƏHT üçün yalnız “təbii” estrogenlər və analoqlarından istifadə edilməlidir;

II – estrogenlərin dozası aşağı olmalıdır və cavan qadınlarda erkən proliferasiya fazasına uyğun gəlməlidir;

III – estrogenlərin progestagenlərlə birlikdə tətbiqi endometriumu hiperplastik proseslərdən qorumağa imkan verir;

IV – histerektomiya aparılmış qadınlara fasiləsiz rejimdə estrogenlərlə monoterapiya göstərişidir. Əgər histerektomiya endometrioza, yaxud endometriumun xərçənginə görə aparılmışsa, estrogenlərin progestagenlərlə və ya androgenlərlə kombinasiyasından, ya da progestagenlərlə, androgenlərlə monoterapiyadan istifadə edilir;

V – osteoporozun, Alshaymer xəstəliyinin profilaktikası və urogenital pozğunluqların müalicəsi üçün ƏHT-nin müddəti minimum 4 il olmalıdır.

Bütün qadınlar estrogenlərin qısamüddətli defisiti zamanı meydana çıxan tipik simptomlar haqqında, uzunmüddətli defisiti zamanı isə osteoporozun, ürək-damar xəstəliklərinin inkişaf edə bilməsi haqqında, ƏHT-nin müsbət təsiri (erkən klimakterik simptomları aradan qaldırması və osteoporoz, ürək-damar xəstəliklərinin profilaktikasını təmin etməsi); ƏHT-yə əks göstərişlər və yanaşı təsirləri haqqında məlumat almalıdırlar. Hormonların əvəzedici məqsədlə qəbulu haqqında düşünülmüş qərarı xəstə özü qəbul edir.

Preparatın seçilməsi və müalicə rejimi haqqında qərar qəbul edərkən aşağıdakıları müəyyən etmək vacibdir:

1) uşaqlıq var, yoxsa çıxarılıb; əgər çıxarılıbsa, hansı səbəbdən histerektomiya aparılıb;

2) klimakterik dövrün hansı fazasıdır: premenopauza, perimenopauza, yaxud postmenopauza;

3) klimakterik pozğunluqların klinik şəklində nə üstünlük təşkil edir (osteoporoz, urogenital pozğunluqlar, mərkəzi sinir sisteminin, yaxud ürək-damar sisteminin xəstəlikləri);

4) postmenopauzada qadının aybaşıyabənzər reaksiyaya, yaxud ƏHT fonunda aybaşının olmasına münasibəti.

Uşaqlıq olmadıqda (histerektomiya) fasiləli kurslarla, yaxud fasiləsiz rejimdə *estrogenlərlə monoterapiya* təyin edilir.

Əgər histerektomiya *genital endometrioz* səbəbindən aparılıbsa, üstünlük *monofaz kombinəedilmiş* terapiyaya (klimodien, kliogest) verilir, çünki estrogenlərlə monoterapiya zamanı endometrioid heterotopiyalarının stimulyasiyası mümkündür.

Perimenopauzada uşaqlıq varsa, ikifazalı, yaxud üçfazlı preparatlar təyin edilir.

Əgər perimenopauzada qanın lipid tərkibində və ürək-damar sistemində dəyişikliklər üstünlük təşkil edirsə, tərkibində hestagen komponenti olan (klimen, femoston), yaxud aşağı dozalı norsteroid törəməsi olan iki və üçfazlı preparatlar (klimonorm, tsikloproginova) təyin edilir. Əgər perimenopauzada zəiflik, astenizasiya, hipotoniya, libidonun zəifləməsi, sümüklərdə və oynaq-larda ağrı, osteoporoz əlamətləri üstünlük təşkil edirsə, tərkibində hestagen komponenti 19-nortestosteron olan (klimonorm, tsikloproginova) ikifazlı preparatlar təyin edilir.

Perimenopauzada urogenital pozğunluqlar olduqda yerli (vaginal) terapiya (estriolla monoterapiya) təyin edilir.

Urogenital pozğunluqlar *sistem mübadilə pozğunluqları* (osteoporoz, ateroskleroz) ilə birlikdə olduqda, yerli və sistem terapiyanın aparılması mümkündür.

Perimenopauzada təyin edilən iki və üçfazlı ƏHT qadının ümumi vəziyyətini yaxşılaşdırmaqla yanaşı, aybaşı “tsiklini” tənzim edir, həmçinin tərkibində olan progestagenlərin hesabına endometriumda hiperplastik proseslərin profilaktikasında rol oynayır.

ƏHT-nin təyininə əks göstərişlər:

- səbəbi məlum olmayan uşaqlıq yolu qanaxması;
- qaraciyərin kəskin ağır xəstəliyi;
- dərin venaların kəskin trombozu;
- kəskin tromboembolik xəstəlik;
- süd vəzisinin xərçəngi;
- endometriumun xərçəngi;
- endometrioza (estrogenlərlə monoterapiya əks göstərişidir);
- lipid mübadiləsi ilə əlaqədar olan anadangəlmə xəstəliklər – hipertrigliseridemiya.

ƏHT-yə əks göstəriş olduqda alternativ terapiya: fitoestrogen (klimadinon), yaxud homeopatik maddələrdən (klimaktoplan) istifadə mümkündür.

Gec klimakterik pozğunluqlardan – osteoporozun müalicə və profilaktikasının üzərində dayanmaq çox vacibdir. Estrogen defisiti nəticəsində meydana çıxan osteoporoz zamanı sümüklərdə rezorbsiya prosesi üstünlük təşkil etdiyindən, ilk növbədə, antirezorbtiv terapiya aparılır:

- 1) qadın cinsiyyət hormonları ilə;
- 2) kalsitonin preparatları (miakalsik) ilə;
- 3) bifosfonatlarla;
- 4) antiestrogenlərlə (estrogen reseptorlarının selektiv modul-yatorları – ERSM – tamoksifen, raloksifen).

Müəyyən edilmişdir ki, estrogenlər nəinki sümük kütləsinin itirilməsinin qarşısını alır, həmçinin sümük kütləsinin mineral sıxlığını da artırır.

Antirezorbtiv təsir göstərən preparatlardan miakalsik inyeksiya üçün məhlul şəklində və nazal sprey formasında olur. Miakalsikin fərqləndirici xüsusiyyəti sümüklərdə ağrı zamanı, sınıqlar zamanı tez və güclü analgetik effektinin olmasıdır (nazal sprey – gündə 200 BV, dərialtı və ya əzələ daxili inyeksiya şəklində 100 BV günəşırı təyin edilir. Müalicə 2-3 ay davam edir, 2-3 ay fasilə verilir).

Antirezorbtiv təsir göstərən digər qrup – bifosfanatlar – pirofosfatların analoqlarıdır. Bifosfonatların 3 nəsli ayırd edilir:

- I nəsil – etidronat, kledronat (bonefos), didronel;
- II nəsil – alendronat (fosamaks), pamidronat, teludronat;
- III nəsil – ibandronat, rizendronat, zolendronat.

ERSM ilə müalicə ƏHT-nin alternatividir. Raloksifen uşaqlığa və süd vəzilərinə antiestrogen, sümük və ürək-damar sisteminə isə estrogenəbənzər təsir göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, postmenopauzal osteoporozun hər hansı formada müalicəsi fonunda bazis terapiyanın aparılması – D vitamini və kalsiumun təyini vacibdir. D vitamini kalsium və fosforun bağırsaqdan sorulmasını və sümük matriksində artmasını təmin edir, parathormonun səviyyəsinin artmasının qarşısını alır, sinir-əzələ keçiriciliyini artırır.

Kompleks preparatlardan vitrum kalsium +D vitamini diqqəti cəlb edir (tərkibinə kalsium karbonat daxildir). 2 tablet sutkalıq dozaya (1000 *mq* kalsium və 400 BV D vitamini) uyğun gəlir. Effektiv preparatlardan biri də osteomadır. Tərkibinə kalsium karbonat, D vitamini və minerallar: maqnezium, sink, mis, manqan, bor daxildir. Sutkalıq doza 2 tabletdir. Geniş istifadə edilən preparatlardan kalsium-D₃ nikomedin tərkibinə kalsium karbonat və D₃ daxildir.

Tərkibində kalsium çox olan preparatlar daha effektivdir. Belə ki, bir tablet kalsium qlükonatda – 9%, kalsium laktatda – 13%, kalsium sitratda – 21%, kalsium karbonatda – 40% kalsium var.

Keçid dövründə, homeostaz sisteminin qeyri-stabilliyi şəraitində qadın orqanizmində baş verən involyusiya prosesləri, hormonal və neyromübadilə dəyişiklikləri bir sıra patologiyaların – uşaqlığın mioması, adenomioz, yumurtalıqların şişləri, endometriumun hiperplastik prosesləri, disfunksional uşaqlıq qanaxmalarının meydana çıxmasına səbəb olur. Postmenopauzada bütün bu xəstəliklər (yumurtalıqların şişlərindən başqa) geriye inkişaf edir. Bununla yanaşı, postmenopauzada cinsiyyət üzvlərinin bədxassəli şişlərinə daha çox rast gəlinir (endometriumun xərçəngi ilə xəstə olan qadınların orta yaşı – 62 yaş, yumurtalıqların xərçəngi ilə – 60 yaş, uşaqlıq boyununun xərçəngi ilə – 51 yaş).

Premenopauzada meydana çıxan miomatoz düyünlər də postmenopauzada uşaqlıq kimi, involyusiyaya uğrayır – düyünlərin

diametri kiçilir, həm də yüksək exosıxlığa malik olan düyünlər (fibroma) az dəyişikliyə məruz qalır, orta və aşağı exogenliyə malik düyünlər (leyomioma) isə daha çox kiçilir. Bununla yanaşı, miomatoz düyünlərin kapsullarının exosıxlığı artır ki, bu da exosignalların zəifləməsinə gətirib çıxarır, uşaqlığın və düyünlərin daxili strukturunun görünüşünü çətinləşdirir.

Miomatoz düyünün kistoz degenerasiyası (çoxlu boşluqlar və hipoxogen möhtəviyyatla) çox nadir halda, subseroz lokalizasiyada rast gəlinir. Atrofiyaya uğramış miomatoz düyünlərdə qan cərəyanının tədqiqi zamanı səs exosignallarının intranodulyar qeydiyyatı müşahidə edilmir, perinodulyar qan cərəyanı isə zəif olur.

Postmenopauzada uşaqlığın və yaxud miomatoz düyünlərin böyüməsi ƏHT ilə stimula edilməmişsə, yumurtalıqların hormonifraz edən patologiyasını, yaxud uşaqlığın sarkomasını istisna etmək lazımdır.

Endometriumun hiperplastik prosesləri estrogenlərin konsentrasiyasının artması fonunda yaranır. Estrogenlər endometrium toxumasında estrogen reseptorlarına təsir edərək, proliferativ effekti reallaşdırır. Endometriumda proliferativ proseslər inkişaf etdikcə, estrogen və progesteron reseptorlarının konsentrasiyası və aşkar edilmə tezliyi azalır: endometriumun vəzili polipləri → vəzili-fibroz poliplər → vəzili hiperplaziya → atipik hiperplaziya və endometriumun polipləri → xərçəng. Pre- və postmenopauzada hiperestrogenemiya aşağıdakı səbəblərdən yaranır:

- anovulyasiya və lütein fazasının çatışmazlığı (premenopauzada);
- piylənmə zamanı androgenlərin estrogenlərə çoxlu miqdarda periferik konversiyası;
- yumurtalıqda hormonifraz edən strukturlar (şişlər, tekomatoz);
- qaraciyərin inaktivləşmə və zülal sintezi funksiyasının pozulması ilə müşayiət olunan patologiyaları (zülalların – steroid hormonların daşıyıcılarının azalması);
- böyrəküstü vəzilərin patologiyası;

- yumurtalığın stromasının stimulyasiyasına və hiperplaziyasına gətirib çıxaran hiperinsulinemiya (şəkərli diabet zamanı).

Postmenopauzada endometriumun həm xoşxassəli, həm də bədxassəli hiperplastik prosesləri klinik olaraq, özünü cinsiyyət yollarından qanlı ifrazatla büruzə verə bilər, çox vaxt isə simptomuz keçir. Postmenopauzada bütün qadınlar ildə 2 dəfə USM skriniq müayinəsindən keçməlidirlər. Endometriumun xərçənginə görə risk qrupuna daxil olan qadınlarda isə endometriumun aspiration biopsiyası aparılmalıdır. Postmenopauzada, exoqrafik skriniq zamanı, şikayəti olmayan qadınların 4,9%-də endometriumun patologiyası aşkar edilir. USM zamanı endometriumun patologiyası əlamətləri olduqda – histeroskopiya, uşaqlığın selikli qişasının diaqnostik qaşınması və qaşıntı kütləsinin histoloji müayinəsi aparılır. Histeroskopiya zamanı uşaqlıq boşluğuna baxış, endometriumdakı dəyişiklikləri həmişə aşkar etməyə və patoloji ocağın xaric edilməsinə nəzarəti həyata keçirməyə imkan verir.

Həm premenopauzada, həm də postmenopauzada endometriumdakı poliplərin exoqrafik əlamətləri – M-exonun lokal qalınlaşması və onun strukturunda exogenliyi artmış törəmələr, bəzən bu törəmələrin proyeksiyasında qan cərəyanının səs exosiqnallarının görünüşüdür. Diaqnostik çətinliklər, endometriumun vəzili poliplərində mümkündür, belə ki, onların səs keçiriciliyi uşaqlığın selikli qişasının səs keçiriciliyinə yaxındır. Postmenopauzada endometriumun hiperplaziyası M-exonun dəqiq konturlarının saxlanılması ilə 4-5 *mm*-dən çox qalınlaşmasına, M-exo strukturunda kiçik maye törəmələrin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Morfoloji müayinə məlumatlarına əsasən, endometriumun xoşxassəli (fibroz, vəzili-fibroz, vəzili poliplər, vəzili hiperplaziya), xərçəngönü proliferativ prosesləri (atipik hiperplaziya və atipik hüceyrələri olan poliplər) və xərçəngi ayırd edilir. Ancaq hiperplastik proseslərin proqnozu endometrium patologiyasının tək cə növündən deyil, həm də endometrium toxumasının proliferativ potensialından asılıdır. Belə ki, endometriumun polipləri və hiper-

plaziyanın atipik forması zamanı residiv, inkişaf, malignizasiya hüceyrələrin yüksək proliferativ aktivliyi olduqda mümkündür.

Endometriumda xərçəngönü proseslərin klinik formaları premenopauzada neyromübadilə-endokrin pozğunluqları fonunda, endometriumun residivverən vəzili hiperplaziyası şəklində, postmenopauzada isə endometriumun vəzili hiperplaziyası və residivverən vəzili polipləri şəklində özünü göstərir.

Endometriumda proliferativ proseslərin residivlərinin səbəbi yumurtalıqların həm şiş, həm də qeyri-şiş (tekomatoz) hormon ifraz edən strukturlarıdır.

Şikayəti olmayan qadınlarda exoqrafiya ilə skrining müayinə zamanı yumurtalıq patologiyalarının tezliyi 3,2% təşkil edir. Qadın cinsiyyət üzvlərinin şişləri içərisində yumurtalıqların şişləri 2-ci yeri tutur, onlardan 70-80% xoşxassəli, 20-30% bədxassəli şişlərin payına düşür. Yumurtalıq xərçəngi olan xəstələrin orta yaşı 60 yaşdır.

Xəstəlik 70% hallarda simptomuz keçir, yalnız 30% hallarda zəif simptomlar olur. Hətta xəstəliyin ağırlaşması (şişin cırılması, ayaqcığının burulması) olduqda belə, yaşlı adamlarda ağrı hissiyatı qabarıq olmur. Postmenopauzada yumurtalıqların patologiyasının diaqnostikası çox vaxt piylənməyə görə, daxili cinsiyyət üzvlərinin sallanması, bağırsağın atoniyası, bitişmə səbəblərindən çətinləşir.

VII FƏSİL

UŞAQLIĞIN MİOMASI

Uşaqlığın mioması (sinonimi – *leyomioma*) hormondan asılı olan, uşaqlığın əzələ qişasından – miometriumdan və birləşdirici toxuma elementlərindən inkişaf edən xoşxassəli şişdir.

Ginekoloji xəstəliklər arasında uşaqlığın mioması qadın cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəliklərindən sonra ikinci yeri tutur və onun rastgəlmə tezliyi 10-27% təşkil edir. Profilaktik müayinə zamanı qadınların 1-2,5%-də şiş ilkin olaraq aşkar edilir. Ginekoloji-cərrahi stasionarlarda uşaqlığın miomasına görə xəstələrin 50%-indən çoxu cərrahi əməliyyata məruz qalır.

“Uşaqlığın mioması” termini geniş təsdiqini tapıb və şişin morfogenezi – onun ən çox əzələ toxumasından inkişaf etməsini ifadə edir.

Şişin morfoloji quruluşundan, onun tərkibində olan əzələ və birləşdirici toxuma elementlərinin nisbətindən asılı olaraq, uşaqlığın miomasını *fibroma* və *fibromioma* da adlandırırlar.

Etiologiya və patogenezi. Uşaqlığın miomasının etiologiyası bu günə qədər tam aydın deyil. Lakin müasir baxışlara əsasən onun inkişafında steroid hormonlar böyük rol oynayır. Bunu qonadolibərinlərin aqonistləri ilə uzunmüddətli müalicədən sonra miomatoz düyünlərin kiçilməsi və uşaqlığın əzələ qişasında, eləcə də mioma toxumasında estrogen reseptorlarının azalması təsdiq edir. Yumurtalıqın hormonu olan estrogenin ekskresiyasının və metabolik çevrilməsinin pozulması, eləcə də estrogenin fraksiyalarının (follikulyar fazada estron və estradiol, lütein fazada isə estriol üstünlük təşkil edir) nisbətinin dəyişməsi uşaqlığın selikli qişasında morfoloji dəyişikliyə səbəb olur. Estrogenlərin təsiri nəticəsində miometriumun sayı əzələ hüceyrələrinin hiperplaziyası və ya hipertrofiyanın baş verməsi nəticəsində miometriumun kütləsi böyüyür. Estrogen ilə yanaşı, yumurtalıq digər

hormonu – progesteron da endometriumu stimulyasiya edir. Miometriumun saya əzələ hüceyrələrində steroid hormonlarının təsiri nəticəsində baş verən hipertrofiya analogi olaraq hamiləlik zamanı olan dəyişikliyə oxşayır. Lütein fazada progesteron mioma toxumasının aktivliyini artırır. Lakin yumurtalıqların hormonlarının – estrogen və progesteronun mioma toxumasına təsir mexanizmi sona qədər öyrənilməyib. Bundan əlavə, o, miomanın inkişafını tənzim edən boy (böyümə) amillərini induksiya etməklə, şişin böyüməsinə səbəb olur.

Mioma toxumasında estradiol və progesteron reseptorları normal endometriuma nisbətən çoxdur. Steroid hormonların mübadiləsinin dəyişməsi miomatoz düyün hüceyrələrinin (boy amillərinin təsiri fonunda) stimulyasiyasına səbəb olur. Miomanın inkişafı və böyüməsi uşaqlığın reseptor aparatının vəziyyətindən çox asılıdır. Reseptor aparatının pozulması şişin böyümə xarakterini (tez və tədricən inkişaf edən) dəyişə bilər. Boy amillərinin içərisində ən çox mediator rolu oynayanı insulina bənzər I və II boy amilidir. Miomanın inkişafında orqanizmin immun reaktivliyinin xroniki infeksiya ocaqları fonunda dəyişməsi də az rol oynamır.

Miomanın böyümə sahəsi (zonası) miometriumda olan iltihabi infiltrat və endometrioid ocaqları ətrafında formalaşır. Onun böyüməsində uşaqlığın əzələ qışasının saya əzələ hüceyrələrinin fenotipik informasiyası və mikrosirkulyasiyanın dəyişməsi ilə əlaqədar baş verən degenerativ dəyişiklik müəyyən rol oynayır.

Miomatoz düyünlərin əsası embrional dövrdə qoyula bilər. Şiş hüceyrələrinin böyüməsi yumurtalıqların aktivliyi fonunda, estrogenlərin və progesteronun təsiri ilə neçə illər davam edə bilər.

Yumurtalıqların funksiyasının dəyişməsi uşaqlığın miomasının patogenezendə əsas rol oynayır. Bunu uşaqlığın mioması olan xəstələrin 50-60%-nin yumurtalıqlarında kiçik kistoz dəyişikliyin olması da təsdiq edir. Lakin son elmi tədqiqat işləri nəticəsində aydın olmuşdur ki, yumurtalıqların hormonal funksiyalarının po-

zulmasına mioması olan qadınlardan daha çox ümumi papulyasiyada rast gəlinir.

Uşaqlığın miomasının patogenezinə periferik hemodinamikanın və su-elektrolit mübadiləsinin pozulması müəyyən əhəmiyyət kəsb edir. Damarların divarlarının elastikliyi azalır, onların qanla dolmasının dərəcəsi artır, qanın hərəkəti azalır, qan zərfində kaliumun konsentrasiyası artır, natri-kali koeffisienti aşağı düşür.

Uşaqlığın mioması olan xəstələrdə kiçik çanaqda hemodinamikanın aydın nəzərə çarpan dəyişikliyi (kiçik çanaq damarlarının varikoz genəlməsi) müşahidə olunur. Bu da öz növbəsində şişin müəyyən qədər mülayim inkişafına səbəb olan amillərdən biridir.

Miomanın inkişafında əsas rol oynayan risk amillərinin arasında ilk aybaşının (*menarxe*) gec və miqdarının çox, tibbi abortların tezliyinin yüksək olmasını, ekstragenital patologiyaları (əsasən ürək-damar xəstəlikləri) və ginekoloji xəstəlikləri (qadın cinsiyyət üzvlərinin xroniki iltihabi xəstəlikləri, endometrioz, hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində olan pozulmalar) xüsusi qeyd etmək lazımdır. Bundan əlavə, xəstəliyin baş verməsində irsi meyilliliyin də rolu vardır. Təcrübə göstərir ki, uşaqlığın miomasına qohum qadınlar arasında daha çox təsadüf olunur. Uşaqlığın mioması kök, doğmamış, aybaşı tsiklinin pozulmaları olan qadınlarda daha çox olur.

Hazırda şişin böyümə proseslərinin tənziminin pozulmasında rolu olan spesifik genlərin öyrənilməsi istiqamətində elmi axtarışlar aparılır. Son zamanlar aparılan elmi-tədqiqat işlərinin nəticələri infeksiya amillərinin uşaqlığın miomasının patogenezinə və müalicəsində əhəmiyyətə malik olduğunu təsdiq edir. Eyni zamanda konservativ müalicəni korreksiya etmək və onun effektivliyini artırmaq məqsədi ilə uşaqlığın mioması olan qadınları daha geniş müayinə etməyin məqsədəuyğun olduğunu diktə edir.

Uşaqlığın miomasının histoloji adı leyomiomadır. Mioma düyünləri əsasını mutant sayə əzələ hüceyrəsindən götürən mono-

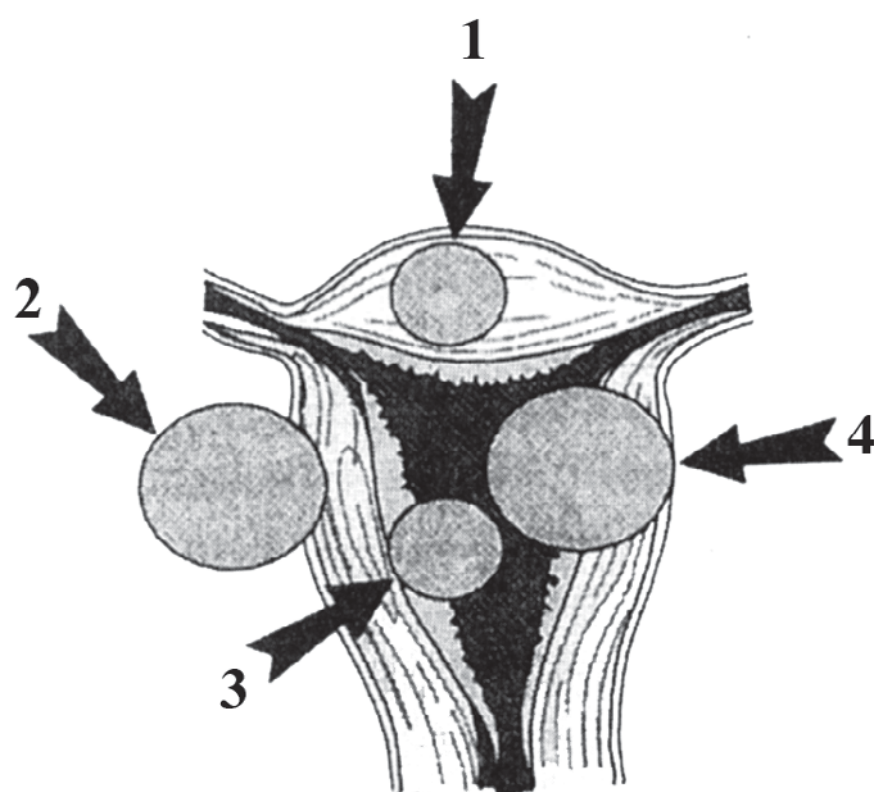
klonal şişdir. Miomatoz düyünlər tək və çoxsaylı ola bilər. Əksər hallarda onlar çoxsaylı, müxtəlif ölçülü və lokalizasiyalı olur (80% halda). Düyünlər mikroskopik və böyük ölçülü olurlar. Makroskopik olaraq düyünlər dairəvi formalı, bərk konsistensiyalı, damarlı-birləşdirici toxumalı kapsula malik, kəsikdə ağ rəngli, nahamar səthi olan törəmədir. Miomatoz düyünlər çox zaman (95%) uşaqlığın cismində, daha az halda (5%) isə uşaqlığın boynunda yerləşir.

Miomanın strukturu həmcins deyil. Şişə təşkil edən toxumanın tərkibinə görə mioma, fibroma, angiomioma və adenomioma ayırd edilir.

Morfoloji əlamətinə görə uşaqlığın miomasının 3 əsas forması var:

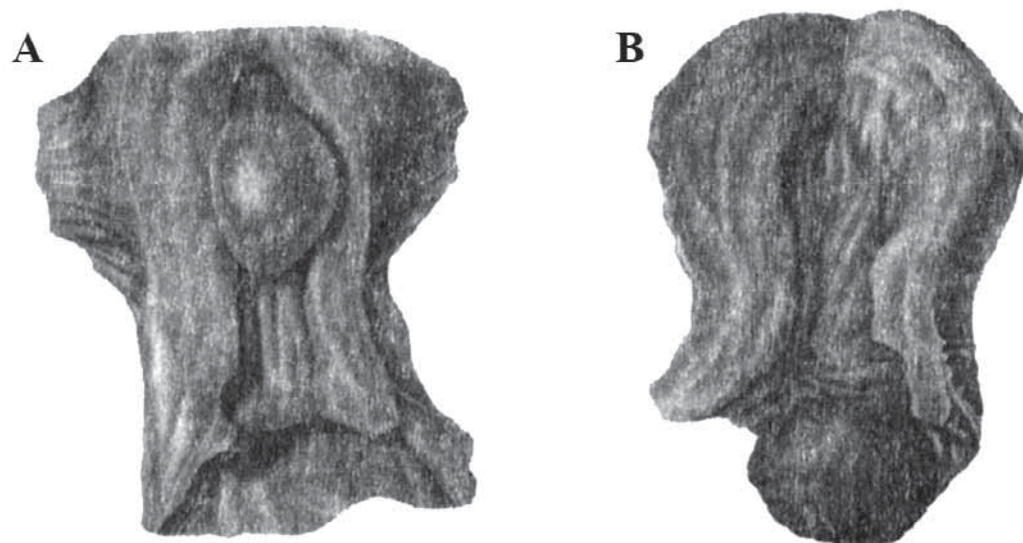
- uşaqlığın əzələ qişasının xoşxassəli hiperplaziyası şəklində (tipində) inkişaf edən sadə forması;
- proliferasiya edən, morfogenetik kriteriyalara malik həqiqi xoşxassəli olan mioma;
- hər 4 xəstədən birində uşaqlığın mioması tez böyüyən miomatoz düyünlərə malik, proliferasiya edən formada olur. Proliferasiya edən formalı miomada patoloji mitoz 25%-i keçmir;
- sarkoma önü forma – həqiqi malignizasiyaya aparan mərhələ. Klinik müşahidələr və ədəbiyyat məlumatları nəticəsində aydın olur ki, leyomiosarkoma çox nadir hallarda müşahidə olunur və sayı əzələ toxumasından inkişaf edən yeni törəmələrin 0,1%-dən azını təşkil edir, bəzən 2%-ə çata bilər. Aşağıdakı cəhətləri ilə miomadan fərqlənir: atipiyaya malik proliferasiya ocaqlarının sayının artması, hüceyrə nüvələrinin həmcins olmaması, patoloji mitozların sayının 75%-dən çox olması.

Lokalizasiyasından və miomatoz düyünlərin ölçüsündən asılı olaraq miomanın submukoz (selikliqişaaltı), subseroz (qarın boşluğuna doğru inkişaf edən) və interstisial (əzələarası) formaları ayırd edilir (şəkil 7.1). Bundan əlavə, şişin uşaqlıq boynu formasına da rast gəlinir.



Şəkil 7.1. Mioma düyünlərinin uşaqlığın əzələ qatına münasibətə görə yerləşməsi:
1 – əzələlərarası; 2 – peritonaltı; 3 – selikaltı;
4 – interstisial böyümə.

Submukoz formalı fibromiomanın rastgəlmə tezliyi 20-32% təşkil edir. Bu formada miomatoz düyün uşaqlığın boşluğuna doğru inkişaf edərək, onu deformasiyaya uğradır (şəkil 7.2).



Şəkil 7.2. Submukoz mioma:
A – uşaqlığın dibində; B – “doğulan düyün”.

Miomanın subseroz forması qarın boşluğuna doğru inkişaf edir. Əgər miomatoz düyün inkişaf edərək, uşaqlığın enli bağının səhifələri arasında yerləşirsə, onu intraleqamentar fibromatoz düyün adlandırırlar.

İnterstisial miomatoz düyün miometriumun 3-cü qatından inkişaf edir və əzələ qatının dərinliyində yerləşir.

Uşaqlığın miomasının əsas fəsadları bunlardır: submukoz düyünün qidalanmasının pozulması (ayaqcığının burulması nəticəsində) və düyünün nekrozlaşması, düyünün ayaqcığının burulması – ən az halda, posthemorragik anemiya ilə müşahidə olunan kəskin qanaxma (meno- və metrorragik). Fibromatoz düyünün doğulması zamanı uşaqlığın çevrilməsi kimi fəsada nadir hallarda təsadüf olunur. Uşaqlığın miomasının malignizasiyası kimi fəsad isə, yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi, çox nadir hallarda olur (0,1-2%).

Klinikası və diaqnostikası. Klinik əlamətlər miomanın ölçüsündən, ən başlıcası isə, düyünlərin lokalizasiyasından, onlarda baş verən ikincili fəsadlardan, xəstəliyin davam etmə müddətindən, cinsiyyət üzvlərində yanaşı gedən dəyişikliklərdən asılıdır. Bu və ya digər amilin üstünlüyü xəstəliyin simptomatikasına öz təsirini göstərir.

Uşaqlığın miomasının əsas və erkən klinik əlamətlərindən biri aybaşı funksiyasının pozulması – meno- və metrorragiya şəklində baş verən uşaqlıq qanaxmasıdır. Xəstəlik progressivləşdikcə bu əlamət daha da kəskinləşir, posthemorragik anemiyaya, nəticədə xəstələrin əmək qabiliyyətinin itirilməsinə səbəb olur.

Miomanın digər klinik əlamətlərindən biri ağrı simptomudur. Ağrı müxtəlif xüsusiyyətə malik olur. Bir qayda olaraq, ağrı qarının aşağı hissəsində, bel nahiyyəsində olur və miomatoz düyünlərin kiçik çanağın sinir kələfini sıxması ilə əlaqədardır. Bəzi hallarda uzun müddət davam edən ağrı şişin tez bir zamanda böyüməsi ilə əlaqədar baş verir. Miomatoz düyünlərdə qan dövranının qəflədən pozulması nəticəsində ağrı kəskin xarakter alır, hətta “kəskin qarın”ın klinik şəkli inkişaf edir.

Mioma tədricən böyüdükdə və ya böyük ölçüyə malik olduqda, ağrı, bir qayda olaraq, kəsici, dartıcı xarakter alır, aybaşı tsikli müddətində davam edir. Miomatoz düyün enli bağın səhi-fələri arasında olduqda ağrı davamlı xarakter alır. Aybaşı vaxtı tutmaşəkilli ağrının olması miomanın selikaltı lokalizasiyası üçün

xarakterikdir. Analoji xarakterli ağrı submukoz düyün doğulan zaman baş verir.

Miomanın klinikasında qonşu üzvlərin (sidik kisəsi, düz bağırsaq) funksiyasının (sidikburaxma və defekasiya aktının) pozulması əsas rol oynayır. Qonşu üzvlərin funksiyasının pozulması şiş böyük ölçüyə malik olduqda, miomanın subseroz formasında, miomatoz düyün enli bağıın səhifələri arasında və ya uşaqlığın boynunda yerləşdikdə baş verir.

Mioması olan qadınların 50%-dən çoxunda xəstəlik yuxarıda qeyd etdiyimiz klinik əlamətlərin heç biri olmadan müşahidə oluna bilər.

Menorragiyaya mioması olan qadınların təxminən 30%-də rast gəlinir. Xəstəlik progressivləşdikcə, qanaxma daha kəskin şəkil alır. Bu da öz növbəsində posthemorragik anemiyaya və nəticədə xəstənin əmək qabiliyyətinin itməsinə səbəb olur.

Qanaxmanın artmasına şərait yaradan əsas amillər bunlardır: uşaqlıq boşluğunun deformasiyası, onun ölçüsünün böyüməsi, endometriumun qopub ayrılan sahəsi, xüsusilə selikli qişanın damar şəbəkəsi, uşaqlıq boşluğunun böyüməsi və bunun nəticəsində aybaşı zamanı endometriumun deskvamasiyaya uğrayan hissəsinin böyük olması, miometriumun və əzələ qatında yerləşən damarların tam keyfiyyətli olmaması, qanın hemoreologik tərkibinin lokal dəyişməsi (fibrinolitik aktivliyinin artması, lokal damar daxili laxtalanma (DDL) sindromu, miometriumun kontraktil qabiliyyətinin pozulması.

Mioması olan qadınlarda menorragiya bir çox hallarda yanaşı gedən endometrioza ilə əlaqədar olur.

Hazırda mioma zamanı baş verən uşaqlıq qanaxmasının səbəbini damarlarda baş verən dəyişiklik ilə əlaqələndirən nəzəriyyəyə üstünlük verirlər. Bu nəzəriyyəyə görə, mioma zamanı deformasiyaya uğrayan uşaqlıqda angiogeneza təsir edən vazoaaktiv maddələrin, boy amillərinin hasil olması və paylanması pozulur ki, bu da öz növbəsində damar divarının quruluşunun anomaliyasına və disfunksiyasına səbəb olur. Ən çox venoz şəbəkə dəyişikliyə məruz qalır: venoz damarlar kəskin genişlənir, onların ağzı açıq

qalır, bunun nəticəsində damarlar bir-birinə sarılaraq “venoz hövzə” əmələ gətirir.

Miometriumun və endometriumun venoz şəbəkəsinin müəyyən dərəcədə genişlənməsi damarların miomatoz düyünlər tərəfindən sıxılmasına səbəb olur. Nəticədə venoz qan dövranı pozulur, bu da orqanın qanla dolmasına səbəb olur. Belə şəraitdə qanın laxtalanma sistemi vaxtında və keyfiyyətli hemostaz yaratmaq qabiliyyətinə malik olmur.

Uzun müddət davam edən və tez-tez təkrarlanan uşaqlıq qanaxması xəstələrdə kəskin anemiyanın baş verməsinə səbəb olur.

Uşaqlıq boşluğunun deformasiyası submukoz və intramural düyünlər olan hallarda baş verir. Kəskin uşaqlıq qanaxması olan qadınların yalnız 25-40%-ində submukoz düyün aşkar edilir.

Miomatoz düyünün regional qan cərəyanının pozulmasına 7% halda, hamiləlik zamanı, abortlardan, doğuşdan sonra isə daha çox təsadüf olunur. Nekrozlaşma mexaniki amillərin (düyünün sıxılması, öz ayaqcığı ətrafında burulması), eləcə də hemodinamikanın (hamiləlik zamanı) pozulması nəticəsində baş verə bilər. Hamiləlik zamanı miomatoz düyünün daha da böyüməsi də nekrozun baş verməsində az rol oynamır.

Klinik olaraq miomatoz düyünün nekrozlaşması qarnın aşağı hissəsində kəskin ağrının, ön divarında gərginliyin olması, bədən temperaturunun yüksəlməsi və periferik qanda leykositlərin miqdarının artması (leykositoz) ilə müşayiət olunur. Uşaqlıq yolunun müayinəsi zamanı miomatoz düyünün palpasiyası ağrılı olur.

Uşaqlıq qanaxması ilə yanaşı miomanın klinik əlamətləri içərisində ağrı simptomu əsas yer tutur. Ağrının mənbəyi və xarakteri müxtəlif olur. Ağrı bir qayda olaraq qarnın aşağı hissəsində, bel nahiyyəsində olur və yuxarıda qeyd edildiyi kimi, düyünün nekrozlaşması, sıxılması (hamiləlik zamanı), şişin tez böyüməsi, sinir kələfinin miomatoz düyün tərəfindən sıxılması nəticəsində baş verir. Düyünün nekrozlaşması qarnın aşağı hissəsində kəskin ağrıların və “kəskin qarın”ın klinik simptomlarının əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Miomatoz düyün böyük ölçüdə olduqda və ya yavaş-yavaş böyüdükdə ağrı, bir qayda olaraq, kəsici, davamlı xarakter daşıyır və bütün aybaşı tsikli müddətində davam edir. Düyün enli bağın səhifələri arasında yerləşdikdə ağrı davamlı və nəzərəçarpan xarakter alır.

Aybaşı zamanı baş verən və tutmaşəkili ağrılar subseroz düyünlər üçün xarakterikdir. Analoji xarakterli ağrı miomatoz (submukoz) düyün doğulan zaman da baş verir.

Miomanın klinikasında qonşu üzvlərin (sidik kisəsinin və düz bağırsağın) funksiyalarının pozulması da əsas simptomlardan biridir. Bu simptom ən çox şiş qarın boşluğuna doğru inkişaf etdikdə (subseroz) və böyük ölçüyə çatdıqda, eləcə də uşaqlığın boynunda və enli bağın səhifələri arasında olduqda müşahidə olunur. Şiş önə doğru inkişaf etdikdə xəstələrdə sidikburaxma, miomatoz düyün uşaqlıq boynunun altında yerləşdikdə isə defekasiya aktı pozulur.

Uşaqlığın mioması olan qadınların ürək-damar sistemində dəyişiklik baş verir (“miomalı ürək”). Ürək-damar sisteminin bu patologiyasına mioma zamanı qanaxması, eləcə də şiş toxumasının nekrozlaşması, parçalanması olan xəstələrdə rast gəlinir. Bu patologiya zamanı xəstələr ürək nahiyyəsində olan ağrıdan, ürək əzələsinin tonusunun aşağı düşməsindən şikayətlənirlər. Hipertoniya xəstəliyinin II mərhələsi olan xəstələrdə venoz qan təzyiqinin yüksəlməsi baş verə bilər.

Uşaqlığın submukoz formalı mioması öz başlanğıcını miometriumun dərin qatından götürür və endometriuma doğru inkişaf edir (şəkil 7.2, A).

Çox zaman şişin düyünü miometrium ilə nazik ayaqcığı vasitəsi ilə əlaqədə olur. Ona görə də miomatoz düyün hətta uşaqlıq boynu kanaldan xaric olur (doğulan submukoz düyün). Bir qayda olaraq, uşaqlığın submukoz mioması tez böyüyür, onları örtən endometriumun dəyişməsi və qanaxma ilə müşayiət olunur. “Doğulan” submukoz düyün zamanı ağrı tutmaşəkili xarakter daşıyır (şəkil 7.2, B).

Subseroz miomatoz düyünün klinik şəkli çox halda onların topoqrafiyasından (yerləşməsindən) və ölçülərindən asılıdır. İnter-

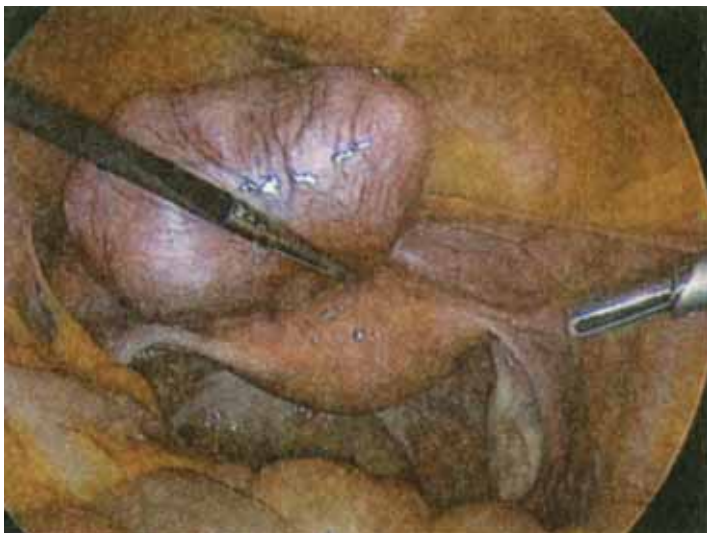
stisial və subseroz komponentlərdən asılı olaraq subseroz düyünün aşağıdakı təsnifatı müəyyən edilir:

0 tip – subseroz düyün nazik əsas üzərindədir;

I tip – miomatoz düyünün 50%-dən az olan hissəsi interstisial yerləşir;

II tip – miomatoz düyünün 50%-dən çoxu interstisial yerləşir;

III tip – subseroz miomatoz düyün intralığamentar yerləşir.



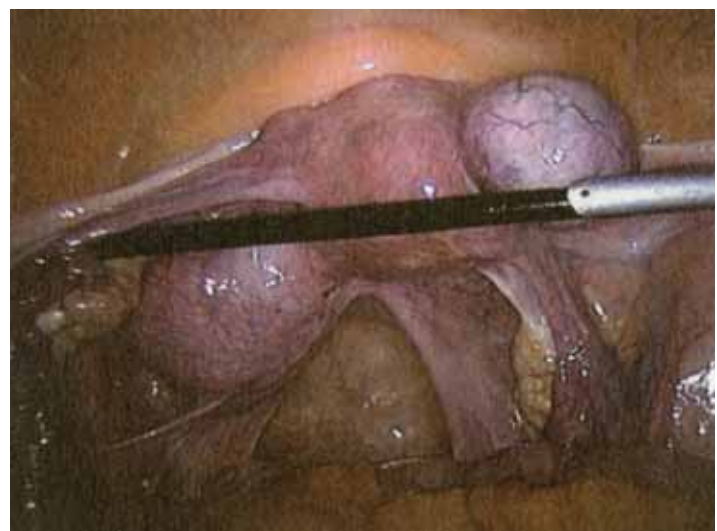
Şəkil 7.3. 0 tipli subseroz miomatoz düyün. Laparoskopiya.



Şəkil 7.4. I tipli subseroz miomatoz düyün. Laparoskopiya.



Şəkil 7.5. II tip subseroz miomatoz düyün. Laparoskopiya.

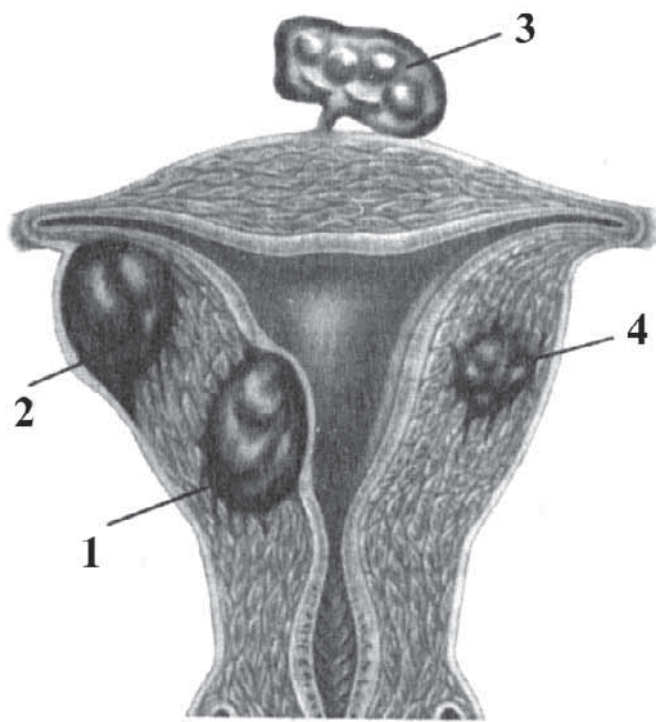


Şəkil 7.6. İntraliqamentar miomatoz düyün. Laparoskopiya.

Ayrı-ayrı, kiçikölçülü subseroz düyünlər (0 tip) uzun müddət klinik olaraq özünü büruzə verməyə bilər. Düyün tədricən böyüdükcə onun qidalanmasının pozulması əlamətləri, ayaqcıq ətrafında burulması ehtimalı baş verir. Xəstələr qarnın aşağı hissəsində olan, bel nahiyyəsinə, aralığa, ayaqlara vuran vaxtaşırı dartıcı və kəskin ağrılardan şikayətlənirlər. Subseroz miomatoz düyünün

ayaqcıq ətrafında burulması tam başa çatdıqdan sonra və ya nekrozlaşma baş verdikdə ağrı intensivləşir, peritonun qıcıqlanması simptomu və peritonitin ümumi əlamətləri (“kəskin qarın”) əmələ gəlir.

I–II tip interstisial-subseroz miomatoz düyünlər destruktiv dəyişikliklərə az məruz qalır. Düyünün qidalanmasının pozulması nəticəsində klinik əlamətlər uzun müddət özünü büruzə vermir. Düyün böyüyüb 10-25 sm-ə və bundan da böyük ölçülərə çata bilər (şəkil 7.7).



Şəkil 7.7. Uşaqlığın miomatoz düyünlərinin tipik lokalizasiyası.

- 1 – uşaqlığın daxilinə doğru böyüyən interstisial düyün;
2 – submukoz düyün; 3 – subseroz düyün; 4 – interstisial düyün.

Xəstələr qarnın aşağı hissəsində olan ağırlıqdan, diskomfortdan və qarnın böyüməsindən şikayətlənirlər. Ağrı sindromu visseral peritonun qıcıqlanması, kiçik çanağın sinir kələfinin miomatoz düyün ilə sıxılması nəticəsində baş verir. Böyük ölçülü miomatoz düyünlərdə qan dövranının pozulması ilə əlaqədar olaraq ağrı kəskinləşir. Subseroz düyünlərin lokalizasiyasından asılı olaraq, qonşu üzvlərin

funksiyası pozula bilər. Miomatoz düyün önə doğru böyüdükdə dizurik əlamətlər əmələ gəlir: xəstələr sidikburaxma aktının tez-tez baş verməsindən, sidik kisəsinin tam boşalmamasından, sidiyin kəskin şəkildə azalmasından, yalançı sidikburaxma aktının baş verməsindən şikayətlənirlər. Subseroz düyün uşaqlığın boyunda yerləşdikdə, düz bağırsağa təzyiq etməklə defekasiya aktının pozulmasına səbəb olur.

Uşaqlığın subseroz formalı mioması onun yan divarlarında, aşağı və orta üçdə birində yerləşdikdə və şiş iri ölçüdə olduqda sidik axarlarını sıxır, onun topoqrafiyasını dəyişir. Bunun nəticəsində sidiyin ifrazatı pozulur və zədələnmiş tərəfdə hidrouretra və hidronefroz əmələ gəlir. Subseroz miomatoz düyün nadir hallarda

aybaşı tsiklinin pozulmasına səbəb ola bilər. Lakin I–II tip subseroz düyünlərin sayı çox olduqda miometriumun yığılma qabiliyyəti pozula bilər ki, bu da menometrorragiyanın baş verməsinə səbəb olar.

İnterstisial miomatoz düyünlər uşaqlığın böyüməsinə, bu da öz növbəsində miometriumun yığılma qabiliyyətinin pozulmasına səbəb ola bilər (şəkil 7.8). Xəstələr aybaşının müddətinin uzanmasından, miqdarının çox olmasından, eləcə də aybaşındankənar uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın gəlməsindən (menometrorragiya) şikayətlənirlər. Lakin miomatoz düyünün ölçüləri ilə uşaqlıq qanaxmasının arasında birbaşa asılılıq yoxdur.

Anemiya mioması olan qadınlarda xronik və ya kəskin qanaxmanın nəticəsində baş verir. Uşaqlıq qanaxması olmayan hallarda baş verən anemiyanın səbəbi uşaqlığın böyümüş düyünlərində qanın yığılmasının depolaşmasıdır.

Miomanın ölçüləri 20 həftəlik hamiləlikdən böyük olduqda xəstələrdə “aşağı boş vena” sindromu – uzanmış vəziyyətdə ürək-döyünmə və təngnəfəslik əmələ gələ bilər. Xəstələr uşaqlığın böyüməsindən, ağrıdan, sidik ifrazının mümkün olmamasından şikayətlənirlər. Belə xəstələrdə hidronefroz əmələ gəlir.

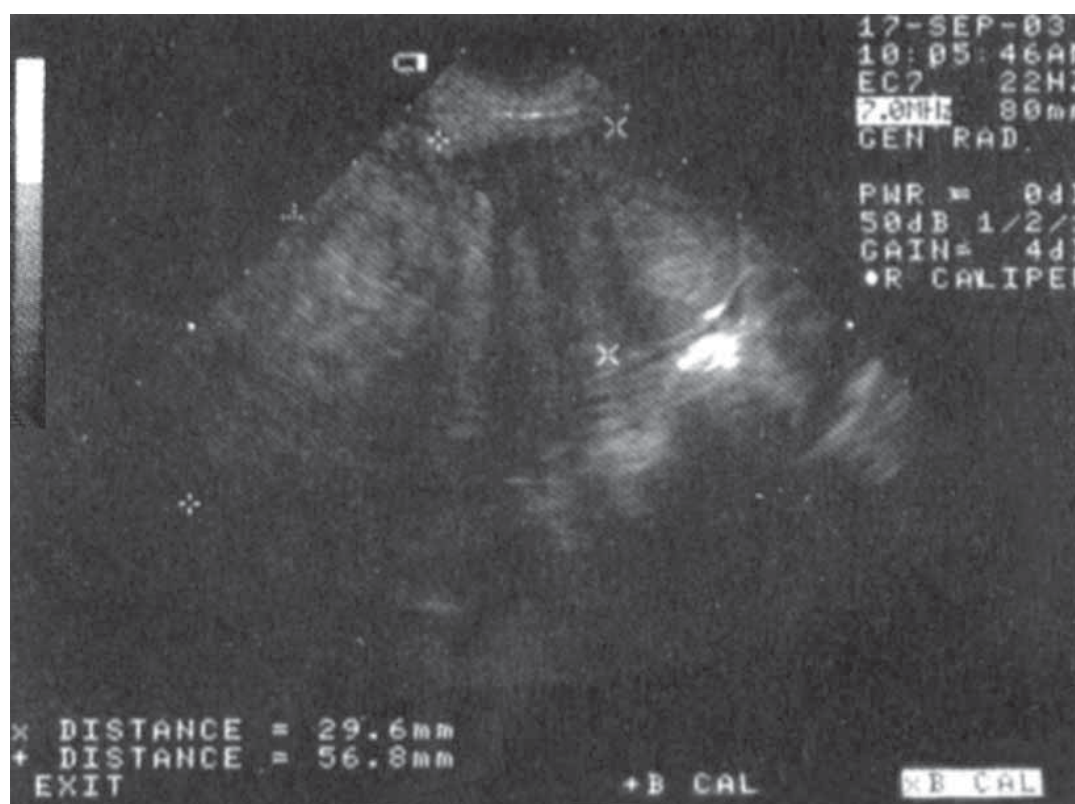
İnterstisial, submukoz və subseroz düyünlər müştərək olduqda, klinik əlamətlər çoxsaylı olur.

Diagnozu. Bir çox hallarda uşaqlığın miomasının diaqnozunu ginekoloji müayinə yolu ilə qoymaq çətinlik törətmir. Belə ki, ginekoloji müayinə zamanı uşaqlığın ölçülərinin böyüməsi, hərəkətli, konsistensiyasının sərt, səthinin kələ-kötür olması aşkar edilir.

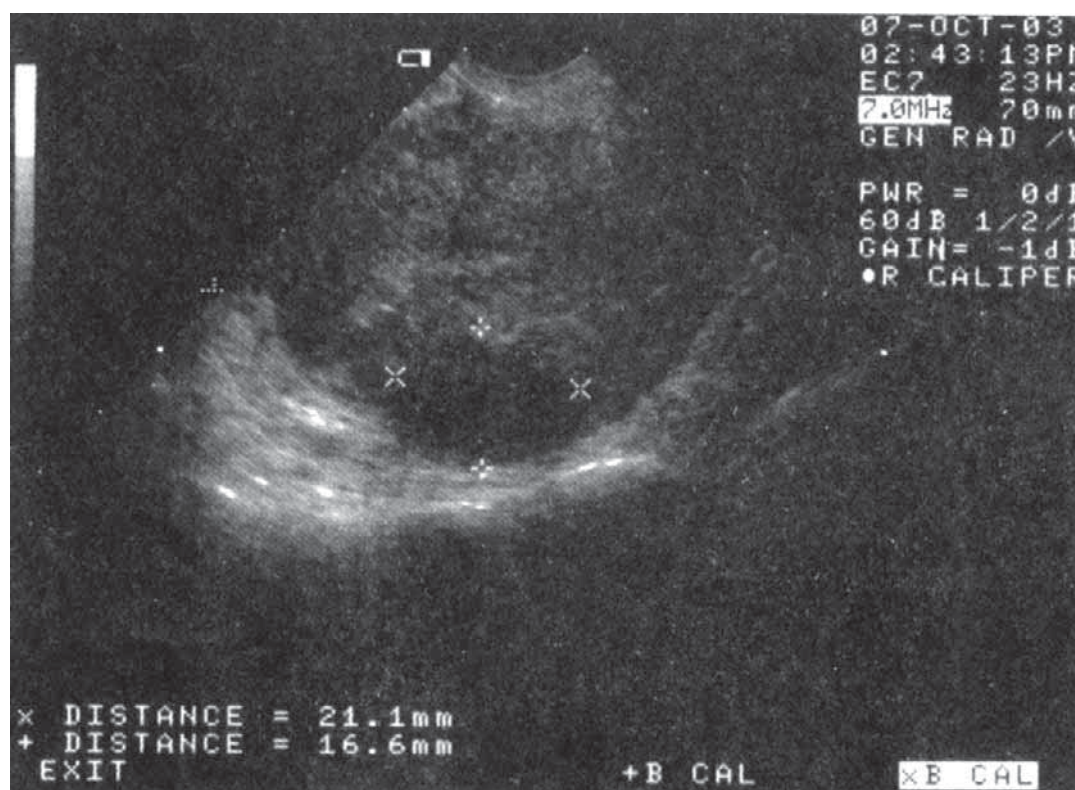
Uzun müddət davam edən qanlı ifrazat olduqda, miomanın diaqnozunu qoymaq, miomatoz düyünlərin ölçüsünü və lokalizasiyasını müəyyən etmək, onun digər orqanların şişləri ilə differensiasiyasını aparmaq üçün əlavə müayinə üsullarından istifadə olunur. Bu üsullara uşaqlıq boşluğunun zond ilə yoxlanması, uşaqlıq boşluğunun və uşaqlıq boynu kanalının selikli qişasının diaqnostik məqsədlə qaşınması, histerosalpinqografiya, ultrasəs müayinəsi, dopplerografiya, diaqnostik laparosko-

piya, kompyuter və maqnit-rezonans tomoqrafiya, histeroskopiya və s. aiddir.

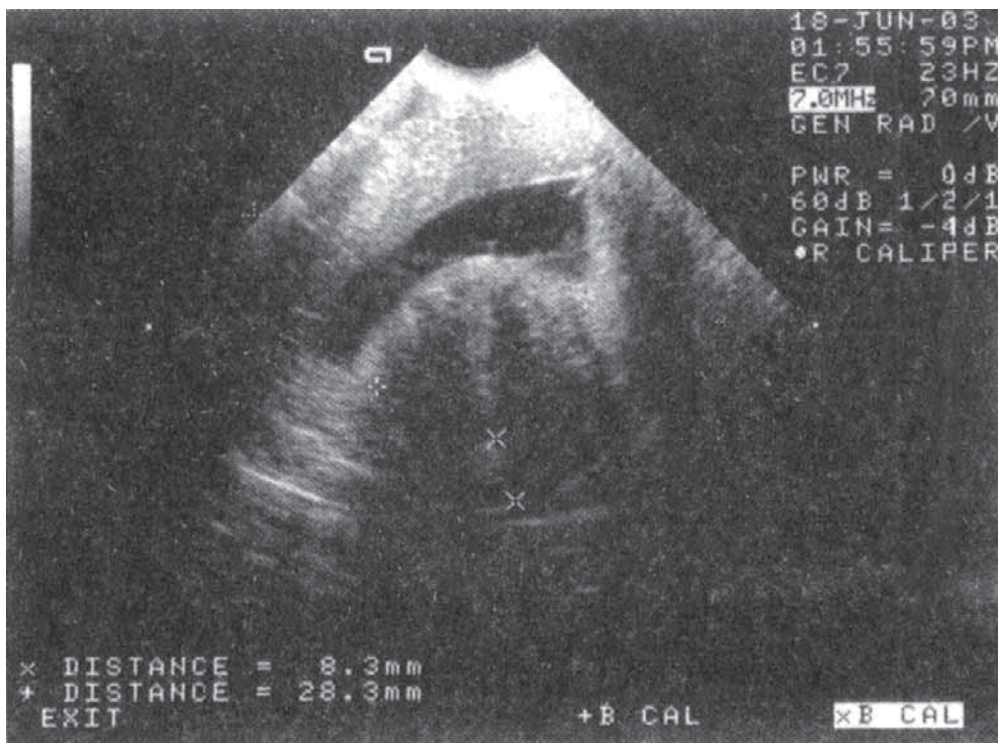
Hazırda miomatoz düyünün ölçüsünü və lokalizasiyasını təyin etmək üçün ultrasəs müayinəsindən (USM) geniş istifadə olunur (şəkil 7.8, 7.9, 7.10, 7.11). USM, doppleroqrafiya ilə birlikdə, miomatoz düyünlərdə qan cərəyanının xüsusiyyətini təyin etməyə imkan verir (şəkil 7.12).



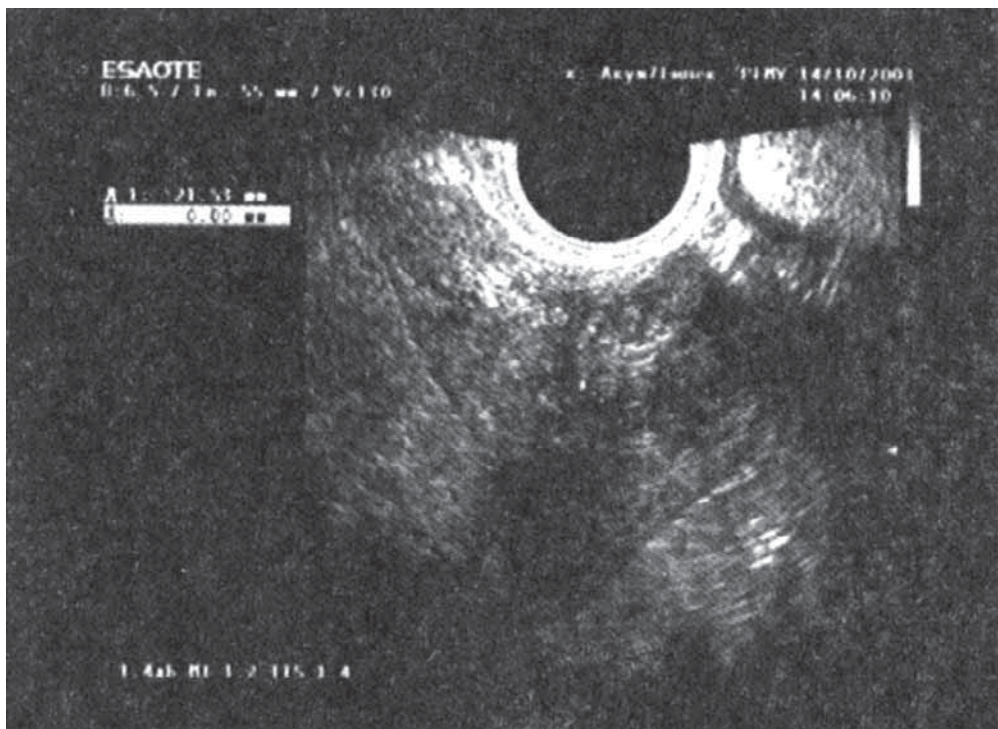
Şəkil 7.8. I tip subseroz miomatoz düyün. USM.



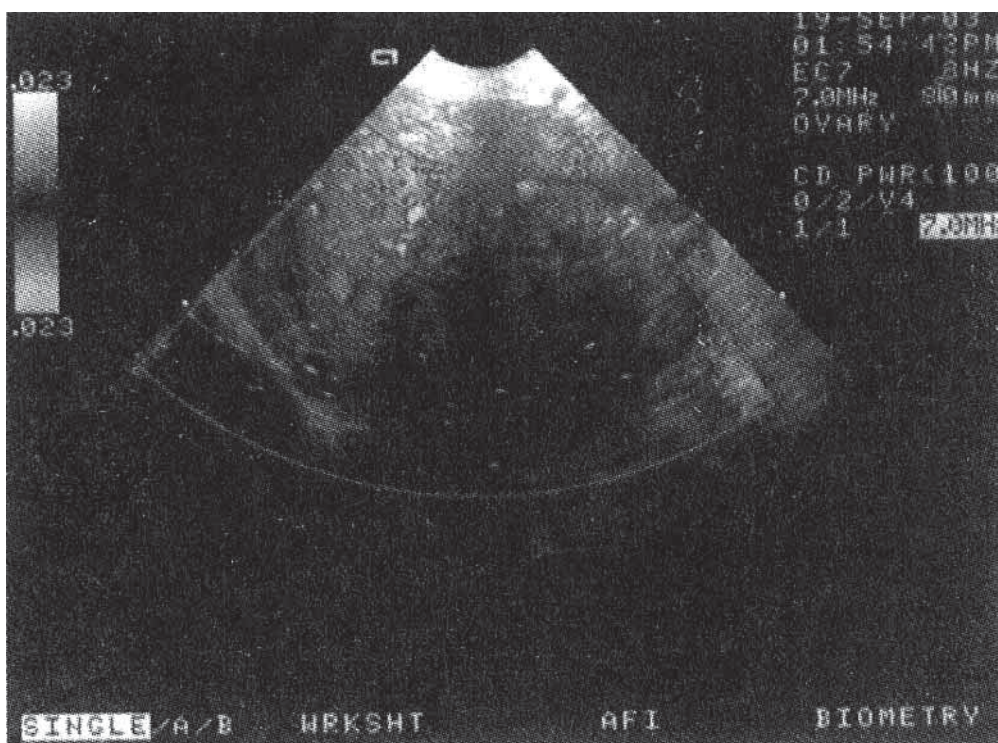
Şəkil 7.9. II tip subseroz miomatoz düyün. USM.



Şəkil 7.10. İnterstisial miomatoz düyün intraligamentar böyümə ilə. USM.

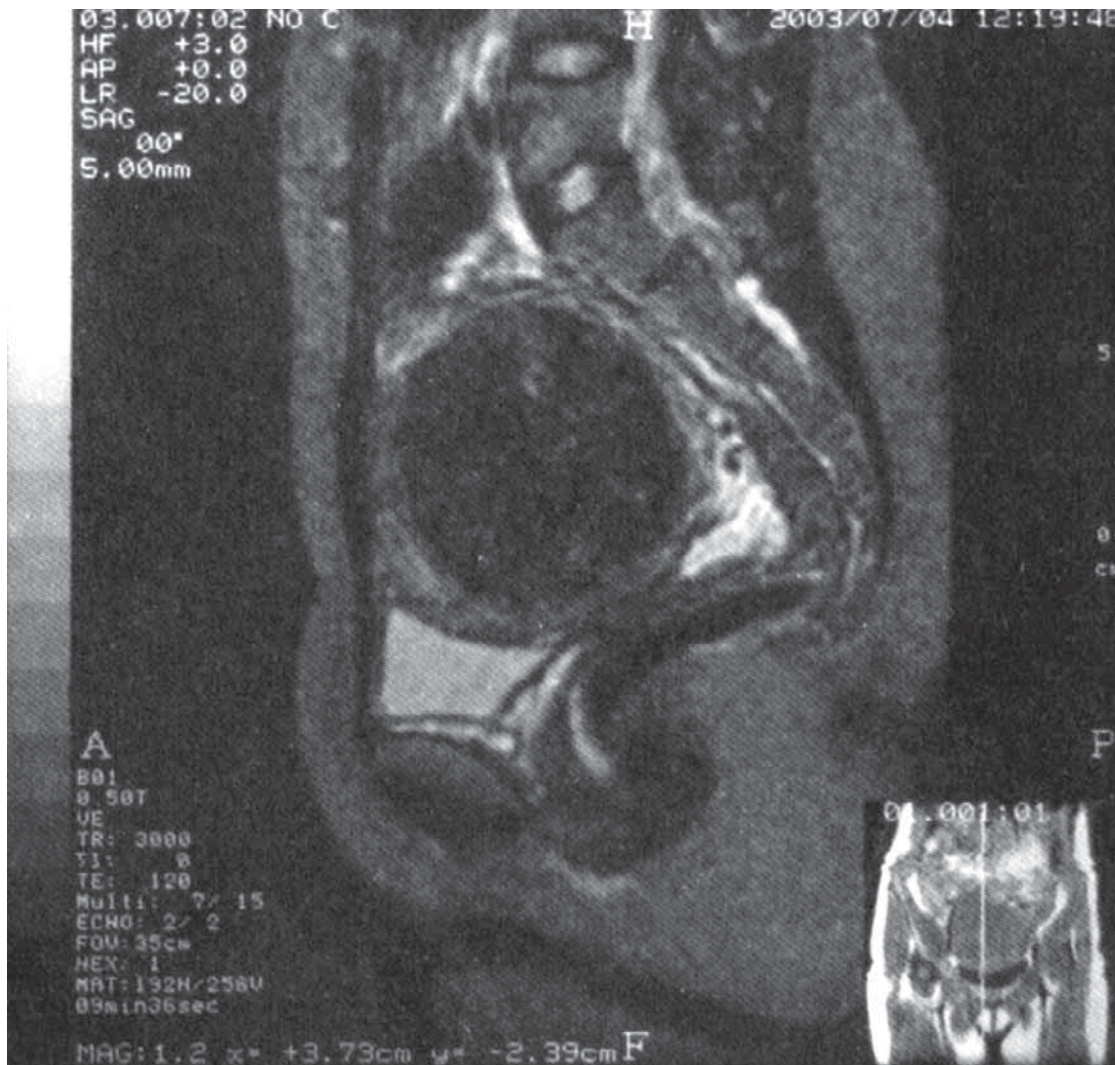


Şəkil 7.11. İnterstisial miomatoz düyün mərkəzə doğru böyüməsi ilə. USM.



Şəkil 7.12. Miomatoz düyündə qanın cərəyanı. USM; dopplerografiya.

Subseroz miomatoz düyünü qarın boşluğu üzvlərinin, periton-
arxası boşluqların şişləri, limfa vəzilərinin böyüməsi ilə differen-
siasiya etmək üçün kompyuter və maqnit-rezonans tomoqrafiya-
dan istifadə olunur (şəkil 7.13).



Şəkil 7.13. Uşaqlığın interstisial yerləşmiş düyünü. MKT.

Histeroskopiya miomanın ölçüsü 12-13 həftəlik hamiləliyə
uyğun olduqda, aybaşı tsiklinin pozulması zamanı tətbiq olunur.
Uşaqlığın ölçüsü daha böyük olduqda histeroskopiya az informa-
tiv olur.

Differensial diaqnoz. Uşaqlığın miomasını hamiləlik,
yumurtalığın kistoması, uşaqlığın sarkoması, doğulan submukoz
düyün ilə, uşaqlığın yolunda olan abort, polip və uşaqlıq boynu-
nun xərçəngi ilə differensiasiya etmək lazımdır.

Miomanı hamiləlik ilə differensiasiya edərkən uşaqlığın kon-
sistensiyasının sərt, şişin səthinin düyünlü, aybaşının davam etmə
müddətinin uzanmasına və miqdarının çox olmasına diqqət yetiril-
məlidir. Bu əlamətlər hamiləliyi inkar etməyə əsas verir. Bundan
əlavə, anamnezin ətraflı öyrənilməsi, hamiləliyin güman olunan

və həqiqi əlamətləri, uşaqlıq yolu selikli qişasının sianozu xorioqonik qonadotropinə reaksiyanın müsbət olması, ultrasəs müayinəsi diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə kömək edir.

Uşaqlığın miomasını (ən çox subseroz lokalizasiyalı) yumurtalığın kistomasından fərqləndirmək üçün şişin konsistensiyasına, hərəkətli, səthinin kələ-kötür olmasına diqqət yetirilməlidir. Ultrasəs müayinəsi və diaqnostik laparoskopiya – diaqnozu təsdiqləmək üçün aparılan əsas əlavə müayinə üsullarıdır.

Miomanın uşaqlığın sarkoması ilə differensiasiyası zamanı şişin qısa bir müddət ərzində böyüməsinə, xəstənin yaşına, uşaqlığın yolundan ağ rəngli, iyli ifrazatın gəlməsinə, qarnın aşağı hissəsində olan ağrılara, qanaxma ilə əlaqəsi olmayan anemiyanın olmasına, xəstənin nəzərəçarpan arıqlamasına, ümumi vəziyyətinin pisləşməsinə diqqət yetirilməlidir. Yuxarıda qeyd olunan əlamətlər xəstədə yumurtalığın həqiqi şişinin – kistomanın olmasına dəlalət edir. Bundan əlavə, uşaqlığın miomasını böyrəyin, bağırsaqların, yumurtalığın digər şişləri ilə differensiasiya etmək lazımdır. Diaqnozun düzgün qoyulmasına angioqrafiya, limfoqrafiya, ekskretor uroqrafiya, radioizotop rentgenoqrafiya, xromosistoskopiya müayinə üsulları kömək edir.

Doğulan submukoz düyünü uşaqlığın yolunda olan abort uşaqlıq boynunun polipi və xərçəngi ilə differensiasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Son zamanlar aparılan elmi-tədqiqat işləri nəticəsində uşaqlığın miomasının patogenezi haqqında əldə olunan məlumatlar xəstəliyin yeni müalicə üsullarını işləyib hazırlamağa və tətbiq etməyə imkan yaratdı. Hazırda miomanı iki üsulla – konservativ və cərrahi müalicə edirlər.

Konservativ müalicə. Ölçüləri kiçik, klinik əlamətləri olmayan uşaqlıq miomasının müalicə olunmasının məqsədəuyğun olub-olmaması məsələsi axıra qədər həll olunmayıb. Bununla belə, bu xəstələr ultrasəs müayinəsi aparılmaqla ginekoloqun dinamik nəzarəti altında olmalıdırlar. Xəstələrə hipotalamus-hipofiz-yumurtalıqlar arasındakı qarşılıqlı əlaqəni tənzim etmək, miomanın böyüməsinin profilaktikası məqsədi ilə tövsiyələr verilir. Qida rasionunda karbohidratların, yağların miqdarı

azaldılır, kəskin, duzlu qidalar məhdudlaşdırılır. Xəstələrə isti proseduralar qəbul etmək, günəş şüası altında qalmaq məsləhət görülmür.

Uşaqlığın mioması olan xəstələrə yanaşı gedən somatik xəstəliklərə görə masaj və fiziki üsullar ilə müalicə (fizioterapiya) təyin etmək məqsəduyğun deyil. Çünki, bu müalicələr miomanın daha da böyüməsinə səbəb olur. Aybaşı funksiyasını tənzim etmək üçün xəstələrə fazalara uyğun olaraq vitaminlər, fol turşusu ilə müalicə təyin olunur. Belə ki, aybaşının I (follikulyar) fazasında fol turşusu, B-qrupu vitaminləri, II (lütein) fazasında isə C, E və A qrupu vitaminləri təyin olunur. Eləcə də hormonal kontraseptivlərdən istifadə etmək məsləhət görülür. Bu zaman birfazalı estragen-hestagen və kiçik dozalı hestagenlərə üstünlük verilir.

Konservativ müalicə miomanın böyüməsinin qarşısını almaq, şişin geriye inkişafını təmin etmək, menometrorragiya və anemiyanı müalicə etmək məqsədi ilə aparılır. Bu məqsədlə 19 norsteroidlərdən (norkolut, primolyut-nor, noretisteron, orqametril, hestrinon, nemestran) istifadə olunur. Bu preparatların təsiri altında mioma və uyğun olaraq uşaqlıq orta hesabla 1-2 həftəlik hamiləlik həcmində kiçilir, aybaşı zamanı itirilən qanın miqdarı azalır və hemoqlobinin səviyyəsi normallaşır. Hestagenlərin şiş əleyhinə təsir mexanizmi onların şiş hüceyrələrinin aktivliyini azaltmaqla, onun böyüməsini dayandırmaqdan ibarətdir. Hestagenlər reproduktiv yaşda və premenopauzal dövrdə təyin edilir. Reprodukativ dövrdə tsiklik olaraq aybaşının 16-cı günündən 25-ci, ya da 5-ci günündən 25-ci gününə kimi, 6-24 ay ərzində təyin olunur. Bir qayda olaraq, klinik effekt (müsbət nəticə) ölçüsü 8 həftəlik hamiləlikdən böyük olmayan miomaların müalicəsində alınır. Perimenopauzal dövrdə hestagenlərdən fasiləsiz rejimlə 6 ay ərzində istifadə etmək məqsədə daha uyğundur. Bu zaman endometriyumun medikamentoz atrofiyası və menopauza baş verir.

Antiqonadotropinlər (danazol, hestrinon) və qonadolibərinlərin aqonistləri (zoladeks, diferelin, buserelin və s.) miomatoz düyünlərin böyüməsinin qarşısını alır. Klinik effekt 55%-ə qədər olur. Lakin bu preparatların qəbulu dayandırıldıqdan, aybaşı tsikli

bərpa edildikdən sonra xəstələrin 67%-də iştahanın pozulması ilə yanaşı, miomanın ekspansiv şəkildə böyüməsi baş verir. Qonadotropin və qonadoliberinlərin (QnQl) aqonistlərini perimenopauzal dövrdə təyin etmək daha məqsədəuyğundur. Çünki, bu dövrdə onlar steroidogenezin davamlı reduksiyasını təmin etməklə menopauzanın əmələ gəlməsinə səbəb olurlar.

Konservativ miomektomiyaya cərrahi əməliyyatönu hazırlıq zamanı da QnQl-in aqonistlərini təyin etmək olar. Onların təsiri nəticəsində miomatoz düyünlər daha bərk olur, şişdaxili damarlarda qanın cərəyanı azalır, 2-3 inyeksiyadan sonra miomanın ölçüsü kiçilir. Bu isə laparoskopik konservativ miomektomiya və histerektomiya əməliyyatlarının aparılmasını asanlaşdırır (76%). Hormonal hazırlıqdan sonra aparılan bütün konservativ miomektomiyalarda qan itkisi 35-40% azalır. Lakin yadda saxlamaq lazımdır ki, uzunmüddətli hormonal hazırlıq zamanı arterial qan dövrünün progressiv reduksiyası nəticəsində miomatoz düyündə konservativ miomektomiya əməliyyatını çətinləşdirən destruktiv və nekrobiotik dəyişiklik baş verə bilər.

QnQl-nin aqonistləri interstisial-submukoz düyünlərin topografiyasını uşaqlığın boşluğuna, interstisial-subserozların isə qarın boşluğuna doğru dəyişə bilər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, qonadotropinlərin aqonistləri ilə uzunmüddətli müalicə cavan qadınlarda osteoparozun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Miomanın böyüməsinin və meno-metrorragiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə tərkibində levonorgesterol (hestagen) kapsulu olan uşaqlıqdaxili spiraldan (“Mirena”) istifadə olunur. “Mirena” 5 il müddətinə qoyulur, müntəzəm olaraq levonorgesterolun uşaqlığın boşluğuna daxil olmasını təmin etməklə, endometrium və miometriuma yerli təsir göstərir. Hazırda Almaniyada 3 il müddətinə qoyulan “Mirena”nın istehsalına başlanılmışdır. “Mirena” bəzi hallarda medikamentoz amenoreyaya səbəb ola bilər.

Uşaqlıq boşluğu böyük, miomatoz düyün submukoz, eləcə də cərrahi əməliyyata mütləq göstəriş olduqda “Mirena”dan istifadə etmək olmaz.

Cərrahi müalicə. Konservativ müalicə üsullarının kifayət qədər və effektiv olmasına baxmayaraq, uşaqlığın miomasında cərrahi müalicə aparıcı rol oynayır. Radikal cərrahi əməliyyatların tezliyi 80% təşkil edir. Miomaya görə aparılan cərrahi əməliyyatlar ginekologiyada bütün abdominal əməliyyatların 45%-ni təşkil edir.

Uşaqlığın miomasının cərrahi müalicəsinə göstərişlər aşağıdakılardır:

- miomanın ölçülərinin böyük olması (13-14 həftəlik hamiləlik həcmində);
- miomanın tez böyüməsi (il ərzində 4 həftədən çox);
- düyünlərin submukoz yerləşməsi;
- uşaqlığın mioması endometrioza ilə müştərək (yanaşı) olduqda;
- miomatoz düyünün qidalanması pozulduqda – nekroz baş verdikdə;
- uşaqlığın mioması yumurtalığın həqiqi şişi (kistoma) ilə müştərək olduqda;
- uşaqlıq boynu mioması;
- meno-metrorragiya sindromu ilə müşayiət olunan, anemiya, əmək qabiliyyətinin pozulmasına səbəb olan mioma;
- O-tipli subseroz düyün;
- postmenopauzal dövrdə miomanın böyüməsi;
- qonşu üzvlərin funksiyasının pozulması;
- sonsuzluq və adəti başa çatmamış hamiləlik;
- doğulan submukoz miomatoz düyün;
- mioma bədxassəli törəməyə çevrildikdə.

Uşaqlığın miomasının cərrahi müalicəsi radikal və funksional (orqanı saxlayan) ola bilər. Hazırda funksional cərrahi əməliyyatlara daha çox üstünlük verilir. Çünki, bu əməliyyatlar xəstələrdə aybaşı və reproduktiv funksiyalarını saxlamaqla yanaşı, eyni zamanda kiçik çanaq üzvlərinin fəaliyyətinin pozulmasının və salınmasının qarşısını alır.

Cərrahi müalicənin həcmi və xarakteri xəstənin yaşından, ümumi vəziyyətindən, şişin ölçüsündən, lokalizasiyasından, klinik əlamətlərindən asılıdır.

Doğulmaqda olan və ya doğulmuş submukoz miomatoz düyünü gülləvari maşalar ilə tutur, güc tətbiq etmədən yavaş-yavaş tam qopana qədər eyni tərəfə buraraq çıxarırlar. Lazım gələrsə, düyünün əsasını iri qayçı ilə kəsmək lazımdır. Submukoz miomatoz düyün çıxarıldıqdan sonra histeskopiyanın nəzarəti altında uşaqlığın selikli qişası qaşınmalıdır. Qeyd etdiyimiz əməliyyatın aparılması çətin olarsa, onda təcili olaraq uşaqlığı artımlarsız ekstirpasiya etmək lazımdır.

Radikal cərrahi əməliyyatlara aşağıdakılar aiddir: uşaqlığın boynu ilə birlikdə çıxarılması (total histerektomiya, uşaqlığın amputasiyası) və ya yalnız uşaqlığın çıxarılması (subtotal histerektomiya, uşaqlığın boyunüstü amputasiyası).

Total histerektomiyanı abdominal, vaginal və laparoskopik, subtotal histerektomiyanı isə abdominal və laparoskopik yolla aparmaq olar. Hansı üsulun seçilməsi uşaqlığın böyüklüyündən və cərrahın ixtisas dərəcəsindən asılıdır. Əməliyyat zamanı uşaqlıq artımlarının saxlanılması məsələsi xəstənin yaşından, artımların vəziyyətindən asılı olaraq, fərdi həll olunur.

Uşaqlığın ekstirpasiyası mioma uşaqlıq boynunun xəstəliyi ilə müştərək olduqda, eləcə də miomatoz düyünlər çox aşağıda yerləşdikdə (düyünlər intraleqamentar yerləşdikdə) və bununla əlaqədar olaraq əməliyyatın aparılması texniki cəhətdən çətin olduqda icra olunur. Hazırda bu əməliyyatlar laparoskopik yolla aparılır.

Miomanın funksional cərrahi müalicəsi uşaqlığın saxlanılması, miomatoz düyünlərin çıxarılması məqsədinə xidmət edir (bir və ya bir neçə düyün, adətən subseroz forma). Bu günə qədər əməliyyat zamanı neçə düyünün çıxarılması barədə vahid fikir yoxdur. Miomatoz düyünlər laparotomik, laparoskopik və histeroskopik cərrahi əməliyyatlar yolu ilə çıxarıla bilər. Bu əməliyyatlardan hansının seçilməsi aşağıdakılardan asılıdır:

- uşaqlığın böyüklüyündən;
- miomatoz düyünlərin lokalizasiyasından;
- düyünlərin böyüklüyündən və sayından;
- cərrahi əməliyyatın hormonal hazırlıqdan;

- endoskopik aparatın təchizatından;
- cərrahın endoskopik aparat ilə işləmək qabiliyyətindən.

Laparotomik üsul ilə əməliyyat interstisial miomatoz düyünlər uşaqlığın arxa-yan divarlarında, boynunda lokalizasiya etdikdə, sayı çox, ölçüsü 7-10 *sm*-dən böyük olduqda aparılır.

Hazırda uşaqlığın miomasının cərrahi yolla müalicəsində ənənəvi üsul olan laparotomiyadan çox, laparoskopiyadan istifadə olunur. Reproduktiv yaşda laparoskopik üsul ilə aparılan konservativ miomektomiya uşaqlığın xoşxassəli şişlərinin müalicəsində ən optimal üsul sayılır. Cərrahi əməliyyatın az travmatik olması, qan itkisinin az olması, əməliyyatdan sonra bitişmələrin olmaması, reproduktiv funksiyanın saxlanılması, xəstənin stasionarda qalma müddətinin az olması və erkən reabilitasiyası laparoskopiyanın üstün cəhətləridir və onun digər cərrahi əməliyyatlardan daha çox tətbiq olunmasına şərait yaradır.

Laparoskopiya əməliyyatı 0-3 tipli, eləcə də diametri 4-5 *sm*-dən böyük olmayan miomatoz düyünlər olduqda icra olunur. Ayrı-ayrı subseroz miomatoz düyünlərin (O-tipli) endoskopik yolla çıxarılması çətinlik törətmir. Miomatoz düyün dişli maşa ilə uşaqlıqdan kənar olunur, düyünün ayaqcığı koaqulyasiya olunur, sonra qayçı və ya koaqulyator ilə kəsilir. Müasir marselyatorlar qarın boşluğundan müxtəlif ölçülü və həcmli miomatoz düyünləri xaric etməyə imkan verir. Kiçik ölçülü miomatoz düyünləri mini-laparotom və kolpotom dəliklərindən xaric etmək olar.

İnterstisial-subseroz və interstisial-miomatoz düyünləri dekapulyasiya və enukleasiya, qanaxma verən damarların yatağını koaqulyasiya etmək lazımdır. Əgər konservativ miomektomiyadan sonra çıxarılmış düyünün yatağı çox böyük olarsa, onda cərrahi elektrokoaqulyasiya aparılmaqla ikisıralı endoskopik tikiş də qoyulur. Bu, əlavə hemostaz yaradılmasına, kiçik çanaqda əməliyyatdan sonra bitişmə prosesinin əmələ gəlməsinin profilaktikasına səbəb olur.

İntraleqamentar miomatoz düyünləri uşaqlığın enli bağının ön səhifəsini köndələn və ya çəp istiqamətdə ayırdıqdan sonra enukleasiya etməklə çıxarmaq olar.

Kiçik ölçülü interstisial düyünlərin xaric edilməsi çətinlik törədir. Miometriumun dərinliyində yerləşən miomatoz düyün uşaqlığın xarici konturlarını deformasiyaya uğratmır, ancaq cərrahi əməliyyat zamanı vizual diaqnozu çətinləşdirir. Belə düyünlərin çıxarılmasına göstəriş hamiləliyə hazırlıq və ya sonsuzluq zamanı yumurtalıqların funksiyasının stimulyasiyasıdır.

Çıxarılacaq düyünlərin sayı haqqında vahid bir fikir yoxdur. Cərrahın taktikası reproduktiv və ya aybaşı funksiyasının saxlanılmasından asılıdır.

Endoskopik miomektomiya əməliyyata məruz qalan bütün qadınlarda aybaşı və hər 3 qadından birində isə reproduktiv funksiyasının saxlanılmasına imkan verir. Cərrahi əməliyyatdan 6 ay sonra hamiləliyi planlaşdırmaq olar.

İri ölçülü interstisial-subseroz və interstisial miomatoz düyünləri çıxarılmış qadınlar hamilə olarlarsa, onların doğuşu abdominal yolla aparılmalıdır.

Histeroskopik miomektomiya submukoz miomatoz düyünlərin çıxarılmasının optimal üsullarından biridir. Ancaq aşağıdakılar onun aparılması üçün əks göstərişdir:

- histeroskopiyanın aparılmasına qarşı olan bütün ümumi əks göstərişlər;
- uşaqlıq boşluğunun uzunluğu 10 *sm*-dən çox olduqda;
- endometriumun xərçənginə və leyomiosarkomaya şübhə olduqda;
- submukoz düyün aydın nəzərə çarpan adenomioz və miomatoz düyünün digər lokalizasiyası ilə birlikdə olduqda, xəstədə planlaşdırılmamış hamiləlik olduqda.

Uşaqlığın miomatoz düyününün çıxarılmasının konservativ – cərrahi üsullarından biri – uşaqlıq arteriyalarının emoblizasiyasıdır (UAE).

Uşaqlıq arteriyalarının emoblizasiyası hazırda uşaqlığın miomasının cərrahi yolla müalicəsində dünyanın hər yerində geniş vüsət alıb. Bu əməliyyat təkcə ginekoloqlarda deyil, həm də damar cərrahlarında böyük maraq doğurur.

İlk dəfə olaraq UAE əməliyyatı 1979-cu ildə J.Oliver tərəfindən zahılıq və cərrahi əməliyyatlardan sonrakı qanaxmaları saxlamaq məqsədi ilə aparılıb. Sonralar fransız cərrah-ginekoloqu J.Ravina tərəfindən konservativ miomektomiya və histerektomiya zamanı itirilən qanın miqdarını azaltmaq üçün cərrahi əməliyyat önü aparılıb.

Miomanın müalicəsində tətbiq olunan bu yeni endovaskulyar cərrahi üsulun yüksək effektivliyi barədə məlumatlar dərc edildikdən sonra, 1997-ci ildən onun gündəlik klinik praktikada tətbiqi genişləndi. Belə ki, 2000-ci ildə dünyada 10 000 UAE əməliyyatı aparılmışdırsa, 2003-cü ildə onun sayı 100 000-ə çatmışdır.

Uşaqlıq arteriyalarının emoblizasiyası əməliyyatı rentgenoloji nəzarət altında, bud arteriyasını kateterizasiya etmək və embolları uşaqlıq arteriyasına yeritməklə aparılır. Beləliklə, miomatoz düyünlərin qan təchizatı pozulur və onlarda distrofik proses gedir. Nəticədə miomatoz düyünlər kiçilir, onların sonrakı inkişafı dayanır.

Əməliyyata göstəriş və əks göstərişlər. Bir çox müəlliflərin (J.Spies və b.) fikrincə, əməliyyatın aparılmasına olan göstərişlər praktik olaraq məhdudlaşmayıb, miomanın bütün simptomlarını (qanaxma, ağrı, ağırlıq hissi, sidik ifrazatının tez-tez olması, dispareuniya, eləcə də simptomusuz böyüyən mioma) əhatə edir.

UAE əməliyyatı düyünlərin lokalizasiyasından, sayından və ölçüsündən asılı olmayaraq aparılır.

Uşaqlıq arteriyalarının emoblizasiyası əməliyyatı histerektomiya əməliyyatının alternatividir, uşaqlığın saxlanılmasını təmin edir. Digər üstünlükləri ondan ibarətdir ki, əməliyyat narkoz verilmədən aparılır, zədələnmə, fəsadlar, demək olar ki, olmur.

Lakin bu günə qədər reproduktiv funksiyanı saxlamaq və ya bərpa etmək arzusunda olan qadınlarda UAE əməliyyatının aparılmasına göstərişlər məsələsi həll olunmamış qalır.

Proqnoz. Uşaqlığın mioması xoşxassəli, bədləşmə (maliqnizasiya) ehtimalı çox az olan şiş olduğuna görə onun həyat

üçün proqnozu qənaətbəxşdir. Lakin bəzi hallarda (şiş böyük ölçülərdə olduqda) cavan qadınlarda aparılan cərrahi əməliyyat onları aybaşı və reproduktiv funksiyalardan məhrum edir. Hətta, kiçik miomatoz düyünlər belə, birincili və ikincili sonsuzluğa səbəb ola bilər. Miomektomiya, eləcə də histerektomiya əməliyyatlarından sonra uşaqlıq boynu güdülünün vəziyyətini dinamik izləmək üçün xəstələr dispanser nəzarəti altında olmalıdırlar.

Profilaktikası. Uşaqlığın miomasının profilaktikası xəstəliyi vaxtında – onun erkən mərhələlərində aşkar etməkdən ibarətdir. Sağlam həyat tərz, aybaşı tsiklinin və reproduktiv funksiyanın pozulmasını vaxtında aşkar etmək və onun korreksiyası, bütün tibbi-bioloji aspektləri nəzərə almaqla ailənin planlaşdırılması, uşaqlıqdaxili invaziv müdaxilələrin sayını azaltmaq məsləhətdir.

VIII FƏSİL

ENDOMETRİOZ

Endometrioz (endometroid xəstəliyi) morfoloji tərkibinə və funksiyasına görə endometrium ilə eyni olan toxumanın uşaqlıq boşluğundan kənarda yayılması ilə xarakterizə olunan, hormondan, immun statusdan asılı olan xoşxassəli bir xəstəlikdir. Haqlı olaraq onu XX əsrin müəmması – tapmacası adlandırırlar.

“Endometrioz” qədim yunan sözü olub, *endo* – daxildə, *metra* – uşaqlıq, *ozis* – xəstəlik deməkdir. Bu termin ilk dəfə olaraq elmə 1982-ci ildə Blair Bell tərəfindən gətirilmişdir.

1903-cü ildə R.Meyer xəstəliyin ətraflı təsvirini çap etdirmiş, 1921-ci ildə isə J.A.Sampson yumurtalığın “şokolada bənzər” hemorragik sistinin perforasiyası barədə məlumat vermiş və onu “endometrioz” adlandırmışdır. J.A.Sampson həmçinin ilk dəfə olaraq uşaqlıqdankənar yerləşmiş endometrium toxumasının bədxassəli dəyişiklikləri haqqında məlumat vermişdir.

Hazırda “endometrioz” adlandırılan xəstəlik haqqında ilk məlumatlara bizim eradan təqribən 1600 il əvvələ aid olan Qədim Misir papiruslarında rast gəlinməsinə baxmayaraq, o, hazırkı dövrdə də öz aktuallığını saxlamaqda davam edir və elmi dairələrin müzakirə mövzusu olaraq qalır.

Son 20 il ərzində xəstəlik iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə sürətlə yayılmaqda davam edir və bu da endometriozu “sivilizasiyanın xəstəliyi” adlandıрмаğa əsas verir.

Statistik məlumatlara əsasən hazırda dünyada 70 milyona yaxın endometrioz diaqnozu təsdiqlənmiş qadın yaşayır. Amerika Endometrioz Assosiasiyasının (AEA) verdiyi məlumata əsasən, Kanadada 5, Avropa Birliyində 14, Amerika və Yaponiyada isə 5,5 milyon qadın bu xəstəlikdən əziyyət çəkir.

Məlum olmuşdur ki, “xroniki adneksit” diaqnozu qoyulan qadınların 50-55%-i əslində endometriozun müxtəlif formalarından

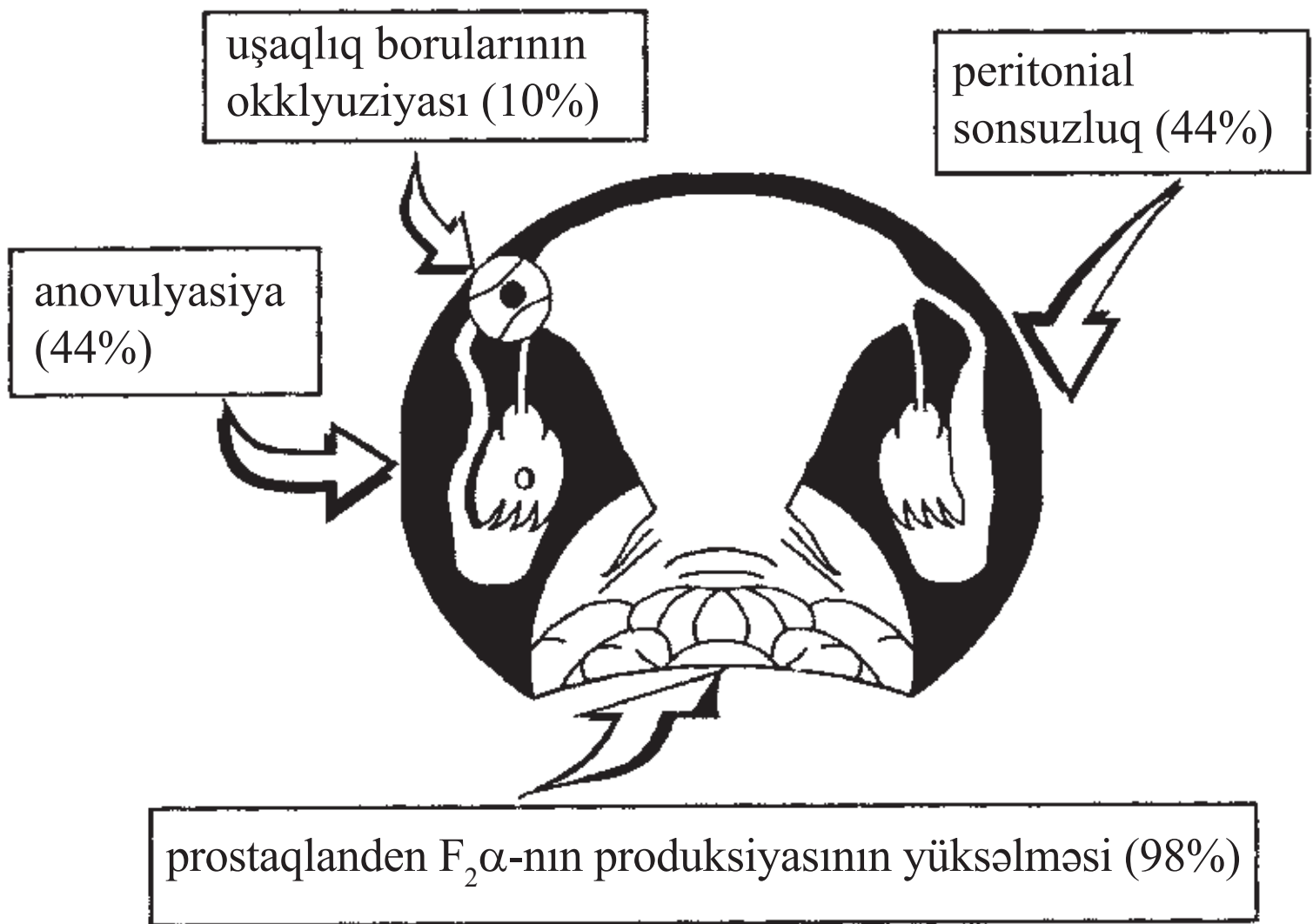
əziyyət çəkir. Həmçinin, “uşaqlığın mioması” diaqnozu qoyulmuş qadınların 30%-də aparılmış dərin müayinələr nəticəsində ya adenomioz, ya da adenomioz-mioma müştərək patologiyası aşkar edilir.

Tibbi ədəbiyyatda ilk dəfə endometrioz haqqında məlumat Çex patoloqoanatomu Karl von Rokitanski tərəfindən 1860-cı ildə verilmişdir. O, yumurtalığın endometriozunu təsvir etmiş və onu “*cystosarcoma adeides ovarii uterinum*” adlandırmışdır.

Endometroid xəstəliyi – reproduktiv sistem üzvləri arasında ən çox yayılmış xəstəliklərdən biridir. Bu xəstəliyə ən çox 20-40 yaş arasında olan qadınlarda təsadüf olunur. Xəstəliyin yayılma tezliyi 7-50% təşkil edir. Endometrioz 6-44% halda anamnezində sonsuzluq olan, laparoskopiya və laparotomiya əməliyyatları aparılmış qadınlarda rast gəlinir. Ən çox genital endometrioz təsadüf olunur (92-94%). Ekstragenital endometrioz isə 6-8% təşkil edir. Lokalizasiyasından asılı olmayaraq endometrioz yerli deyil, bir sıra neyroendokrin pozulmalara səbəb olan ümumi xəstəlikdir.

Bu xəstəlik qadınlarda əmək qabiliyyətinin itirilməsinə, sonsuzluğa və əsəb xəstəliyinə səbəb olur. Sonsuz qadınlarda endometrioz 20-47% hallarda təsadüf olunur (Волков Н.И., 1996; Железнов Б.И., Стрижаков А.Н., 1985; Barbieri A., 1991). Rusiyada endometrioz sonsuzluğun səbəbi kimi qadın cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəliklərindən sonra ikinci yeri tutur.

Xarici genital endometrioz zamanı reproduktiv funksiyanın pozulmasının patogenezi aydın deyil. Endometrioz xəstəliyi zamanı mayalanma qabiliyyətinin aşağı düşməsinin ən çox güman olunan əsas səbəblərindən biri kiçik çanaq üzvlərində baş verən anatomik dəyişikliklər – uşaqlıq borularının okklyuziyası, fimbriyaların bitişmə deformasiyası, yumurtalıqların follikulyar aparatının endometroid kistaları ilə birbaşa pozulmasıdır. Yumurtalıqların endometriozu zamanı qarın boşluğunda bitişmə prosesinə 91,7% halda təsadüf olunur. Endometrioz zamanı uşaqlıq borularında da bitişmələr baş verə bilər (şəkil 8.1). Buna görə də endometrioz sosial və dövlət əhəmiyyətli bir problem kimi baxmaq lazımdır.



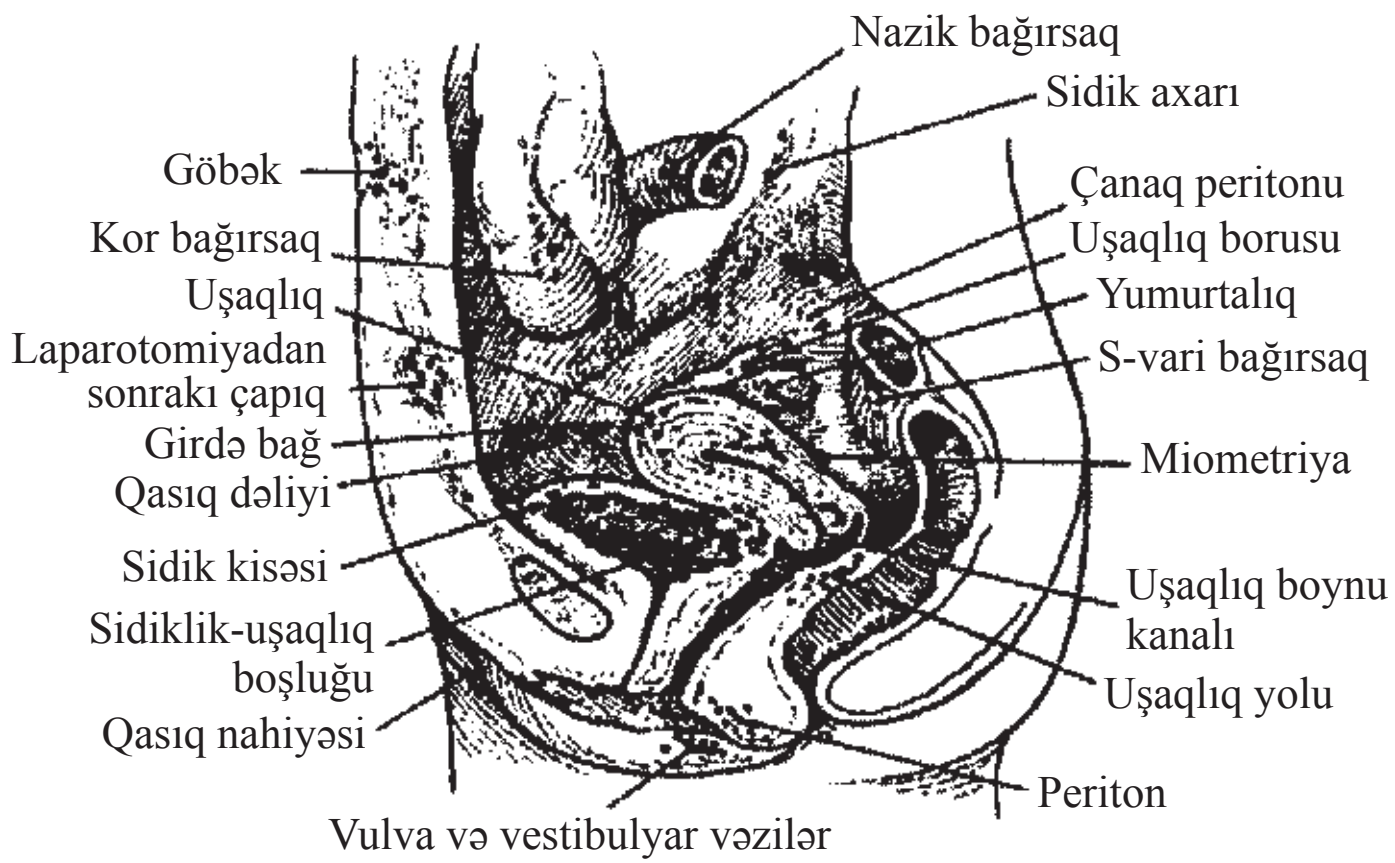
Şəkil 8.1. Endometrioza xəstələrdə sonsuzluğun güman olunan səbəbləri

Endometriozaun bioloji əsası haqqında 3 hipotez (fərziyyə) mövcuddur. Bir qrup müəlliflər onu həqiqi yenitörəmə, digərləri hiperplaziya ilə şiş arasında hədd, bir başqaları isə şişəbənzər dis-hormonal, maliqnizasiyaya meyilli olan proliferat hesab edirlər.

Endometrioza həqiqi şişlərdən nəzərə çarpan hüceyrə atipiyasının olmaması, klinik əlamətlərin aybaşı funksiyasından asılı olması ilə fərqlənir. Bununla yanaşı, endometrioza ətraf toxumalara keçə bilən infiltrativ böyüməyə və onun destruksiyasına malikdir.

Endometrioza istənilən üzv və toxumaya yayıla bilər: bağırsaqa divarına, sidik kisəsinə, sidik axarlarına, peritona, dəriyə hematogen və limfoden yolla metastaz verə bilər. Onun ocaqlarını limfatik düyünlərdə, eləcə də bədənə göz, qarının ön divarının dərialtı toxumalar kimi ucqar sahələlərdə aşkar etmək olar (şəkil 8.2).

Etiologiya və patogenezi. Etiologiyası bu günə qədər aşkar olunmayıb, mübahisəlidir. Təklif olunan çoxsaylı hipotezlərin heç biri onun etiologiya və patogenezinə tam təsdiq etmir və birmənalı qəbul olunmamışdır.



Şəkil 8.2. Endometrioza ocaqlarının yerləşməsi lokalizasiyası
(Berek et al., 1996).

Endometriozaun patogenezinə endometrial toxumanın retroqrad yolla transplantasiyasına əsaslanan hipotez də mövcuddur. Bu nəzəriyyə xəstəliyin endometriumun uşaqlıq boşluğuna keçən və orqanizmin üzv və toxumalarına yayılan elementlərindən əmələ gəlməsini güman etməyə əsas verir.

Sübut olunmuşdur ki, uşaqlıqdaxili tibbi manipulyasiyalar – əməliyyatlar (abortlar, selikli qışanın diaqnostik və müalicə məqsədi ilə qaşınması, doğuşdan sonra uşaqlıq boşluğunun əl ilə yoxlanılması, kesar kəsiyi əməliyyatı, miomatoz düyünün enukliyasiyası və s.) endometriumun uşaqlığın divarına yayılmasına, bu da öz növbəsində uşaqlıq cisminin endometriozaun (adenomioz) əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Endometriumun miometriumaun dərinliyinə yayılması ilə yanaşı, ginekoloji əməliyyatlar zamanı uşaqlığın selikli qışası qan və limfa cərəyanına keçərək, digər üzv və toxumalara yayıla bilər.

Embrional və dizontogenetik nəzəriyyə. Kliniki aktiv endometriozaun cavan yaşlarda baş verməsi və onun cinsiyyət üzvlərinin, sidik-ifrazat və mədə-bağırsaq sisteminin inkişaf anomaliyaları ilə müştərək baş verməsi endometrioza xəstəliyinin inkişafında

embrional və dizontogenetik nəzəriyyənin rol oynadığını təsdiq etməyə əsas verir. Bu nəzəriyyəyə əsasən endometrioz embrional peritonun və ya selomik epitelin metaplaziyası nəticəsində əmələ gəlir. Bundan əlavə, limfatik damarların endoteli, plevranın, qarın boşluğunun mezoteli, böyrək kanallarının epiteli və başqa toxumalarda endometriuma bənzər toxumanın əmələ gəlməsi nəticəsində baş verir. Bu toxumanın əmələ gəlməsinə hormonal pozulma, xroniki iltihab və mexaniki zədələnmə səbəb ola bilər. Metaplastiki nəzəriyyə qızlarda ilk aybaşıya (*menarxe*) qədər endometriozun baş verməsini aydınlaşdırır.

Endometriozun inkişafına və yayılmasına şərait yaradan çoxsaylı faktorlardan hormonal pozulmaları və immun sistemin disfunktsiyasını xüsusi qeyd etmək lazımdır.

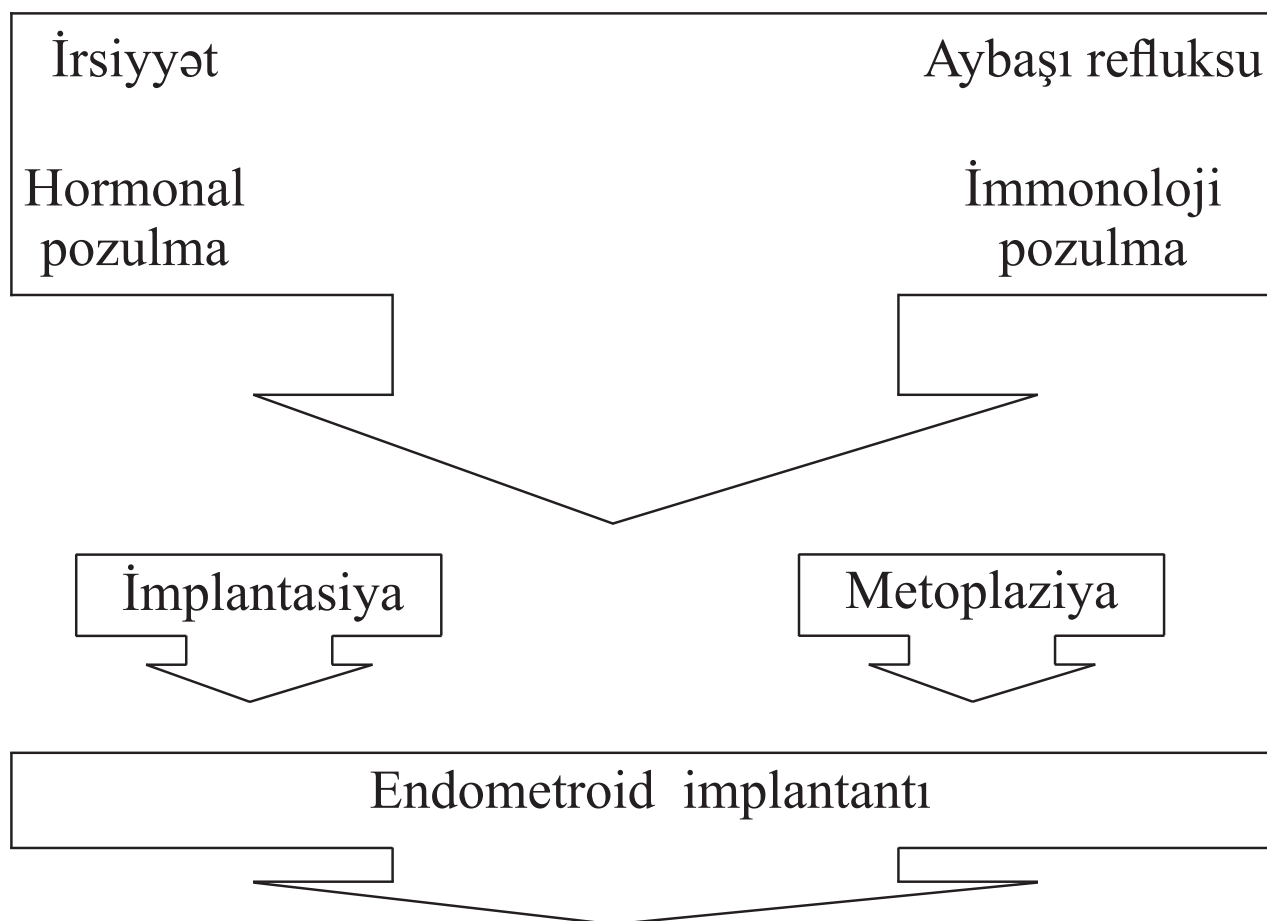
Bu xəstəlik zamanı reproduktiv, xüsusilə neyroendokrin sistemdə baş verən dəyişikliklər endometriozun hormondan asılı bir patologiya olmasını söyləməyə əsas verir. Endometrioz ilk aybaşıya qədər, menopauzadan sonra nadir hallarda baş verir, fizioloji hamiləlik, süni hormonal amenoreya zamanı stabilləşir, ya reqressiyaya uğrayır.

Hormonlar endometroid implantantlarına təsir göstərir. Belə ki, heterotipik, eləcə də normal endometriumda estrogen, androgen və progesteron reseptorları olur. Estrogenlər endometriumun inkişafını təmin edir. Onların həddindən çox olması isə endometriumun hiperplaziyasına səbəb olur. Endometriozlu xəstələrdə estrogenlərin ekskresiyası klassik tsikliki xarakter daşımır, nizam-sız olur, bu da öz növbəsində hiperestrogen fonun formalaşmasına şərait yaradır.

Estradiolun, estronun və estriolun ekskresiyasının öyrənilməsi nəticəsində aydın olmuşdur ki, bu fraksiyalardan estrionun səviyyəsi daha yüksək olur. Zəif estrogen olan estrion endometrioz zamanı 17-β-hidroksisteroid-dehidrogenazanın fermentativ aktivliyinin artması nəticəsində qüvvətli estrogenə – 17-β-estradiola çevrilir. Androgenlər endometriumun atrofiyasına səbəb olur. Progesteron endometriumun inkişafını və onda baş verən sekretor dəyişikliyi təmin edir. Ekzogen yolla orqanizmə yeridilən pro-

gesteronun analoqları estrogenlərin konsentrasiyasının adekvat olması fonunda endometrial toxumada desidual reaksiyanın inkişafına səbəb olur. Endometriozlu xəstələrin 25-40%-ində ikifazlı normal aybaşı tsikli olur. Bu xəstələrdə progesteronun sitoplazmatik əlaqələndirmə mexanizmi pozulur ki, bu da hormonların bioloji təsirinin pozulmasına səbəb olur. Xəstəliyin ağır hallarında endometrioz ocaqlarında progesteronu əlaqələndirən reseptorlar normadan 9 dəfə aşağı olur.

Endometriozun patogenezinə vacib rolu autoimmun reaksiyalar oynayır. Hormonal statusun pozulması zamanı immün sistemin disfunksiyası T-hüceyrə immunodefisitinə, T-supressorlarının funksiyasının sönməsinə səbəb olur (şəkil 8.3).



Şəkil 8.3. Endometriozun patogenezinin sxemi (R.W.Show-a görə)

Endometriozun təsnifatı. Genital (patoloji proses daxili və xarici cinsiyyət üzvlərində lokalizasiya edir) və ekstragenital (endometroid implantantları qadın orqanizminin digər üzv və sistemlərində inkişaf edir) endometrioz ayırd edilir. Genital endometrioz öz növbəsində iki yerə ayrılır: *daxili* (uşaqlığın cismi, boynu, uşaqlıq borularının interstisial hissəsi) və *xarici* (xarici

cinsiyyət üzvləri, uşaqlıq yolu, uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsi, retroservikal hissə, yumurtalıqlar, uşaqlıq boruları, periton).

Endometriozun klinik formaları (V.P.Baskakov və b., 2002)

Endometroid xəstəliyi

Genital forma:

- uşaqlıq;
- yumurtalıqlar;
- uşaqlıq boruları;
- xarici cinsiyyət üzvləri;
- retroservikal endometrioz.

Qarışıq forma

Ekstragenital forma:

- bağırsaqlar;
- sidik-ifrazat sistemi;
- cərrahi əməliyyatlardan sonrakı çapıqlar;
- ağciyərlər;
- digər üzvlər.

Uşaqlıq cisminin endometriozu (adenomioz). Adenomioz – genital endometriozun endometroid heterotopiya toxumasının miometriumda aşkar olunan formasıdır.

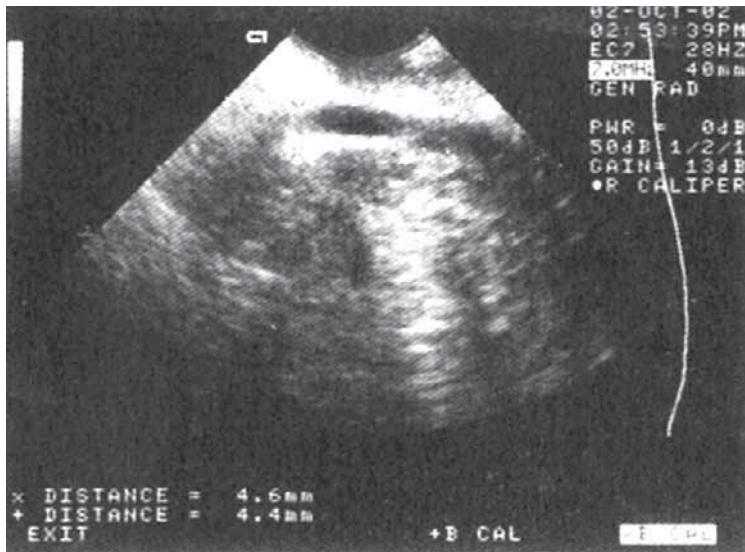
“Adenomioz” termini elmə Karl von Rokitanski tərəfindən gətirilmişdir. Xəstəliyin terminologiyası ilə bağlı elmi dairələrdə mübahisələr davam etməkdədir. Belə ki, S.J.Sanfilippo bu patologiyanı “ektopik yerləşmiş endometrium”, A.F.Haney, S.K.Smith isə “uşaqlığın daxili qatından kənarda yerləşmiş endometrium” deyil, “endometrium ilə histoloji baxımdan oxşar olan toxuma” adlandıрмаğı məsləhət görür.

B.İ.Jeleznov, A.N.Strijakov və digər tədqiqatçılar hesab edirlər ki, genital endometrioz endometrium toxumasının yerləşməli olduğu sahədən kənarda – həm uşaqlığın cismində, həm də uşaqlıqdan kənarda inkişafı nəticəsində yaranır. A.F.Haneyin fikrinə əsasən, genital endometrioz xüsusi bir xəstəlik kimi yanaşmaq və onu “endometrioz” deyil, “adenomioz” adlandıрмаq lazımdır. Hazırkı dövrdə hər hansı bir xəstəliyi nazoloji forma kimi adlandıрмаq üçün onun etiologiyası, patogenezi, proqnozu, profilak-

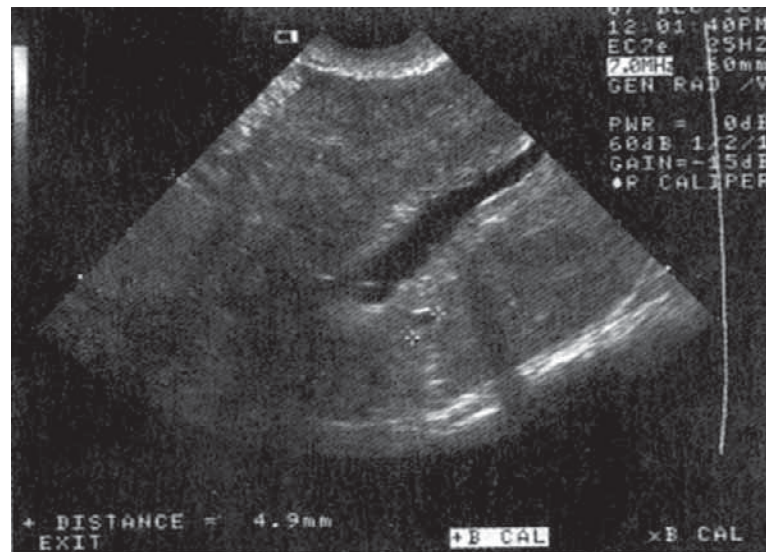
tikası və əmək qabiliyyətinin ekspertizasına dair aparılmış elmi tədqiqatlara əsaslanaraq qəbul olunmuş bir formulda birləşdirmək lazımdır. Bu konsepsiyanı nəzərə alaraq, genital endometriozun bütün orqanizmin xəstəliyi olmasını vurğulayan “endoetroid xəstəlik” terminini perspektivli hesab etmək olar.

Uşaqlıq cisminin endometriozu zamanı mikroskopik olaraq uşaqlığın böyüməsi, uşaqlıq divarının qalınlaşması hesabına mio-metriyada hiperplaziyanın olması aşkar edilir. Endometrioz zonasında içərisi hemorragik möhtəviyyat ilə dolu olan kistoz boşluqların (ocaqqların) və ya endometroid toxumanın üstünlük təşkil etdiyi stromal düyünlü elementlərin aşkar olunması mümkündür.

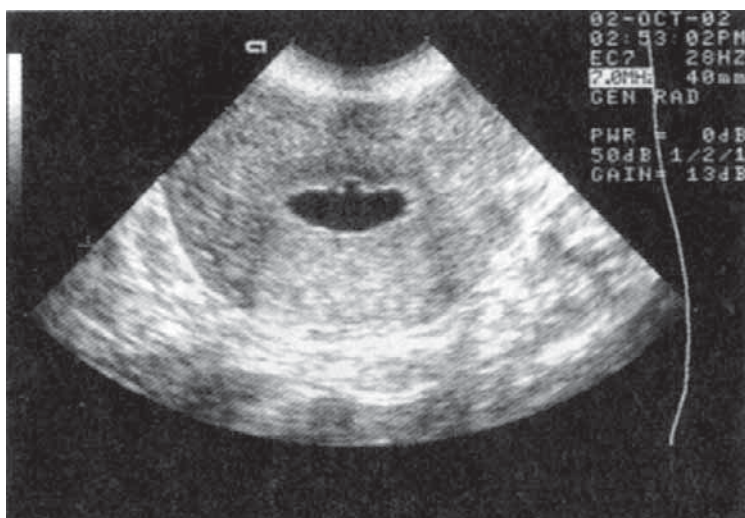
Rusiya Tibb Elmləri Akademiyasının mamalıq-ginekologiya və perinatologiya mərkəzinin tərtib etdiyi təsnifata əsasən adenomioz diffuz, ocaqlı və düyünlü olmaqla 3 yerə bölünür (şəkil 8.4, 8.5, 8.6, 8.7).



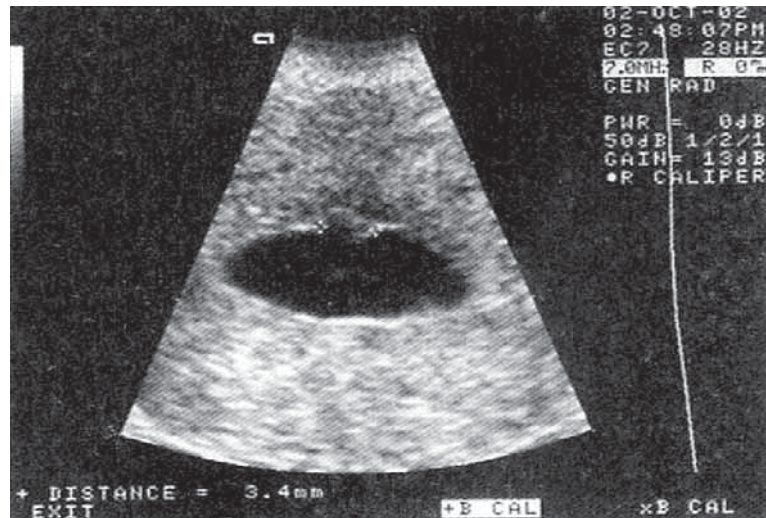
Şəkil 8.4. Adenomioz. Düyünlü forma.
USM.



Şəkil 8.5. Adenomioz. Ocaqlı forma.
Hidrosonoqrafiya.



Şəkil 8.6. Adenomioz. Diffuz forma.
Hidrosonoqrafiya.



Şəkil 8.7. Adenomiozun diffuz forması.
Hidrosonoqrafiya.

Uşaqlığın endometriozunun yayılmasının, endometriuma və əzələ qatına invaziyasının dərinliyindən asılı olaraq, 4 mərhələsi ayırd edilir (B.İ.Jeleznov, A.N.Strijakov, 1985).

Adenomiozun təsnifatı

I *mərhələ* – patoloji proses yalnız selikli qişanı əhatə edir, əzələ qatına qədər.

II *mərhələ* – patoloji proses əzələ qatının ortasına qədər yayılır.

III *mərhələ* – patoloji proses endometriumdən uşaqlığın seroz qatına qədər yayılır.

IV *mərhələ* – patoloji prosesə uşaqlıqdan əlavə çanağın parietal peritonu və digər orqanlar cəlb olunur.

Klinik şəkli. Xəstəliyin aparıcı simptomu alqodismenoreyadır. Ağrı simptomu tədricən inkişaf edir, aybaşının ilk günləri daha da güclənir. Bu, uşaqlığın selikli qişasının qopub ayrıldığı (endometriyumun deskvamasiyası) vaxta təsadüf edir. Uşaqlıq cisminin boynuna keçən hissəsinin endometriozu zamanı ağrı daha da güclü olur. Oma-uşaqlıq bağının və uşaqlığın əlavə buy-nuzunun endometriozunun lokalizasiyasını təyin etməzdən əvvəl ağrının irradiasiyasını nəzərə almaq lazımdır: uşaqlığın bucaqları zədələnərsə, ağrı müvafiq tərəfin qasıq kanalı nahiyyəsinə, uşaqlıq cisminin boynuna keçən hissəsinin endometriozu zamanı isə düz bağırsağa və ya uşaqlıq yoluna irradiasiya edir. Bir qayda olaraq, aybaşının qurtarması ilə ağrı hissiyyatı yox olur və ya nəzərə çarpacaq dərəcədə zəifləyir.

Aybaşı funksiyası menometrorragiya tipində pozulur. Belə ki, aybaşının davam etmə müddəti uzanır və itirilən qanın miqdarı çox olur (hiperpolimenoreya). Aybaşıya 2-5 gün qalmış və aybaşıdan 2-5 gün sonra uşaqlığın yolundan tünd rəngli qanlı ifrazatın gəlməsi adenomioz üçün xarakterikdir. Adenomiozun yayılmış formasında, ola bilər ki, menorragiya ilə yanaşı aybaşı arasına uşaqlıq qanaxması (metrorragiya) baş versin.

Meno- və metrorragiyadan sonra adenomiozlu xəstələrdə posthemorragik anemiya, eləcə də xroniki qanitirmə ilə əlaqədar tədricən artan ümumi zəiflik, dəri örtüklərinin və görünən selikli qişaların avazıması, sarı rəngə çalması, yorğunluq, yuxululuq və s. müşahidə olunur (cədvəl 8.1).

İmplantların müxtəlif lokalizasiyası zamanı endometriozun simptomları (C.M.Maklavery, R.W.Shaw, 1995)

Lokalizasiya	Əlamətlər (simptomlar)
Cinsiyyət üzvləri	– alqomenoreya; – çanaq nahiyyəsində və qarının aşağı hissəsində ağrı; – sonsuzluq; – aybaşının müntəzəm olmaması; – endometriomanın burulması, cırılması; – bel-oma nahiyyəsində ağrı.
Mədə-bağırsaq sistemi	– aybaşıönü və aybaşı vaxtı ağrılı defekasiya aktı (tenezm) və rektal qanaxma; – diareya (ishal); – yoğun bağırsağın daralması.
Sidik-ifrazat sistemi	– aybaşıönü və aybaşı vaxtı hematuriya (sidikdə qanın olması), ağrı, bədən hərarətinin yüksəlməsi; – sidik axarının daralması.
Cərrahi çapıq, göbək	– aybaşıönü və aybaşı vaxtı ağrı və qanaxma
Ağciyərlər	– aybaşıönü və aybaşı vaxtı qanhayxırma

Diagnostika. Anamnestik məlumat toplandıqdan, xəstəyə ümumi baxışdan sonra aybaşıönü ərəfəsində daha informativ olan ginekoloji müayinə aparılır. Xəstəliyin yayılma dərəcəsindən asılı olaraq uşaqlığın ölçüsü normal və ya 5-8 həftəlik hamiləlik böyüklüyündə ola bilər. Palpasiya zamanı uşaqlığın konsistensiyası sərt, səthi düyünlü formalı endometrioz zamanı nahamar olur. Aybaşıönü və aybaşı zamanı uşaqlığın palpasiyası ağrılı olur.

Uşaqlıq cisminin boynuna keçən hissəsinin endometriozu zamanı uşaqlıq boynu genişlənir, onun sərtliliyi artır, palpasiyası ağrılı olur, xüsusilə oma-uşaqlıq bağının birləşdiyi nahiyyədə. Ağrı aybaşı ərəfəsində və aybaşı zamanı daha güclü olur. Bundan əlavə, uşaqlığın cisminin boynuna keçən hissəsinin endometriozu uşaqlığın hərəkətliliyinin məhdudlaşması və onun yerini önə doğru

dəyişməyə cəhd edərkən ağrının daha da artması ilə müşayiət olunur.

Ultrasəs sonoqrafiyası. Uşaqlığın selikli və əzələ qişasında baş verən struktur dəyişikliyi dəqiq qiymətləndirmək üçün transvaginal ötürücülərdən istifadə etməklə aparılan ultrasəs müayinəsinin (USM) böyük əhəmiyyəti vardır. Bu zaman endometriozun diaqnozunun dəqiqliyi 90%-dən yuxarı olur. Aybaşının 2-ci fazasında (aybaşının 23-25-ci günlərində) aparılan USM daha informativdir.

Adenomiozun ümumi exoqrafik əlamətləri bunlardır: uşaqlığın ön-arxa ölçülərinin böyüməsi, miometriumda exogenliyi artmış sahələrin, eləcə də böyük olmayan (0,2-0,6 sm-ə qədər) dairəvi, qeyri-exogen törəmənin olması. Endometriozun düyünlü forması sonoqrammada exogenliyi artmış sahədə dairəvi və ya oval formalı, hamar, konturu aydın olmayan, bəzi hallarda exogenliyi nisbətən azalmış törəmə kimi aşkar olunur.

Adenomioz düyünü miomadan konturlarının aydın olmaması və yalançı kapsulun olmaması ilə fərqlənir. Adenomiozun ocaqlı formasında zədələnmə zonasında perifokal, kənarları aydın olmayan, dişli konturları olan kistoz komponent üstünlük təşkil edir (şəkil 8.4-8.6).

Endometriozun erkən formalarının diaqnozunun qoyulmasında USM-nin informativliyini artırmaq məqsədi ilə *hidrosonoqrafiyadan* istifadə olunur. Adenomioz zamanı böyük olmayan (1-2 mm) anexogen, endometriumdan miometriuma doğru istiqamətlənən borulu strukturlar aşkar edilir. Endometriumun bazal qatında böyük olmayan (1-2 mm) hipoxogen törəmələr müşahidə olunur. Uşaqlığın selikli qişasının bazal qatının qalınlığı qeyri-bərabər olmur, miometriumun subepitelial qatında exogenliyi yüksəlmiş ayrı-ayrı sahələr aşkar olunur (4 mm) (şəkil 8.7).

Endometrioz zamanı rentgenoloji histerosalpinqoqrafiyanın informativliyi 85%-ə çatır.

Rentgenoqramda uşaqlıq boşluğunun sahəsinin böyüməsi, onun konturlarının kənarının deformasiyaya uğramış və dişli şəkildə olması aşkar olunur. Diaqnozu daha da dəqiqləşdirmək üçün aybaşının başlanmasına bir neçə gün qalmış uşaqlıq boşluğunun

selikli qışası qaşınmalıdır. Endometriumun funksional qatı xaric edildikdən sonra uşaqıq boşluğuna kontrast maddə yeridildikdə endometroid axarları kontrast maddə ilə dolur, nəticədə adenomioz zamanı heterotopiyaların konturaxası kölgəsi alınır.

Histeroskopiyanın diaqnostik əhəmiyyəti 30-92% arasında tərəddüd edir.

Adenomiozun histeroskopiya zamanı aşkar edilən əlamətləri xəstəliyin formasından və təzahür dərəcəsindən asılıdır. V.Q.Breusenko və həmmüəllifləri (1997) adenomiozun histeroskopik təsnifatını təklif edirlər:

I mərhələ: uşaqıq divarlarının relyefi dəyişməyib, endometroid axarları tünd-göy rəngli “gözcüklər” və ya qanaxma verən açıq şəkildə aşkar edilir. Sınaq qaşınması zamanı uşaqıqın divarları adi sıxlıqdadır (şəkil 8.8).

II mərhələ: uşaqıq divarlarının relyefi hamar deyil, əzələ qışası boylama və ya köndələn şəkildə yerləşmiş sütunlardan ibarətdir, endometroid axarları görünür, uşaqıq boşluğu pis dartılır. Uşaqıq boşluğu qaşınarkən onun divarları adi halda olduğundan daha sərtir (şəkil 8.9).



Şəkil 8.8. Adenomiozun I mərhələsi. Qisteroskopiya.



Şəkil 8.9. Adenomiozun II mərhələsi. Qisteroskopiya.

III mərhələ: uşaqıqın daxili səthində konturları aydın olmayan müxtəlif ölçülü qabarma aşkar olunur. Bəzən şişkinliyin və ya qabarmanın səthində bağlı və ya açıq endometroid axarları ayırd edilir. Uşaqıq boşluğu qaşınarkən onun divarlarının qeyri-hamar, bərk olması aşkar edilir, əməliyyat zamanı xarakterik səs eşidilir.

Uşaqlıq cisminin boynuna keçən hissəsinin endometriozu zamanı uşaqlıq divarlarının relyefinin daxili dəlik nahiyyəsində



Şəkil 8.10. Uşaqlıq boynunun endometriozu. Kolposkopiya.

hamar olmaması, eləcə də qan xaric olan endometroid axarları aşkar edilir (şəkil 8.10).

Yuxarıda qeyd olunan təsnifat endometriozun müalicə taktikasını təyin etməyə imkan verir.

Adenomiozun endoskopik əlamətlərinin olmaması onun düyünlərinin və ocaqlarının miometriyumun interstisial və subseroz şöbələrində ola biləcəyini əsla inkar etmir.

Adenomiozun diaqnostikasında maqnit-rezonans tomografiyanın əhəmiyyəti 90%-dən

yuxarıdır. Diaqnostika uşaqlığın ön-arxa ölçülərinin böyüməsinə, adenomiozun ocaqlı və düyünlü formalarında miometriyanın strukturunun olmasının aşkar edilməsinə əsaslanır.

Uşaqlıq boynunun endometriozu. Endometriozun bu lokalizasiyası ginekoloji manipulyasiyalar və uşaqlıq boynunun diatermokonizasiyası zamanı uşaqlıq boynunun zədələnməsi ilə əlaqədardır. Doğuş, abortlar, uşaqlıq boşluğunun diaqnostik və müalicə məqsədi ilə qaşınması və s. əməliyyatlar zamanı endometriyumun uşaqlıq boynunun zədələnmiş toxumasında implantasiya olunmasına şərait yaranır. Uşaqlıq boynu endometriozunun embrional dövrdə ilkin uşaqlıq yolu lövhəciklərinin Müller elementlərinin düyünlərindən əmələ gəlməsi, bundan başqa, endometriozun uşaqlıq boynuna limfogen və hematogen yolla digər üzvlərdən keçməsi də mümkündür.

Zədələnmənin dərinliyindən asılı olaraq uşaqlıq boynunun uşaqlığın yolu hissəsinin ektoservikal və endoservikal endometriozu baş verir. Endometroid heterotopiya ən az servikal kanalı zədələyir.

Diagnozu. Bir çox hallarda uşaqlıq boynunun endometriozu klinik əlamətlər ilə özünü büruzə vermir və yalnız ginekoloji müayinə zamanı aşkar olunur. Xəstələr aybaşı önü və aybaşı vaxtı, eləcə də cinsi əlaqə zamanı uşaqlığın yolundan qəhvəyi və ya tünd-qəhvəyi rəngli qanlı ifrazatın gəlməsindən şikayətlənirlər. Ağrı simptomu servikal kanalın atreziyası, eləcə də endometriozun uşaqlıq cisminin boynuna keçən yerində lokalizasiyası zamanı olur.

Ginekoloji müayinə zamanı uşaqlıq boynuna güzgü ilə diqqətlə baxmaq vacibdir. Endometrioz düyün, eləcə də qırmızı və ya tünd qırmızı rəngli kiçik kistoz ocaqları şəklində aşkar olunur (şəkil 8.10).

Endometroid heterotopiyalar aybaşı önü və aybaşı zamanı böyüyür. Bu dövrdə ocaqlardeşilib boşala bilər. Aybaşının qurtarması ilə endometroid heterotopiya kiçilir və rəngi ağarır.

Kolposkopiyanın köməyi ilə Naboti vəzinin kistası, psevdoroziya, eritroplakiya, servikal kanalın selikli qişasının polipi, ek-tropion və uşaqlıq boynunun endometriozu arasında müqayisəli diaqnostika aparılır.

Uşaqlıq boynunun selikli qişasının sitoloji müayinəsi endometriozun bu lokalizasiyasının diaqnozunu qoymaq üçün az informativdir. Lakin bu sitoloji müayinə uşaqlıq boynunun selikli qişasının çoxsaylı yastı epitelinin vəziyyəti haqqında fikir söyləməyə, eləcə də hüceyrə atipiyasını aşkar etməyə imkan verir.

Servikoskopiya uşaqlıq boynunun endometriozunu kompleks müayinə etməyə, eləcə də endometriozun paraservikal yayılmasının diaqnozunu qoymağa imkan verir.

Asiklik qanlı ifrazatı, eləcə də cinsi əlaqə zamanı qanaxması olan xəstələrdə histeroservikoskopiya və diaqnostik məqsədlə uşaqlıq boşluğunun selikli qişasının qaşınması aparılır.

Uşaqlıq yolunun və aralığın endometriozu. Uşaqlıq yolu və aralıq endometrioz ilə ən çox ikincili olaraq, retroservikal ocaqdan, ən az isə doğuş zamanı endometriumun bir hissəsinin zədələnmiş sahəyə implantasiyası nəticəsində baş verir.

Endometriozun bu lokalizasiyasının əsas simptomu uşaqlıq yolunda orta dərəcəlidən tutmuş, güclü, əzabverici ağrıların olmasıdır. Ağrı tsiklikli olur, aybaşı önü və vaxtı, eləcə də cinsi əlaqə zamanı daha da güclənir. Aralıq və düz bağırsağın xarici sfinktoru da prosesə qoşulduqda ağrı simptomu artır. Xəstəliyin kəskin dövründə defekasiya aktı güclü ağrı ilə müşayiət olunur.

Diagnozu. Uşaqlıq yolunun və aralığın endometriozunun diaqnozu xəstənin aybaşı ilə əlaqədar olan şikayətlərinə, ginekoloji müayinəyə (uşaqlıq yolunun və boynunun güzgü ilə, bimanual müayinəsi, rektovaginal müayinə və s.) əsasən qoyulur. Uşaqlıq yolunun divarında, eləcə də düz bağırsaq-uşaqlıq yolu büküşündə palpasiya zamanı bərk, ağrılı çapıq, düyün və ya qalınlaşma əllənir.

Uşaqlıq yolunun selikli qişasında qəhvəyi və ya tünd göy rəngli endometrioz ocaqları aşkar edilir. Aybaşıönü və aybaşı zamanı endometroid heterotopiyası böyüyür, bu zaman qanaxma baş verə bilər.

Endometriozun yayılmasını aşkar etmək üçün əlavə müayinə üsullarından: rektoromanoskopiya, kiçik çanaq üzvlərinin USM və diaqnostik laparoskopiyadan istifadə olunur.

Uşaqlıq yolunun zədələnməsinin xarakterini müəyyən etmək üçün biopstatın histoloji müayinəsi aparılır.

Retroservikal endometrioz. Retroservikal endometriozun yayılma tezliyi xəstəliyin digər lokalizasiyaları arasında 0,5-6,5% təşkil edir. Bu zaman patoloji proses uşaqlıq boynunun arxa səthində, uşaqlıq cisminin boynuna keçən hissəsinin oma-uşaqlıq bağı səviyyəsində lokalizasiya edir. Endometrioz ocaqları əsasən düz bağırsaq, uşaqlıq yolunun arxa tağı və uşaqlıq-düz bağırsaq büküşünə doğru infiltrativ böyümə qabiliyyətinə malikdir.

Retroservikal endometriozun 4 yayılma dərəcəsi ayırd olunur:

I dərəcə – endometroid ocaqları retrovaginal toxumadan kənarda yerləşir;

II dərəcə – endometroid toxuma uşaqlıq boynuna və uşaqlıq yolunun divarına yayılır;

III dərəcə – patoloji proses oma-uşaqlıq bağına, düz bağırsağın selikli qişasına qədər yayılır;

IV dərəcə – patoloji proses düz bağırsağın selikli qişasına, düz bağırsaq-uşaqlıq büküşünə yayılır, uşaqlıq artımları nahiyyəsində bitişmə əmələ gətirir.

Klinik şəkli. Retroservikal endometrioz zamanı xəstənin şikayətləri düz bağırsağın və çanağın sinir kələfinin bir-birinə yaxın olması ilə əlaqədardır. Xəstələr çanağın dərinliyində, qarının aşağı hissəsində, bel-oma nahiyyəsində olan kəsici ağrılardan şikayətlənirlər. Aybaşı önü və zamanı ağrı güclənir, pulsasiyaedici, dartıcı xarakter alır, uşaqlıq yoluna və düz bağırsağa yayılır. Ağrılar bəzən çanağın yan divarlarına və ayağa irradiasiya edir. Xəstələr bəzən qəbizlikdən, aybaşı vaxtı düz bağırsaqdan seliyn və qanın gəlməsindən şikayətlənirlər.

Retroservikal endometrioz uşaqlıq yolunun arxa tağına yayıldıqda tünd göy rəngli “gözcüklər” əmələ gəlir. Cinsi əlaqə zamanı onlardan qan gəlir. Xəstəliyin ağır hallarında endometrioz 83% əmək qabiliyyətinin itirilməsinə, bir çox hallarda isə orqanizmin digər üzvlərinin xəstələnməsinə səbəb olur.

Diagnostika. Xəstənin şikayətləri və ginekoloji müayinənin nəticələri əsasında diaqnoz qoyulur. Retroservikal endometrioz zamanı uşaqlıq boynunun arxasında, düz bağırsaq-uşaqlıq yolu toxumada bərk törəmə əllənir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün USM-nin nəticələri əsas götürülür. USM-də uşaqlıq boynunun altında həmcins olmayan törəmənin olması, uşaqlıq boynu hissənin hamarlaşması, düz bağırsağın konturlarının aydın olmaması aşkar olunur.

Prosesin yayılmasını təyin etmək üçün əlavə müayinə üsulları – rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, ekskretor uroqrafiya, sistoskopiya, maqnit-rezonans tomoqrafiya (MRT) vacibdir.

Yumurtalıqların endometriozu. Yumurtalıqlar endometrioz ilə hematogen və limfogen yol ilə zədələnə bilər. Xəstəliyin implantasiya və embrional genezi də mümkündür.

Endometroid heterotopiyalar 5-10 mm diametrli, içərisi qəhvəyi kütlə ilə dolu olan psevdokistalardır. Yumurtalıqların endo-

metriozu ən çox onun qabıq qatında lokalizasiya olunur. Yayılmış endometrioz yumurtalıqların beyin qatını da zədələyir. Heterotopiyanın divarları birləşdirici toxumadan təşkil olunmuşdur.

Endometrioz ocaqlarının birləşməsi nəticəsində endometrioma (“şokolad kista”) əmələ gəlir, onun divarları silindrik və ya kubşəkilli (kubvari) epitel ilə örtülü olur.

Yumurtalığın endometriozunun bir neçə histoloji müxtəlifliyi ayırd olunur: vəzili, kistoz (makro- və mikrokistoz), vəzili kistoz və stromal. Vəzili-kistoz endometrioz proliferativ böyümə və malignizasiya qabiliyyətinə malik olması ilə fərqlənir. Zədələnmiş yumurtalıq toxumasında çox vaxt endometroid vəzi tapılır. Endometroid psevdokistanın möhtəviyyəti tünd-qəhvəyi rəngli, hemosiderin ilə zəngin kütlədən ibarətdir (şəkil 8.11).



Şəkil 8.11. Endometrioma. Laparoskopiya.

Klinik şəkli. Yumurtalıqların endometriozu müəyyən vaxta qədər özünü büruzə verməyə bilər. Mikroperforasiya nəticəsində endometroid heterotipiyasının və ya endometriomanın möhtəviyyəti parietal və visseral peritona yayıla, nəticədə bitişmələr əmələ gələ bilər. Bunun nəticəsində qarnın aşağı hissəsində düz bağırsağa, aralığa irradiasiya edən kütlə, kəsici ağrılar əmələ gəlir. Ağrı aybaşı vaxtı güclənir. Bitişmə prosesi və endometrioz ocaqlarının qarın boşluğuna yayılması fiziki yüklənmə, eləcə də cinsi əlaqə zamanı ağrının daha da artmasına səbəb olur.

Yumurtalıqların endometriozu olan xəstələrin 70%-də *alqodismenoreya* və *dispareuniya* (cinsi əlaqənin ağrılı olması) baş verir.

Diaqnostikasi. Xarici endometrioz yumurtalıqların endometriozunun erkən mərhələsi ilə yanaşı getdikdə, xəstələrdə xroniki ağrı sindromu olur. Kiçik endometrioz heterotopiyaları yumurtalıqların nəzərə çarpan böyüməsinə səbəb olmur və ginekoloji müayinə zamanı praktiki olaraq müəyyən olunmur. Bitişmələr əmələ gəldikcə, uşaqlığın hərəkəti məhdudlaşır, yumurtalıqlar uşaqlıq ilə birlikdə bir konqlomerat kimi əllənir. Ginekoloji və əlavə müayinə üsullarının nəticələri endometrioma (endometroid kista) əmələ gəldikdə əhəmiyyət kəsb edir. Endometrioma üçün ikitərəfli zədələnmə, uşaqlığın arxasında yerləşmə, onun hərəkətililiyinin məhdudlaşması və palpasiya zamanı ağrılı olması xarakterikdir. O, sərt-elastik konsistensiyaya malik, diametri 4-15 *sm* arasında tərəddüd edən kistadır.

Endometriomanın ölçüsü aybaşı tsiklinin fazasından asılı olaraq dəyişir. Belə ki, aybaşından əvvəl onun ölçüsü aybaşından sonrakına nisbətən kiçik olur.

Yumurtalıqların kiçik endometroid heterotopiyalarının ultrasəs müayinə ilə aşkarlanması çətindir. Ancaq yumurtalıqların endometrioz ilə zədələnməsinin birbaşa əlaməti USM-də yumurtalıqların səthində hipoxogen törəmənin olması və periovarial bitişmələrin formalaşması nəticəsində qabıq qatının qalınlaşmasıdır. Endometrioma formalaşdıqca USM-nin informativliyi 87-93%-ə qədər artır. Exoqrafik olaraq, endometrioma uşaqlığın arxasında yerləşən dairəvi formalı, maye möhtəviyyətli, exopozitiv kapsulalı törəmədir. Adətən zədələnmə ikitərəfli olur.

Yumurtalıqların endometriozunun diaqnostikasında laparoskopiya böyük rol oynayır. Diaqnostik laparoskopiya zamanı yumurtalıqların stromasında böyük olmayan (2-10 *mm*), göy və ya tünd-qəhvəyi rəngli, çox zaman tünd qan xaric edən törəmə aşkar olunur.

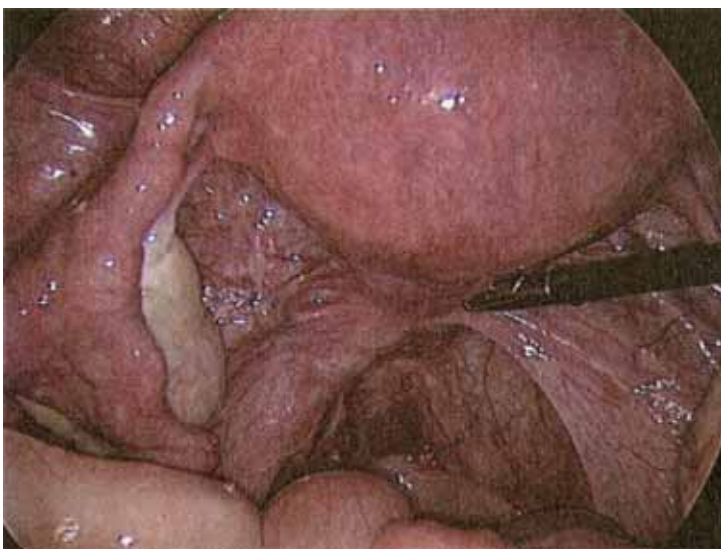
Endometrioma aydın nəzərə çarpan, ağa çalar, damarlı şəkli, hamar səthi olan, kapsulaya malikdir. Endometriomanın kapsulu çox zaman uşaqlığın arxa səthinə, uşaqlıq borularına, parietal peritona, düz bağırsağın seroz qişasına bitişir.

Uşaqlıq borularının endometriozu. Uşaqlıq borularının endometriozu 7-10% təşkil edir. Endometroid ocaqları mezosalpinksi zədələyir, ola bilər ki, uşaqlıq borularının səthində yerləşsin. Yanaşı gedən bitişmə prosesi boruların funksional cəhətdən yararlılığının pozulmasına səbəb ola bilər.

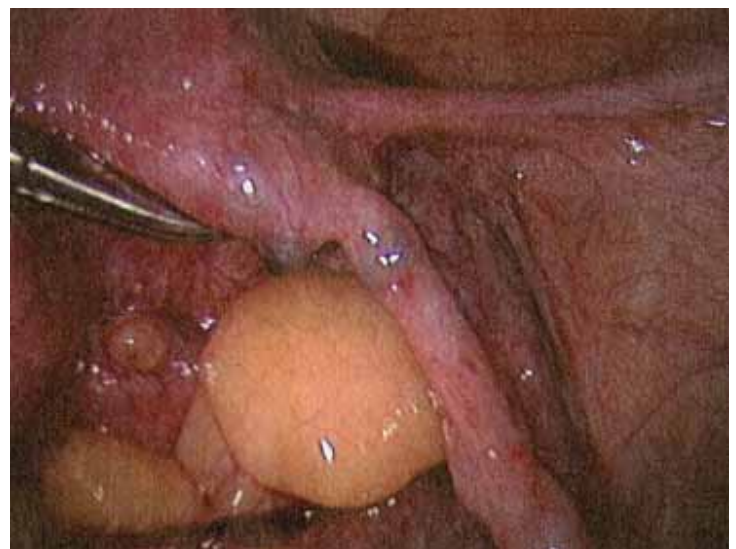
Uşaqlıq borularının endometriozunun diaqnostikasının əsas üsulu laparoskopiyadır.

Kiçik çanaq peritonunun endometriozu. Kiçik çanaq peritonunun endometriozunun inkişafında endometriyumun elementlərinin və qarın boşluğunun mezoteliositlərinin qarşılıqlı təsiri böyük rol oynayır. Endometriozun bu lokalizasiyasının baş verməsinə endokrin və immun sistemin müəyyən dəyişməsi nəticəsində aybaşı qanının retroqrad tökülməsi səbəb ola bilər.

Peritoneal endometriozun 2 əsas növünü ayırd edirlər. Birinci növdə endometroid zədələnmə kiçik çanaq peritonunun zədələnməsi ilə məhdudlaşır. İkinci növdə isə endometrioz nəinki kiçik çanaq peritonunu, eyni zamanda yumurtalıqları, uşaqlığı, uşaqlıq borularını zədələyir (şəkil 8.12-8.13).



Şəkil 8.12. Duqlas boşluğu peritonunun endometriozu.
Laparoskopiya.



Şəkil 8.13. Xarici endometrioz.
Laparoskopiya.

Endometriozun kiçik formaları uzun müddət özünü klinik cəhətdən büruzə vermir. Buna baxmayaraq, endometriozun kiçik, məhdudlaşan formalarında sonsuzluğun tezliyi 91%-ə çatır. Endometrioz ocaqlarının düz bağırsağın əzələ qatına, pararektal

toxumaya invaziya etməsi və yayılması nəticəsində çanaq ağrıları, dispareuniya baş verir. Ağrılar aybaşı önü və zamanı daha da artır.

Diaqnostikasi. Əsas diaqnostika üsulu patoloji dəyişikliyi aşkara çıxartmağa imkan verən laparoskopiyadır.

Endometroid heterotopiyalar müxtəlif morfoloji şəkildə təzahür edir:

- atipik (piqmentasiyasız, ağımtıl vezikullar);
- hemorragik vezikullar;
- piqmentləşmiş sarı-qəhvəyi düyünlər və ləkələr;
- tipik (göy, bənövşəyi, qara) səthi və dərin infiltrativ heterotopiyalar.

Endometroid xəstəliyinin müalicəsi yalnız klinik aktiv endometriozu hormonal preparatların köməyi ilə zəiflətməkdən və ya cərrahi yolla onun ocaqlarını xaric etməkdən ibarət deyil. Eyni zamanda xəstələri endometriozun fəsadlarından və nəticələrindən (bitişmə xəstəliyi, ağrı sindromu, posthemorragik anemiya, psixonevroloji pozulmalar və s.) xilas etməkdir.

Müalicəsi. Endometriozu 3 yolla müalicə etmək olar: konservativ (hormonal preparatlar ilə), cərrahi və kombinasiyalı. Xəstələri endometriozun fəsadlarından və nəticələrindən (bitişmə xəstəliyi, ağrı sindromu, posthemorragik anemiya, psixonevroloji pozulmalar) xilas etmək lazımdır.

Genital endometriozun kombinasiyalı müalicəsində aparıcı rolu cərrahi müdaxilə oynayır. Cərrahi müalicə üsulunun və həcmnin seçilməsi endometriozun lokalizasiyasından və yayılma dərəcəsindən asılıdır. Cərrahi əməliyyatdan sonra residivin profilaktikası məqsədi ilə 3-6 ay ərzində hormonal müalicə aparılmalıdır.

Uşaqlıq boynunun endometriozunu müalicə etmək üçün solkovagin məhlulu ilə zədələnmiş nahiyyənin applikasiyası, elektro-, radiokoaqulyasiya, lazer ilə vaporizasiya, eləcə də ektoservikal endometriozun kriodestruksiyası aparılır.

Endoservikal endometrioz zamanı ocaqların elektro-radiokoaqulyasiyası, uşaqlıq boynunun konizasiyası və ya lazer ilə vaporizasiyası aparılır.

Uşaqlıq yolunun endometriozu zamanı ocaqların cərrahi yolla götürülməsi və əməliyyatdan sonra hormonal müalicə aparılmalıdır.

Retroservikal endometriozun müalicəsi cərrahi yolla aparılır: uşaqlıq artımlarla birlikdə ekstirpasiya olunur. Lazım gələrsə, düz bağırsaqda, uşaqlıq yolunda və sidik-ifrazat sistemində plastiki əməliyyat aparılır. Hormonal müalicədən sonra aparılan cərrahi müdaxilələrin nəticəsi daha effektiv olur.

Yumurtalıqların, uşaqlıq borularının, eləcə də endometriozun ekstragenital formalarının laparoskopiya yolu ilə koagulyasiyası aparılır. Cərrahi əməliyyatdan sonra hormonal müalicə təyin olunur.

Uşaqlıq cisminin daxili endometriozunun müalicəsi müqayisəli yanaşma tələb edir. Endometriozun hormondan asılı bir xəstəlik olduğu şübhə doğurmur. Ona görə də onun müalicəsində hormonlardan istifadə olunur. Meno-metrorragiya, alqodismenoreya, dispareuniya ilə fəsadlaşan endometriozlu xəstələrin müalicəsində həb və inyeksiya şəklində olan hormonlarla yanaşı, tərkibində levonorgestrel olan uşaqlıqdaxili spiraldan (“Mirena”) istifadə olunur.

Son illər adenomiozun müalicəsində orqansaxlayıcı endoskopik əməliyyatdan istifadə olunur.

Adenomiozun səthi formasında (histeroskopik təsnifata əsasən I mərhələdə) endometriumun rezeksiyası (ablasiya) aparılır. Müalicənin effektivliyi 37-dən 67%-ə çatır. Adenomiozun səthi formasının müalicəsində endometriumun krioablasiyası da effektivdir. İntersisial lazer induksiyaedici termoterapiyanın klinik effektivliyi 88% təşkil edir. uşaqlıq arteriyalarının emobilizasiyası adenomioz zamanı 60-90% effektivdir.

Adenomioz uşaqlığın mioması ilə yanaşı olduqda hormonal müalicəyə pis tabe olur. Belə xəstələrə histerektomiya həcmində cərrahi əməliyyat məsləhət görülür. Eyni zamanda hormonal müalicə effekt verməyən, əsas simptomları (menometrorragiya, alqodismenoreya və anemiya) aradan götürülməyən adenomiozlu xəstələrin müalicəsində də cərrahi əməliyyata – histerektomiyaya üstünlük verilir.

Xarici genital endometriozun yayılmış, bitişmələr, qonşu üzvlərə infiltrasiya edən formalarında cərrahi əməliyyatdan qabaq patoloji prosesi məhdudlaşdırmaq məqsədi ilə hormonal müalicə verilir, sonra cərrahi əməliyyat aparılır.

Endometriozun kiçik formalarında və xarici endometriozda cərrahi əməliyyata qədər hormonal müalicənin aparılması məqsəduyğun deyil. Ona görə ki, hormonal müalicə nəticəsində endometroid heterotopiyalar atrofik dəyişikliyə və hissəvi regressiyaya uğrayır, nəticədə cərrahi əməliyyat zamanı onların xaric edilməsi çətinlik törədir.

Hormonal müalicə üçün aşağıdakı hormonal preparatlardan istifadə olunur:

- kombinasiyalı sintetik estrogen-hestagen preparatları – femoden, mikroqinon, anovlar, ovidon, marvelon, riqevidon, Diana-35 və s.;
- prohestinlər, estrogen komponenti olmayan preparatlar – dyufaston, primolyut-nor, norkolut, orqametril, depostat, oksiproqesteron kapronat və s.;
- antihestagenlər – gestrinon (nemestran);
- antiqonadotropinlər – danazol (danoval, danol, danogen);
- qonadotropin-rilizing hormonun aqonistləri – zoladeks, dekapeptil-depo, suprefekt-depo, buserelin və s.;
- antiestrogenlər – toremifen, leyprorel, tamoksifen;
- anabolik steroidlər – retabolil, metilandrostandiol və s.;
- androgenlər – testosteron, sustanon-250, metiltestosteron (cədvəl 8.2).

Bu preparatların içərisində prohestagenlər, antiqonadotropinlər, qonadotropin-rilizing hormonun aqonistləri endometroid xəstəliyinin müalicəsində daha perspektivli preparatlar hesab olunur. Digər preparatlardan (estrogen-hestagenlər və hestagenlər) endometriozun profilaktikasında və aybaşı funksiyasının tənzimlənməsində istifadə olunur.

Endometriozun müalicəsində hormonal preparatlardan istifadə edərkən bütün əks göstərişləri və dispeptik əlamətləri nəzərə almaq lazımdır.

Xəstəliyin konservativ yolla müalicəsinin ən vacib komponentlərindən biri – pozulmuş immun statusu normallaşdırmaqdır. Bu məqsədlə immun-modulyatorlardan – levamizol (dekaris), timalin, timogen, pentaqlobin, sikloferon istifadə olunur. Aparatla qalxanabənzər vəzin stimulyasiyası və qanın lazer ilə damardaxili şüalanması aparılır.

Autoimmun proseslərin patogenezinə enzimlər ilə müalicənin rolu böyükdür. Ona görə ki, endokrin üzvləri ilə immun sistem arasında mürəkkəb qarşılıqlı əlaqənin yaradılmasında enzimlər birbaşa vasitəçidir. Enzimlər ilə müalicədə məqsəd endometrioz nəticəsində əmələ gələn çapıq-bitişmə kimi dəyişiklikləri, endometroid implantlarının yayılmasında iştirak edən makrofaqların və bir sıra sitokinlərin aktivliyini azaltmaqdır. Vobenzim və floqenzim qanın realitik tərkibinə normallaşdırıcı təsir göstərir.

Cədvəl 8.2

Endometriozun müalicəsində tətbiq olunan əsas dərman preparatları (V.P.Baskakov və b., 1998)

Preparatların qrupu	Preparat	Effektivliyi, %	Dispeptik əlamətlər
1	2	3	4
Birfazlı estrogen-hestagen	Silest Marvelon Mersilon Eksklyuton Femoden Miniziston Diana-35	46-47	Dispepsiya, süd vəzilərinin şişməsi, üzdə ləkələrin əmələ gəlməsi, ürəkbulanma, baş gicəllənmə, bədən çəkisinin artması, qara ciyərin funksiyasının pozulması
Prohestinlər	Dyufaston Orqametril Noretisteron Depo-prover 17-OPK Qestrinon	84-94 66-98 84-89	Qanaxma (fasiləli), cinsi həvəsin azalması (libido), miqren, bədən çəkisinin artması

1	2	3	4
Sintetik steroidlər (androgen təsirə malik)	Danazol Sinonimləri: Danol Danoval Danogen	68-86	Ürəkbulanma, istilik gəlməsi, hirsutizm, səs tembrinin aşağı düşməsi, bədən çəkisinin artması, ödem, baş ağrısı, cinsi zəiflik, əzələ ağrıları, seboreya, süd vəzilərinin kiçilməsi, osteoparoz
LHRH aqonistləri	Zolodeks Lyukrin Buserelin	88-94	Menopauzanın effektiv olması, hipöestrogen osteoparoz, güclü tərləmə ilə müşayiət olunan istilik gəlməsi, uşaqlıq yolunda quruluq, dispareuniya, cinsi həvəsin azalması, bədən çəkisinin artması, uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın gəlməsi, osteoparoz

Endometriozlu xəstələrdə antioksidant sistemin çatışmazlığı baş verir, buna görə də müalicə sxeminə tokaferol asetat (vitamin E), askorbin turşusu ilə birlikdə unitiol, askorbin turşusu ilə piknogenol və s. əlavə olunur.

Ağrı sindromunu aradan götürmək və iltihab əleyhinə mübarizə aparmaq məqsədi ilə prostoqlandinlərin endogen inhibitorlarından (brufen, fluqalin, indometasin və s.) istifadə olunur. Bundan əlavə, spazmolitiklər və analgetiklər də (baralgin, qalidor, no-şpa, analgin və b.) müalicə kursuna daxil edilir.

Nevroloji və qalıq əlamətləri aradan qaldırmaq üçün trankvilizatorlar ilə kombinasiyalı şəkildə refleks-müalicə və sedativ preparatlardan (tazepam, seduksen, elenium, fenazepam, anselan, rudotel) istifadə edilir. Neyrotrop preparatlar təyin edəndə mütləq psixonevroloq ilə məsləhətləşmək lazımdır.

Xəstəlik nəticəsində baş verən posthemorragik anemiyanı müalicə etmək üçün dəmir preparatlarından (fenyuls, ferroqradumed, ferropleks və s.) istifadə olunur.

Endometroid xəstəliyinin kompleks müalicəsində fizioterapevtik üsullardan da istifadə olunur: elektrofarez-tiosulfat-natrium, kalium-yod, lidaza, tripsin və s. ilə, eləcə də radon suları – ümumi vanna, uşaqlıq yolunun sanasiyası və imalə şəklində tətbiq olunur.

Xəstəliyin proqnozu. Endometrioz residiv verən xəstəlikdir. İl ərzində baş verən residivlərin tezliyi ildə 5-20%, kumulyativ risk 5 il ərzində 40% təşkil edir.

Endometriozun qonadoliberinlərin analoqları ilə müalicəsindən 5 il sonra xəstəliyin yayılmamış formalarının residivinin tezliyi 37%, ağır formalarında isə 74% təşkil edir.

Premenopauzal dövrdə baş verən endometriozun hormonal müalicədən sonra proqnozu daha qənaətbəxş olur. Ona görə ki, fizioloji menopauzadan sonrakı dövr xəstəliyin residivinin qarşısını alır. Bu, bir daha təsdiq edir ki, endometrioz hormondan asılı xəstəlikdir. Cərrahi yolla radikal müalicədən sonra residiv olmur.

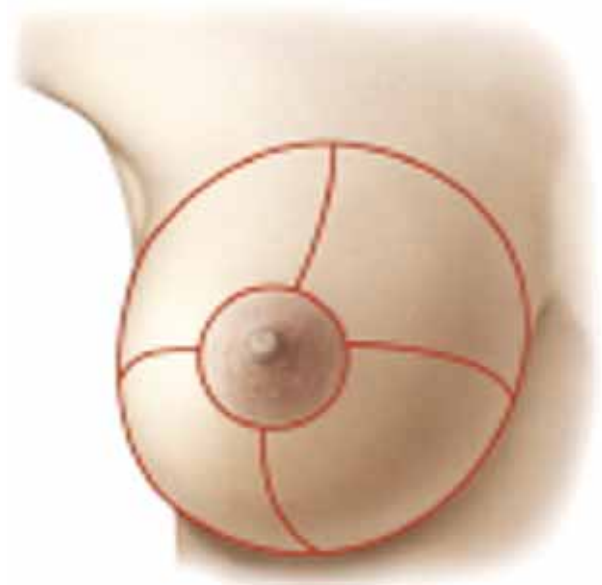
Profilaktikası. Endometriozun profilaktikasının əsasını onun erkən mərhələlərdə diaqnozunun qoyulması təşkil edir. Xəstəliyi cərrahi yolla müalicə edərkən, endometroid heterotopiyaların implantasiya yolu ilə qonşu üzvlərə yayıla biləcəyini nəzərdən qaçıрмаq olmaz. Ona görə də əməliyyat zamanı endometriumun və zədələnmiş toxumaların qarın boşluğu və cərrahi yara ilə təmasda olmasına yol vermək olmaz.

IX FƏSİL

SÜD VƏZİLƏRİNİN DİSHORMONAL XƏSTƏLİKLƏRİ

Süd vəzisi reproduktiv sistemin bir hissəsi olmaqla, ekskretor xüsusiyyətlərə malik olan endokrinasilı orqandır. Onun tərkibi parenximadan (vəzili toxuma), stromadan (birləşdirici toxuma) və piy toxumasından ibarətdir.

Parenxima, birləşdirici toxuma və piy toxuması arasındakı mütənasiblik reproduktiv sistemin fizioloji vəziyyətindən asılı olub, süd vəzisinin forma və ölçülərini təyin edir. Süd vəzisinin arxa səthini örtən fassiyanın dərin səhifəsi ilə böyük döş əzələsinin aponevrozu arasında retromammar sahə yerləşir, bu sahəni tutan kövşək toxuma süd vəzilərinin hərəkətliyini təmin edir. Süd vəzisini adətən 4 kvadranta bölürlər: yuxarı və aşağı – xarici, yuxarı və aşağı – daxili (şəkil 9.1).



Şəkil 9.1. Süd vəzisinin kvadrantları

Süd vəzisinin ontogenezi. Süd vəzisinin təməli döldə hələ antenatal dövrdə formalaşır (bətn daxili inkişaf dövrünün 10-cu həftəsində). Yenidoğulmuş dövründə ilk 3-5 gün ərzində qanda dövr edən ananın plasentar hormonları tərəfindən stimulyasiyanın hesabına süd vəzisinin bir qədər böyüməsi, bəzi hallarda isə sekresiyası qeyd olunur. Uşaqlıq dövründə qızlarda süd vəziləri ifadə olunmayıb – döş giləsi kiçik, piqmentləşməyib, areola üzərində cüzi qabarıq. 9-10 yaşlı qızlarda döş giləsi gül qönçəsini xatırladır, areola bir qədər qabarıqdır, gilədə və areolada cüzi piqmentasiya əmələ gəlir. Süd axarlarının uzunluğu artır, lakin bu süd vəzisinin ölçüsünü dəyişmir.

Cinsi yetişkənlik dövründə xüsusilə süd vəzisi stromasının böyüməsi hesabına sürətlə inkişafı başlayır. Areolanın döş qəfəsi

üzərində nəzərə çarpan qabarması qeyd olunur, gilənin və areolarının pigmentasiyası güclənir, süd axarlarının uzanması, onların uclarında gələcək paycıqların təməli olan asinoz qalınlaşmalar müşahidə olunur. Süd vəzilərinin paycıqları adətən menarxenə başlanması ilə formalaşır.

İnkişaf prosesləri əsasən interstisial toxumanın hesabına baş verir. Bu toxuma pubertat dövrünün sonunda süd vəzisinin həcmi 80%-ni təşkil edir.

Cinsi yetişkinlik dövrünün sonunda vəzin kütləsi 150-200 q təşkil edir.

Süd vəzilərinin tam formalaşması menarxədən 2-4 il sonra, yəni 17-18 yaşında müşahidə olunur. Gələcəkdə süd vəzisinin güclü inkişaf dövrləri yalnız hamiləlik və laktasiya zamanı qeyd olunur.

Cinsi yetkinlik dövründə süd vəzisi girdə formaya malik olur, döş giləsi kifayət qədər qabarmışdır, piy toxumasında çoxsaylı parenximatoz paycıqlar əllənir. Süd vəzisinin forma və ölçüləri müxtəlif olub, yaşdan, bədən quruluşundan (konstitusiyasından), doğuşların sayından və döşlə əmizdirmənin müddətindən asılıdır. Süd vəzisinin köndələn ölçüsü 10-12 sm, boylama 10 sm, qalınlığı 4-6 sm təşkil edir. Adətən sağ süd vəzisi soldan bir qədər böyük olur. Doğmayan qadınlarda konsistensiyası daha sərt, doğanlarda isə daha yumşaq olur.

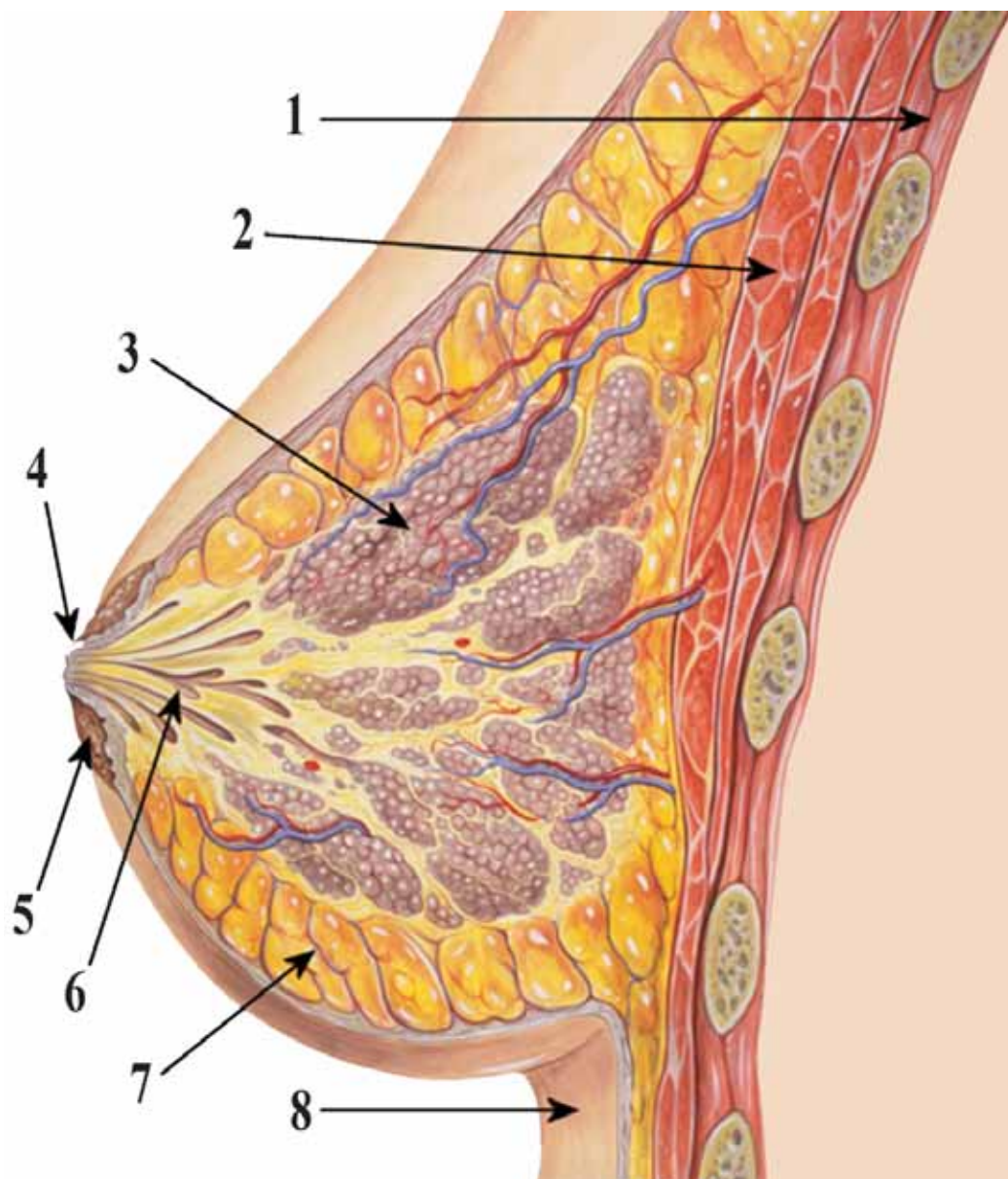
Süd vəzilərinin struktur-funksional vahidi bir-birilə süd axarları vasitəsilə birləşən alveolyar qovucuqların toplusu – *alveoladır* (asinus). Alveola birqat vəzili hüceyrələrlə – laktositlərlə örtülmüşdür. Laktositlərin əsasında yığılma qabiliyyəti olan və alveolaların həcmi idarə edən mioepitelial hüceyrələr yerləşir. Alveolalar tərkibində qan kapillyarları və sinir ucları keçən nazik bazal membran ilə əhatə olunur.

Hər bir süd axarının ətrafında orta hesabla 10-150-ə qədər alveola toplanıb, vəzili sahə əmələ gətirir. Vəzili elementlərin ən güclü inkişafı yuxarı xarici kvadrantda və süd vəzilərinin mərkəzində qeyd olunur; şişlərin məhz bu şöbələrdə daha tez-tez əmələ gəlməsi bu faktla bağlıdır. Süd axarları (diametri 2-3 mm) bir-biri ilə birləşərək, giləyə tərəf istiqamətlənir.

Gilətrafi nahiyyədə (areola) axarlar *süd sinusu* adlanan kisəyəbənzər genişlənmə əmələ gətirir. Süd sinusunun davamı olan hər bir axar gilənin zirvəsində süd məsamələri ilə açılır.

Alveolalar birləşərək ölçüləri və formaları ilə fərqlənən, çıxarıcı axarları giləyə tərəf istiqamətlənən, paycıqlar əmələ gətirir. Paycıqlar, öz növbəsində birləşərək, süd vəzilərinin paylarını, paycıqdaxili axarlar isə pay axarını əmələ gətirirlər.

Süd vəzisi birləşdirici toxumadan əmələ gələn arakəsmələr və piy toxumaları ilə bir-birindən ayrılan 15-20 paydan ibarətdir. Beləliklə, süd vəzisi parenximadan (tərkibində müxtəlif kalibrdə keçən axacaqlar olan vəzili toxuma); stromadan (süd vəzisini pay və paycıqlara ayıran birləşdirici toxuma) və piy toxumasından (parenxima və stromanı əhatə edən) ibarətdir (şəkil 9.2).



Şəkil 9.2. Süd vəzisinin quruluşu:

- 1 – döş qəfəsinin divarı; 2 – pektoral əzələlər; 3 – süd paycığı;
4 – döş giləsi; 5 – areola (gilətrafi nahiyyə); 6 – süd axarı;
7 – piy toxuması; 8 – dəri

Hamiləlik vaxtı süd vəzilərinin vəzili toxumanın hesabına böyüməsi qeyri-bərabər, nəzərə çarpan fərdi tərəddüd ilə baş verir. İlk 10 günlük dövr alveolaların, payların və axacaqların artması hesabına vəzilərin ölçülərinin sürətlə böyüməsi ilə səciyyələnir. Bu dövrdən sonra gizli 2-4 həftəlik mərhələ qeyd olunur. Gələcəkdə vəzilərin inkişafı yenidən başlayır və laktasiyaya qədər tədricən artır.

Eyni zamanda gilə və giləətrafı areola nahiyyəsində dəyişikliklər baş verir; bu dəyişikliklər hiperpiqmentasiya, areolanın diametrinin 35 mm-dən 51 mm-dək böyüməsi, gilənin 10 mm-dən 12 mm-dək böyüməsi ilə ifadə olunur. Gilə və areolanın piqmentasiyasının güclənməsi epidermisin bazal qatının melanositlərinin fəaliyyəti ilə bağlıdır.

Hamiləlik vaxtı süd vəzisi tam morfoloji yetkinliyə çatır. Onun ölçüləri vəzili toxumanın artmasının hesabına böyüyür, kütləsi isə 800-900 q-a çatır. Alveolaların, paycıqların, axacaqların sayı artır: alveolyar epitelidə sekresiya başlayır. Süd vəzisinin böyüməsi və inkişafı hamiləlik ərzində müxtəlifdir. Bu prosesin gedişində əsas rol axacaqların və birləşdirici toxumanın böyüməsi və inkişafını təmin edən *estrogenlərə* və vəzili toxumanın böyüməsi və inkişafını, alveolaların sayının artmasını, paycıqların böyüməsini təmin edən *progesterona* məxsusdur.

Zahılıq dövründə südün sekresiya intensiv artır və vəzilər daha da böyüyür (bəzən 3-5 kq-a qədər). Payların axarlarında südün depolaşdırılması üçün boşluqlar – *süd sinusları* əmələ gəlir. Normada qadınların əksəriyyətində laktasiya müddəti 5-24 ay arasında tərəddüd edir. Sekresiya maksimal səviyyəyə zahılıq dövrünün 6-12-ci günü çatır; sonra stabilizasiya dövrü başlanır; bu dövr ərzində ifraz olunan südün miqdarı ilk 3-6 ay ərzində yeni-doğulmuşun adekvat qidalanmasını təmin edir.

Laktasiya dövrünün sonunda vəzidə involyutiv dəyişikliklər baş verir; bu dəyişikliklərin mahiyyəti proliferativ və sekretor proseslərin kəsilməsindən və birləşdirici toxumanın piy toxuması ilə əvəzedilməsindən ibarətdir.

Pre- və postmenopauza dövrlərində süd vəzisində paycıqların, kiçik və orta kalibrli axacaqların atrofiyası və yox olması, onların fibroz və piy toxuması ilə əvəzolunması kimi reqressiv dəyişikliklər baş verir.

Süd vəzisinin böyüməsinin və inkişafının tənzimlənməsi mürəkkəb hormonal nəzarət altında baş verir. Əsas rol estrogenlərə, progesterona və prolaktinə məxsusdur. Pubertat dövrünün I fazasında (menarxeyə qədər) süd vəzisinin inkişafına estrogenlər təsir göstərir, II fazada isə progesteron. Estrogenlər axarların və birləşdirici toxumanın böyüməsi və inkişafını təmin edir, progesteron isə vəzili toxumanın böyüməsini və inkişafını, alveolaların sayının artmasını, paycıqların böyüməsini təmin edirlər. Prolaktinin əsas rolu – laktositlər tərəfindən südün sekresiyasının stimulyasiyası; prolaktinin təsiri altında süd vəzilərində estrogen reseptorlarının sayı artır. Süd vəzilərinin inkişafının tənzimlənməsində somatotrop hormon (STH) da iştirak edir.

Beləliklə, parenxima hormonal təsirə məruz qalır. Hamiləlikdən kənar vaxtı, ona bilavasitə estrogenlər, progesteron, prolaktin və somatotrop hormon (STH), hamiləlik vaxtı isə ciftin estrogenləri, progesteron, laktogen və prolaktin təsir edir.

Dolayı yolla süd vəzilərinin toxumalarına tireoid, qlükokortikoid hormonlar və insulin təsir edir. Daha az dərəcədə hormonal təsirə stroma məruz qalır; burada estrogenlərin təsiri altında hiperplastik proseslər baş verə bilər.

Məlumdur ki, süd vəzilərinin piy toxumasının adipositləri estrogenlərin, progesteronun və androgenlərin deposudur. Adipositlər cinsi hormonları sintez etmir, lakin onları plazmadan aktiv çəkir. Aromatazanın təsiri altında androgenlər estradiola və estrona çevrilirlər. Bu proses yaşla əlaqədar olaraq güclənir və süd vəzilərinin xərçənginin əmələ gəlməsi faktorlarının biri ola bilər. Patoloji prosesin əmələ gəlməsi həmçinin süd vəzilərinin reseptor aparatının aktivliyi ilə təyin olunur.

Süd vəzilərinin dishormonal patologiyasının əmələ gəlməsində müəyyən rol qaraciyərin xəstəlikləri oynayır. Məlum olduğu kimi, qaraciyərdə steroid hormonların fermentativ inaktivasiyası

və konyuqasiyası baş verir. Hepatobiliar kompleksin xəstəlikləri estrogenlərin qaraciyərdə utilizasiyasının ləngiməsi nəticəsində əksər hallarda xroniki hiperestrogeniyanın inkişafına təkan verir.

Süd vəzisinin qanla təchizatı döş qəfəsi arteriyasının daxili, bayır və yuxarı şaxələri, həmçinin döş qəfəsi – çiyin çıxıntısı arteriyası və III–VI qabırğalararası arteriyalar ilə təmin olunur. Venoz qanın süd vəzisindən axması dərin və səthi venalarla həyata keçir. Səthi venalar əksər hallarda qoltuqaltı və bayır vidaci venalara daxil olan sıx dərialtı şəbəkə yaradır. Süd vəzilərinin dərisi II–VI qabırğalararası sinirlərin şaxələri ilə innervasiya olunur.

Limfa aşağıdakı yollarla axır: qoltuqaltı, körpücükaltı, parasternal, mediastinal, qabırğalararası, dəridaxili və dərialtı və sonra peritonarxası, bud, periton və yumurtalıq limfa düyünləri tərəfə istiqamətlənir.

Süd vəzilərinin qanla təchizatına və limfa axarına yüksək maraq, ilk növbədə, süd vəzilərinin xərçəngi hallarında tez və massiv metastazların yayılmasının mümkünlüyü ilə bağlıdır (orta divararalığı, ağciyərlər, onurğa sütunu, çanaq sümükləri, budlar və s.).

Son illər ərzində süd vəzilərinin xoşxassəli şişlərinin artmasına meyillik izlənilir; onlar 30 yaşına qədər hər 4 qadında rast gəlinir. Müxtəlif patoloji vəziyyətlərə 40 yaşdan yuxarı qadınların 60%-də rast gəlinir. Beləliklə, reproduktiv yaşlı qadınların 75-80%-ni ümumi mastopatiya termini altında birləşdirilən süd vəzinin müxtəlif xəstəliklərindən əziyyət çəkir.

ÜST-in 1984-cü ildə qəbul etdiyi histoloji təsnifata görə, mastopatiya (fibroz-kistoz xəstəlik, dishormonal displaziya) hamiləlikdən kənar vaxtda süd vəzilərinin toxumasının proliferativ və reqressiv dəyişiklikləri, epitelial və birləşdirici toxuma elementlərinin komponentləri arasında nisbətə pozulması ilə səciyyələnen süd vəzilərinin xəstəliyidir.

Mastopatiyanın növləri. Klinik təcrübə üçün vəzilərdə dəyişiklikləri diffuz və kistoz formalara bölmək rahatdır:

I. Diffuz vəzili fibroz-kistoz mastopatiya (FKM)

- vəzili komponentin üstünlüyü ilə (adenoz).

- fibroz komponentin üstünlüyü ilə.
- kistoz komponentin üstünlüyü ilə.
- qarışıq forma.

II. Düyünlü FKM

Bu proseslərin ifadə olunma dərəcəsi birləşdirici toxuma, vəzili komponentin və piy toxumasının nisbəti ilə şərti təyin edilir.

Hazırda süd vəzilərinin dishormonal patologiyasını əmələ gətirən risk amilləri ətraflı öyrənilmişdir:

- irsi amil – ananın və ana xətti ilə yaxın qohumlarda süd vəzinin xoş və bədxassəli şişlərinin olması;
- menstrual funksiyanın endokrin pozulmaları və digər endokrin vəzilərin xəstəlikləri. Süd vəzilərinin dishormonal xəstəliklərinin inkişafının əsas səbəbi estrogenlər və progesteron arasında nisbətin pozulmasıdır;
- neyroendokrin tənzimlənmənin pozulmasına gətirib çıxaran stress situasiyaları;
- hamiləliyin erkən müddətində abort və özbaşına düşüklər; bu zaman hormonal yenidənqurma və süd vəzilərinə hormonal təsirin sonrakı birdən-birə kəsilməsi vəzili komponentin patoloji dəyişikliklərinə və hiperplaziyasına fon yaradır; süd vəzilərinde regressiv dəyişikliklər qeyri-bərabər baş verir, vəzilərin inkişafı patoloji xarakter alıb, diffuz və düyünlü mastopatiyanın formalaşması üçün təkanverici amil ola bilər;
- piylənmə; çünki məlumdur ki, piy mübadiləsinin pozulması olduqda (xüsusilə insulinrezistentlik, hiperinsuline-miya, şəkərli diabet xəstəlikləri hipertoniya xəstəliyi ilə müştərək getdikdə) süd vəzilərinin və endometriumun hiperplastik proseslərinin tezliyi kəskin artır. Riskin yüksəlməsinin mexanizmi piy toxumasının estrogenlərin miqdarını artırmaq qabiliyyətindən ibarətdir (aromatazanın aktivliyinin hesabına); bu da, öz növbəsində, süd vəzilərinin xərçənginin artması ehtimalına gətirib çıxarır;
- anamnezdə hamiləliyin və doğuşun olmaması. Süd vəzilərinin xəstəlikləri əmələgəlmə riski 3 və daha çox uşaq

doğan qadınlarda doğmayan qadınlara nisbətən 65% azdır; 25 yaşa qədər 2 uşaq doğan qadınlarda 1 uşaq doğan qadınlara nisbətən 3 dəfə azdır;

- gec baş verən ilk hamiləlik və doğuş (30 yaşdan sonra);
- döşlə əmizdirmənin qısa (1 aydan az), uzunmüddətli (1 ildən artıq) olması və ya tamamilə olmaması;
- menarxenin erkən başlanması (12 yaşa qədər) və menopauzanın gec başlanması (55 yaşdan sonra). Bu dolayı yolla süd vəzisi xəstəliklərinin və xərçənginin patogene- zində hiperestrojeniyanın rolunu vurğulayır, çünki məhz estrogenlər təyinedici faktor təşkil edir və qadının həyatı boyu menstrual tsiklin başlanması və davamiyyəti onların miqdarından asılıdır;
- genital orqanların xərçənginə görə müalicə olunan xəstələr;
- qadının yaşının 40-dan artıq olması – ən güclü və təbii kan- serogen amil olaraq qalır. 45-50 yaşarası dövrdə qadının orqanizmində menopauzanın başlanması ilə şərtlənən əhə- miyyətli hormonal dəyişikliklər baş verir; bu zaman orqa- nizmin adaptasiya imkanlarının müəyyən dərəcədə zəiflə- məsi və endokrin sistemin müxtəlif amillərin təsirinə qarşı müqavimətinin azalması baş verir. Bununla bağlı bu dövrdə süd vəziləri şişlərinin əmələ gəlməsinin ehtimalı artır;
- qeyri-düzgün qidalanma – piylərin və ət məhsullarının həd- dindən artıq qəbul edilməsi. Yağ turşuları, xüsusilə də doymuş turşular, qanda dövr edən sərbəst estradiolun yüksək qatılığının səbəbidir.

Hesab edilir ki, 3 və ya artıq risk amili olan qadınlar süd və- zisinin xərçənginin əmələ gəlməsinə görə risk qrupuna daxildirlər.

Süd vəzilərinin xəstəliklərinin əsas etioloji faktoru estrogen- lərin səviyyəsinin həddindən artıq olması fonunda progesteronun səviyyəsinin azalması ilə müşayiət olunan vəziyyətlərdir; bunlar süd vəzilərinin toxumalarının proliferasiyasına və reseptor apa- ratda pozulmalara gətirib çıxarır.

Süd vəzisi xəstəliklərinin diaqnostikası. İlkin müayinə *anam- nestik* məlumatların təhlilindən başlanır. Mastopatiyanın əmələ

gəlməsinin səbəblərini müəyyən etməklə cinsi orqanların, qaraciyərin və qalxanabənzər vəzin keçirilmiş xəstəlikləri haqqında məlumat vacib əhəmiyyət kəsb edir. Menarxenin xarakteri və vaxtına xüsusi diqqət yetirilir. İlk hamiləliyin baş verməsinin vaxtı (yaş), doğuşların, abortların sayı da nəzərə alınmalıdır. Uzunmüddətli psixi stressin olub-olmamasını müəyyən etmək məqsədilə sosial-məişət şərait haqqında məlumatın olması vacibdir. Yaxın qohumlarda qadın cinsiyyət üzvlərinin və süd vəzilərinin xəstəliklərinin olması haqqında məlumat əldə edilməlidir.

Şikayətlərə süd vəzilərinin ağrılı, gərgin, ödemli olması daxildir. Onların əmələgəlmə vaxtını, menstrual tsikllə əlaqəsini, gilələrdən ifrazatın olmasını, rəngini, konsistensiyasını, davamiyyətini və daimi olmasını təyin edirlər.

Baxış zamanı süd vəzilərinin simmetriyası, inkişaf dərəcəsi, forması, ölçüləri nəzərə alınır, dəri örtüklərinin, gilələrin vəziyyətinə, şişəbənzər törəmələrin olmasına, dəridə çapıqlara, içəriyə dartılmaların olub-olmamasına, qabarmasına, piqmentasiyaya və s. diqqət yetirilir.

Manual müayinə süd vəzilərinin və regional limfatik düyünlərin səthi və dərin palpasiyasını daxil edir. Palpasiya barmaqların ucları ilə döş giləsindən başlayaraq radial istiqamətdə aparılır. Müayinə xəstənin ayaq üstə və uzanan vəziyyətində aparılır. Süd vəzilərinin konsistensiyası, simmetrikliyi, bərkimələr və onların xarakteri, ödemin olması və ətraf toxumalarla əlaqəsi təyin edilir.

Xüsusi diqqət düyünlü törəmələrə yetirilir: onların ölçüsü, bərkliyi, eynicinsliyi, sayı, hərəkətliliyi, altdakı toxumalarla, dəri ilə əlaqəsi təyin edilir, dərinin hərəkətliliyinin mümkünlüyünü yoxlayırlar, “limon qabığı” simptomu və dərinin məhdud nəhiyədə fiksasiyası təyin edilir, törəmə nəhiyəsində və regionar şöbələrdə dərinin hər hansı bir dəyişikliklərinə diqqət yetirilir. Böyümüş limfatik düyünlərin aşkar edilməsi məqsədilə aksilyar (qoltuqaltı) zonaların müayinəsi mütləqdir.

Süd vəzilərində patoloji dəyişiklikləri 95-97% hallarda diaqnostika etməyə imkan yaradan əsas obyektiv qiymətləndirmə me-

todu **rentgenomammoqrafiya**dır. Bu üsulun rolu palpasiya olunmayan şişlərin preklinik inkişaf mərhələsində, mastopatiyanın diffuz və düyünlü formaları fonunda bətdaxili şişlərin aşkar edilməsində xüsusilə böyükdür. Bu səbəbdən mammoqrafiya süd vəzilərinin xəstəliklərinin skrining metodu hesab olunur və müayinə mütləq metodları kompleksinə daxil edilmişdir. Bir qayda olaraq, mammoqrafiyanı 2 proyeksiyada (düz və yan) menstrual tsiklin 8-10-cu günündə aparırlar.

Cavan qadınlarda, xüsusilə hamiləlik və laktasiya dövründə, yaxşı inkişaf etmiş, bərk parenximası olan süd vəzilərində şiş törəmələrinin aşkar edilməsi imkanı nəzərə cərpacaq dərəcədə azalır. Bununla əlaqədar, 35 yaşdan cavan qadınlara skrining məqsədi ilə mammoqrafiyanı aparmaq məqsədəuyğun deyil. Gec reproduktiv yaşda (35 yaşdan yuxarı) süd vəzilərində kifayət qədər ifadə olunmuş involyutiv dəyişikliklər olan qadınlarda mammoqrammalarda 1 *sm*-dən böyük ölçüyə malik olan törəmələr yaxşı aşkar olunur.

Hazırda bütün dünyada (ÜST, 1984) qəbul edilib ki, mammoqrafiyanı 35 yaşdan başlayaraq 2 ildə bir dəfə (daha tez aparmağa göstəriş olmadıqda), 50 yaşdan sonra – ildə 1 dəfə aparmaq lazımdır. Döşlə əmizdirən, hamilə qadınlar, yeniyetmələr istisna təşkil edir; onlara mammoqrafiya yalnız göstərişlərə görə aparılır.

Instrumental üsullara USM aiddir. USM-in hər 6 aydan bir aparmaq olar; bu üsul yüksək dəqiqliklə düyünlü törəmələri aşkar etməyə imkan yaradır (həmçinin diametri 2-3 *mm* olan xırda kistaları), kista və fibroadenomaların differensial diaqnostikasını aparmağa imkan yaradır. Bundan əlavə, limfatik düyünlərin və diffuz dəyişiklikləri olan süd vəzilərinin müayinəsi zamanı aparıcı metoddur.

Lakin, exoqrafiyanın bir sıra çatışmayan cəhətləri var – mikrokalsinatların, kiçikölçülü şişlərin diaqnostikasında çətinliklər, diffuz proseslərin qiymətləndirilməsində aşağı informativlik.

Bütün bunlar USM-ni yalnız rentgenoloji müayinə ilə birlikdə əlavə metod kimi istifadə etməyə imkan verir. Onların müştərək istifadəsi süd vəzilərinin diaqnostikasının dəqiqliyini 97%-ə qədər artırmağa imkan verir.

Süd vəzilərinin axarlarında lokalizasiya olan dəyişikliklərin diaqnostikası məqsədilə *duktoqrafiya* və ya *kontrast mammoqrafiya* üsulundan istifadə edilir. Kontrast maddə nazik iynə vasitəsi ilə genişlənmiş süd axarına yeridilir, sonra 2 proyeksiyada mammoqrafiya aparılır və patoloji törəmə yerləşən sektor aşkar olunur. Süd vəzilərinin patologiyasının əsas əlamətləri dolma defekti, axarların deformasiyası, daralması və ya genişlənməsi kimi təzahür edir.

Döş gilələrindən ifrazat yaxmalarının sitoloji müayinəsi mütləq aparılmalıdır. Müayinə materialını ifrazat, eroziyalı səthlərdən və çapıqlardan götürülmüş qaşıntılar təşkil edir. Daha çox müayinə obyektini bilavasitə şişdən alınan *punktat* və ya *hədəfli aspirasion biopsiya* vasitəsilə alınan material olur. Üsulun diaqnostik dəqiqliyi 90-100%-i təşkil edir.

Süd vəzisində patoloji proseslərin təyin edilməsi məqsədi ilə *pnevmonokistoqrafiya* aparılır; bu üsul diametri 1-2 mm-ə qədər olan kistadaxili törəmələrin aşkarlanmasında yüksək həlledici rol oynayır.

1970-ci illərdə *termoqrafiya* üsulu geniş yayılmışdır; bu üsulun təsir prinsipləri zədələnmiş və sağlam sahələrin üzərində dəri örtüklərinin qan dövranının xüsusiyyəti ilə bağlı temperaturun fərqinə əsaslanır. Metod ziyansızdır; lakin az informativ olması, kiçik, xüsusilə dərin yerləşən düyünlərin aşkarlanmasında çətinliklərin olması bu üsulu yalnız köməkçi metodlara aid etməyə imkan verir. Son illər süd vəzilərinin xəstəliklərinin diaqnostikasında *radioizotop* metod yayılmağa başlayıb. Patoloji prosesin xarakteri haqqında məlumat patoloji dəyişilmiş toxumalarda radioaktiv fosfor yüksək dərəcədə toplanmasının əsasında əldə edilir. Xərçənglə zədələnmiş toxumalarda radioaktiv fosfor yüksək dərəcədə toplanır və şişdən daha gec (ləng) xaric olunur.

Süd vəzilərinin xərçənginin limfatik düyünlərlə və döşarxası sahəyə metastazların aşkar edilməsi məqsədilə *limfoqrafiya* və *fleboqrafiya* aparılır.

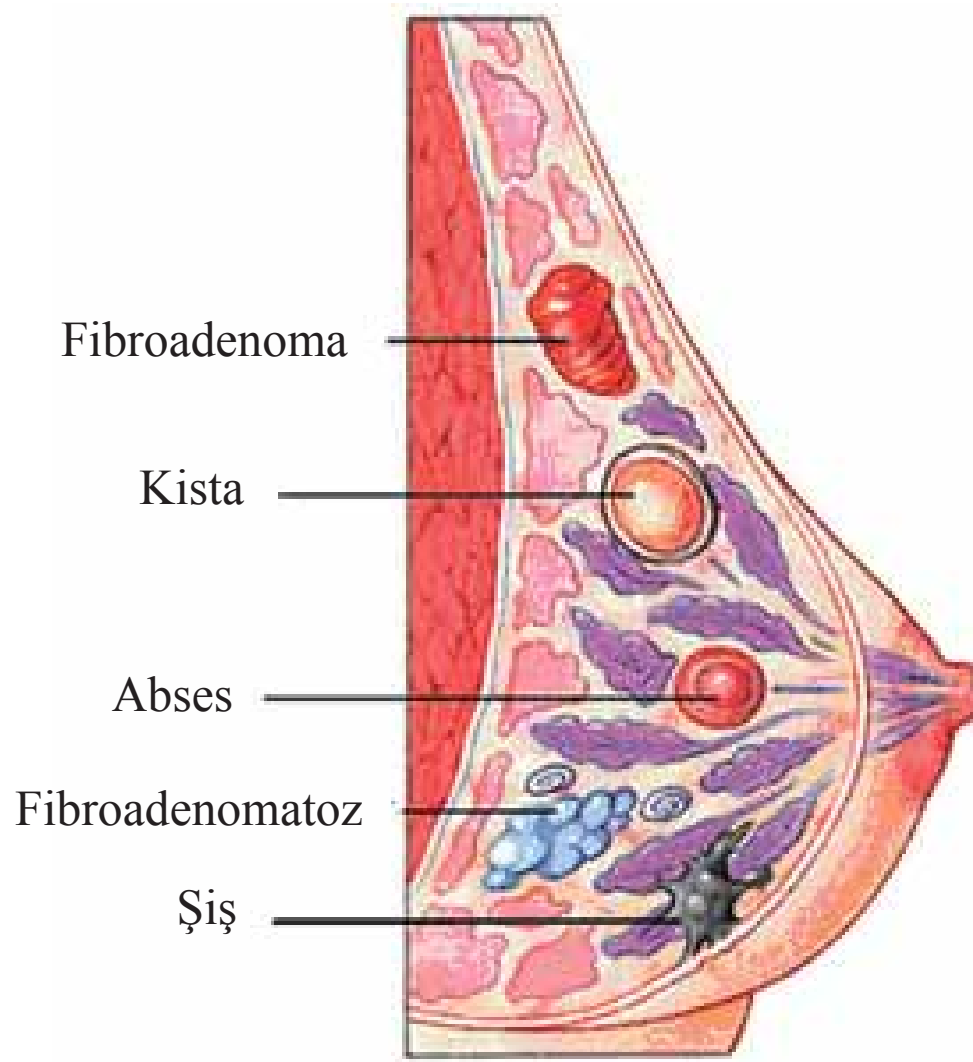
Süd vəzilərində patoloji prosesin inkişafında immun sistemin mühüm rolunu nəzərə alaraq, son illər süd vəzilərinin diaqnosti-

kası, klinik gedişatına və terapiyanın effektivliyinə nəzarət məqsədi ilə bir sıra immunoloji testlər tətbiq olunmuşdur (f-fetoprotein, xərçəng embrional antigenin, trofoblastik qlobulinin, müxtəlif şişlərə qarşı, həmçinin süd vəzilərinin xərçənginə qarşı monoklonal anticisimlərin təyini). Süd vəzilərinin xərçəngi zamanı T-helperlərin miqdarının azalması və T-supressorlarının səviyyəsinin artması hədd sərhədinə çatır.

Süd vəzilərinin patologiyası hormon-asılı prosesi olduğunu nəzərə alaraq müalicə taktikasını düzgün seçmək üçün süd vəziləri xəstəlikləri olan qadınlarda kompleks müayinəyə hormonal statusun təyini mütləq daxil olunmalıdır. Beləliklə, hazırda süd vəzilərinin patologiyasının səbəblərinin öyrənilməsində və diaqnostika üsullarının işlənib hazırlanmasında əhəmiyyətli irəliləməyə nail olunmuşdur. Lakin, süd vəzilərinin diaqnostikasında rentgenomammoqrafiya əsas üsul olaraq qalır. Digər diaqnostika üsullarının vacib köməkçi əhəmiyyəti vardır və onlar mammoqrafiya ilə kompleksdə dəyərli əlavə metodikalar kimi istifadə oluna bilər.

Mastopatiyanın klinik təzahürləri. Əksər hallarda mastopatiya menstrual tsiklin II (lütein) fazasında və ya gözlənilən aybaşından bir neçə gün əvvəl əmələ gələn aybaşıönü sindromla təzahür edilir; bu, zaman əsas simptom stromada venoz durğunluqla və ödemlə şərtlənən süd vəzilərinin tsiklik ağrılığı və şişkinliyi olur.

Diffuz forma üçün süd vəzilərində gözlənilən aybaşından bir neçə gün əvvəl güclənən müxtəlif xarakter və intensivliyə malik olan ağrıların olması daha səciyyəvidir. Bir sıra hallarda süd vəzilərinin xəstəliyi çiyin, qoltuqaltı nahiyyəyə, kürəyə irradiasiya edən uzunmüddətli ağrılarla təzahür edilir. Bu *mastodiniya* və ya *mastalgiya* adlanan xüsusi qrupa ayrılan diffuz mastopatiyanın tipik təzahürüdür. Çox vaxt mastodiniya aybaşıönü dövründə miqrenəbənzər baş ağrıları, ödem, həddindən artıq sinir oyanıqlığı, yuxunun pozulması, narahatlıq və qorxu hissi ilə müşayiət olunur. Adətən aybaşının başlanması ilə aybaşıönü sindromun simptomları yox olur.



Şəkil 9.3. Süd vəzisinin patoloji vəziyyətləri

Vəzili komponentin üstünlüyü ilə müşayiət olunan fibroz-kistoz mastopatiya (adenoz). Morfoloji cəhətdən FKM-in bu forması vəzinin paycıqlarının yüksək dərəcədə differensiasiya olunmuş, izolə olunmamış hiperplaziyası ilə səciyyələnir. Klinik olaraq aybaşıönü dövrə güclənən ağrı, gərginlik və vəzinin diffuz və ya hissəvi bərkiməsi ilə təzahür olunur. Bərkimənin sərhədləri ətraf toxumalara hamar keçir. Adenoz, cavan qızlarda cinsi yetiş-kənlik dövrün sonunda və hamiləliyin əvvəlində keçici bir vəziyyət kimi müşahidə olunur. Rentgenoloji müayinə zamanı hiperplaziyaya uğramış pay və paycıqlara müvafiq dəqiq sərhədləri olmayan qeyri-düzgün formalı çoxsaylı kölgələr təyin edilir. Bəzi hallarda proses yayılmış olduqda bu kölgələr vəzini bütövlükdə əhatə edir.

Fibroz komponentin üstünlüyü ilə müşayiət olunan FKM. Bu forma üçün paycıqlararası birləşdirici toxumanın fibroz dəyişiklikləri, vəzinin axarının tam obliterasiyaya qədər mənəfinin daralması ilə gedən toxumasının proliferasiyası səciyyəvidir. Kli-

nik mənzərə ağrı, palpasiya zamanı bərkimiş, atmalı sahələrin olması ilə səciyyələnir. Fibroz proseslər premenopauzal dövrdə olan qadınlarda üstünlük təşkil edir. Bu formanın rentgenoloji mənzərəsi bərk eynicinsli qatların olması ilə ifadə olunur.

Kistoz komponentin üstünlüyü ilə müşayiət olunan FKM. Vəzinin ətraf toxumalarından yaxşı ayrılan elastik konsistensiyalı

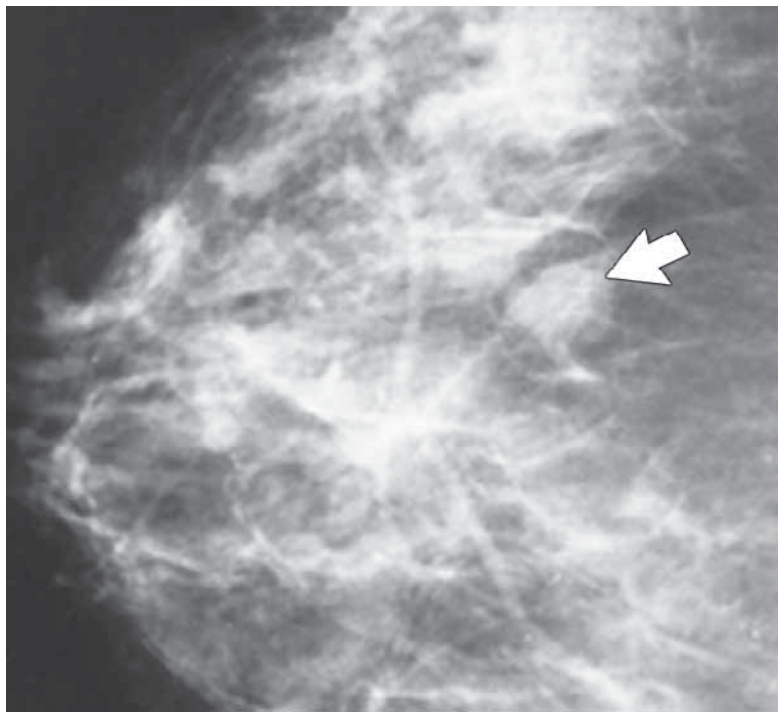


Şəkil 9.4. Süd vəzisinin kistası

çoxsaylı kistoz törəmələrin olması səciyyəvidir. FKM-in digər formalarında olduğu kimi aybaşıdan əvvəl ağrının olması səciyyəvi əlamət təşkil edir. Kistaların əmələ gəlməsi qadınlarda 54 yaşdan sonra daha səciyyəvidir. Rentgenoloji olaraq FKM-in bu forması iriilməli mənzərə fonunda diametri 0,3-6,0 *sm*, konturları dəqiq olan çoxsaylı açıqrəngli sahələr görünür (şəkil 9.4). Kistoz möhtəviyyatın rəngi və konsistensiyası müxtəlifdir. Xəstələrin 25%-ində bədxassəli prosesin patognomonik əlaməti olan kistaların kalsinasiyası müşahidə olunur.

FKM-in diffuz formaları xalis şəkildə az hallarda təsadüf edilir. Əksər hallarda mastopatiyanın qarışıq formasına rast gəlinir; bu zaman yuxarıda qeyd olunan morfoloji əlamətlərin üçü də ifadə olunmuş olur: paycıqların hiperplaziyası, paycıqdaxili və paycıqlararası birləşdirici toxumanın sklerozu və alveolaların axarlarının genişlənməsi və onların kistoz törəmələrə çevrilməsi ilə müşayiət olunan atrofiyası.

FKM-in düyünlü forması yuxarıda təsvir edilən, lakin lokal xarakter daşıyan bir və ya bir neçə düyün şəkilli dəyişikliklərlə səciyyələnir. FKM-in bu formasında ağrı hissi daha çox ifadə olunaraq çiyinə və kürəyə irradiasiya edir. Bəzi hallarda qoltuqaltı limfatik düyünlər böyüyür (şəkil 9.5).



Şəkil 9.5. Mammoqrafiya, ox ilə düyünlü (8×9 mm) lateral mastopatiya göstərilir

Süd vəzilərinin xoşxassəli xəstəliklərinin müalicəsi.

Hazırda mövcud olan süd vəzilərinin müalicə üsullarını aşağıdakılara bölmək olar:

- cərrahi müalicə – ocaqlı zədələnmələr və kistalar olduqda;
- ümumi möhkəmləndirici maddələrin və vitaminlərin istifadəsi;
- fitoterapiya;
- hormonal müalicə.

Mastopatiyanın ocaqlı formaları adətən cərrahi müalicəyə məruz qalır, xaric edilmiş preparat histoloji müayinə olunmalıdır. Düyünlü mastopatiyanın kistoz formasında kista kəsilib götürülməlidir. Bu əməliyyatdan əvvəl kistanın punksiyasını aparıb, təcili surətdə onun möhtəviyyatını müayinə edirlər, kapsulun daxili səthinin öyrənilməsi məqsədilə boşluğunu yodkontrast maye və ya qaz ilə doldururlar, yalnız sonra cərrahi müdaxilənin həcmi müəyyənləşdirirlər.

Bəzi müəlliflər, kofeinin, teobrominin, teofillinin istifadəsi ilə FKM-in inkişafı arasında qarşılıqlı əlaqəni nəzərə alaraq, müalicəni *pəhrizin* işlənilib hazırlamasından və ciddi riayət edilməsindən başlamağı tövsiyə edirlər. Hesab edilir ki, bu maddələr fibroz toxumanın inkişafına və kistalarda mayenin əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Bu səbəbdən qəhvə, çay, şokolad, kakao kimi ərzaqların

istifadəsinin məhdudlaşdırılması və ya onlardan imtina süd vəzilərinə ağrını və gərginliyi xeyli azalda bilər.

Təyin edilib ki, FKM-dən sonra süd vəzisinin xərçənginin inkişafı, qaraciyər, mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri, xroniki qəbizlik, bağırsaq mikroflorasının dəyişməsi və gündəlik qida rasionunda lifli bitkilərin çatışmaması ilə əlaqədardır. Bu səbəbdən lifli bitkilərlə zəngin qida, kifayət qədər mayenin (1,5-2 l) qəbulu tövsiyə olunur.

Mastopatiyanın kompleks müalicəsinə vitaminoterapiya daxil edilməlidir. Vitaminlər dərman preparatlarının terapeutik aktivliyini gücləndirir, kənar təsirləri zəiflədir və ya ləğv edir, periferik və mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətini tənzimləyir, orqanizmin immun sistemini möhkəmləndirirlər. Mastopatiyanın müalicəsində əsasən A, B, E qrup vitaminləri istifadə edilir.

Qadının psixosomosal vəziyyətindən asılı olaraq müalicəyə sedativ maddələri daxil etməklə geniş tətbiq olunur.

Mastopatiyanın bütün növlərinin müalicəsində fitoterapiya – xüsusi seçilmiş dərman bitkilərinin qarışığı – geniş tətbiq edilir. Onlar maddələr mübadiləsini normallaşdırır, şlakların tez xaric edilməsinə şərait yaradır və orqanizmin müqavimət reaksiyalarını stimullaşdırır.

Orqanizmin zərərli ekzogen amillərinə qarşı müqavimətini artıran dərman bitkilərinə çin cır limonu, jənşen, eleuterokokk cövhəri aiddir. İmmunitetin stimulyatorlarına üçbarmaq, moruq və dazı otunun cövhəri aiddir. Qara ciyərin və öd yollarının xəstəlikləri zamanı müxtəlif bitkilərin qarışığını istifadə edirlər: kalendula çiçəyi, dazı otu, solmazçiçəyi, çovdar mähmızı, sarıçiçək, murdarça qabığı.

Hormonal müalicə üsulları. Hal hazırda mastopatiyanın müalicəsində hormonal preparatların istifadəsinin mümkünlüyü haqqında məlumatlar toplanmışdır. Hesab edilir ki, yanaşı gedən neyroendokrin ginekoloji patologiya yoxdursa, hormonal terapiyanı yalnız süd vəzilərinin müalicəsi məqsədilə aparmaq məqsədəuyğun deyil.

Projestojel 100 ml gəldə 1 q təbii progesteron olan preparatdır. Bu süd vəzinin üzərinə (gilədən və areoladan başqa) yaxılan

yerli istifadə olunan preparatdır. FKM müalicəsi üçün təbii, effektiv və təhlükəsiz vasitə hesab olunur. Dəri applikasiyaları süd vəzilərinin toxumalarında təbii progesteronun konsentrasiyasını artırmağa imkan yaradır, bu da süd vəzi səviyyəsində estrogenlərlə progesteronun disbalansını korreksiya etməyə imkan yaradır. Preparat 2,5 q gel şəklində hər süd vəzinə fasiləsiz rejimdə tsiklin 16-cı günündən 25-ci gününə qədər gündə 1 və ya 2 dəfə tsiklik rejimdə 3-6 ay ərzində təyin edilir.

Hormonal kontraseptivlərin təsiri altında süd vəzilərinin aybaşıönü dövrə gərginləşməsi, ödəmi, ağırlıq hissi və toxumasının bərkiməsi azalır. Klinikada aşağı- və mikrodozal kombine edilmiş oral kontraseptivlərin (KOK) geniş tətbiqi mastopatiyası və ginekoloji xəstəliyi olan qadınlarda mümkündür o halda ki, bu preparatların təyini zəruridir.

Livial – qadınlara postmenopauzada təyin edilən sintetik preparatdır. Zəif estrogen, hestagen və androgen təsirə malikdir, süd vəzinin hüceyrələrinin proliferasiyasını ləngidir, vəzin epitelial komponentinə antiestrogen təsir göstərir; endometriumun proliferasiyasını stimullaşdırmadan qonadotropinlərin sekresiyasını və ovulyasiyanı tormozlayır. Preparat 2,5 mq dozada fasiləsiz rejimdə istifadə edilir.

Tamoksifen (antiestrogen) – süd vəzinin həm xoşxassəli, həm də bədxassəli xəstəlikləri zamanı istifadə olunur. Preparat sutkada 10-20 mq dozada 3-6 ay ərzində təyin edilir və 10-12 həftə müalicədən sonra mastalgiya əlamətləri yox olur, rentgenoloji müayinədə isə süd vəzində bərkimə sahələrinin kiçilməsi qeydə alınır.

Parlodel (bromerqokriptin) və dofaminin digər aqonistləri – prolaktinin sekresiyasına tormozlaşdırıcı təsir göstərən preparatlardır. Bu preparat təsdiq olunmuş hiperprolaktinemiyası olan xəstələrə təyin edilir. Preparat sutkada 2,5-7,5 mq dozada 3-6-12 ay ərzində təyin edilir.

Hestagenlər daha çox mastopatiya genital endometrioza, lütein çatışmazlıqla, endometriumun hiperplaziyası ilə yanaşı gəndə istifadə olunur. Hazırda utrojestandan daha tez-tez istifadə

olunur. Preparat aybaşı tsiklinin II fazasında sutkada 200 *mq* dozada istifadə olunur.

Danazol 17- α -etinilestradiolun törəməsidir. Süd vəzilərinin xoşxassəli xəstəliyi və endometriozu olan xəstələrə təyini məqsəduyğundur. Endometriozun və ya adenomiozun yayılma dərəcəsindən asılı olaraq preparat 6 ay ərzində sutkada 400-600 *mq* dozada təyin edilir. Preparatın istifadəsi fonunda amenoreya, bədən kütləsinin artması, AT-nin yüksəlməsi, akne və s. əmələ gələ bilər.

Qn-RH-nin aqonistləri (*dekapeptil* – depo, zoladeks, buserelin) – hipofizin qonadotrop funksiyasını blokada edir, estrogen səviyyəsini azaldır və ovulyasiyanı tormozlayırlar.

Süd vəziləri xəstəliklərinin səbəblərinin çoxşaxəli olması müalicənin də mürəkkəb olmasını şərtləndirir. Müxtəlif müalicə tədbirlərinin uğurlu olması, ilk növbədə, qadının hərtərəfli tam müayinəsindən (obyektiv müayinə, USM, mammoqrafiya, ginekoloji statusun, neyroendokrin sistemin dəyərləndirilməsi və endokrin patologiyanın xarakterinin müəyyənləşdirilməsi) asılıdır.

Süd vəziləri xəstəliklərinin profilaktikası aşağıdakılardan ibarətdir:

- abortların (xüsusilə təkrar) qarşısının alınması;
- ginekoloji xəstəliklərin vaxtında müalicəsi;
- rəşional kontrasepsiya;
- süd vəzilərinin patologiyasının erkən aşkar edilməsi;
- hamiləliyin, doğuşun və zahılıq dövrünün düzgün aparılması.

X FƏSİL

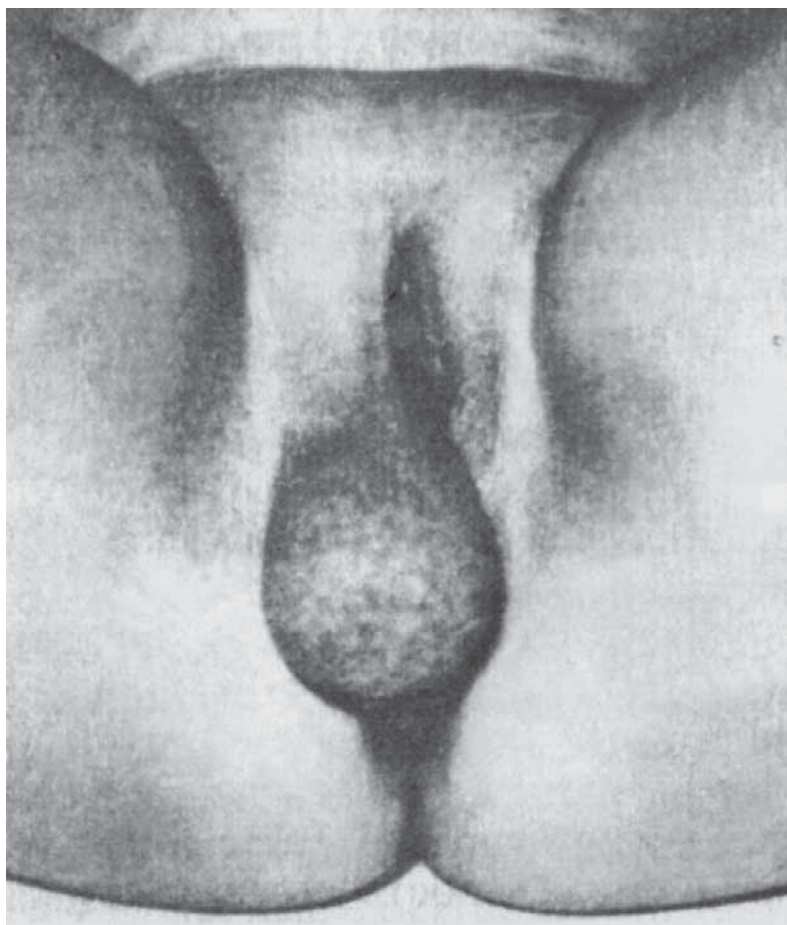
XARİCİ CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN VƏ UŞAQLIQ YOLUNUN ŞİŞ XƏSTƏLİKLƏRİ

10.1. XARİCİ CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN XOŞXASSƏLİ ŞİŞLƏRİ

Xarici cinsiyyət üzvlərində bu nahiyyənin istənilən hüceyrə elementlərindən inkişaf edən onkoloji xəstəliklər baş verə bilər. Xarici cinsiyyət üzvlərinin xoşxassəli şişlərinə fibroma (fibromioma), lipoma, miksoma, hemangioma, limfangioma, papilloma, hidroadenoma aiddir.

Fibroma birləşdirici toxuma xarakterli şişdir. Enli əsas və ya ayaqcıq üzərində olub, ətraf toxumalarla bitişməsi olmur. Yetişmiş lifli birləşdirici toxumadan və kollagen lif dəstələrindən ibarətdir. Kollagen liflərin yerləşməsindən və hialinizasiya dərəcəsindən asılı olaraq şiş müxtəlif konsistensiyada ola bilər.

Fibroma adətən böyük cinsiyyət dodaqlarında, bəzən isə uşaqlıq yolu dəhlizində yerləşə bilər. Ləng inkişaf edir (şəkil 10.1).



Şəkil 10.1. Vulvanın ayaqcıq üzərində fibroması

Mioma əzələ liflərindən inkişaf edir. Hansı əzələ liflərindən inkişaf etməsinə görə *leyomioma* (saya əzələ liflərindən inkişaf edən) və *rabdomioma* (eninəzolaqlı əzələlərdən inkişaf edən) ayırd edilir. Adətən böyük cinsiyyət dodaqlarının qalınlığında yerləşir, sərt elastiki konsistensiyaya malik olur, hərəkətli olub ətraf toxumalarla əlaqəsi olmur.

Fibromiomada fibroma və mioma elementləri olur.

Lipoma piy toxumasından inkişaf edir. Qasıq və böyük cinsiyyət dodaqları nahiyyəsində müşahidə edilir. Girdə formada olub, yumşaq konsistensiyalıdır; kapsul ilə əhatə olunur, nisbi hərəkətlidir, dəri ilə bitişməsi olmur.

Miksoma mezenximanın qalıqlarından inkişaf edir, qasıq və böyük cinsiyyət dodaqları nahiyyəsində yerləşir. Əsasən yaşlı qadınlarda rast gəlinir.

Hemangioma dəri və selikli qişaların damarlarından inkişaf edir. Kapillyar və kavernoz hemangioma fərqləndirilir. Adətən böyük cinsiyyət dodaqları nahiyyəsində dəri və selikli qişanın səthindən bir az qabaran göyümtül və ya qırmızı ləkə şəklində düyün formasında olur. Şiş nisbətən sürətlə böyüyür və böyük ölçülərə çata bilər, uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynuna yayıla bilər.

Limfangioma dərinin limfatik damarlarından inkişaf edən şişdir. Zülal mənşəli mayesi olan müxtəlif ölçü və formaya malik boşluğu olur. Boşluğun divarı epitelial örtüklü birləşdirici toxumadan təşkil olunub. Şiş kiçik qabarlı düyünlərdən ibarət olub bir-birilə əlaqələnir, yumşaq konsistensiyalı göyümtül şişkinlik əmələ gəlir, bəzən bərk törəmələr də qeyd oluna bilər.

Papilloma böyük cinsiyyət dodaqlarının örtük epitelindən ibarət olub, fibroelastiki struktura malik olur. Bəzən nəzərə çarpan akantoz qeyd edilir. Bu nazik və ya enli ayaqcıq üzərində olan ekzofit böyümə meyli olan məməcikli tək və ya çoxsaylı şişlərdir. Rəngi ağımtıl və tünd-qəhvəyi ola bilər. Papillomanın bədxassəliyə çevrilməsi baş verə bilər.

Hidroadenoma tər vəzilərindən inkişaf edir, qasıq və böyük cinsiyyət dodaqlarında yerləşir. Müxtəlif ölçülü yastı düyüncüklər formasında, çoxsaylı simmetrik səpkilər şəklində olur. Forması

oval və ya dairəvi, rəngi sarı, çəhrayı və ya qəhvəyi olur. Mikroskopik olaraq içərisi kolloid kütlə ilə dolu, içərisi yastılaşmış epiteli ilə örtülü kist formasında olur.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin xoşxassəli şişlərinin müalicəsi cərrahi yolla olur. Əgər şiş ayaqcıq üzərindədirsə, sonuncuya sıxıcı qoyub kəsmək lazımdır.

Əgər şiş cinsiyyət orqanlarının dərinliyində yerləşirsə, şişin üzərində dəri kəsilir və şiş soyulub çıxarılır. Elektrokoagulyasiya, kriocərrahiyyə və şüa müalicəsi metodları da istifadə oluna bilər.

Xarici cinsiyyət üzvlərin xərçəngünü xəstəliklərinə leykoplakiya, krauroz, Bouen, Pedjet xəstəlikləri aiddir.

Leykoplakiya çoxsaylı yastı epitelinin proliferasiyası, onun differensiasiyası və yetişməsinin para- və hiperkeratoz tipli pozulması ilə xarakterizə olunur. Bazal membranın altında girdə hüceyrəli infiltrasiya qeyd olunur. Makroskopik leykoplakiya quru ağımtıl və ya sarı rəngli parıldayan lövhəciklər şəklində olub, sağlam toxumadan cüzi olaraq hündürdə yerləşir. Şiş adətən kiçik cinsiyyət dodaqları və klitorun ətrafında məhdud sahədə yerləşir. Yenitörəmə proqressivləşdikcə qalınlaşır və xoralaşır.

Krauroz zamanı dərinin məməcikli və torlu qatında atrofiyalaşma, elastiki liflərin məhv olması və birləşdirici toxumanın hialinləşməsi qeyd olunur. Əvvəlcə altda yerləşən birləşdirici toxumanın iltihabi infiltratlaşması və akantoz elementləri ilə epidermisin hipertrofiyalaşması, sonra isə cinsiyyət dodaqlarının atrofiyalaşması baş verir. Kolposkopiya zamanı nəzərə çarpan teleangioektaziya aşkarlanır. Xarici cinsiyyət üzvlərinin dəri və selikli qişaları atrofiyalaşmış, kövrək, tez yaralanan, depiqmentasiyalaşmış, uşaqlıq yolu girəcəyi daralmış olur.

Leykoplakiya və krauroz qaşınma və yanğı hissi ilə müşayiət olunur, bu dərinin travmatizasiyasına, ikincili infeksiyalaşmaya və vulvitin inkişafına səbəb olur. Xəstəlik 20% hallarda xarici cinsiyyət üzvlərinin xərçənginə çevrilə bilər.

Müalicəsi kompleks şəkildə aparılmalıdır: desensibilizəedici və sedativ preparatlar təyin olunmalı, əmək və istirahət rejiminə düzgün riayət edilməli, gimnastik təlimlər, kəskin qidaların və

spirtli içkilərin azaldılması lazımdır. Qaşınmanı azaltmaq məqsədi ilə yerli 10%-li anestezin və 2%-li dimedrol məlhəmi, 2%-li rezorsin islatmaları, cinsiyyət sinirinin novokainlə blokadası və ya cərrahi denervasiya tətbiq olunur. Konservativ müalicə effekt vermədikdə vulvektomiya və şüa müalicəsi göstərişdir.

Bouen xəstəliyi hiperkeratoz və akantoz əlamətləri ilə keçir. Klinik olaraq yastı və aydın sərhədli və infiltrasiyalı, bir qədər hündür dəri ləkələri şəklində olur.

Pedjet xəstəliyi zamanı epidermisdə özünəməxsus iri şəffaf hüceyrələr əmələ gəlir. Klinik olaraq tək-tək dənəvər səthi olan kəskin sərhədli al-qırmızı ekzemayabənzər ləkələr yaranır. Ləkə ətrafında dəri infiltratlaşır. Bouen və Pedjet xəstəliyi fonunda tez-tez invaziv xərçəng inkişaf edir. Müalicəsi cərrahi yolla (vulvektomiya).

Vulvanın xərçəngönü xəstəliklərində kolposkopik müayinə vacibdir. Leykoplakiyanın kolposkopik mənzərəsi belədir: buy-nuzlaşan səth az şəffafdır, damarlardan məhrum sahə “ağ ləkə” və ya ağ kələ-kötür səth kimi görünür. Şiller sınağı mənfidir. Krauroz zamanı da Şiller sınağı mənfidir və ya zəif müsbətdir. Lazım gələrsə, həmin sahədən biopsiya götürülür.

Differensial diaqnostikası vulvanın essensial qaşınması, xərçəngi, allergiya, çəhrayı dәмrov, vitiliqo, sifilislə aparılır.

Müalicə fərdi xüsusiyyətləri nəzərə almaqla kompleks şəkildə aparılmalıdır. Müvafiq pəhriz, ümumi möhkəmləndirici və sedativ müalicə (valerian dəmləməsi, kiçik trankvilizatorlar və yuxugətiricilər), psixoterapiya (suggestiv, hipnosuggestiv, autogen məşqlər) tövsiyə olunur. Kontraseptiv rejimdə hormonoterapiya təyin edilir.

Vulvanın kraurozunda yerli müalicəyə üstünlük verilir, su proseduraları məsləhət görülmür. İltihab əlamətləri olarsa, kortikosteroid məlhəmləri və biogen stimulyatorlar tətbiq edilir. Yumurtalıqların nəzərə çarpan hipofunksiyası zamanı estrogenlər (estriol üstünlük verilir) təyin olunur. Estriol 1,5 mq-dan gündə 2 dəfə 2-3 həftə ərzində 7-10 gün fasilələrlə təyin olunur. 3-4 belə kurs aparılır. Estriol olmadıqda sitoloji və laborator müayinələrin nəza-

rəti altında mikrofolinin mikrodozaları təyin olunur. A, E, B₁, B₁₅, C vitaminləri tətbiq oluna bilər. Qaşınma zamanı 1 ml 2%-li novokain, 1 ml 0,5%-li dikain, 0,5% və ya 1%-li 1 ml trimekain məhlulu işlənir.

Vulva, qasıq və perianal nahiyyəyə hidrokartizonla fonoforez, antihistamin preparatlar, fitoterapiya, B₁-lə endonazal elektroforez, darsonvalizasiya, iynərefleksoterapiya, lazerterapiyası, balneomüalicə, krioterapiya təyin oluna bilər.

Konservativ müalicə kifayət qədər effekt vermədikdə medikamentoz denervasiya (vulvanın yerli sirkulyar infiltrasion anesteziyası ilə müştərək cinsiyyət sinirlərinin innervasiya sahəsinin regional anesteziyası) aparılır. Spirt-novokain blokadası obyektiv və subyektiv yaxşılaşmaya səbəb olur, lakin xəstəliyin residivləşməsi baş verə bilər.

Leykoplakiyalı xəstələrə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Çünki biopstatın histoloji müayinəsində displastik proseslər aşkarlanan zamanı uzunmüddətli konservativ müalicə məsləhət deyil. Cərrahi və kriocərrahi müalicə vulvanın xərçəngindən etibarlı müdafiə vasitəsidir. Reproduktiv yaşda diffuz forma displaziya zamanı vulvektomiya göstərilir.

10.2. XARİCİ CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN BƏDXASSƏLİ ŞİŞLƏRİ

Xarici cinsiyyət üzvlərinin xərçəngi – qadın cinsiyyət üzvlərinin şiş xəstəlikləri strukturunda uşaqlıq boynunun xərçəngi, uşaqlıq cisminin xərçəngi və yumurtalıqların xərçəngindən sonra dördüncü yerdə durur və 3-8% təşkil edir. Adətən 60-70 yaşlı qadınlar arasında rast gəlinir və şəkərli diabet, piylənmə və digər endokrin pozuntularla müşayiət olunur.

Vulvanın xərçənginin etiologiya və patogenezi tam öyrənilməmişdir. Səbəb kimi virus infeksiyası (papilloma virus) inkar edilmir. 50% hallarda vulvanın xərçəngi xərçəngönü xəstəliklər (atrofik vulvit, leykoplakiya, krauroz) fonunda inkişaf edir.

Əsasən böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları və aralıq nahiyyə-sində, klitor, sidikçıxarıcı kanal və böyük dəhliz vəzilərinin axacaq-larında rast gəlinir. Əksərən morfoloji cəhətdən yastıhüceyrəli, az hallarda isə az differensiasiyalı və ya vəzili formaları olur. Klinik olaraq ekzofit, düyünlü, xoralı və infiltrativ formaları ayırd edilir.

Prosesə çox vaxt uşaqlıq yolunun aşağı 1/3 hissəsi, işiorektal və obturator nahiyələrin kövşək toxuması cəlb olunur. Ən aqressiv gedişə qan və limfa damarları ilə zəngin olan klitor nahiyyəsinin şişləri malik olur.

Limfogen metastazın I mərhələsində səthi və dərin qasıq-bud limfa düyünləri, II mərhələdə qalça və qapayıcı dəlik nahiyyəsinin limfa düyünləri, III mərhələdə qalça arteriyası və aorta boyunca olan limfa düyünləri cəlb olunur. Şişin differensiasiya dərəcəsi azaldıqca metastatik zədələnmə tezliyi artmış olur.

Diaqnozun qoyulmasında vizual baxış, invaziyanın dərinli-yini və yayılmasını müəyyənləşdirmək məqsədilə palpasiyanın aparılması vacibdir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə yaranın kənarlarından götürülmüş yaxmanın və ya biopsiyanın sitoloji müayinəsindən, dərin limfa düyünlərinin vəziyyətini qiymətlən-dirmək üçün ultrasanoqrafiya, düz və qeyri-düz limfoqrafiya me-todlarından istifadə olunur. Vulvanın xərçənginin onkomarkerləri yastıhüceyrəli xərçəng antigeni (SCC) və karsinoembrional anti-gen (CEA) hesab olunur.

Cədvəl 10.1

TNM sistemi üzrə (1997) vulvanın bədxassəli şişlərinin təsnifatı

TNM	FİGO mərhələlər	
1	2	3
T _x		Birincili şişi aşkar etmək üçün kifayət qədər məlumat yoxdur
T _o		Birincili şiş ocağı aşkarlanmır
T _{is}	0	Preinvaziv karsinoma (<i>carcinoma in situ</i>)
T ₁	I	Diametri 2 sm-ə qədər olan təksaylı şiş və ya xora dəri və ya selikli qişanın səthi qatlarında yerləşir, metastaz olmur

1	2	3
T_{1a}	Ia	Yalnız mikroskopik yolla diaqnoz qoyulan invaziv karsinoma. Bütün makroskopik, gözlə görünən invaziv dəyişikliklər T1b mərhələsinə aid edilir
T_{1b}	Ib	Diametri 2 <i>sm</i> -dən və stromal invaziyası 1 <i>mm</i> -dən çox olmayan invaziv karsinoma
T_2	II	Diametri 2 <i>sm</i> -dən 5 <i>sm</i> -ə qədər olan, ətraf yumşaq toxumalara infiltrasiya edən şiş, qasıq nahiyyəsində tək-tək hərəkətli metastazlar
T_3	III	Diametri 5 <i>sm</i> -dən böyük istənilən ölçüdə tək saylı və 10 <i>sm</i> -dən böyük olmayan çoxsaylı şişlər. Aşağı toxumalara dərin infiltrasiyası olur, proses uşaqlığın aşağı $\frac{1}{3}$ hissəsinə, anal dəliyə (selikli qışası cəlb olunmadan), uretranın aşağı hissəsinə yayılır
T_4	IV	İstənilən ölçüdə tək saylı şiş qeyd edilir və onun sadalanan strukturlardan istəniləninə, sidik kisəsinin selikli qışası, uretranın yuxarı hissəsi, düz bağırsağın selikli qışası, düz bağırsaq-uşaqlıq yolu arakəsməsinə yayılması qeyd olunur. Şiş sümüyə fiksə olunur və uzaq orqanlara metastaz müşahidə edilir, zonada 10 <i>sm</i> -dən böyük çoxsaylı düyünlər qeyd edilir

TNM – klinik təsnifat

T – birincili şiş

N – regionar limfa düyünləri

N_x – regionar limfa düyünlərini qiymətləndirmək üçün kifayət qədər məlumat yoxdur

N_0 – limfatik düyünlərin metastatik zədələnməsi əlamətləri yoxdur

N_1 – regionar limfa düyünlərinə birtərəfli metastazlar qeyd olunur

N_2 – regionar limfa düyünlərinə ikitərəfli metastazlar qeyd olunur

M – uzaq metastazlar

M_x – uzaq metastazları təyin etmək üçün kifayət qədər məlumat yoxdur

M_0 – uzaq metastaz əlamətləri yoxdur

M_1 – uzaq metastazlar qeyd olunur

Xərçəngin I mərhələsində cərrahi müalicə, II–III mərhələlərində isə kombinəedilmiş cərrahi və şüa müalicəsindən istifadə

olunur. Xəstəliyin IV mərhələsində və residiv verən formalarında fərdi yanaşma – şüa, kimyəvi və cərrahi müalicə metodlarının kombinasiyasından istifadə olunur.

Pre-, mikroinvaziv və I mərhələli xərçəngdə sadə vulvektomiya, xəstəliyin II mərhələsində radikal vulvektomiya (böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları, klitor, uşaqlıq yolu selikli qışasının aşağı hissəsi, qasıq nahiyyəsinin piy toxuması çıxarılır) əməliyyatı yerinə yetirilir.

Proses limfa düyünlərinə geniş yayıldıqda, qasıq limfodisseksiyası (Dyuken əməliyyatı) aparılır.

Şüa müalicəsi xəstəliyin I–III mərhələsində müstəqil olaraq cərrahi müalicəyə əks-göstəriş olduqda aparılır.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin xərçənginin proqnozu qeyri-qənaətbəxşdir, az müddət ərzində metastaz verir. Ən bədxassəli gediş xərçəngin klitor nahiyyəsinin lokalizasiyasında qeyd edilir.

Kombinəedilmiş müalicə alanlarda beşillik yaşama 55-60%, tək şüa müalicə alanlarda isə 25-30% təşkil edir.

Sarkomanın bir növü melanosarkomadır. O, pigment ləkələrindən və ya epitelin tərkibində pigment olan bazal qatından inkişaf edir. Hematogen yolla yaxın və uzaq orqanlara metastaz verir.

Vulvanın sarkoması zamanı total vulvektomiya limfadnektomiya ilə birgə tövsiyə olunur, sonradan şüa müalicəsi aparılmalıdır. Cərrahi müalicə mümkün olmadıqda yalnız şüa müalicəsi verilir. Proqnoz qeyri-qənaətbəxşdir.

10.3. UŞAQLIQ YOLUNUN ŞİŞLƏRİ

Uşaqlıq yolunun xoşxassəli şişlərinə (mioma, fibroma, fibromioma) az rast gəlinir, ən çox retension kistalarına təsadüf olunur. Adətən onlar gənc qadınlarda yumurtalıq artımının boylama axacağından və ya differensiasiya olunmamış embrional toxuma qalıqlarından inkişaf edir.

Çox vaxt heç bir əlaməti olmur və təsadüfi baxış zamanı aşkar edilir. Simptomlar yalnız şiş çox böyüyüb irinlədikdə, cinsi

əlaqə zamanı maneçilik törətdikdə, yanaşı orqanların – sidik kisəsi və düz bağırsağın funksiyasını pozduqda meydana çıxır.

Uşaqlıq yolunun fibromioması ayaqcıq və ya enli əsas üzərində olub tək düyün şəklində rast gəlinir, palpasiya zamanı bərk və hərəkətli olur. Uşaqlıq yolunun kistası isə sərtelastik və ya yumşaq konsistensiyalı yumru törəmə olub, uşaqlıq yolunun yan divarlarında yerləşir, ağrısızdır.

Son diaqnoz xaric olunmuş şişin histoloji müayinəsinə əsasən qoyulur.

Uşaqlıq yolunun bütün xoşxassəli şişlərinin və kistalarının müalicəsi cərrahi yollaadır.

Uşaqlıq yolunun xərçəngünü xəstəliklərinə eritroplakiyalar, atipik proliferasiyalı leykoplakiyalar, displaziyalar aid edilir. Displaziyanın qabarıqlığından asılı olaraq yüngül, orta, ağır dərəcələri ayırd edilir.

Uşaqlıq yolunun bədxassəli şişlərinə xərçəng və sarkoma aiddir. Bundan başqa vaginanın divarlarında zədələnməsi çox təhlükəli olan pigment nevusları, melanozlar, melanomlar, həmçinin metastatik karsinoma və xoriokarsinoma rast gəlinə bilər.

Uşaqlıq yolunun xərçəngi – qadın cinsiyyət üzvlərinin bədxassəli şişlərinin 2-3%-ni təşkil edir, 40-60 yaşlı qadınlarda rast gəlinir. Xərçəngin inkişafına səbəb ola biləcək faktorlara travmaları, uşaqlıq yolu divarlarının və uşaqlığın sallanması və düşməsini, postmenopauzal hipoeistrogeniyanı, ağır senil kolpiti, II tip herpes virusları, yastı kondiloma və papilloma virusla infeksiyalaşmaları, şüa müalicəsi alan qadınlarda immunodepressiyanı misal göstərmək olar.

Uşaqlıq yolunun invaziv xərçəngi ekzofit və ya endofit şiş şəklində ola bilər. Şişin səthi nahamar olub kövrəkdir, tez qanayır. Histoloji quruluşuna görə adətən (90%) yastı hüceyrəlidir (buynuzlaşan və buynuzlaşmayan), az hallarda isə vəzilidir (adenokarsinoma).

Şişin yayılması adətən proksimal istiqamətdə uşaqlıq boynuna doğrudur. Prosesə parametrium və ətraf orqanlar (sidik kisəsi, düz bağırsaq-uşaqlıq arakəsməsi, düz bağırsaq) cəlb olunur, bəzən

svişlər əmələ gəlir. Limfogen metastaz qasıq, oturaq, xarici qalça və qarınaltı limfa düyünlərində olur. Gecikmiş mərhələlərdə xərçəng uzaq orqanlara metastaz verir.

Cədvəl 10.2

Uşaqlıq yolunun bədxassəli şişlərinin TNM sistemi üzrə (1997) təsnifatı

TNM	FIGO mərhələlər	
TX		Birincili şişi qiymətləndirmək üçün kifayət qədər məlumat yoxdur
To		Birincili şiş təyin olunmur
T _{is}	0	Preinvaziv karsinoma (carcinoma in situ)
T ₁	I	Şiş uşaqlıq yolunda məhdudlaşıb
T ₂	II	Şişə paravaginal toxumalar cəlb olunub, lakin çanaq divarlarından kənara çıxmır
T ₃	III	Şiş çanağın divarlarına yayılıb
T ₄	IVA	Şişə sidik kisəsinin və ya düz bağırsağın selikli qişası da cəlb olunub, kiçik çanaqdan kənara yayılıb
M ₁	IVB	Uzaq metastazlar

- TNM – klinik təsnifat
- T – birincili şiş
- N – regional limfatik düyünlər
- N_x – regionar limfa düyünlərini qiymətləndirmək üçün kifayət qədər məlumat yoxdur
- N₀ – regionar limfa düyünlərinə metastaz əlamətləri yoxdur
- N – regionar limfa düyünlərinə metastazlar qeyd olunur
- M – uzaq metastazlar
- M_x – uzaq metastaz əlamətləri üçün kifayət qədər məlumat yoxdur
- M₀ – uzaq metastaz əlamətləri yoxdur
- M₁ – uzaq metastazlar var

Xəstəliyin erkən mərhələlərində simptomlar az nəzərə çarpır. Şiş böyüdükcə və parçalandıqca ifrazat, spontan və kontakt qanaxmalar, qasıq, oma, qalça nahiyyəsində ağrılar, sidik kisəsi və düz bağırsağın funksiyasının pozulması meydana çıxma bilər.

Uşaqlıq yolunun xərçənginin diaqnostikası isə o qədər də çətinlik törətmir. Uşaqlıq yolunda aşkarlanan istənilən xora, infiltrat, ekzofit törəmə mütləq biopsiya olunmalı və histoloji və ya sitoloji müayinədən keçirilməlidir.

Vaginanın xərçənginin müalicəsi şişin lokalizasiyasından və yayılma dərəcəsiindən asılıdır. Ca in situ və displaziyada sağlam toxuma cəlb olunmaqla elektroekssiziya və kriodestruksiya aparılır. Xərçəngin birinci mərhələsində cərrahi və şüa müalicəsi, qalan mərhələlərdə isə müştərək şüa müalicəsinə (rentgen və boşluqda-xili radioaktiv preparatlar yeritməklə teleqammaterapiya) üstünlük verilir.

Cərrahi müalicəyə göstəriş nadir hallarda olur. Şiş uşaqlıq yolunun yuxarı $\frac{1}{3}$ hissəsində olduqda, uşaqlıq yolunun yarısının çıxarılması ilə genişləndirilmiş histerektomiya effektiv olur.

Uşaqlıq yolunun sarkomasına nadir təsadüf olunur. 3-5 yaşlı qız uşaqlarında rast gəlinir, bədxassəli gedişə malik olur. Polipoz və ya salxım formasında olur, tez bir müddətdə sidik kisəsinə, sidikçıxarıcı kanala, uşaqlıq boynuna invaziya edir. Histoloji olaraq iyvari hüceyrəli, girdə hüceyrəli və polimorf hüceyrəli struktur aşkar olunur.

Əlamətləri uşaqlıq yolundan çirkli, sonra isə qanlı ifrazatın gəlməsi, qarında, bəldə, aşağı ətraflarda ağrıların olması, ətraf orqanların funksiyasının pozulmasıdır. Uşaqlıq yoluna baxış zamanı ətraf toxumadan seçilən, toxunma zamanı asanlıqla qanayan törəmə qeyd edilir. Diaqnoz sitoloji və histoloji müayinəyə əsasən qoyulur.

Müalicəsi müştərək şüa müalicəsidir. Düyünlü formada sağlam toxuma cəlb olunmaqla düyün götürülür, əməliyyatdan sonra dövrə yenə də müştərək şüa müalicəsi verilir. Proqnoz qeyri-qənaətbəxşdir.

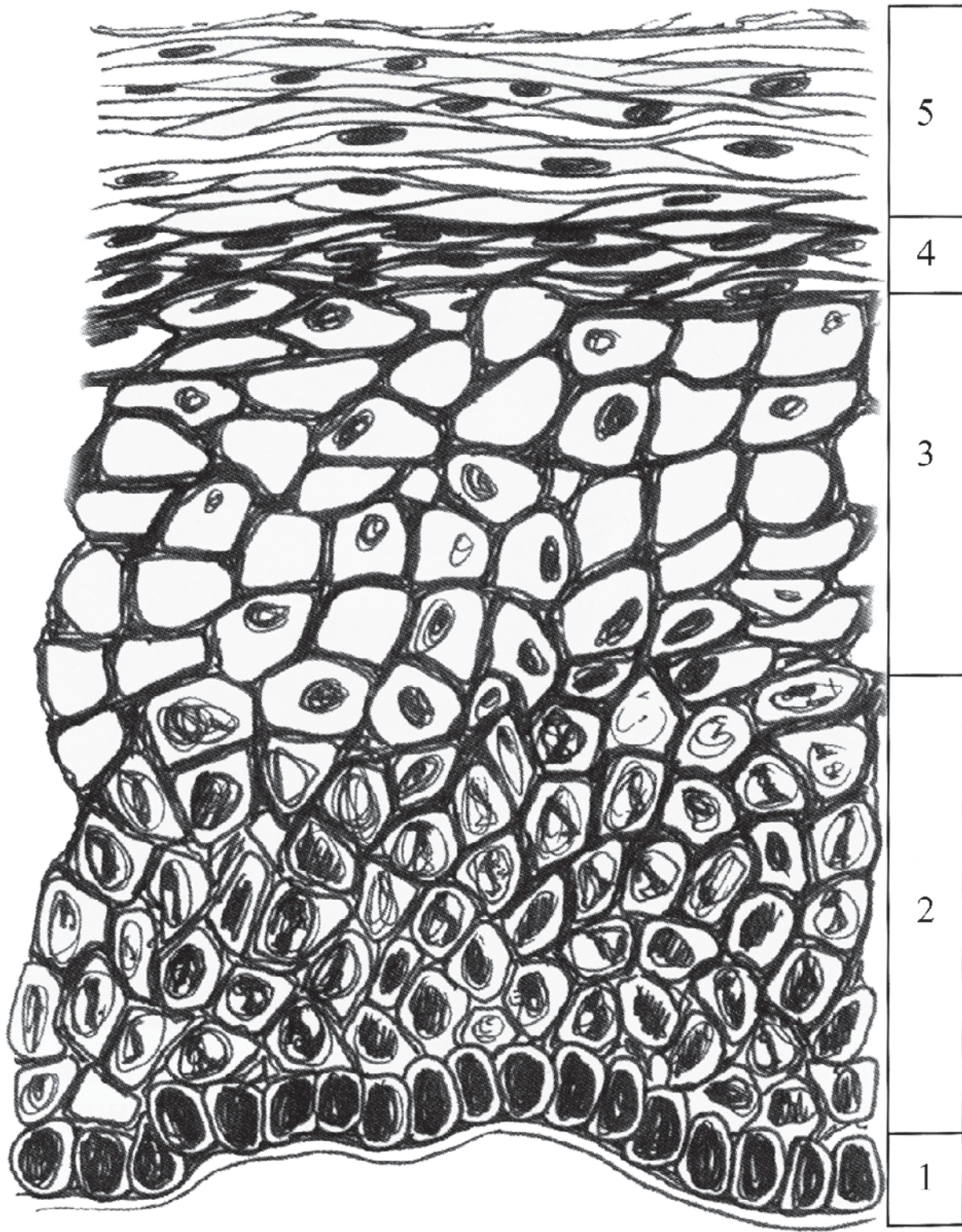
XI FƏSİL

UŞAQLIQ BOYNUNUN XƏSTƏLİKLƏRİ

Uşaqliq boynunun fon və xərçəngönü proseslərinin rastgəlmə tezliyi gənc qadınlar arasında yüksək olmaqla onların reproduktiv sağlamlığına ciddi mənfi təsir göstərir. Uşaqliq boynunun xərçəngi cinsiyyət üzvlərinin bədxassəli şişləri arasında tezliyinə görə 3-cü yeri tutur və xəstələnmənin risk dərəcəsi geniş hədlərdə dəyişməklə, bilavasitə, yaşıdan, coğrafi zonadan, sosial statusdan asılı olur.

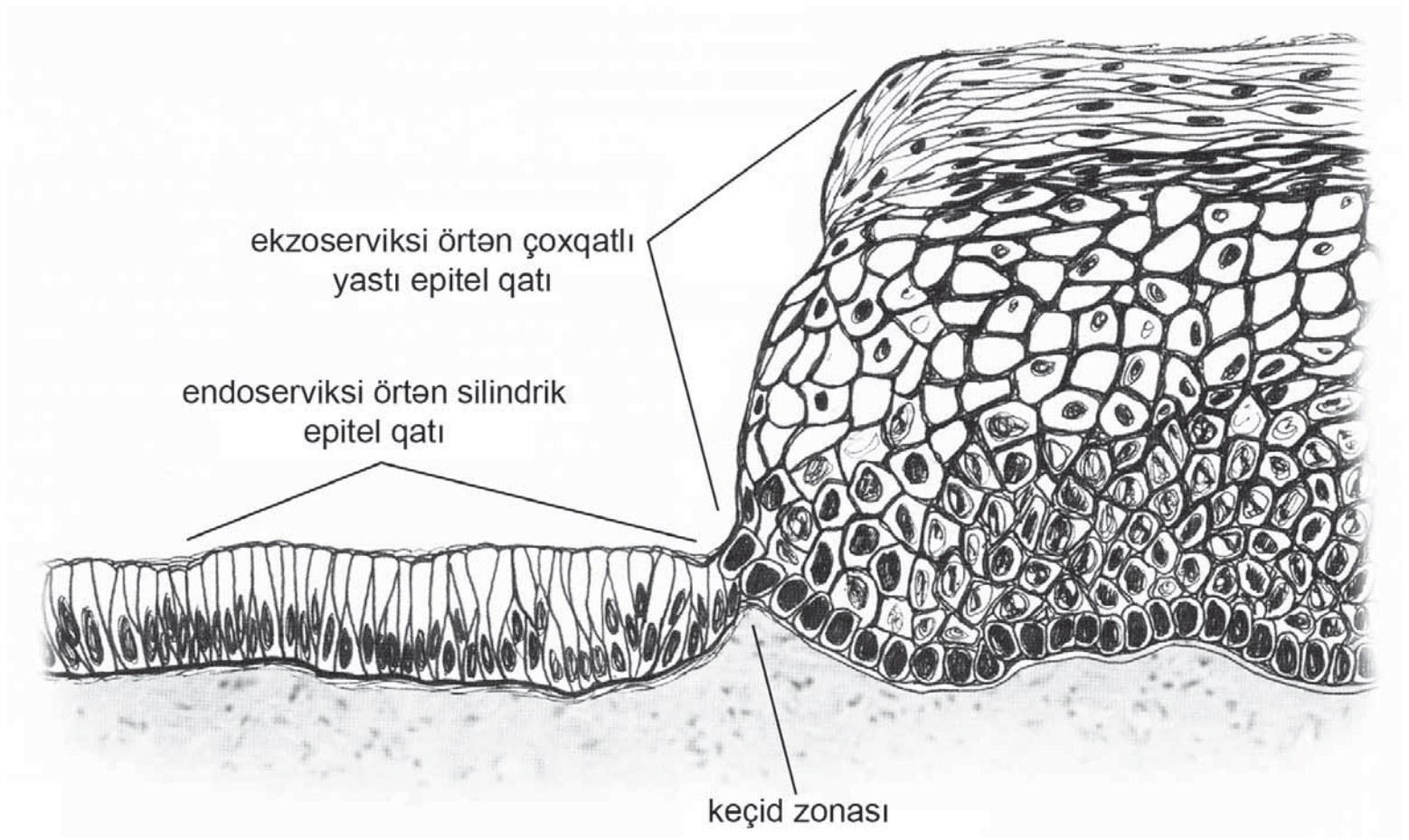
Etiologiya və patogeneza. Uşaqliq boynunun *fon, xərçəngönü və bədxassəli xəstəlikləri* müxtəlif etiologiyaya və patogeneza malikdir və indiyə qədər tam axıra qədər öyrənilməmişdir. Burada yoluxucu, virus, immun, hormonal, irsi, mexaniki zədələnmələr kimi bir neçə etioloji amil ayırd edilir. Lakin sübut olunmuşdur ki, uşaqliq boynunun xərçəngönü xəstəlikləri və xərçəngi çoxqatlı yastı epitelin xoşxassəli dəyişiklikləri fonunda əmələ gəlir. Uşaqliq boynu xəstəliklərinin patogenezi əksər hallarda uşaqliq boynunun morfofunksional xüsusiyyətləri ilə müəyyənləşdirilir. Uşaqliq boynu 2 növ epitellə örtülmüşdür. Uşaqliq boynunun ektoserviks hissəsi çoxqatlı yastı epitellə (şəkil 11.1), servikal kanal (endoserviks) isə təkqatlı silindrik epitellə örtülmüşdür.

Epitelin hüceyrələrini stromadan bazal membran ayırır. Bazal membranın tərkibini retikulin, argirofil liflər, kollagen, neytral mukopolisaxaridlər təşkil edir. Stromanın tərkibində isə qan damarları və limfatik damarlar mövcuddur, çarpazlaşmış elastik, kollagen lifli dəstələrdən təşkil olunmuşdur.

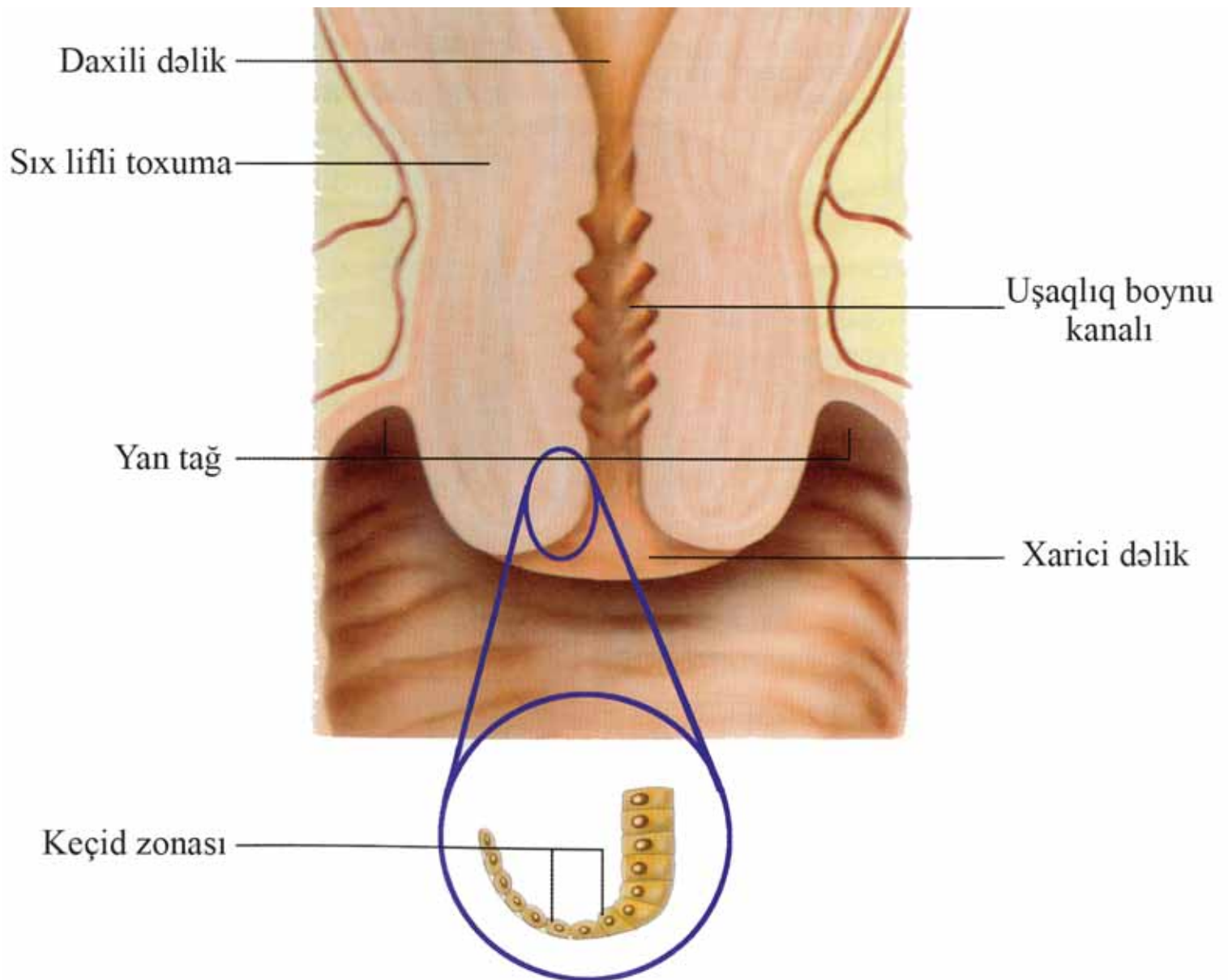


Şəkil 11.1. Çoxqatlı yastı epitelin qatları: 1 – bazal, 2 – tikanlı, 3 – qlikogen tərkibli şəffaf hüceyrələr qatı, 4 – vakuolsuz yastılaşmış hüceyrələr qatı, 5 – keratin tərkibli, kiçik nüvəli və sitoplazmalı yastı hüceyrələr qatı.

Servikal kanalın örtük epiteli təkqatlı silindrik və ya bazal yerləşmiş girdə nüvəli qədəhşəkilli hüceyrələrdən ibarətdir. Servikal kanalın hüceyrələri və kriptləri mukopolisaxaridlər ifraz edir. Nəticədə endoserviksdə selikli tıxacın formalaşması baş verir. Uşaqlıq boynu patologiyaları halları 90% məhz bu hissədə – silindrik və yastı epitelin sərhəddində (“firtına zonası”) baş verir (şəkil 11.2, 11.3).



Şəkil 11.2. İdeal keçid zonası: çoxqatlı yastı epitel və silindrik epitel arasında metoplastik epitel yoxdur



Şəkil 11.3. Uşaqlıq boynu

Müxtəlif yaş dövrlərində bu sərhəd uşaqlıq boynunun müxtəlif nahiyyələrində – qızlarda və pubertat dövründə (bəzən gənc qadınlarda) uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsində (ektoserviks) – xarici dəliyin ətrafında, reproduktiv yaşda daxili dəlik nahiyyəsində, postmenopauzada isə servikal kanalda müxtəlif səviyyələrdə yerləşə bilər və bunu mütləq pasiyentlərin müayinəsi zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Çoxqatlı yaşlı epitel, bazal, parabazal, aralıq və səthi qatlara ayrılır və həcmində, formasına, nüvə-sitoplazmatik nisbətində və funksional xüsusiyyətlərinə görə fərqlənən hüceyrələrdən ibarətdir. Hüceyrələrin yenilənmə tsikli 4 günə bərabər olur. Aralıq hüceyrələrin qatlarının sayı və qlikogenin miqdarı, toplanması estrogenlərin səviyyəsindən asılıdır və ən çox reproduktiv yaş dövründə olur, qızlarda (neytral dövründə hipoestrojeniya zamanı) və postmenopauza dövründə isə minimaldır. Postmenopauza dövründə uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun çoxqatlı yastı epiteli normada bazal və parabazal hüceyrələrə malik olur. Soyulma prosesi ovulyasiya zamanı və lütein fazada daha intensivdir. Uşaqlıq boynunun ektoserviks hissəsinin çoxqatlı yastı epiteli buyuzlaşmır, lakin genitalinin prolapsı zamanı, selikli qısa ətraf mühitin quruducu təsirinə məruz qaldıqda səthi hüceyrələr buyuzlaşa bilər.

Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin diaqnostikası üçün ginekoloji, kolposkopiya, kolpomikroskopiya, servikoskopiya, sitoloji və histoloji müayinələrdən istifadə olunmaqla yanaşı, PZR metodu ilə insan papilloması virusunun müəyyənləşdirilməsi zəruridir.

Onkoginekologiyada uşaqlıq boynunun xərçəngi zamanı prosesin mərhələsini dəqiqləşdirmək üçün MRT, KT, angio- və limfografiyadan istifadə olunur.

Terminologiya və təsnifat. Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin müxtəlif illərdə müxtəlif terminologiyası və təsnifatı mövcud olmuş və bir sıra modifikasiyalara uğramışdır. İ.A.Yakovlevaya görə fon prosesləri, xərçəngünü vəziyyətlər və uşaqlıq boynunun xərçəngi ayırd edilir (cədvəl 11.1). Xəstəliyin etiologiyasından asılı olaraq fon prosesləri 3 qrupa bölünür (dishormonal, iltihabi,

posttravmatik), xərçəngönü vəziyyətlərə isə displaziya ilə yanaşı hüceyrə atipiyalı leykoplakiya da aid edilir. Bu təsnifat “histoloji” prinsiplərə uyğun qurulmasına baxmayaraq, klinik praktikada istifadəsi tamamilə münasibdir. Lakin bu təsnifatın bir sıra aspektləri, xüsusilə, “eritroplakiya” və “uşaqlıq boynunun adenomatozu” terminlərinin, eləcə də onların xərçəngönü vəziyyətlərə münasibətinin dəqiqləşdirilməsinə ehtiyac duyulur.

Cədvəl 11.1

**Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin morfoloji təsnifatı
(İ.A.Yakovleva, 1969)**

Fon prosesləri	Xərçəngönü	Uşaqlıq boynunun xərçəngi
<p>A. Dishormonal proseslər</p> <p>1. Ektopiya (endoservikoz, vəzili eroziya, psevdo-eroziya):</p> <p> a) sadə;</p> <p> b) proliferasiyaedici;</p> <p> c) epidermizasiyalaşan.</p> <p>2. Polip:</p> <p> a) sadə;</p> <p> b) proliferasiyaedici;</p> <p> c) epidermizasiyalaşan.</p> <p>3. Papilloma.</p> <p>4. Leykoplakiya (sadə)</p> <p>5. Endometrioz</p>	<p>A. Müxtəlif ağırlıq dərəcəli displaziya</p>	<p>A. Klinikaönü formalar:</p> <p>1. “İn situ” xərçəng (epitelidaxili, 0 mərhələsi)</p> <p>2. Mikrokarsinoma (1A mərhələsi)</p>
<p>B. İltihabi proseslər.</p> <p>1. Həqiqi eroziya</p> <p>2. Servisitlər (kəskin və xroniki</p>	<p>B. Hüceyrə atipiyalı leykoplakiya</p>	<p>B. Klinik formalar: IB, II, III, IV mərhələlər</p>
<p>C. Posttravmatik proseslər.</p> <p>1. Cırıqlar</p> <p>2. Ektropion</p> <p>3. Çapıq dəyişiklikləri</p> <p>4. Uşaqlıq yolu-boynu fistulası</p>		

Yastı hüceyrəli yeni törəmələrə aşağıdakılar aiddir:

- papilloma;
- papillomavirus infeksiyası – morfoloji əlamətli itiüclü kondiloma;
- yastı hüceyrəli metaplaziya;
- keçid hüceyrə tipli metaplaziya;
- yastı hüceyrə atipiyası (reparativ proseslər və servisitlər zamanı müşahidə olunur).

Uşaqlıq boynu vəzi zədələnmələri arasında aşağıdakılar ayırd edilir:

- uşaqlıq boynunun selikli qişasının polipi;
- müller papilloması;
- endoserviks atipiyası;
- vəzili hiperplaziya;
- adenokarsinoma “in situ”.

Son dövrlərdə “servikal intraepitelial neoplaziya” (cervical intraepithelial neoplasia – CİN) terminindən geniş istifadə olunur və uşaqlıq boynunun intraepitelial zədələnmələrinin unifikasiyası məqsədilə qəbul edilmişdir. Bu termin müxtəlif ağırlıq dərəcəli displastik dəyişikləri və uşaqlıq boynunun preinvaziv karsinomasını birləşdirir. I ağırlıq dərəcəsi olan CİN zəif displaziyaya uyğun gəlir, II dərəcəsi orta displaziyanın sinonimidir, III dərəcəyə həm ağır displaziya, həm də xərçəng “in situ” aiddir.

CİN terminologiyasının tərəfdarları hesab edirlər ki, zəif displaziya belə potensial olaraq bədxassəli prosesə çevrilə bilər. Preinvaziv karsinoma və displaziya morfogenezin eyni mexanizmlərinə malik olmasına görə, digər tərəfdən xərçəng “in situ” və ağır displaziyanı ultrastruktur və sitogenetik xüsusiyyətlərin oxşarlığı birləşdirdiyinə görə vahid proses kimi nəzərdən keçirilməlidir. Odur ki, onların işarə edilməsi üçün universal təsnifat tələb olunur. Bir sıra müəlliflər isə CİN təsnifatını bir sıra səbəblərə görə uğurlu saymırlar və bunu belə əsaslandırırlar ki, deontoloji nöqteyi-nəzərdən “intraepitelial neoplaziya” termini ilə tək cə pasiyentləri deyil, eləcə də gənc mütəxəssisləri çaşdırmaq olar. Klinik nöqteyi-nəzərdən displaziyanı (çox zəif və orta dərəcəli)

preinvaziv karsinoma ilə birləşdirmək yolverilməzdir və nəhayət, ağır displaziyanın və xərçəng “in situ”nun ultrastruktur və sitogenetik xüsusiyyətlərinin oxşarlığına, eləcə də ağır displazialı və preinvaziv karsinomalı xəstələrin müalicəsində ümumi konsepsiyalara baxmayaraq, xərçəngönü dəyişikliklər və bədxassəli proses morfoloji baxımdan müxtəlif qütblü nozologiyalardır. Lakin CİN abreviaturası termin dəqiqləşdirilməsi məqsədilə ÜST-in Xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifat siyahısına daxil edilmişdir. XBT-10-da uşaqlıq boynunun zədələnmələri aşağıdakı kimi verilmişdir:

№ 72 Uşaqlıq boynunun iltihabı xəstəlikləri.

Servisit, ektoservisit, ekzoservisit.

№ 84 Qadın cinsiyyət orqanlarının polipi;

№ 84.1 Uşaqlıq boynunun polipi;

№ 86 Uşaqlıq boynunun eroziyası və ektropionu.

Dekubital trofik yara, uşaqlıq boynunun çevrilməsi

№ 87 Uşaqlıq boynunun displaziyası;

№ 87.0 Uşaqlıq boynunun zəif displaziyası.

I dərəcəli servikal intraepitelial neoplaziya.

№ 87.1 Uşaqlıq boynunun orta ağırlıq dərəcəli displaziyası.

II dərəcəli servikal intraepitelial neoplaziya.

№ 87.2 Uşaqlıq boynunun başqa fəsillərdə təsnif olunmayan kəskin displaziyası.

III dərəcəli servikal intraepitelial neoplaziya istisna olunmuşdur.

№ 87.9 Uşaqlıq boynunun dəqiqləşdirilməmiş displaziyası;

№ 88 Uşaqlıq boynunun digər qeyri-iltihabi xəstəlikləri;

№ 88.0 Uşaqlıq boynunun leykoplakiyası;

№ 88.1 Uşaqlıq boynunun köhnə cırıqları;

Uşaqlıq boynunun bitişmələri.

№ 88.2 Uşaqlıq boynunun strikturası və stenozu;

№ 88.3 Uşaqlıq boynu çatışmazlığı;

№ 88.4 Uşaqlıq boynunun hipertrofik uzanması;

№ 88.8 Uşaqlıq boynunun dəqiqləşdirilmiş digər qeyri-iltihabi xəstəlikləri;

№ 88.9 Uşaqlıq boynunun dəqiqləşdirilməmiş qeyri-iltihabi xəstəlikləri.

Lakin XBT-10 təsnifatında bir sıra çatışmazlıqlar mövcuddur və klinik məsələlərə tam cavab vermir. Belə ki, bu təsnifatda ekto-piya, kondiloma, endometrioz və s. haqqında heç bir məlumat yoxdur. Bundan başqa, “CİN III” termini – “uşaqlıq boynunun ağır dərəcəli displaziyası” rubrikadan çıxarılmışdır ki, bu təsnifat haqqında ümumi qəbul olunmuş təsəvvürlərə uyğun gəlmir.

Eyni zamanda beynəlxalq normalara və standartlara müvafiq olaraq ÜST-in klassifikatorunun müəyyən nöqsanlarına baxmayaraq, məhz XBT-10 klinikada gündəlik istifadə üçün səlahiyyətə malikdir.

11.1. FON PROSESLƏRİ

“Fon prosesləri” termini altında etioloji və morfoloji şəklinə görə müxtəlif xəstəliklər birləşdirilir ki, onların fonunda uşaqlıq boynunun xərçəngünü xəstəliklərinin və xərçənginin inkişaf etdiyi fon prosesləri üçün yeni vəzilərin yaranmasına, poliplərin, endoservikozların, endometriozun, papillomanın və leykoplakiya ocaqlarının əmələ gəlməsinə gətirib çıxaran epitelial hüceyrələrin hiperplaziyası xarakterikdir.

Ektopiya (sinonimləri *psevdoeroziya*, *endoservikoz*). Uşaqlıq boynunu örtən çoxqatlı yastı epitelin patoloji dəyişikliklərinin birinci mərhələsi sayılan ektopiya silindrik epitelin uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə yerdəyişməsi nəticəsində əmələ gəlir. Ektopiyanın qazanılmış və anadangəlmə növləri vardır. Qazanılmış ektopiya polietioloji xəstəlikdir, genezində iltihabi, mexaniki, hormonal amillər yer tutur. İltihabi dəyişikliklər nəticəsində çoxqatlı yastı epitelinin xəfif yerləşmiş zərif əlaqəli layları mexaniki təsir zamanı müəyyən sahədə zədələnmə və soyula bilər. Sonra infeksiya təsirləri nəticəsində dishormonal fonda ehtiyat hüceyrələrdən çoxqatlı yastı epiteli əvəz edən silindrik epitel formalaşa bilər. Ektopiya, menstrual tsikli pozulmuş qadınlarda menstrual tsikli normal olan qadınlara nisbətən 5-6 dəfə çox rast gəlinir.

Morfotipinə görə ektopiya sadə, proliferasiyaedici və epidermizasiyalaşan formalara bölünür. Ektopiyanın sadə forması silindrik epitel hüceyrələrində çoxalma əlamətlərinin zəif olması ilə xarakterizə olunur, endoservikozların proliferasiyaedici formaları üçün patoloji prosesin inkişafını göstərən vəzi strukturlarının yenitörəmələri tipikdir, epidermizasiyalaşan (sağalan) ektopiya zamanı isə silindrik epitelin yerləşmə zonasında çoxqatlı yastı epitelin adacıqları əmələ gəlir. Ektopiyanın 2 yolla inkişafı ehtimal edilir: 1) iltihabi və ya travmatik mənşəli yastı epitelin defektinin (eroziyasının) birqatlı silindrik epitellə (ikinci dərəcəli inkişaf yolu) əvəz olunması; 2) ehtiyat hüceyrələrindən yastı epitelin silindrik epitelə çevrilməsi ilə (əsas inkişaf yolu). Həm çoxqatlı, həm də silindrik epitelin formalaşmasına ehtiyat hüceyrələrinin bipotent fəaliyyətə malik olması səbəb ola bilər. Ehtiyat hüceyrələrinin yastı epitelə çevrilməsi prosesi metaplaziya adlanır (dolayı yolla yastı hüceyrəli metaplaziya). Yastı hüceyrəli metaplaziya ehtiyat hüceyrələrinin proliferasiyası ilə əlaqədardır ki, sonuncu həm normal epitelin inkişafı üçün, həm də bədxassəli transformasiyalar üçün vacib amildir.

Ektopiyanın epidermizasiyası ikili yolla baş verir:

- 1) ehtiyat hüceyrələrinin yastı hüceyrəli metaplaziyası ilə, bu zaman əvvəlcə yetişməmiş yastı epitel əmələ gəlir;
- 2) bilavasitə çoxqatlı yastı epitelin kənarlarından böyüməsi ilə.

Ehtiyat hüceyrələrdən yastı epitelin regenerasiyası mərhələlərlə baş verir: əvvəlcə ehtiyat hüceyrələri uşaqlıq yolunun turş mühitinin və hormonal dəyişmələrin təsiri altında, əsl selikli qişa ilə müqayisədə qlikogendən kasad azmiqdarlı hüceyrələr yetişməmiş yastı epitelə çevrilir. Yetişməmiş epitel sonradan funksional cəhətdən tam dəyərli çoxqatlı yastı epitelə çevrilir. Əksər hallarda təkqatlı silindrik epitelin çoxqatlı yastı epitellə əvəzlənməsi xoşxassəli xüsusiyyət daşıyır. Lakin uzunmüddətli epidermizasiya proseslərində bir sıra xoşagəlməz amillərin təsiri altında metaplaziyalaşmış yastı epiteldə atipik dəyişikliklər formalaşa bilər ki, bu da uşaqlıq boynunun xərçənginin inkişafına gətirib çıxarar.

Ektopiyalı pasiyentlərin bir qayda olaraq şikayətləri olmur, onları adətən yanaşı gedən ekzo- və endoservisitlərlə əlaqədar ağlı ifrazatlar, kontakt qanlı ifrazatlar narahat edə bilər. Gineko- loji müayinə zamanı makroskopik olaraq yalançı eroziya ektoserviksində solğun selikli qışası fonunda uşaqlıq boynunun ön və arxa dodağında asimmetrik yerləşən al-qırmızı qeyri-düzgün formalı sahə kimi görünür.

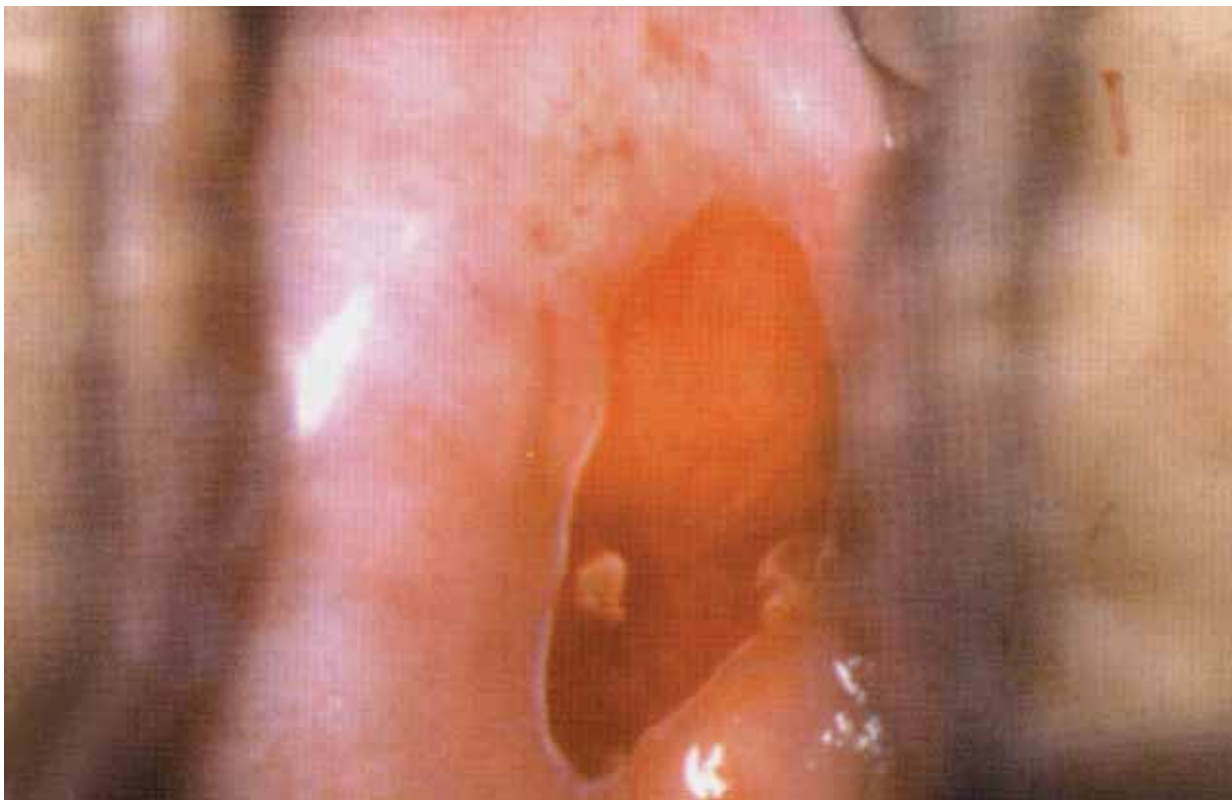
Ektopiya zamanı yüksək regenerativlik qabiliyyətinə malik olan silindrik epitel uşaqlıq boynunun dərinliklərinə sirayət edərək, burada açıq vəzilər adlanan şaxələnən yollar əmələ gətirir. Bu vəzilər selik hasil edir ki, bu da açıq çıxarıcı axacaqlar vasitəsilə ifraz olunur. Epidermizasiya prosesində çoxqatlı yastı epitel axacaqların girəcəyini qapayır, vəzilər onun hüceyrələri ilə sekresiya olunan seliklə genişlənir və retension nabot (*ovulae Nabothi*) kistaları əmələ gəlir.

Ektopiyalı xəstələrin aparılma taktikası fərdi olmalıdır, fəsadlaşmamış psevdoroziyaları müntəzəm olaraq kolposkopik və sitoloji nəzarət şərti ilə müşahidə altında saxlamaq mümkündür. Ektopiyanı müalicə edərkən kriodestruksiya, lazerokoagulyasiya, diatermoelektrokoagulyasiya tətbiq olunur. Məhdud hallarda kimyəvi koagulyasiyadan (solkovagin) istifadə oluna bilər.

Anadangəlmə ektopiyanın inkişafı antenatal dövrdə ana orqanizminin hormonal təsiri ilə əlaqələndirilir. Yeni doğulmuş qızların 50%-də silindrik epitelin ektopiyası mövcud olur. Cinsi yetkinliyin başlaması ilə ektopiyanın ölçüləri kiçilir və normada epitellərin sərhədinin yerdəyişməsi baş verir, qadının 21-23 yaşlarında yastı və silindrik epitellərin qovuşma nahiyyəsi tipik yerdə, uşaqlıq boynunun xarici dəliyinin proyeksiyasında yerləşir. Bu proseslərin pozulması zamanı sanki çoxqatlı yastı epitelinin inkişafının ləngiməsi baş verir və ektoserviksə silindrik epiteli qala bilər. Histogeneza nöqtəyi-nəzərindən anadangəlmə ektopiyaya fizioloji normanın variantı kimi baxmaq olar.

Eroziya. Uşaqlıq boynunun ektoserviks nahiyyəsində çoxqatlı yastı epitelin defekti həqiqi eroziya adlanır. Hesab olunur ki, uşaqlıq yolunun turş mühitində iltihabi proseslərin təsiri ilə nekrobioza

uğramış çoxqatlı yastı epiteli mexaniki travma nəticəsində aid olduğu membrandan soyulur və həqiqi eroziya əmələ gəlir. Bu zaman hüceyrələrin bazal qatı saxlanılır və bununla sağalma imkanı qismən də olsa mümkün olur. Həqiqi eroziya spesifik klinikaya malik deyildir və buna görə də çox vaxt pasiyent həkimə müraciət etmir. Ağlı ifrazat, yaxud başqa patoloji ifrazatlar, qaşınma, bir qayda olaraq, endoservisitlə, kolpitle şərtlənmişdir (şəkil 11.4).



Şəkil 11.4. Həqiqi eroziya Lükol məhlulu ilə işləndikdən sonra.

Həqiqi eroziya 2-3 gündən 1-2 həftəyə qədər mövcud olur və uşaqlıq boynunun selikli qişasında al-qırmızı rəngdə, epitel örtükdən məhrum qeyri-düzgün formalı defekt sahəsi kimi görünür. Müalicə sanasiya, antibakterial terapiya, məlhəmli tamponlar və antibiotik tərkibli şamların tətbiqindən ibarətdir. Uşaqlıq yolunun mikroflorasının normallaşmasına eubiotiklərin – laktobakterinlərin və s. tətbiqi və regenerasiyanın stimulyasiyasına solko-seril, çaytikanı yağından istifadə ilə nail olmaq olar. Hormonal pozulmalarda və müvafiq müalicə aparılmadıqda eroziyanın epitelizasiyası uşaqlıq boynunun silindrik epitelilə örtülməsi – ekto-piyanın formalaşması ilə başa çatır.

Servikal kanalın selikli qişasının uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə çevrilməsi *ektropion* adlanır (şəkil 11.5).



Şəkil 11.5. Uşaqlıq boynunun ektropionu (Kolposkopiya).

Bir qayda olaraq, doğuş travması nəticəsində uşaqlıq boynunun sirkulyar əzələ liflərinin cırıqları bərpa olunmazsa və qeyri-qənaətbəxş bərpa olunarsa baş verir. Bir sıra hallarda süni abortlar zamanı uşaqlıq boynunun travmatik genişləndirilməsi zamanı əmələ gəlir və yalançı eroziyanın uşaqlıq boynunun çapıqlı deformasiyası ilə müştərəkliyini göstərir. Uşaqlıq boynunun müayinəsi zamanı xarici dəliyin yarıqşəkilli və ya deformasiyalaşmış silindrik epitelin qırmızı rəngli sahələri çox hallarda transformasiya zonası ilə görünür. Uşaqlıq boynunun deformasiya dərəcəsindən asılı olaraq xəstənin yaşını və reproduktiv funksiyasının vəziyyətini nəzərə alaraq, bu və ya digər cərrahi müalicə metodu – uşaqlıq boynunun pazvari və ya konusvari amputasiyası və ya kriodestruksiya, lazerokoagulyasiya, diatermoelektrokonizasiya tətbiq olunur.

Leykoplakiya (yunanca – “ağ ləkə”) əsasını çoxqatlı yastı epitelinin funksiyalarının pozulması – qlikogenin əmələ gəlməməsi, buynuzlaşmasının lokal prosesləri və onun altında olan stro-

manın damarlarının ətrafında limfohistiositar infiltratların formalaşmasından (parakeratoz, hiperkeratoz, akantoz) ibarət olan patoloji prosesdir.

Leykoplakiya makroskopik olaraq dəyişilməmiş epitelial örtük fonunda yerləşən ağımtıl rəngli, müxtəlif formalı və həcmli düyünlər şəklində identifikasiya olunur.

Çoxqatlı yastı epitelin və dərinin ümumi ontogenetik mənşəyi ektodermadır. Yastı epitel insanın dəri örtüyündən fərqli olaraq inkişafın daha erkən pilləsində dayanır və buynuzlaşma qabiliyyəti olmur, lakin yastı epiteldə bu qabiliyyət saxlanılır və hormonal disbalansa və ya selikli qişanın trofikasının pozulmasına gətirib çıxaran xoşagəlməz ekzo- və endogen amillərin təsiri altında reallaşır. Ona görə də yastı epitelin buynuzlaşmasına epitelin normal həyat fəaliyyət şəraitində olmayan epitelial hüceyrələrinin funksional fəallığının artmasının nəticəsi kimi baxılır. Sadə leykoplakiya (fon prosesi) və hüceyrə atipiyalı proliferasiya edən leykoplakiya ayırd edilir. Hüceyrə atipiyalı leykoplakiya uşaqlıq boynunun xərçəngünü xəstəliklərinə aid edilir və atipiyanın dərəcəsindən asılı olaraq təsnif edilir. Hazırda hesab olunur ki, endokrin, immun, yoluxucu (xlamidiya, viruslar) amillər, travmalar leykoplakiyanın meydana gəlməsində əsas rol oynayır.

Bu patologiya hər hansı bir simptomatika ilə müşahidə olunmur. Ginekoloji baxış zamanı leykoplakiya ektoserviksdə adi gözlə görünən qabarıq ağ düyünlər şəklində və yaxud yalnız kolposkopik müayinədə aşkar oluna bilər. Leykoplakiyanın kolposkopik görünüşü epitelin buynuz qatının inkişafı nəticəsində hamar və ya kələ-kötür səthli, ağımtıl, parlaq pərdə şəklində, yod neqativ zona kimi görünə bilər. Leykoplakiya sahələrində qlikogen toplayan aralıq hüceyrələri olmur, bu da Şiller sınağı zamanı yodneqativ sahələr görüntüsü yaradır. Hüceyrələr keratin toplayır. Sitoloji müayinə sadə leykoplakiyanı və atipiyalı leykoplakiyanı fərqləndirməyə imkan vermir, çünki epitelin üst səthindən götürülən hüceyrələr bazal qatlarda baş verən prosesləri əks etdirə bil-

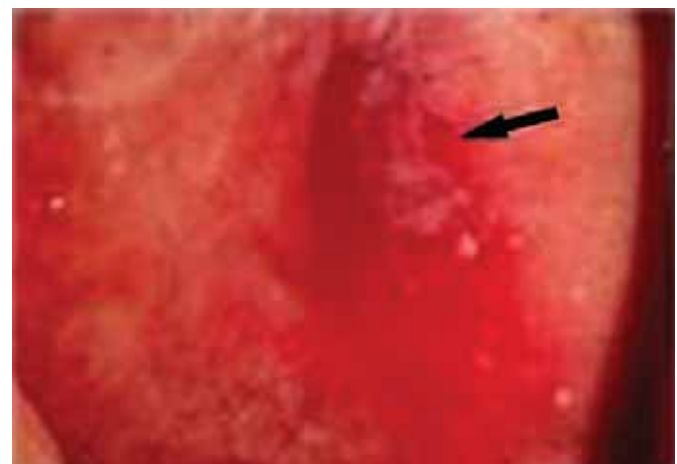
mir. Bu halda uşaqlıq boynunun histoloji müayinə üçün biopsiyası vacibdir.

Leykoplakiyanın histoloji mənzərəsi çoxqatlı yastı epitel hüceyrələrinin proliferasiyası, aralıq hüceyrələrin (tikanlı) miqdarının xeyli dərəcədə artması nəticəsində onun qeyri-bərabər qalınlaşması, akantoz, epitelin tam və ya natamam buynuzlaşması (parakeratoz), srtomanın dağınıq və ya ocaqlı infiltrasiyası ilə səciyyələnir.

Onkoloji sayıqlıq nöqteyi-nəzərindən mövcud leykoplakiya üçün çoxqatlı yastı epitelin alt qatlarında hüceyrə atipizminin aşkar olunması vacibdir. Sadə leykoplakiya fon proseslərinə, atipiyalı leykoplakiya isə xərçəngönü xəstəliklərə aiddir və atipizmin ifadəlilik dərəcəsindən asılı olaraq displaziya kimi təsnif olunur.

Leykoplakiya və papilloma uşaqlıq boynu xəstəliklərinin xüsusi formasını – diskeratozu təşkil edir. Leykoplakiyanın müalicəsi onun növündən, ölçülərindən, eləcə də xəstənin yaşından və reproduktiv funksiyasından asılı olaraq fərdi şəkildə aparılır. Atipiyalı leykoplakiyada uşaqlıq boynunun biopsiyası və histoloji müayinəsindən sonra diatermoelektrokonizasiya və ya cərrahi konizasiya üsullarına üstünlük verilir. Sadə leykoplakiyası olan gənc qadınlarda uşaqlıq boynunda çapıq dəyişikliklərinə yol verməmək üçün kriodestruksiya və yaxud lazer buxarlanması tətbiq olunur.

Eritroplakiya (yunanca “qırmızı ləkə”) lokal atrofiya proseslərini və ektoserviksin digər sahələrində normal epitelial örtüyü saxlanılmaqla çoxqatlı yastı epitelin bir neçə qata qədər kəskin nazikləşməsi ilə (aralıq hüceyrələri olmur) *diskeratozuna* deyilir (şəkil 11.6). Eritroplakiya sahələri ektoserviksdə nazikləşmiş epiteldən srtoma damarlarının görünən qırmızı ləkələri kimi müəyyənləşdirilir. İndiyə qədər az təsadüf olunan

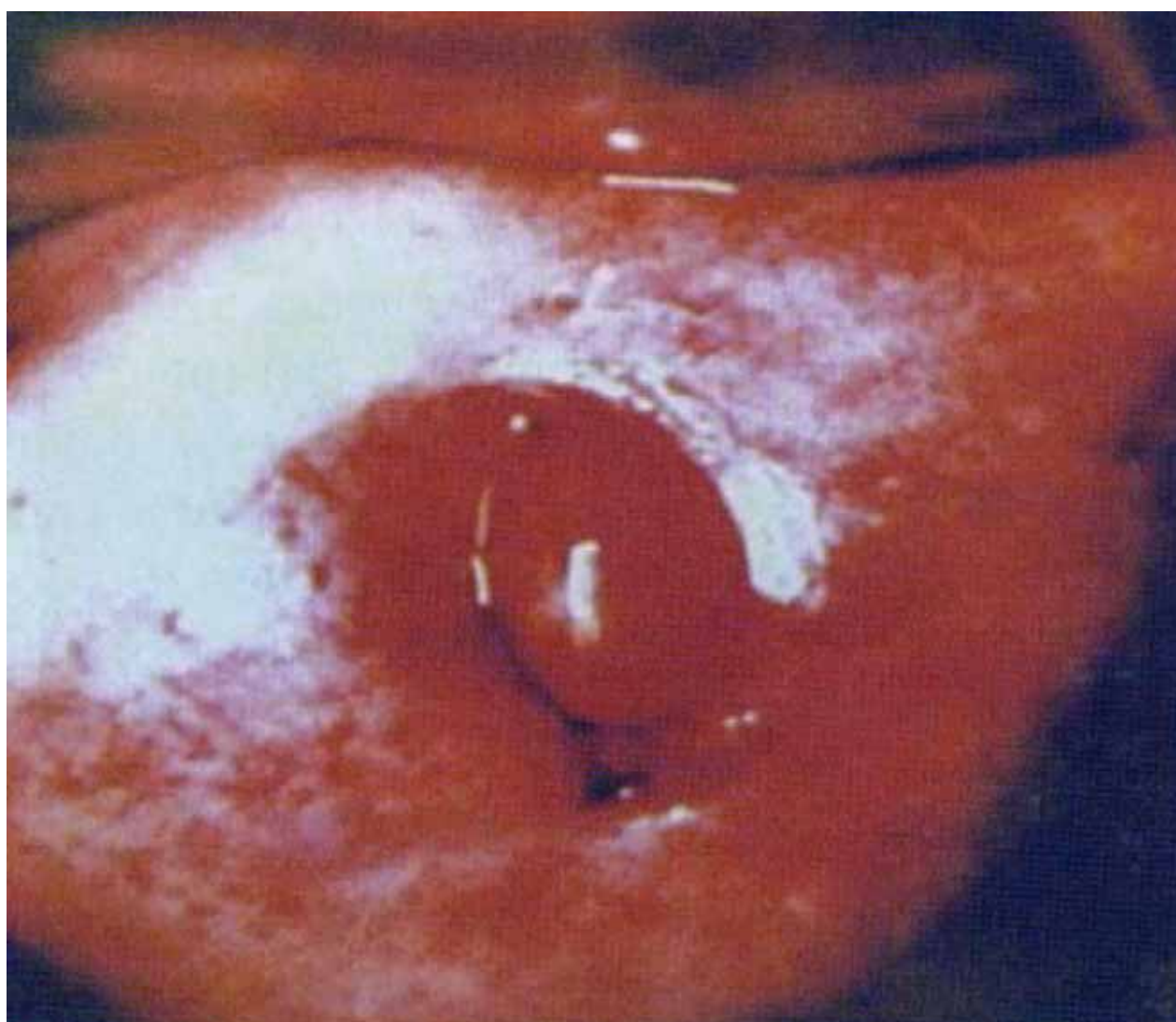


Şəkil 11.6. Eritroplakiya
(Kolposkopiya)

bu patologiyanın etiologiyası, patogenezi və proqnozu dəqiq müəyyənləşdirilməmişdir. Eritroplakiyanın müalicəsi diatermokoagulyasiya, konizasiya, kriodestruksiya yolu ilə ocağın (mənbəyin) yox edilməsidir.

Polip. Uşaqlıq boynunun polipi endoserviksin epitellə örtülmüş birləşdirici toxuma törəmələrinin ocaqlı proliferasiyasına deyilir ki, bu zaman silindrik epitellə örtülmüş birləşdirici toxumanın ağacşəkilli çıxıntıları uşaqlıq boynu kanalı mənfəzindən kənara yönəlir.

Makroskopik olaraq poliplər yarpaqşəkilli, uzunsov və ya dairəvi formalı, hamar səthli, açıq çəhrayı və ya tünd qırmızı rəngli, nazik əsaslı, uşaqlıq yoluna doğru sallanmış kiçik ölçülü (diametri 2 *mm*-dən 40 *mm*-ə qədər) törəmələrdir. Poliplərin qırmızı və çəhrayı çalara malik olması örtük silindrik epiteldən damarların görünməsi ilə əlaqədardır, poliplər tərkibində fibroz toxumanın olmasına görə yumşaq və ya sərt konsistensiyalı ola bilər (şəkil 11.7).



Şəkil 11.7. Uşaqlıq boynunun polipi (Kolposkopiya).

Morfotipinə görə uşaqlıq boynunun polipləri sadə, proliferasiyalaşan, epidermizasiyalaşan poliplərə bölünür və ektopiyaya müvafiq təsəvvürlərə uyğun gəlir. Poliplərin yastı epiteli ilə epidermizasiyası yastıhüceyrəli metaplaziya prinsipinə əsasən baş verir ki, onun təkanverici amili estrogenin yüksək qatılıq dərəcəsidir. Histoloji quruluşundan asılı olaraq (vəzi və ya fibroz toxumanın üstünlüyü) uşaqlıq boynunun polipləri vəzili, vəzili-fibrozlu və fibroz formalarla təsnif olunur. Uşaqlıq boynunun polipləri çoxsaylı ola bilər, onların əsası nazik və ya enli birləşdirici toxumalı “ayaqcıqlardan” ibarətdir.

Uşaqlıq boynunun polipləri ilə endometriumun böyük ölçülü polipləri arasında differensial diaqnostika aparılmalıdır, odur ki, polipektomiyanın histeroservikoskopiyanın nəzarəti altında yerinə yetirilməsi daha məqsəduyğundur. Müasir ultrasəs aparatları xarici dəliyin hüdudundan kənara çıxmayan kiçik ölçülü polipləri diaqnozlaşdırmağa imkan verir. Onlar servikal kanalda yüksək və ya orta exogenli artımlar kimi görünürlər. Servikal kanalın selikli qişasının polipi diaqnozu qoyulduqdan sonra pasiyentin yaşından asılı olmayaraq, polip ayaqcığı ilə birlikdə çıxarılır (polipektomiya) və ya endoskopik nəzarət altında onun ayaqcığının koagulyasiyası aparılır.

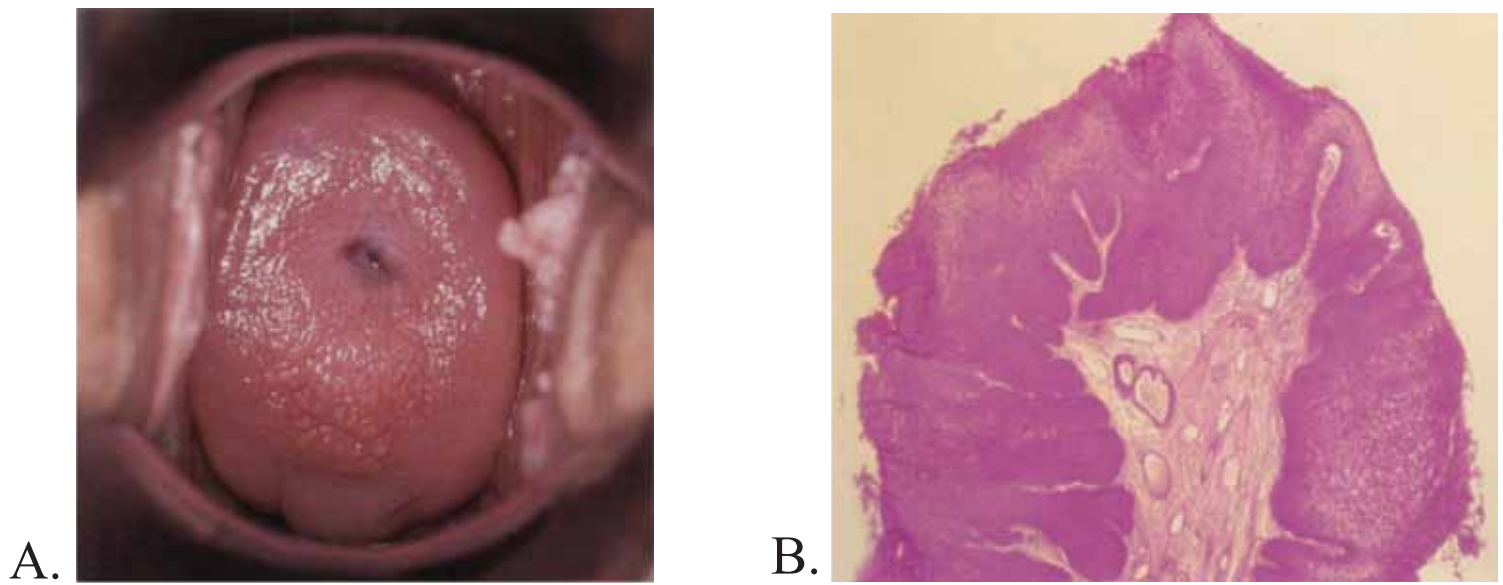
Papilloma uşaqlıq boynunun fon xəstəliklərinin nadir formasına aid olub, stromanın və buynuzlaşmış çoxqatlı yastı epitelin ocaqlı artması ilə xarakterizə olunur, insan papillomavirusu ilə əmələ gəlir. Papillomanın əmələ gəlməsində xlamidiya və trixomanad infeksiyası da müəyyən rol oynayır.

Uşaqlıq boynunun papillomavirus zədələnmələrinin 3 növü mövcuddur:

- 1) klassik iti uclu kondilomalar (ekzofit tip);
- 2) yastı kondilomalar;
- 3) inversiya olunmuş (çevrilmiş) kondilomalar (endofit tipli).

Makroskopik olaraq klassik papilloma rozetka formasında yerləşmiş çəhrayı və ya ağımtıl rəngli ziyilli artımlar şəklində təyin edilir (şəkil 11.8). Papillomanın histoloji quruluşu onun

inkişaf xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır: papilloma yastı epitelin sürətlə ocaqlı çoxalması nəticəsində formalaşır; bu zaman epitelin səthi qatları selikli qişa üzərində yüksələn birləşdirici toxuma və damarlara sirayət etmiş və papillomanın “ayaqcığı”nın əsasını əmələ gətirən kiçik büküş şəklində görünür.



Şəkil 11.8. A. Uşaqlıq boynunun papilloması. B. Uşaqlıq boynunun biopstatında nəzərə çarpan akantoz, papillomatoz və hiperkeratoz.

Uşaqlıq boynunun papillomaviruslu zədələnmələrinin klassik formaları üçün papillomatoz, akantoz, məməciklərin uzanması və qalınlaşması, parakeratoz və koylositoz (koylositlər – insan papilloması virusu üçün spesifik növlü olub, nüvənin müxtəlif dağılma dərəcəsi və perinuklear vaskulyarizasiyalı hüceyrələrdir) tipik sayılır.

Yastı kondilomalar akantoz sahələrinin uzanmış dəri məməcikləri ilə təqdim olunur. Endofit kondilomalar çox hallarda yastı kondilomalarla oxşardır, lakin onlardan fərqli olaraq endofit kondilomalar stromaya və vəzilərin çıxarıcı kanalına və yaxud yalnız vəzilərin çıxarıcı kanalına daxil olmaq qabiliyyətinə malikdir (epitelialdaxili xərçəng xüsusiyyəti).

Hesab olunur ki, kanserogenlər uşaqlıq boynuna cinsi əlaqə zamanı düşür. Bir çox ənənəvi kanserogenlərə və yoluxucu agentlərə (trixomonadlar, xlamidiyalar, herpes viruslar, sperma, smeqma və s.) cüzi rol ayrılır. Yalnız insan papilloma virusu hazırda xərçəngönü və uşaqlıq boynunun xərçənginin real səbəbi hesab olu-

nur. Virus uşaqlıq boynunun orta, ağır displaziyası və xərçəngi olan xəstələrin 90%-də müşahidə olunur. İnsan papilloması virusunun 60-dan çox növü məlumdur, onlardan 20-si cinsiyyət üzvlərini zədələyə bilər: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 serotipləri onkogen xassəyə malikdir. 16 və 18 serotipləri daha çox təsadüf olunur (70%-dən çox), qalan serotiplər isə 30% müşahidələrdə aşkar olunur.

Papillomaviruslu infeksiya latent (daşıyıcılıq), subklinik (sitoloji dəyişiklik) və klinik ifadəli (endofit, ekzofit kondilomalar) ola bilər. Bir çox hallarda insan papilloması virusu ilə yoluxma nəzərə çarpmır, infeksiya simptomсыzdur və virusun eliminasiyası baş verir. Uşaqlıq boynunun xərçənginə görə fəsadlaşmış ailə anamnezi və ya irsi meyilliyi olan xəstələrin bir qismində uşaqlıq boynunun displaziyası əmələ gəlir. 16 və 18 serotiplərin virusu aradan götürülmədikdə, virus hüceyrəni yoluxdurur, sonra 80% hallarda displaziya və xərçəng inkişaf edir.

Silindrik epitelin yastı epitellə örtülməsi prosesində çox vaxt proliferasiyaedici hüceyrə elementlərinin differensiallaşması pozulur, bu isə xərçəngönü (displaziya) xəstəliyin formalaşmasına gətirib çıxarır.

Ümumiyyətlə uşaqlıq boynunun xərçəngönü və xərçəng xəstəlikləri ümumi etiologiyaya və patogenezə malikdir və xəstəliyin əmələ gəlməsinə şərait yaradan bir sıra amillər ayırd edilir:

- 1) cinsi əlaqənin erkən başlaması;
- 2) degenerativ dəyişikliklərlə müşayiət olunan xroniki iltihabi proseslər;
- 3) hormonal pozulmalar: qonadotrop funksiyanın artması, estrogenlərin metabolizmində estradiolun üstünlüyü ilə dəyişikliklər, 17 ketosteroidlərin oksigenləşmiş formalarının çoxalması;
- 4) uşaqlıq boynunun doğuşlardan, abortlardan və ya digər manipulyasiyalardan sonra yaranan travmatik zədələnmələri (toxumaların trofikasının və innervasiyasının pozulması);
- 5) cinsi yolla yayılan infeksiyon xəstəlikləri (CYYİX): xlamidioz, trixomoniaz (trixomonadlar herpes virusunun daşıyıcıları sayılırlar);

6) herpes virusunun 2-ci tipi və insan papilloması virusunun əmələ gətirdiyi xəstəliklər;

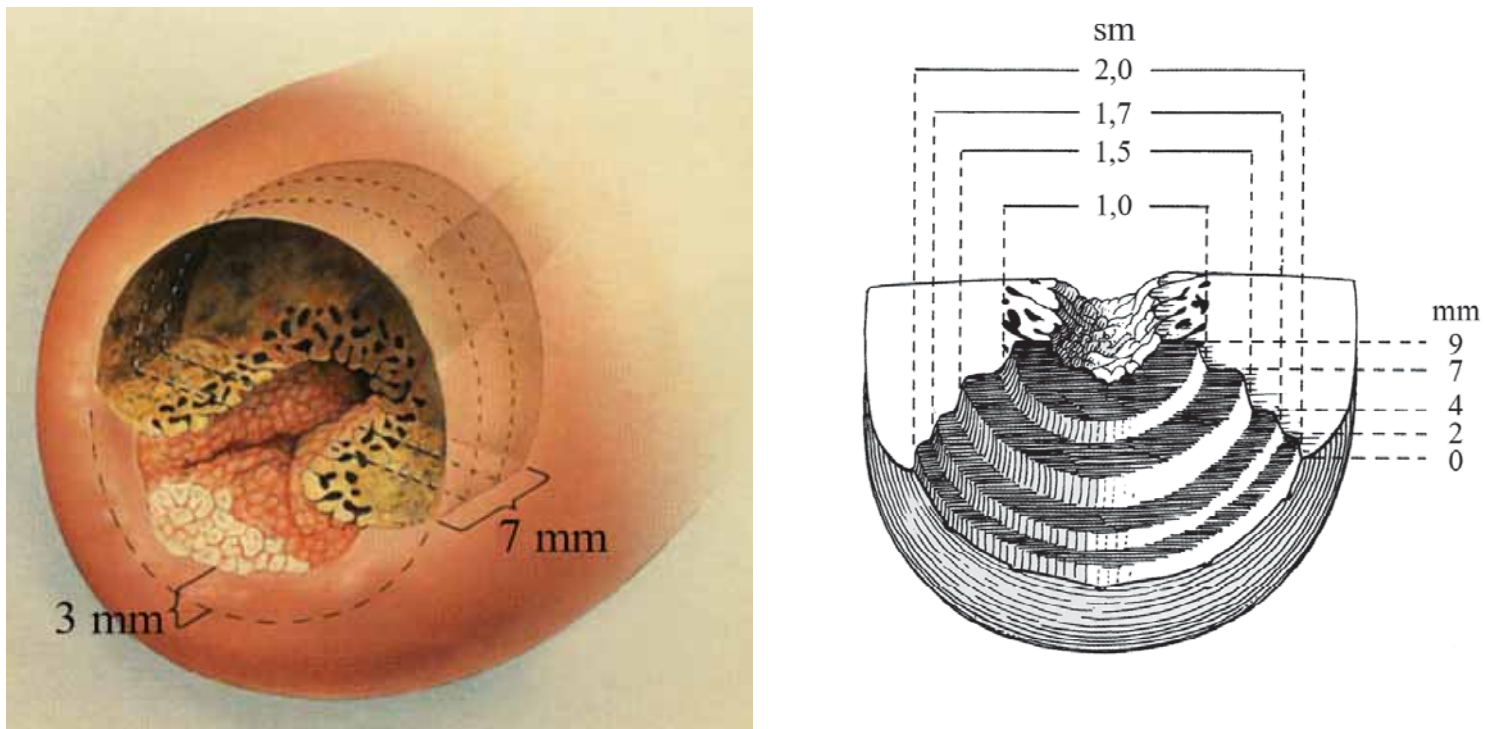
7) irsi amil: ümumi populyasiyadan fərqli olaraq fəsadlaşmış ailə anamnezi olan qadınlarda uşaqlıq boynunun xərçənginin əmələgəlmə təhlükəsi 1,6 dəfə yüksəkdir.

11.2. UŞAQLIQ BOYNUNUN XƏRÇƏNGÖNÜ XƏSTƏLİKLƏRİ

Displaziyanı morfoloqların və klinisistlərin əksəriyyəti uşaqlıq boynunun fakültativ xərçəngönü xəstəliklərinə aid edirlər. Displaziya sırf histoloji anlayışdır, kanserogenezi prosesində keçid mərhələsi hesab olunur, belə ki, patoloji proses ya “karsinoma in situ” və invaziv xərçəngə çevrilir və ya sağalma baş verir. Displaziya uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin çoxqatlı yastı epitelində, uşaqlıq boynu kanalının selikli qişasının yastı hüceyrəli metaplaziyası sahələrində və uşaqlıq boynu vəzilərində əmələ gələ bilər (şəkil 11.9, 11.10).



Şəkil 11.9. Uşaqlıq boynunun displaziyası. Sirkə turşusu sınağı (Kolposkopiya).



Şəkil 11.10. Uşaqlıq boynunun displaziyası – zədələnmənin dərinliyi.

Displaziya termini altında bazal membran cəlb olunmadan epitelin qatlarının arasında nizamın pozulması, struktur və hüceyrə atipiyası (hüceyrə differensiasiyasının pozulması) prosesləri nəzərdə tutulur. Displaziyanın formalaşması 2 istiqamətdə baş verə bilər: 1) ehtiyat hüceyrələrinin yastı hüceyrəli metaplaziyası prosesində; 2) çoxqatlı yastı epiteldə hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sisteminin təsiri altında baş verən fizioloji dəyişikliklərin əmələ gəlməsinin pozulması fonunda.

Patoloji prosesin – epitelin quruluşunun pozulmaları, hüceyrələrin polimorfizmi, nüvə-sitoplazmatik nisbətlərin nüvə tərəfə dəyişikliyi, mitozların artımı, nüvələrin diskariozu yastı epitelin müxtəlif qatlarına yayılmasından (strafikasiyanın – qatlar arasında nizamın pozulma dərəcəsindən) asılı olaraq displaziyanın yüngül, orta və ağır (kəskin) formaları ayırd edilir.

Displaziyanın yüngül formasında (CİN I) epitelial layın daha dərin – bazal və parabazal qatlarının – yəni yastı epitelin təxminən üçdə bir hissəsini təşkil edən hüceyrələrinin proliferasiyası qeyd olunur. Təbəqənin üst hissəsinin hüceyrələri (səthi və aralıq qatların) yetişmiş və differensiallaşmışdır, normal quruluşu və yerləşmə qütblüyünü saxlayır.

Orta ağır dərəcəli (CİN II) displaziya epitelial layın aşağı yarısının patoloji prosesə cəlb olunması ilə xarakterizə olunur.

Displaziyanın ağır forması (CİN III) yastı epitelin yalnız üst qatında hüceyrələrin yetişməsi və differensiallaşmasının qorunub saxlanması, həmçinin onun hüceyrələrinin kəskin atipiyası (nüvələrin artması və hiperxromiyası) ilə səciyyələnir. Displaziyanın və uşaqlıq boynunun xərçənginin əmələ gəlməsində müdafiə mexanizminin defektlərinin irsi səbəbi, epitelin həssaslığı böyük rol oynaya bilər. Ağır displaziya ilə preinvaziv xərçəngin şərti səddi prosesə epitelin səthi təbəqəsinin cəlb olunmasından ibarətdir.

Displaziya simptomuz gedışə malik olmaqla vizual dəyişikliyə uğramamış uşaqlıq boynunda (10%) və mövcud fon proseslərində də (90%) əmələ gələ bilər.

Makroskopik olaraq displaziya (CİN) ektopiya, ektropion, leykoplakiya görünüşünə malikdir, lakin kolposkopik müayinə zamanı leykoplakiya, atipik damarların, mozaikanın, punktasiyanın, transformasiyanın atipik zonası müşahidə oluna bilər.

Displaziyanın kolposkopik şəklinə çevrilmə zonasında patoloji damarlar (genişlənmiş, qeyri-düzgün şaxələnən), punktasiyalar, mozaikalar, ağımtıl rəngli epitel aid ola bilər. Displaziyalarda sirkə turşusu testi zamanı epitel lokal olaraq ağarır, Şiller sınağında isə yodnegativ zonalar əmələ gəlir. Sitoloji müayinə 60-90% hallarda informativ sayılır. Lakin nə kolposkopiya, nə də sitologiya displaziyanın dərəcəsini müəyyənləşdirməyə, həmçinin preinvaziv və mikroinvaziv xərçəngi istisna etməyə əsas vermir. Diaqnoz histoloji nəticələrə əsaslanaraq qoyulur. Servikal kanalın diaqnostik qaşınması və uşaqlıq boynunun məqsədyönlü skalpellə biopsiyası histoloji müayinə üçün material almağa imkan verir. Konxotomla (xüsusi maşalar) bioptatın götürülməsi altdakı stromanı qiymətləndirməyə imkan vermədiyi üçün bu üsul ilə biopsiya aparılması məsləhət görülmür. Elektroilgək biopsiyası da toxumaların koagulyasiyon zədələnməsinə səbəb olur və patoloji dəyişiklikləri sildiyyə görə münasib sayılmır. Biopsiya zamanı epitelin bazal membranının bütövlüyü pozulduğu və xərçəngin növbəti mərhələyə keçməsi ehtimalı olduğu üçün və patoloji ocağı sağlam toxuma çərçivə-

sində tamamilə aradan götürməklə histoloji müayinə aparılmalıdır.

Müalicə. Xəstənin müalicə taktikası seçilərkən displastik dəyişikliklərin kəskinliyi, yaş, reproduktiv funksiyalar nəzərə alınır. 50-60% hallarda yüngül displaziya müstəqil olaraq geriye inkişafa məruz qalır, qalan hallarda isə stabilləşir və inkişaf edir. Yüngül displaziyalarda dinamik müşahidələr və urogenital infeksiyalar aşkar olunduqda spesifik müalicə aparılmalıdır. 1-2 il ərzində patologiya reqressiyaya uğramırsa və ya ağırlaşma baş versə uşaqlıq boynunun konizasiyası aparılır.

Orta və ağır displaziya zamanı uşaqlıq boynunun konizasiyası (bıçaq, lazer və ya elektrokonizasiya) göstərişdir. “In situ” xərçəngi zamanı reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlıq boynunun konusşəkilli konizasiyası və histoloji müayinəsi həyata keçirilir. Bu, prosesin mərhələsini dəqiq müəyyənləşdirməyə və uşaqlıq boynunu maksimum dərəcədə saxlamağa imkan verir. Servikal kanalda keçid zonasında yerləşmiş “in situ” xərçəng zamanı postmenopauzal dövrdə uşaqlığın ekstirpasiyası əməliyyatının aparılması seçim metodudur.

Uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü xəstəliklərinin diaqnostikası

Uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü proseslərində morfoloji dəyişikliklər klinik simptomatikanı üstələdiyi üçün xəstələrin spesifik şikayətləri (ağrılar, ağ ifrazatlar, cinsiyyət yollarından qanaxmalar) olmur.

Uşaqlıq boynunun xəstəliklərinin diaqnostikasında müayinə üsullarından müəyyən ardıcılıqla istifadə olunur: simptomların klinik qiymətləndirilməsi; servikal kanalın yaxmalarının sitoloji müayinəsi; uşaqlıq yolunun, servikal kanalın və uretranın ifrazatlarının bakterioskopik və bakterioloji müayinələri, virusoloji müayinələr; kolposkopiya; histoloji müayinə.

Kolposkopiya. Uşaqlıq boynunun bir çox patoloji prosesləri, eləcə də xərçəngin başlanğıc formaları simptomuz keç-

diyi üçün genişləndirilmiş kolposkopiya qadınların kompleks ginekoloji müayinəsində vacib üsul sayılır. Kolposkopiya zamanı uşaqlıq boynunun selikli qişasının rəngi, damarların vəziyyəti, çoxqatlı yastı epitelin səthi səviyyəsi, epitellərin qovuşduğu yer, vəzilərin forması və xüsusiyyətləri, sirkə turşusu və Şiller sınağına epitelin reaksiyası qiymətləndirilir.

Sirkə turşusu sınağı. Sirkə turşusu (3 və ya 5 %-li məhlul) pambıq kürəcik vasitəsilə ektoserviksə (uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə) eyni bərabərdə çəkilir. Sirkə turşusunun təsiri altında örtük epiteldə qısamüddətli şişkinlik (ödem), tikanabənzər qatın hüceyrələrinin şişkinləşməsi, epitelialaltı damarların yığılması, toxumaların qan təchizatının zəifləməsi prosesləri baş verir.

Sirkə turşusu sınağı normal və patologiyaya uğramış epitellər arasında sərhədi təyin etməyə imkan verir. Patoloji epitel ağ ləkə şəklində (asetoağ epitel) və normal selikli qişadan demarkasiya xətti ilə məhdudlaşır. Epitelaltı kapillyarlar göründüyünə görə dəyişilməmiş epitel ağ-çəhrayı çalara malik olur.

Sirkə turşusunun təsirinin vizual effekti selikli qişanın toxumasında nüvə zülalının miqdarından və səciyyəvi sitokeratindən asılıdır. Nüvənin sıxlığı, eləcə də onun zülal doyumluluğu nə qədər yüksək olarsa, toxumanın kimyəvi koagulyasiya reaksiyası o qədər qabarıq olur və bu da epitelaltı damarların vizualizasiyasını daha da çətinləşdirir. Buna görə də selikli qişanın sirkə turşusunun təsirinə cavab olaraq ağ rənginin intensivliyi toxumalarda patoloji dəyişikliyi bildirir və bu hüceyrələrdə zülal konsentrasiyasından birbaşa asılı olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, selikli qişanın ödemləşməsi fonunda dəyişilməmiş damarlar sıxılır, lakin atipik damarlar isə əksinə daha qabarıq və aydın nəzərə çarpır.

Sirkə turşusu məhlulu ilə epitelin applikasiyasından və kolposkopik mənzərənin öyrənilməsindən sonra Şiller sınağı tətbiq olunur.

Şiller sınağı (*Shillers iodine test*). Bu üsul zamanı qlikogenlə zəngin yetişmiş yastı epitel yod kristalları ilə qarışır, uşaqlıq boy-

nunun selikli qişası tünd-qəhvəyi (qonur) rəngə boyanır (müsbət yod sınağı), bu zaman tərkibində qlikogenin konsentrasiyası kasad olan silindrik və ya patoloji yastı epitel yod məhlulu (yod-mənfi sınaq) ilə işlənərkən görüntü dəyişmir.

Şiller sınağı üçün 3%-li Lüqol məhlulu applikasiyasından (1 q yod, 2 q kalium yodid, 300 q distillə olunmuş sudan) istifadə olunur.

Təcrübəli həkim-kolposkopistlər, bir qayda olaraq, Şiller sınağından az istifadə edirlər. Bununla belə, bu test selikli qişanın patoloji dəyişikliyi kifayət qədər dəqiq aşkar etməyə və zədələnmə sərhədlərini ayırmağa imkan verdiyinə görə yeni başlayan mütəxəssislər üçün zəruridir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, mənfi Şiller sınağı nəinki xərçəngönü və xərçəng proseslərində, eləcə də yastı epitelin nazikləşməsi, əvvəllər aparılmış diatermokoagulyasiyadan sonra, anadangəlmə ektopiyada, selikli qişanın iltihabı olarkən də müşahidə oluna bilər.

Klinik praktikada kolposkopiyanın nəticələrinin qiymətləndirilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Müasir dövrdə uşaqlıq boyununun patologiyası və kolposkopiyanın Beynəlxalq federasiyasının (*International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy, IFCPC*) təklif etdiyi təsnifat ümumi qəbul olunmuşdur. Bu təsnifat uşaqlıq boyununun patologiyası və kolposkopiya üzrə VII Ümumdünya konqresi tərəfindən təqdir olunmuş sayılır.

IFCPC kolposkopik təsnifatı (Stafl A., 1976)

A. Normal kolposkopik vəziyyət.

- (1) Orijinal skvamoz epitel (orijinal selikli qişa)
- (2) Silindrik epitel
- (3) Normal transformasiya zonası

B. Patoloji (qeyri-normal) kolposkopik vəziyyət, biopsiya üçün göstərişlər.

I. Transformasiya zonası həddində.

- (1) Asetoağ epitel:
 - a) yastı, haşiyələnmiş, konturlu;
 - b) mikropapilyar və ya mikroəyri.
- (2) Punktasiya:

- a)* Şiddətli damar görüntüsü;
- b)* Qabarıq (nəzərə çarpan) kapillyarlararası məsafə.
- (3) Mozaika.
- (4) Leykoplakiya:
 - a)* dəqiq;
 - b)* tipik.
- (5) Yodnegativ epitel.
- (6) Atipik damarlar:
 - a)* kəskin;
 - b)* qabarıq (nəzərə çarpan) kapillyarlararası məsafə;
 - c)* asetoağ epitel fonunda;
 - ç)* burğuşəkilli damarlar;
 - d)* makroqanaxmalar.

II. Transformasiya zonasından kənar (ektoserviks və uşaqlıq yolu).

- (1) Asetoağ epitel:
 - a)* yastı kondiloma, haşiyələnmiş, konturlu;
 - b)* mikropapilyar və ya mikroəyri
- (2) Punktasiya
- (3) Mozaika
- (4) Leykoplakiya
- (5) Yodnegativ epitel
- (6) Atipik damarlar
- (7) Adenoz.

C. İnvaziv karsinomaya şübhəli kolposkopik görüntü.

- (1) Damarlar
- (2) Rəng və kontur
- (3) Xoralı

D. Qeyri-qənaətbəxş kolposkopiya.

- (1) Qovuşma yeri tamamilə görünmür:
 - a)* istənilən zədələnmələrlə örtülə bilər;
 - b)* qismən təyin oluna bilər;
 - c)* transformasiyanın boyun zonası ilə örtülə bilər.
- (2) Nəzərə çarpan iltihab və ya atrofiya.
- (3) Uşaqlıq boynu görünmür.

E. Qarışıq vəziyyətlər.

- (1) Qeyri-asetoag mikropapilyar səth.
- (2) Ekzofit kondiloma.
- (3) İltihab
- (4) Atrofiya
- (5) Eroziya
- (6) Digərləri.

Şübhəsiz, uşaqlıq boynunun patologiya və kolposkopiyanın Beynəlxalq federasiyası uşaqlıq boynunun kolposkopik şəkli üçün bütün mümkün olan variantlardan istifadə edir. Bununla belə, bu təsnifat olduqca genişdir, onun klinik interpretasiyası mükəmməl məntiqi ardıcılığın olmaması ilə şərtlənən müəyyən çətinliklərlə bağlıdır və başlıcası təsnifat gənc mütəxəssislərin qavraması üçün çətinidir. Bundan başqa, İFCPC təsnifatında ekto-piya və uşaqlıq boynu kanalının polipi nəzərdə tutulmamışdır.

Şübhəsiz ki, kolposkopik mənzərə epitelin morfoloji vəziyyətini hər zaman əks etdirmir. Xüsusilə, ağ epiteli və ya neoplastik vaskulyarizasiya (mozaika, punktasiya, atipik damarlar) yastı epitelin bədxassəli transformasiyası (yaxud xərçəngönü xəstəliklər) zamanı olduğu kimi, selikli qişanın iltihabı, onun metaplaziyası, hamiləlik, oral kontraseptivlərin qəbulu fonunda, eləcə də estrogendefisitli vəziyyətlər zamanı müşahidə oluna bilər. Kolposkopik müayinə uşaqlıq boynunun xərçəngönü dəyişikliklərinin və ya xərçənginin diaqnostikası məqsədi ilə deyil, yalnız zədələnmə ocağının aşkar olunması, onun bu və ya digər bir kolposkopik görüntü sinfinə aid olmasını müəyyənləşdirmək, uşaqlıq boynunun məqsədyönlü biopsiyasına göstərişlərin əsaslandırılması məqsədi ilə yerinə yetirilir.

Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq, belə hesab olunur ki, klinik praktikada uşaqlıq boynunun vəziyyətinin bu və ya digər sinfə aid olduğunu dəqiqləşdirmədən, ümumi qəbul olunmuş terminlərin istifadə olunması daha məqsədəuyğun sayılır. Beynəlxalq təsnifata və ən çox geniş yayılmış təsnifata əsasən aşağıdakı kolposkopik terminlərdən istifadə olunur:

- normal selikli qısa və ya orijinal skvamos epitel (çoxqatlı yastı epitel);

- silindrik epitel (ektopiya);
- yastı hüceyrəli metaplaziya (tamamlanmamış transformasiya zonası);
- normal transformasiya (tamamlanmış) zonası;
- asetoağ epitel;
- uşaqlıq boynu kanalının polipi;
- leykoplakiya;
- mozaika;
- punktasiya;
- əlavə dəqiqləşdirilməmiş yodnegativ zona;
- atipik damarlar;
- transformasiyanın atipik zonası;
- invaziv karsinomaya şübhəli kolposkopik mənzərə;
- ekzofit kondiloma;
- iltihab (servisit, vaginit);
- atrofiya;
- eroziya (xora).

Orijinal (əsl) skvamoz – epitel (normal selikli qışa) açıq çəhrayı rəngli, hamar parlaq səthə malikdir, epitelaltı damarlar 10 dəfə böyüdüldükdə təyin olunmur. 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işləndikdən sonra dəyişilməmiş epitel solğun rəng alır, Lüqol məhlulu ilə silindikdən sonra (Şiller sınağı) uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsi eyni bərabərdə tünd-qəhvəyi rəngə boyanır. Çoxqatlı yastı və təkqatlı silindrik epitellər arasındakı sərhəd hamar aydın xətt üzrə yerləşir və reproduktiv sistemin funksional vəziyyətindən asılı olaraq cinsi yetkinlik dövründə xarici dəliyin xaricinə doğru dəyişir: reproduktiv dövrdə – xarici dəlik nahiyəsində, pre və postmenopauza dövründə isə uşaqlıq boynu kanalının aşağı üçdə bir proyeksiyasında yerləşir.

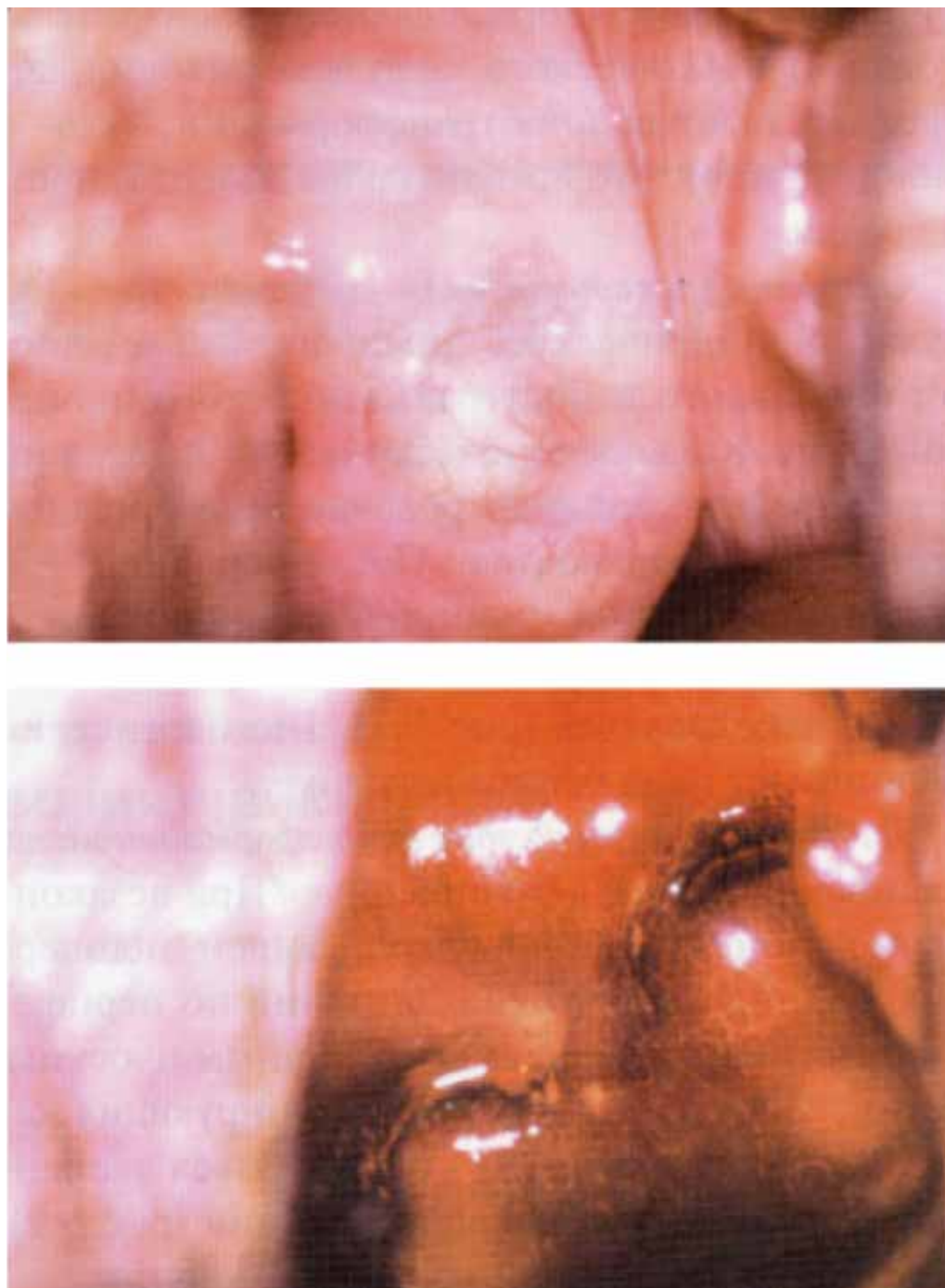
Silindrik epitel (ektopiya) açıq-qırmızı, girdə və ya uzunsov salxımaoxşar məməciklər, yığıntılar şəklində təyin edilir; ektopiyanın açıq-qırmızı rəngi nazik silindrik epiteldən çoxsaylı kapillyarların görünməsi ilə şərtlənir. Ektopiyanın səthinə 3%-li sirkə turşusu çəkilərkən məməciklər solğunlaşır (kapillyarlar spazmlaşır), şüşəvari şəkil alır və üzüm salxımını xatırladır (şəkil 11.11).



Şəkil 11.11. Silindrik epitel (ektopiya)

Transformasiya zonası. Kolposkopik olaraq tamamlanmış və natamam transformasiya zonaları ayırd edilir. Natamam transformasiya zonası qovuşma nahiyyəsinin nahamar sərhədinin mövcudluğu ilə, silindrik epitelin yerləşmə zonasında çoxqatlı yastı epitelin “adacıqlar” və ya “dillər”, vəzilərin axacağıının (açıq vəzilər) tünd nöqtələr şəklində olması ilə xarakterizə olunur. Şiller sınağı zamanı yetişməmiş yastı epitel qəhvəyi rəngə boyanmır. Silindrik epitelin yerləşmə zonasında yastı epitelin “adacıqları”nın və “dilləri”nin əmələ gəlməsi yastı hüceyrəli metaplaziya proseslərini əks etdirir. Vəzi eroziyasının epidermizasiyasının başlıca yolu ehtiyat hüceyrələrinin əvvəlcə yetişməmiş yastı epitelə, sonra isə mükəmməl çoxqatlı yastı epitelə çevrilməsi zamanı ehtiyat hüceyrə metaplaziyasıdır. Bu zaman silindrik epitelin yerləşmə zonasında çoxqatlı yastı epitelin “adacıqları” əmələ gəlir. Yastı epitelin regenerasiyasının digər yolu yastı epitelin “böyüməsi” (yastı epitelin bazal rüşeymindən) yolu ilə ektopiyanın kənarlarından xarici dəliyə doğru yerdəyişməsi (yastı epitelin “dilləri” əmələ gəlir) ilə silindrik epitelin əvəz olunmasıdır.

Başa çatmış transformasiya zonasında uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin səthi tamamilə çoxqatlı yastı epitellə örtülür, açıq vəzilər və sarı çalarlı suluqlar şəklində retensiyon kistalar aşkar olunur (şəkil 11.12).



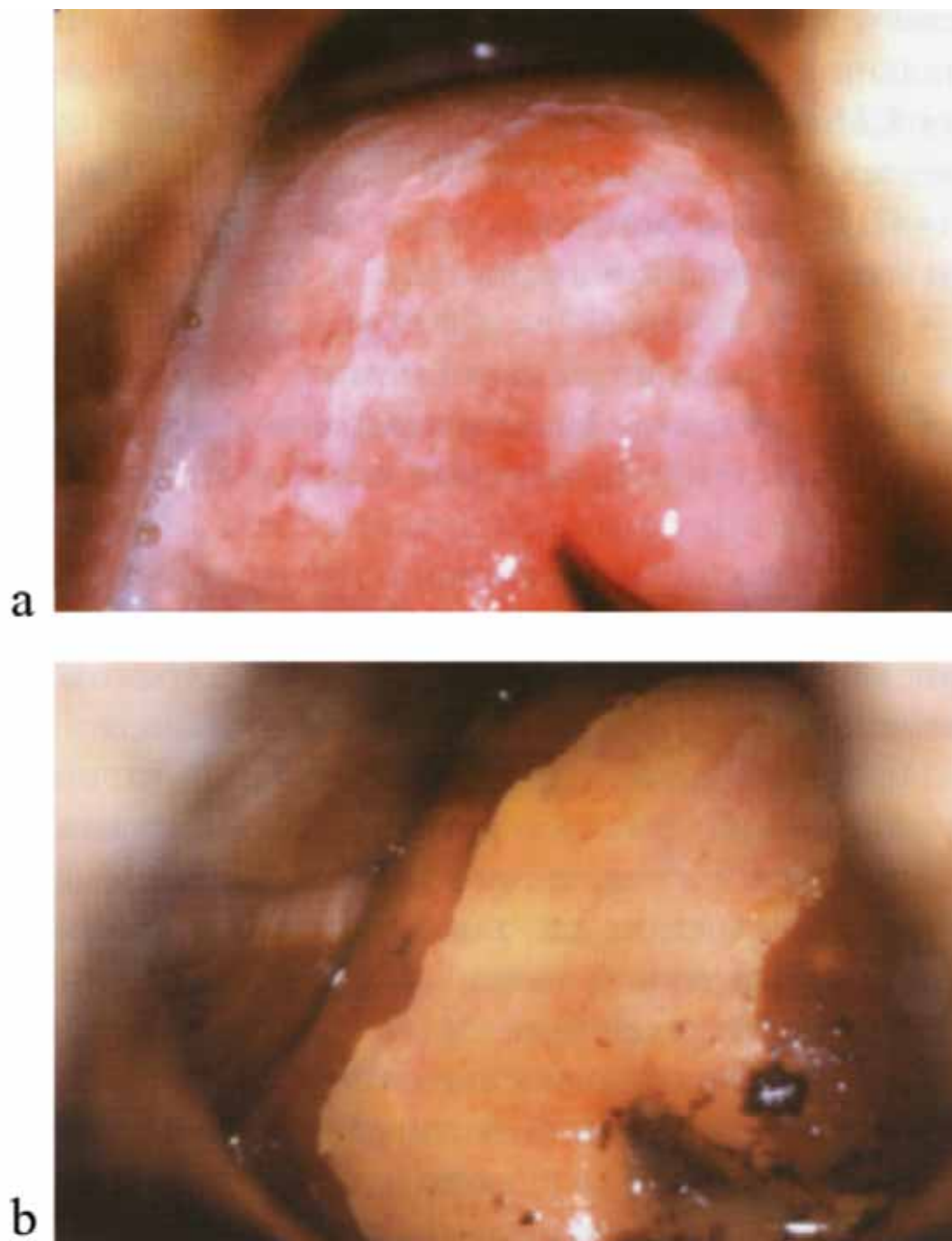
Şəkil 11.12. Transformasiya zonası

Başa çatmış çevrilmə zonasının damarları sirkə turşusunun təsiri altında yığılır.

Asetobəyaz epitel. Bəyazlaşmış (asetoağ) epitel epitelin sirkə turşusunun 3%-li məhlulunun təsirinə reaksiyasıdır, epitel ağ rəng alır, onun intensivliyi və mövcud olma müddəti toxumanın zədələnmə dərinliyindən asılıdır. Bəyazlaşmış epitelin selikli qişanın patoloji transformasiyasının kolposkopik əlaməti kimi asan və tez aşkar olunmasına baxmayaraq, onun spesifikliyi yüksək deyildir:

asetoağ epitel adı altında papillomaviruslu infeksiya, metaplaziya, displaziya, epitelialdaxili xərçəng və ya mikrokarsinoma gizlənə bilər. Buna görə də aşkar olunmuş asetobəyaz epitel zonaları mütləq histoloji verifikasiya tələb edir.

Leykoplakiya. Kolposkopiya adı gözlə görünən ağımtıl düyünlərin (buynuzlaşmış sahələr) ölçülərini və strukturunu ətraflı şəkildə öyrənməyə imkan verir – konturları aydın, səthi kələkötür, büküslü buynuzlaşmış yığıntılar və ya pulcuqlu şəkildə təyin olunur. 3%-li sirkə turşusu məhlulunun təsiri altında leykoplakiyanın strukturu dəyişilmir, Şiller sınağı aparılarkən yodnegativ zonalar əmələ gəlir (şəkil 11.13).



Şəkil 11.13. Leykoplakiya Lüqol məhlulu ilə işləmədən əvvəl (a) və sonra (b) ağımtıl düyünlər şəklində.

Punktasiya (keçmiş adı – “leykoplakiyanın əsası”). Kolposkopik mənzərə aydın şəkildə məhdudlaşmış ağımtıl və ya sarımtıl “adacıqların” fonunda çoxsaylı tünd qırmızı nöqtələrin (genişlənmiş, uzanmış və ya əyilmiş sancağabənzər damarlar) əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Zərif punktasiya zamanı patoloji zona epitelin səviyyəsindən yuxarı qalxmır, onun şəkli isə xırda nöqtələr kimi xarakterizə olunur. Kobud punktasiya (əvvəlki adı “leykoplakiyanın papilyar əsası”) ətraf toxumanın üzərində yüksəlir və kobud məməcik səthinə malikdir. 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işləndikdən sonra punktasiyanın “adacıqları” solğunlaşır və daha çox haşiyələnmiş şəkildə görünür. Bu zaman damar şəkli güclənir (zərif punktasiya) və ya daha relyefli (kobud punktasiya) olur. Punktasiya patoloji buynuzlaşmanın nəticəsində əmələ gəldiyi üçün onun sahələri yodneqativdir və normal selikli qişadan dəqiq ayrılmışdır.

Mozaika (keçmiş adı “sahələr”) adi gözlə təyin olunmur. 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işləndikdən sonra mozaika qırmızı nazik sərhədlərlə ayrılmış (kapillyar sapları), düzgün olmayan çoxbucaqlı formalı ağımtıl və ya sarımtıl sahələr şəklini alır.

Atipik damarlar xaotik yerləşmiş, anastomozların olmaması və əcaib forması (“ilgək”, “sancaq”, “vergül”, “burğu”) ilə seçilir. Atipik damarlar ağımtıl, bəzən amorf toxumaların fonunda, bəzi hallarda selikli qişanın üzərində yerləşir. 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işləndikdən sonra atipik damarlar spazmalaşmır, əksinə, daha aydın görünür.

Atipik transformasiya zonası tipik transformasiya zonasında yuxarıda adları çəkilən əlamətlərin – mozaika, punktasiya, leykoplakiya, asetoag epitel, atipik damarların bir və ya bir neçə təsvirini nəzərdə tutur.

Atipik transformasiya zonasının kolposkopik şəkli kifayət qədər müxtəlifdir, onun polimorfizmi natamam transformasiya zonasının nahiyyəsində yerləşən atipik dəyişikliklərin (leykoplakiya düyünləri, asetoag epitel sahələri, atipik damarlar, punktasiya, mozaika) xarakterini müəyyənləşdirir.

Papilloma kolposkopiyanın qarışıq şəkillər qrupuna daxildir.

Kondilomalar kolposkopik müayinədə dəyişilməmiş selikli qışa fonunda kəskin təzad təşkil edir və ayrı-ayrı məməciklərdən ibarət papilomatoz çoxalma şəklində özünü büruzə verir. Uşaqlıq boynu sirkə turşusu məhlulu ilə silinərkən kondilomanın damarları spazmlaşır və səthi ağımtıl rəng alır. Kondiloma qismən və ya tamamilə buynuzlaşdığı üçün onlar Lüqol məhlulu ilə rənglənmirlər. Endofit və ya yastı kondilomalar səciyyəvi kolposkopik əlamətlərə malik deyildir və mozaika, punktasiya, leykoplakiya, transformasiya zonası altında gizlənə bilər.

Eroziya (xalis eroziya, xora) hər hansı bir epitelial örtükdən məhrum ektoserviks sahələri olaraq görünür (çoxqatlı yastı epitelin defekti). Xalis eroziyanın dibi çoxsaylı subepitelial damarlar və nöqtəli qansızmalılı cılpaqlaşmış birləşdirici toxumadan ibarətdir. Kolposkopik müayinədə eroziya çoxqatlı yastı epiteldən məhrum periferasiyası açıq rəngə malik al qırmızı sahə kimi təyin olunur.

Epitelial örtüyün defekti olduqca tez epitelləşdiyi üçün əsl eroziya uzun sürməyən vəziyyətlərə aid edilir. Uzun müddət mövcud olan eroziya prosesin bədxassəli olmasına şübhə yaradır.

Poliplər. Poliplərin epitel örtüyünün kolposkopik şəkli ekto-piya və çevrilmə zonasının müxtəlif mərhələləri üçün xarakterik olan dəyişikliklərin müştərəkliyi ilə fərqlənir. Poliplərin epitel örtüyünün vəziyyəti onun səthinin 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işlənilməsindən sonra qiymətləndirilir: silindrik epitel üçün məməcikli quruluş səciyyəvidir, polipin vəzili çoxalmaları yastı epitellə örtülərsə onun səthi hamar, bəzən isə açıq vəzilər mövcud olur. Poliplərin epidermizasiyası yetişməmiş metaplazasiyaya uğramış epitel hesabına baş verdiyi üçün uşaqlıq boynunun selikli qışası və epidermizasiyalı polipləri Şiller sınağı zamanı Lüqol məhlulu ilə boyanmır (şəkil 11.14).

Eritroplakiya düzgün olmayan ləkələr formalı görünüşə, nazilmiş epitellə örtülmüş açıq çəhrayıdan tutmuş dolğun qırmızıya qədər müxtəlif çalarlı qırmızı rəngə malikdir.



Şəkil 11.14. Uşaqlıq boynu polipi

İltihab. Uşaqlıq boynunun selikli qişasının uşaqlıq yolu hissəsinin iltihabı patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsiindən, pasiyentin yaşından və onun reproduktiv sisteminin vəziyyətindən asılı olaraq dəyişir. Cüzi iltihabi reaksiya zamanı müayinə ektoserviksindən və uşaqlıq yolunun selikli qişasının müxtəlif intensivlikli diffuz hiperemiyasını aşkar etməyə imkan verir. Kəskin iltihab zamanı ödem, kəskin selikli hiperemiya, kapillyar qanaxma formalaşır. İltihabın kolposkopik şəklini özünəməxsus damar şəkli fərqləndirir. Selikli qişa ödemlidir, onun ayrı-ayrı sahələri çoxsaylı xırda qırmızı nöqtələrin diffuz və ya ocaqlı yığıntıları şəklində bütövlüklə selikli qişa üzərində yüksəlir. Qırmızı nöqtələr aid olduğu toxumanın geniş subepitelial kapillyarlarını göstərir. Ocaqlı iltihab zamanı selikli qişanın hiperemiyası fonunda qırmızı-sarı rəngli dairəvi və ya oval, parlaq haşiyə ilə dairələnmiş iltihabi ödemin mövcudluğundan xəbər verən sahələri aşkar etmək olar.

Sirkə turşusu məhlulu ilə işləndikdən sonra iltihablaşmış epitelin səthi solğunlaşır, Lüqol məhlulu çəkildikdən sonra xırda, yodnegativ, xarakterik xallı şəkildə rənglənir.

Qabarıq iltihab zamanı iltihab ocağı nahiyyəsində epitelin soyulması ilə əmələ gələn xırda nöqtəli səthi eroziyalar müşahidə

olunur. Kolposkopiyanın məqsədi aşkar olunmuş pozulmaların histotipini müəyyənləşdirmək deyil (bu patomorfoloji müayinənin işidir). Kolposkopiya zamanı uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin selikli qişasının zədələnmələrinin ağırlığını dəqiqləşdirmək üçün səthin xüsusiyyəti, rəngi, zədələnmə zonasının kənarlarının dağılması, kapillyarlararası boşluq daxil olmaqla damar şəkli, 3%-li sirkə turşusu məhlulunun təsirinə cavab olaraq ağ çalarlığın saxlanma müddəti kimi əlamətləri qiymətləndirmək vacibdir.

Dəyişiksiz selikli qişanın səthi hamardır, bərabərdir, xərçəngönü və ya bədxassəli dəyişikliklər üçün kobud, qeyri-hamar və ya məməcikli səth xarakterik olduğu halda, fizioloji ektopiyanın silindrik epiteli həmahəng görüntüsü ilə fərqlənir.

Ektoserviksin səthinin 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işlənilməsindən sonra epitel ağımtıl çalara malik olur, onun ifadəliliyi birbaşa zədələnmənin ağırlığı ilə mütənasibdir, yəni çalarlıq nə qədər “ağımtıl” olarsa, pozulmalar bir o qədər kobud olar. Ağ çaların bilavasitə saxlanma müddəti 3%-li sirkə turşusunun təsirinə cavab olaraq epitelial örtüyün zədələnməsinin ağırlığı ilə əlaqədardır. Buna müvafiq olaraq, ağ çalar nə qədər çox saxlanarsa, destruktiv proseslərin ağırlıq dərəcəsi bir o qədər yüksək olar.

Kolpomikroskopiya pasiyentin uşaqlıq boynunun toxumalarının tamlığı pozulmadan aparılan histoloji müayinədir. Kolpomikroskopiya kolposkopiyaadan üstündür, belə ki, bu metodun nəticələri histoloji müayinə ilə tutuşdurulur. Sitoloji müayinə ilə müqayisədə kolpomikroskopiya onunla fərqlənir ki, o, qopmuş ayrı-ayrı və ya kompleks hüceyrələrin morfoloji quruluşunu deyil, hüceyrələrin bütövlüyünü pozmadan toxumanın quruluşunu öyrənməyə imkan verir. Lakin müayinənin aparılması metodikasının nisbi mürəkkəbliyinə görə kolpomikroskopiya gündəlik praktikada geniş şəkildə tətbiq olunmur.

Sitoloji müayinə. Yaxmaların Papanikolauya (Pap-yaxma, Pap-test) görə sitoloji müayinəsi çoxqatlı yastı epitelin xərçəngönü proseslərinin əsas skrining metodudur. Qadınların 25 yaş və 60 yaşlar arasında aparılmış skrining müayinəsi uşaqlıq boynu xərçənginin letallığını 80%-ə qədər azalda bilər. Apa-

rılan müayinələr arasında interval 5 ildir. Skrining müayinənin qadınların cavan yaşlarında aparılması daha səmərəlidir, onlarda aşkar olunmuş xoşxassəli xəstəliklərin müalicəsi də asan və effektiv olur. Ahıl yaşlı qadınlar həkimlərə nadir hallarda müraciət edirlər, yaxmalar keyfiyyətsiz olur və skrining müayinənin səmərəliliyi aşağı olur. Uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin səthindən, transformasiya zonasından (çoxqatlı yastı və silindrik epitellərin qovuşma yeri), eləcə də servikal kanalın aşağı üçdə bir hissəsindən Eyr qaşığı ilə alınan yaxma-izlər sitoloji müayinəyə aiddir. Əşya şüşəsinin üzərinə üç yaxma çəkilir: sol tərəfdə uşaqlıq yolunun arxa tağından, mərkəzdə uşaqlıq boynunun səthindən, sağda endoserviksdən götürülmüş yaxmalar yerləşdirilir. Xəstənin soyadı isə sağ tərəfdə göstərilir. Hüceyrələrin zədələnməməsi üçün yaxmalar əşya şüşəsi üzərinə paralel ştrixlə yüngülcə çəkilir. Papanikolauya görə yaxmaların informativliyi uşaqlıq boynunun xərçəngi zamanı 85-95%-dir.

Normada uşaqlıq boynunun müxtəlif hissələrindən alınan yaxmaların sitoloji müayinəsində çoxqatlı yastı epitelin dəyişilməmiş hüceyrələri, eləcə də servikal kanalı örtən silindrik epitelin hüceyrələri təyin olunur.

Papanikolauya görə servikal yaxmaların təsnifatı aşağıdakı qaydada müəyyənləşdirilir:

Yaxmaların 1-ci tipi – normal sitoqramma;

2-ci tipi – fon prosesləri (2a – iltihab tipli yaxma; 2 b – hüceyrə elementlərinin proliferasiyalı iltihabi tipi);

2-ci tip virus infeksiyası ilə və ya metaplastik proseslərlə şərtlənmiş hüceyrə elementlərinin xoşxassəli proliferasiyalı iltihabi tipi spesifik infeksiya olduğu halda müalicə aparılmalı, qeyri-spesifik infeksiya zamanı isə 4-6 aydan sonra Papanikolau üzrə yaxmanın müayinəsi aparılmalı təkrar yoxlama zamanı infeksiya prosesinin hər hansı bir əlaməti olarsa müalicə başlanmalıdır, hüceyrə atipiyası olduğu halda isə xəstə kolposkopik müayinəyə göndərməlidir.

3-cü tipi – şişönü dəyişikliklər (displaziya): 3a – zəif və ya orta displaziya (D1,2); 3b – ağır displaziya (D3);

4-cü tipi – maliqnizasiyaya şübhəli;

5-ci tipi – uşaqlıq boynu xərçənginin yüksək ehtimalı;

6-cı tipi – keyfiyyətsiz yaxma (silindrik hüceyrələr olmur).

Ümumiyyətlə, yaxmalar sitoloqa göndərilərkən xəstəliyin anamnezi və klinik problemi düzgün göstərilməsi vacibdir.

Fon prosesləri zamanı yaxmalarda külli miqdarda silindrik epitel hüceyrələri aşkar olunur. Displaziyanın sitoloji ekvivalenti diskariozdur (nüvələrin atipiyası). Yüngül dərəcəli displaziya üçün diskarioz əlamətli yastı epitelin aralıq qatının hüceyrələrinin üstünlük təşkil etməsi və nüvə-sitoplazmatik münasibətlərin cüzi pozulması xarakterikdir. Orta dərəcəli displaziyada parabazal qatın nüvə atipiyası əlamətli hüceyrələr üstünlük təşkil edir. Displaziyanın ağır forması yaxmalarda diskarioz əlamətli bazal və parabazal tipli hüceyrələrin miqdarının artması, nüvə-sitoplazmatik münasibətlərin pozulmaları, mitozların sayının artmaları ilə fərqlənir. Çoxqatlı yastı epitelin bazal hüceyrələrinin diskariozu preinvaziv karsinoma zamanı da müşahidə oluna bilər. Sitogramda diskariozun aşkar olunması histoloji müayinə üçün biopsiyanın aparılmasına göstərişdir.

Uşaqlıq boynunun qeyri-invaziv aşağı və yüksək yastı hüceyrəli intraepitelial zədələnmələrinin müxtəlif dərəcələrinin qiymətləndirilməsinə əsaslanmış Betesda (“Bethesda System”) beynəlxalq sitoloji təsnifatı daha müasirdir. Aşağı dərəcəli yastı hüceyrəli intraepitelial zədələnmələrə koylositoz və yüngül formalı displaziya (CİN-I) daxildir. Yüksək dərəcə özündə orta ağır formalı displaziyanı (CİN-II, CİN-III), eləcə də “karsinoma in situ”nu birləşdirir. Yüksək dərəcəyə İPV-nin yüksək onkogen riskli (16, 18, 31, 33) serotiplərlə yoluxma zamanı təsadüf olunur.

Sitoloji diaqnostikanın dəqiqliyi displastik dəyişikliklərdə 30%-dən, fon proseslərində 50%-dən yuxarı olmur. Odur ki, uşaqlıq boynunun patoloji vəziyyətləri olan xəstələrin müalicəsi yalnız biopsiya materialının histoloji müayinəsinin nəticələrinə müvafiq patogenetik cəhətdən radikal və məqsədyönlü aparılır.

Uşaqılıq boynunun fon və xərcəngönü xəstəliklərinin müalicə prinsipləri

Fon proseslərinin müalicəsi. Uşaqılıq boynunun fon proseslərinin müalicəsində medikamentoz və qeyri-medikamentoz üsullar mövcuddur. Konservativ müalicə iltihabi prosesi aradan götürmək, toxumaların trofikasını bərpa etməkdən ibarətdir.

Uşaqılıq boynunun fon proseslərinin müalicəsinin uğurunun vacib şərti iltihabi proseslər, dishormonal pozulmalar kimi patoloji prosesi yaradan və davam etdirən səbəbləri aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Konservativ müalicənin müddəti 4 həftədən çox olmamalıdır.

Gənc doğmamış qadınlarda (21-22 yaşa qədər) ektopiya 30% hallarda fizioloji proses sayılır, həmçinin kiçik ölçülü ektopiyalar (diametri 10 *mm*-ə qədər) infeksiya prosesi və ya hüceyrə atipizmi olmadıqda sitoloji müayinələrin göstəricilərinə əsasən müvəqqəti proses kimi qiymətləndirilir və xüsusi müalicə tələb etmir;

Medikamentoz müalicə uşaqılıq boynunun patoloji dəyişikliyə uğramış nahiyyəsinə (epiteliyə) dərman vasitələrinin lokal olaraq applikasiyaları şəklində həyata keçirilir.

Solkovagin – şəffaf maye olub üzvi və qeyri-üzvi turşuların qarışığından ibarətdir və silindrik epitelə seçici koaqulyasiyaedici təsirə malikdir. Solkovaginlə müalicə ağrısızdır, yan təsirsizdir, uşaqılıq boynunda çapıq dəyişikliklər əmələ gətirmir və preparatın kifayət qədər dərinə sirayət etməsinə görə patoloji ocağın tamamilə dağılmasını təmin edir. Preparat pambıq tamponlu xüsusi çubuqla patoloji ocağa çəkilir, bu sağlam toxumalara dəymədən yalnız zədələnmə zonalarını işləməyə imkan verir.

Fon proseslərinin **qeyri-medikamentoz müalicəsinə** kriodestruksiya, diatermokoagulyasiya yüksək və aşağı intensivlikli lazer təsirləri, cərrahi müdaxilə daxildir.

Yüksəkintensivlikli lazer təsiri. Uşaqlıq boynunun xəstəliklərinin müalicəsi üçün karbon qazı (CO_2) şüasından istifadə olunur. CO_2 –lazerin təsir mexanizmi koherent şüalanmanın bioloji toxumalarla kifayət qədər güclü şəkildə udulmasına əsaslanır, bunun nəticəsində sürətli qızma və lazer şüasının təsir zonasında biotoxumanın dağılması baş verir. Bu zaman lazer şüasının başlanğıc mərhələsində buxarlanma vasitəsilə biotoxumanın mayenin sərt fazaların karbonlaşması ilə dağılması müşahidə olunur, sonra isə temperaturun artması zamanı toxumanın karbonlaşdırılmış karkası yanır.

Uşaqlıq boynunun epitelial örtüyünün CO_2 lazer vaporizasiyası ağrısızdır, qartmaq əmələ gətirmir, kanalın srenozu olmur, bu zaman toxumaların nekrozu minimaldır, sağalma müddəti isə digər fiziki destruksiya metodlarından fərqli olaraq qısaadır.

Kriodestruksiya. Aşağı temperaturlu təsir toxumaların kriokonservasiyasından kriodestruksiyasına qədər geniş spektrli bioloji effektdə malikdir. Kriokaqulyasiya kontakt yolla həyata keçirilir, soyuducu agent qismində maye qazlardan – azot və azot oksidi, freon, karbon qazı, eləcə də krioeffekti potensiallaşdıran fiziki amillər – elektromaqnit şüalanma, ultrasəs, radioaktiv izotoplarla təsir və s. istifadə olunur. Krioapplikasiyanın müddəti patoloji prosesin xarakteri və yayılması ilə müəyyənləşdirilir və orta hesabla 3-4 dəqiqə təşkil edir. Toxumaların zədələnmə biomexanizmində aşağı temperaturlu təsirin aşağıdakı əsas istiqamətləri ayırd edilir:

- biomakromolekulların və bioloji membranların dehidratasiyası ilə müşahidə edilən hüceyrədaxili və hüceyrəxarici buz kristallarının yaranması;
- lipid-protein komplekslərinin denaturallaşdırılmasını əmələ gətirən pH və elektrolitlərin konsentrasiyasının artması;
- hüceyrələrin orqanoidlərində biomembranlarda, mitoxon-drilərdə, lizosomlarda suyun kristallaşması;
- hüceyrələrin artan su kristalları ilə mexaniki zədələnmələri;

- donmuş toxumada işemiyanın və nekrozun sonrakı inkişafı ilə mikrosirkulyasiyanın pozulması.

Kriodestruksiyanın üstün cəhətlərinə ətraf toxumaların cüzi zədələnmələri ilə məhdud zonada nekrozun formalaşması, birləşdirici toxumanın sklerozlaşmaması, proseduranın ağrısız olması, çatışmayan cəhətlərinə isə yastı epitelin regenerasiyasının uzun müddət ərzində baş verməsi və toxumaların ekssudasiyası, dondurmanın həm dərinlikdə, həm də səthdə natamam olması aiddir. Bu bütün patoloji dəyişmiş hüceyrələrin məhvini təchiz etmir və beləliklə, kriotəsir uşaqlıq boynu xəstəliklərinin residiv ehtimalını artırır (rastgəlmə tezliyi 42%).

Aşağıintensivlikli lazer terapiyası (infraqırmızı və ya helium-neon şüalanma). Aşağıintensivlikli lazer şüalanmanın bioloji təsirinin mexanizmi orqanizmin toxumalarının və hüceyrələrinin elektromaqnit sahələri ilə lazer şüasının elektrik sahəsinin qarşılıqlı təsirinə əsaslanmışdır. İnfraqırmızı lazer şüalanması zəruri bioenergetik enzimlərin – dehidrigenaza və sinxromoksidazaların, katalazaların, eləcə də hüceyrə metabolizminin digər fermentlərinin fəallığını stimullaşdırır. Aşağıintensivlikli lazer epitelial toxumaların regenerativ proseslərini sürətləndirir, eləcə də iltihab əleyhinə, analgetik və bakterisid effektlərə malikdir. Uşaqlıq boynunun zədələnmiş nahiyyəsi 10-15 seans olmaqla 3-5 *dəq* müddətində lazer şüalanmasına məruz qalır. Aşağıintensivlikli lazer terapiyası 3 həftədən çox aparılmır, müsbət effekt olmadıqda destruktiv müalicə metodlarından istifadə olunur.

NO-terapiya. 1980-ci illərin ortalarında müəyyənləşdirilmişdir ki, endogen NO fermentativ yolla NO-sintazın köməyi ilə orqanizmin hüceyrələrində fasiləsiz olaraq istehsal olunur və universal (polifunksional) tənzimləyici messengerlərdən birinin funksiyasını yerinə yetirir: qaz bir hüceyrədə (endotelial, sinir və s.) istehsal olunur, membrandan keçərək digər hüceyrələrin funksiyalarını tənzimləyir. Hazırda məlumdur ki, NO insan orqanizmində vacib bioloji funksiyaları: damarların tonusunu (vazodilatasiya), immuniteti, hüceyrələrin apoptozunu, yaddaşın və rabi-

tənin neyronlarını, qanın laxtalanmasını, bronxların və həzm traktının sayə əzələlərinin realaksiyasını, hormonal funksiyaları tənzimləyir; mikrob və şiş əleyhinə müdafiəni təmin edir.

Uşaqlıq boynunun fon xəstəliklərinin müalicəsi üçün (servisitlər, ektopiyalar) “Plazon” aparatından istifadə olunur. Bu aparat atmosfer havasından plazmokimyəvi yolla ekzogen azot monoksidini generasiya edir. Eksperimental və klinik tədqiqatlarla müəyyənləşdirilmişdir ki, ekzogen NO mikrosirkulyasiyanı tənzimləyir, antibakterial və iltihabəleyhinə təsir göstərir, toxumaların regenerasiyasını stimullaşdırır. NO-terapiya metodu uşaqlıq boynunun zədələnmiş nahiyyəsinin 60 saniyə ərzində qazla “üfürülüb təmizlənməsidir”.

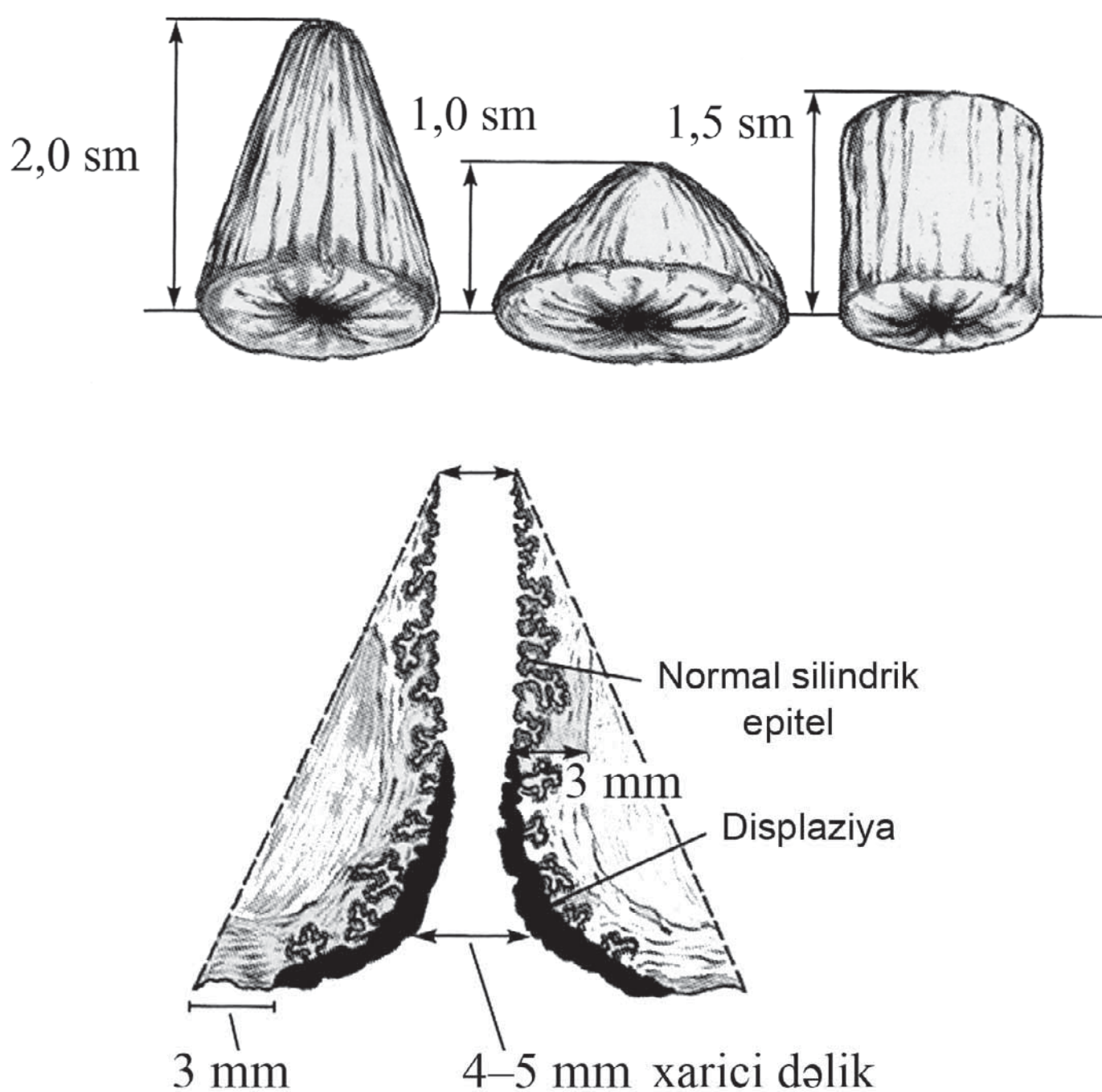
Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin posttravmatik fon xəstəlikləri – cırılmalar, ektropion, çapıq deformasiyası, uşaqlıq boynu – uşaqlıq yolu svişləri cərrahi yolla müalicə olunur. Bu məqsədlə rekonstruktiv-plastik əməliyyatların müxtəlif növləri (pazvari və konusvari amputasiya, uşaqlıq boynunun plastikası, uşaqlıq boynu-uşaqlıq yolu svişlərinin tikilməsi) tətbiq olunur.

Xərçəngönü xəstəliklərin müalicəsi. Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliyi olan xəstələrin müalicə taktikası tamamilə fərdidir və kolposkopiyanın nəticələrinə, morfoloji dəyişikliklərin ağırlıq dərəcələrinə, xəstələrin yaşına, onun reproduktiv funksiyasının vəziyyətinə, uşaqlıq boynunda əvvəldən müdaxilələrin olmasına, displastik proseslərin lokalizasiyasına görə təyin edilir. Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliklərini müalicə edərkən kriodestruksiya, CO₂ lazer vaporizasiyası, elektrokonzasiya, uşaqlıq boynunun amputasiyası tətbiq olunur.

I dərəcəli displaziya zamanı iltihab əleyhinə müalicə, yüksək-intensivlikli lazer, kriodestruksiya aparıla bilər.

II dərəcəli displaziya zamanı uşaqlıq boynunun elektrokonzasiyası müalicə metodu kimi qəbul olunur. Elektrokonzasiya (konussəkilli elektroekssiziya) uşaqlıq boynunun patoloji dəyişikliyə uğramış toxumalarının konussəkilli (konusun zirvəsi daxili dəliyə yönəlmiş olur) kəsilməsi elektrocərrahi aparat vasitəsilə

birdəşdirilmiş xüsusi elektrod-konizatorun köməyi ilə həyata keçirilir. Onun fırlanması zamanı servikal kanalın 2/3 hissəsi kəsilib çıxarılır. Elektroekssiziyanın müsbət cəhətlərinə uşaqlıq boynunun patoloji dəyişilmiş toxumalarının radikal çıxarılması, fəsadların az olması aiddir, lakin çıxarılan preparatın koagulyasion zədələnməsinə səbəb olduğuna görə cərrahi konizasiya aparılması daha məqsədəuyğundur. Konusun forması və ölçüləri patoloji zonanın və displaziyanın ağırlıq dərəcəsindən asılıdır (şəkil 11.15).



Şəkil 11.15. Displaziyanın ağırlıq dərəcəsinə müvafiq konusların forma və ölçüləri

Ağır displaziyalı xəstələrdə isə ağır displaziya epitel daxili xərçəng (“ca in situ”) və ya mikrokarsinoma ilə müştərək rast

gəlinə bildiyi üçün cərrahi müdaxilə metodu histerektomiyadır. Uşaqlıq boynunun geniş ekssiziyası aşağıdakı göstəricilərin məcmusu zamanı tətbiq oluna bilər: yaşı 40-dan aşağı olması, biopstatın distal sahələrində displastik komponentlərin və invaziya əlamətlərinin olmaması, dinamik, klinik, sitoloji və kolposkopik nəzarətin mövcud olması. Uşaqlıq boynunun xərçəngünü xəstəliklərinin cərrahi müalicə üsullarına uşaqlıq boynunun amputasiyası (Ştrumdort metodu ilə konusabənzər; Şreder üsulu ilə pazabənzər; yüksək), Emmet, Yelsov Strelkov üsulları ilə aparılan rekonstruktiv plastik əməliyyatlar aiddir.

11.3. UŞAQLIQ BOYNUNUN XƏRÇƏNGİ

Xəstəliyin diaqnostikasında və müalicəsində əldə olunan nailiyyətlərə baxmayaraq qadın cinsiyyət üzvlərinin bədxassəli şişləri arasında uşaqlıq boynunun xərçəngi 1-ci yerdə durur. Ən çox 50 yaş və 50 yaşdan yuxarı, çox doğmuş və erkən cinsi həyata başlamış qadınlar arasında daha tez-tez rast gəlinir. 90-95% hallarda uşaqlıq boynunun ektoserviks hissəsi, 5-15% hallarda isə endoserviks nahiyyəsi zədələnir.

Histoloji quruluşuna görə uşaqlıq boynu xərçənginin 2 forması – yastıhüceyrəli xərçəng və adenokarsinoma ayırd edilir. Yastıhüceyrəli xərçəngin buynuzlaşan, buynuzlaşmayan növləri vardır. Belə, bölgü şərti xarakter daşıyır, çünki bir sıra xəstələrdə şişin müxtəlif strukturları rast gəlinə bilər. Uşaqlıq boynunun adenokarsinoması və aşağı differensiasiyalı xərçəngi daha qeyri-qənaətbəxş klinik gedişə malikdir. Uşaqlıq boynunun xərçənginin ekzofit, endofit, qarışıq, xoralı-infiltrativ böyümə formaları ayırd edilir.

Şiş prosesinin yayılmasından asılı olaraq uşaqlıq boynunun xərçəngi aşağıdakı klinik mərhələlərə ayrılır:

0 mərhələsi – “ca in situ” (preinvaziv xərçəng)

I mərhələ – şiş uşaqlıq boynu ilə məhdudlaşmışdır.

- Ia – uşaqlıq boynunun mikroinvaziv xərçəngi;
Ia₁ – invaziyanın dərinliyi 3 *mm*-dən artıq deyildir;
Ia₂ – şişin diametri 7-10 *mm* olmaqla invaziyanın dərinliyi 3 *mm*-dən 5 *mm*-ə qədərdir.
Ib – uşaqlıq boynunun invaziv xərçəngi (invaziyanın dərinliyi 5 *mm*-dən artıqdır).
II mərhələ – şiş uşaqlıq boynu hüduqlarından kənara yayılır:
IIa – uşaqlıq yolunun və uşaqlıq cisminin orta və yuxarı üçdə bir hissəsinə infiltrasiya;
IIb – şiş bir və ya iki tərəfdən parametriuma infiltrasiya edir, çanaq divarlarına çatmır;
III mərhələ – şiş uşaqlıq boynu hüduqlarından kənara çıxmışdır:
IIIa – uşaqlıq yoluna aşağı üçdə bir hissə daxil olmaqla infiltrasiya edir;
IIIb – şiş infiltratının çanaq divarına yayılması, hidronefroz və ya ikincili büzüşmüş böyrək.
IV mərhələ – şiş qonşu orqanlara sirayət edir, yaxud kiçik çanaq hüduqlarından kənara yayılır.
IVa – şiş sidik kisəsinə və ya düz bağırsağa sirayət edir;
IVb – uzaq metastazlar.

Uşaqlıq boynu xərçənginin başlanğıc formalarının klinik təzahürü (“ca in situ”, mikroinvaziv xərçəng) mövcud deyildir. Kontakt qanlı ifrazatlar uşaqlıq boynu xərçəngi üçün patoqnomik sayılır, az hallarda asiklik qanaxmalar olur. Lakin qanlı ifrazatın olması invaziv xərçəngə uyğun gəlir. İnvaziv xərçəng zamanı xəstələr ağılı ifrazat, kontakt qanaxmalar və ağrılardan şikayətlənirlər.

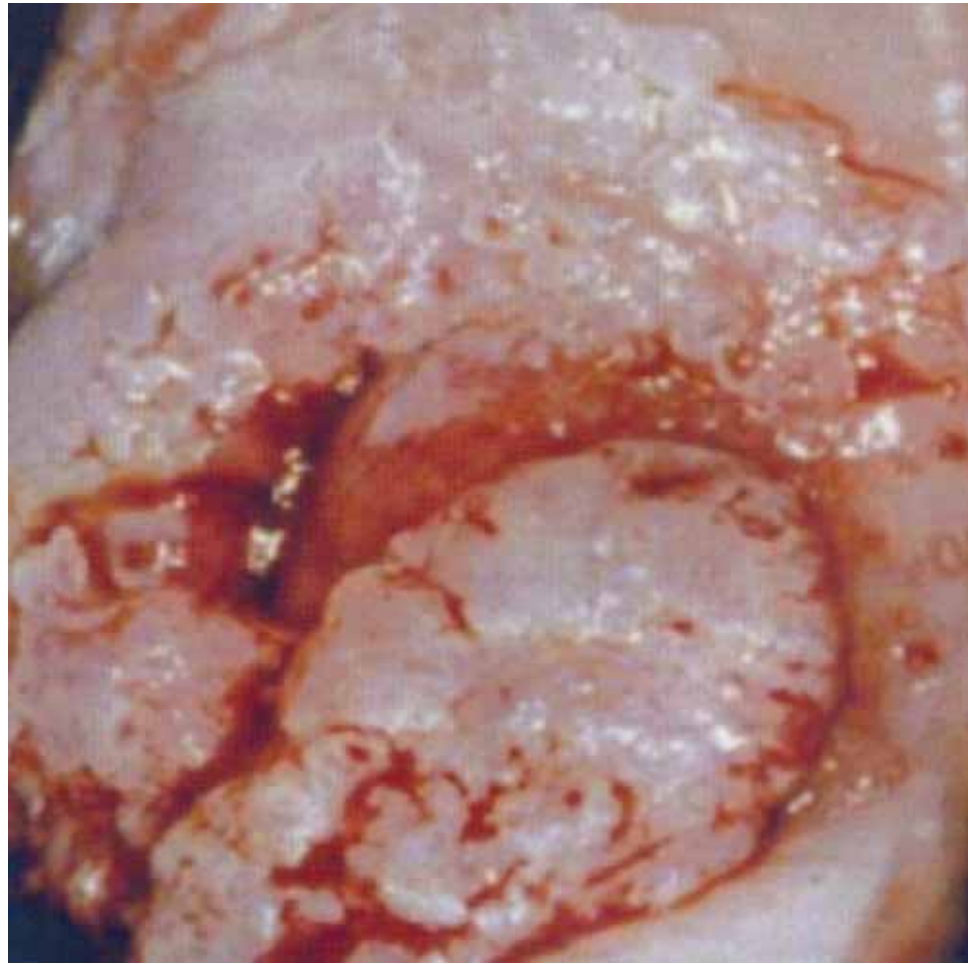
Bir qayda olaraq, xərçəngin qeyri-operabel və gecikmiş formalarında xəstələrdə prosesə infeksiya qoşulduğuna görə üfunətli ifrazat, ağrılar (o cümlədən, bel və böyrək nahiyyələrində), titrətmə, arıqlama, qonşu orqanların funksiyalarının pozulması müşahidə olunur. Ginekoloji müayinəyədək şişin ekzofit forması zamanı uşaqlıq boynuna toxunarkən asanlıqla dağılan və qana-

yan, qırmızı, bozuntul, çəhrayı və ya ağımtıl rəngli gül kələminə bənzər törəmə müşahidə olunur. Şiş dağılarkən üfunətli, irinli ət suyu rəngli ifrazat əmələ gəlir, uşaqlıq boynunun səthində isə boz fibrinli ərp müşahidə olunur. Endofit böyümə zamanı uşaqlıq boynu hipertrofiyalaşır, sərt, azhərəkətli, çəlləyə bənzər formalı, səthi hamar, selikli qısa qeyri-bərabər çalarlı – çəhrayı-mərmər və ya sianotik rəngə malikdir.

Uşaqlıq boynunda olan patoloji prosesi aşkar etmək üçün müayinələr aşağıdakı ardıcılıqla aparılmalıdır: güzgülər vasitəsilə uşaqlıq yoluna və boynuna baxış, vaginal və rektovaginal müayinə. Xəstələrin güzgülərlə müayinəsində qaşığabənzər güzgülərdən istifadə olunmalıdır. Kusko güzgüsü ilə müayinədə şiş ocağının travmatizasiyaya uğraması onun infeksiyalaşmasına və prosesin metastazlaşmasına səbəb olur. Vaginal müayinədə uşaqlıq boynunun konsistensiyasının sərtləşməsi, toxumanın elastikliyinə itməsi, özünəməxsus rigidlik qeyd olunur. Uşaqlıq yolu tağları prosesə cəlb olunduqda mütəhərrikliyi azalır və ya olmur, kraterəbənzər formada isə uşaqlıq boynu dağılıb, yerində sərt, kənarları kövrək, infiltrasiyalasmış uşaqlıq tağları ilə əhatə olunmuş kraterəbənzər xora müşahidə olunur.

Rektovaginal müayinənin aparılması xəstəliyin bütün mərhələlərində vacibdir. Bu müayinə prosesin mərhələsini, uşaqlıq-oma bağlarının vəziyyəti (onların şiş infiltratına cəlb olunması parametriumdan əvvəl baş verir), parametriumda, kiçik çanaqda mövcud olan infiltratları, düz bağırsağın prosesə cəlb olunmasını müəyyənləşdirməyə imkan verir.

Uşaqlıq boynu xərçənginin başlanğıc formalarında əlavə müayinə metodları (sitologiya, kolposkopiya, histoloji müayinə üçün uşaqlıq boynunun biopsiyası) tələb olunur. Uşaqlıq boynunun xərçənginə şübhəli kolposkopik şəkil patoloji damarların olması, şiş ocağının rəng çalarlarının dəyişməsi, səthin kələ-kötürlüyü, epitelin ağarması, mənfi Şiller sınağından ibarətdir (şəkil 11.16).



Şəkil 11.16. Uşaqlıq boynunun xərçəngi (Kolposkopiya).

Adenokarsinoma zamanı klinik mənzərə daha zəifdir, diaqnostika isə çətinləşmişdir, başlanğıc mərhələlərdə kolposkopiya qeyri-informativdir. Servikal kanalın sitoloji mənzərəsinin dəyişməsi və ya servikal kanalın patologiyasının exoqrafik əlamətləri daha dərin müayinələr – histeroservikoskopiya, servikal kanalın diaqnostik qaşıntısı, uşaqlıq boynunun konizasiyasını və alınmış möhtəviyyatın, əsas həlledici üsul olan materialın histoloji müayinəsini aparmaq üçün zəmin yaradır.

Prosesin yayılmasını aydınlaşdırmaq üçün rektoromanoskopiya, sistoskopiya, KT, MRT, angio- və limfoqrafiyadan istifadə olunur.

Uşaqlıq boynunun xərçənginin müalicəsi xəstəliyin mərhələsindən asılı olaraq müxtəlif üsullarla aparıla bilər: cərrahi, şüa, kombinəedilmiş, kompleks. Xəstəliyin ilkin mərhələsində (I mərhələ) operativ müalicə və yaxud əməliyyata əks göstəriş olarsa yalnız şüa müalicəsi aparıla bilər. Şiş invaziyasının dərinliyi regional limfatik düyünlərdə metastazların olması və uşaqlıq boynu xərçənginin residiv ehtimalını yaradır ki, bu da şüa terapiyasının planlaşdırılmasını zəruri edir.

Ia₁ mərhələsi zamanı gənc qadınlarda seçim üsulu uşaqlıq boyunun yüksək amputasiyası, 50 yaşdan yuxarı pasiyentlərdə isə uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyasıdır və yaxud boşluqdaxili şüa terapiyasıdır.

Ia₂ mərhələsi zamanı gənc qadınlarda uşaqlığın borularla birgə ekstirpasiyası icra edilir, yumurtalıqların sonradan şüalanma zonasına düşməməsi məqsədilə saxlanılan damarlı ayaqcıqla onlar periton arxasına keçirilir və lateral kanallar nahiyyəsində-böyrəklərin aşağı qütbü nahiyyəsinə fiksə olunur. Digər xəstələrə isə panhisterektomiya tətbiq olunur.

Uşaqlıq boynu xərçənginin Ib və IIa mərhələlərində əks göstəriş olmazsa, əməliyyatdan əvvəl, ilk növbədə şüa terapiyası (boşluqdaxili və ya distansion) aparılır. Sonra isə Vertheym əməliyyatı yerinə yetirilir və yaxud müstəqil olaraq tək-cə müştərək (boşluqdaxili və distansion) şüa terapiyası aparılır.

Hal-hazırda uşaqlıq boyununun xərçənginin ilkin mərhələlərində aparıcı klinikalarda laparoskopik üsullarla əməliyyatlar aparılmağa başlanmışdır.

IIb, IIIa, IIIb mərhələlərində yalnız müştərək şüa terapiyası aparılır.

IV mərhələdə palliativ terapiya həyata keçirilir, lakin uzaq metastazlar və xəstəliyin residivləri zamanı simptomatik müalicə ilə yanaşı, polikimyəvi terapiya üsullarından istifadə etmək olar.

Uşaqlıq boyununun xərçənginin proqnozu xəstəliyin mərhələsindən və şişin morfoloji quruluşundan asılıdır, fərdidir, Ia mərhələsində müalicədən sonra beşillik yaşama müddəti 98-100%, Ib mərhələsində 85-96%, II mərhələdə 74-80%, III mərhələdə isə 51-58% təşkil edir. Uşaqlıq boyununun xərçəngi və hamiləlik olduqda proqnoz xeyli pisləşir və I mərhələdə beşillik yaşama müddəti 25-30%-ə qədər azalır. Lakin xərçəngin başlanğıc forması zamanı aparılmış orqan saxlayıcı əməliyyatdan sonra sağalmış xəstələrdə gələcəkdə hamiləliyin baş verməsi əks göstəriş deyildir.

Uşaqlıq boyununun xərçənginin profilaktikası skriniq proqramların təkmilləşdirilməsindən, uşaqlıq boyununun patoloji pro-

seslərinin erkən diaqnostikası və vaxtında müalicəsindən ibarət olmaqla sağlam həyat tərzinin keçirilməsinin təbliği, qadın əhalisi arasında dövrü olaraq ginekoloji baxışların keçirilməsi, barədə maarifləndirmə, risk qruplarının müəyyənləşdirilməsi və müşahidə altına alınması istiqamətində aparılmalıdır.

Həmçinin qadınların, yeniyetmələrin arzuolunmaz və erkən hamiləliklərin profilaktikası məqsədilə kontrasepsiya metodları ilə tanış olmaları, maneə kontrasepsiyalarının üstünlüklərinin izahı, monoqam münasibətlərin, gigiyenik normaların təbliğatı, siqaret çəkmənin antireklamı və s. sağlam həyat tərzinin formalaşması da həmçinin, uşaqlıq boynunun xərçənginin inkişafına təsir göstərən zərərli amillərin təsirinin azalmasına yönəlir.

Uşaqlıq boynunun displaziyası və xərçənginin risk amillərinə cinsi əlaqənin erkən başlanması, erkən hamiləlik, çoxsaylı cinsi partnyorların olması, anamnezdə zöhrəvi xəstəliklər, xəstənin və onun partnyorunun aşağı sosial-məişət və mədəni səviyyəsi, uzunmüddətli oral kontraseptivlərin qəbulu, siqaret çəkmə aiddir.

Servikal kanalın adenokarsinoması üçün risk faktorlarından biri də pasiyentin hamiləlik zamanı qəbul etdiyi dietilstilbestrolun təsiri sayılır (şəkil 11.17).



Şəkil 11.17.
Dietilstilbestrolla şərtlənən
uşaqlıq boynunun
deformasiyası

Risk qrupuna aid olan pasiyentlərə 6 ayda 1 dəfədən az olmayaraq genişləndirilmiş kolposkopiya, yaxmaların sitoloji müayinəsi aparılmalı, lazım gəldikdə isə invaziv müayinə üsulları tətbiq olunmalıdır.

XII FƏSİL

ENDOMETRİUMUN HİPERPLASTİK PROSESLƏRİ VƏ XƏRÇƏNGİ

Endometriumun hiperplastik prosesləri də digər lokalizasiyalar olduğu kimi, bədxassəli inkişafadək progressivləşməsinə görə diqqəti cəlb edir. Menopauzaönü dövrdə endometriumun hiperplastik proseslərinin yüksək tezliyi, eləcə də bu zaman onların yüksək maliqnizasiya riski haqqında birmənalı fikir mövcuddur. Bu patologiya nadir hallarda qadın həyatının digər yaş dövrlərində də müşahidə olunur və demək olar ki, həmişə endokrin patologiya ilə qarşılıqlı əlaqədə olur. Endometriumun hiperplastik dəyişiklikləri olan qadınlarda uşaqlıq xərçənginin rastgəlmə tezliyi belə patologiyaya malik olmayan qadınlarla müqayisədə olduqca yüksəkdir. Buna görə də endometriumun hiperplastik proseslərinin təsnifatının bütün variantlarının əsasını endometriumun hiperplaziyası, polipi, atipik hiperplaziyası və xərçəngin müxtəlif variantları kimi morfoloji xüsusiyyətlər təşkil edir. Endometriumun patologiyasında maliqnizasiyanın rastgəlmə tezliyi nəzərə alınmaqla fon və xərçəngönü hallar ayırd edilir. Bütün bunlar Y.B.Boxman tərəfindən təklif olunmuş təsnifatda (1999) öz əksini tapmışdır:

I. Fon prosesləri (endometriumun vəzili hiperplaziyası, endometrial poliplər).

II. Xərçəngönü xəstəliklər (atipik hiperplaziya).

III. Xərçəng (adenokarsinoma, adenoakondokarsinoma, şəffahüceyrəli mezonefroid adenokarsinoma, vəzili-yastıhüceyrəli xərçəng, differensiasiya olunmayan xərçəng); differensiasiya dərəcəsinə görə vəzili-solid yüksək differensiasiyalı, orta differensiasiyalı, və aşağı differensiasiyalı.

B.İ.Jeleznov (1997) hiperplaziyanın daha iki formasını – sekretor çevrilməli hiperplaziya və bazal qatın hiperplaziyasını təsnifata əlavə edir.

Endometriumun fon xəstəlikləri. Bir çox müəlliflər tərəfindən endometriumun *vəzili hiperplaziya* və *vəzili-kistoz hiperplaziyasının* ayırd edilməsinə baxmayaraq, əslində onlar vahid bir proses təşkil edir. Onlar arasındakı fərq yalnız vəzilərin kistoz genişlənməsinin dərəcəsindən ibarət olur (vəzili-kistoz hiperplaziyada kistalar olur, vəzili-hüceyrəli və vəzili hiperplaziyada isə olmur). Bazal hiperplaziyada endometriumun kompakt qatında yerləşmiş vəzilərin proliferasiyası hesabına selikli qişanın bazal qatının qalınlaşması baş verir.

Vəzili hiperplaziya (vəzili-kistoz hiperplaziya) endometriumun stromasının və vəzilərinin nəzərə çarpan proliferasiyası ilə xarakterizə olunur, buna görə də funksional qatın inkişafı hesabına stromanın müxtəlif qalınlaşması qeyd olunur. Lakin onun kompakt və spongioz qatlara ayrılması tsiklin 2-ci (sekretor) faza-sında olduğu kimi baş vermir. Genişlənmiş vəzilər fonunda (kistalar şəklində) vəzili-kistoz hiperplaziya qeyd edilir, hiperplaziyalı endometriumun üzərində polip şəklində selikli qişa çıxıntılarının əmələ gəlməsi isə hiperplaziyanın polipoz formasını göstərir. Endometriumun silindrik (vəzili) epiteli çoxlu miqdarda müxtəlif formalı və boşluqlu vəzilərin əmələ gəlməsi ilə (çoxsaylı mitozlar) proliferasiya mərhələsində olur. Fəal proliferasiya vəziyyətində olan oval hüceyrələrdən qurulmuş stromanın ödəmi müşahidə olunur. Hiperplaziyalı endometriumun ayrılması zamanı (hiperplaziyanın reqressiyası) endometrium hipertrofiyalı vəziyyətdən yastılanmış vəziyyətə çevrilir. Bu da atrofiyalı endometriumdan fərqli olaraq daha çox qalınlaşmaya və çoxsaylı vəzilərə malikdir.

Endometriumun sekretor çevirilməli hiperplaziyası zamanı vəzili epitelidə sekretor dəyişikliklər (hüceyrələrdə qlikogenlə zəngin olan vakuolların meydana gəlməsi) baş verir.

Endometriumun bazal qatının hiperplaziyası ayrı-ayrı sahələr (ocaqqlar) şəklində inkişaf edir və inkişaf etmiş damar toruna və qalınlaşmış sklerozlaşmış damar divarlarına malik qalın stroma ilə xarakterizə olunur.

Endometriumun fon xəstəliklərinə bir sıra morfoloji və klinik xüsusiyyətlərinə görə ayrıca nəzərdən keçirilən poliplər aid edilir.

Endometriumun xərçəngünü və ya atipik hiperplaziyası.

Endometriumun atipik hiperplaziyası bazal, funksional, yaxud endometriumun hər iki qatından inkişaf edə bilər və epitelin proliferativ proseslərinin daha qabarıq fəallığı ilə xarakterizə olunur. Atipik hiperplaziyanın endometriumun funksional və bazal qatlarında eyni vaxtda inkişaf etməsi maliqnizasiyanın sürəti baxımından qeyri-qənaətbəxş proqnostik əlamət sayılır. Digər tərəfdən atipik hiperplaziya təkcə qalınlaşmış (hiperplaziyalı) endometriumda deyil, eləcə də nazıqlaşmış (atrofiyalı) endometriumda əmələ gələ bilər.

Endometriumun struktur (vəzilərin formasının və yerləşməsinin dəyişməsi ilə səciyyələnən) və hüceyrəli atipiya (epitelin, yaxud stroma hüceyrələrinin atipiyası) formaları ayırd edilir.

Atipik hiperplaziyanın epitelin hiperplastik prosesləri ilə diffuz atipik formasını (diffuz adenomatoz) və vəzili hiperplaziya, bazal hiperplaziya, poliplər və ya dəyişilməyən epitel fonunda ocaqlı (ocaqqlı adenomatoz) növlərini fərqləndirirlər. Atipik hiperplaziya zamanı vəzili elementlər stromal elementlərlə müqayisədə üstünlük təşkil edir. Bu da atipik hiperplaziyanı endometriumun vəzili hiperplaziyasından fərqləndirir. Lakin atipik vəzilər arasında stromal hüceyrə strukturları hər zaman saxlanılır, yüksək differensiasiyalı adenokarsinomada isə bu müşahidə edilmir. Endometriumun atipik hiperplaziyası 3 dərəcəyə bölünür: zəif, orta və ağır. Bütün bu dərəcələr üçün arasında ensiz stromal qatları olan vəzilərin sıx yerləşməsi xüsusiyyəti səciyyəvidir. Vəzilər xaotik yerləşmişdir, müxtəlif ölçülərə və formalara malikdir, boşluqların mənəfinə doğru inkişaf edən məməciklərlə xarakterizə olunur. Orta dərəcəli hiperplaziyada vəzilər “vəzidə vəzi” şəkilli əcaib və kələ-kötür forma alır. Endometriumun xərçəngünü xəstəliklərinin qabarıq formasında vəzilər solğun eozinofil sitoplazmalı böyük epitelial hüceyrələrlə örtülmüşdür. Onların nüvələri polixrom, polimorfdur, hüceyrələrdə çoxnüvəlilik qeyd olunur.

Endometriumun fon xəstəlikləri 2-10%, xərçəngünü xəstəlikləri isə 10-20% hallarda xərçəngə transformasiya edə bilər. Bu, 5-15 il ərzində, daha çox menopauzaönu dövrdə baş verə bilər.

Belə ki, endometrial poliplər nadir hallarda (2-5%) maliqni-zasiya olunur, lakin postmenopauza dövründə belə hallar 10%-ə çatır.

Endometriumun fon və xərçəngönü proseslərinin etiologiyası və patogenezinə, xüsusən reproduktiv yaş dövründə olan qadınlarda neyroendokrin patologiya nöqtəyi-nəzərindən baxılmalıdır. Məlumdur ki, endometriumun normal transformasiyası vahid mürəkkəb funksional neyroendokrin sistemlə tənzimlənir. Buna görə də endometriumun fon və xərçəngönü vəziyyətlərinə səbəb olan bütün amillər əvvəlcə qadının məhz neyroendokrin sisteminə təsir göstərir. Endometriumun patologiyası bu zəncirin yalnız bir həlqəsidir və o yeganə xəstəlik olub reproduktiv sistemin hormonal-asılı və ya başqa orqanların patologiyası ilə birgə ola bilər. Bəzən endometriumun hiperplastik prosesləri uşaqlığın disfunk-sional qanaxmaları, yumurtalıqların skleropolikistozu, uşaqlığın mioması, süd vəzilərinin xəstəlikləri ilə müşahidə olunur.

Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq, endometriumun hiperplastik proseslərinin səbəblərinə və inkişaf mexanizmlərinə endokrin sistemin normal fəaliyyətinin uzaqlaşmasının analoji variantları kimi baxıla bilər:

- hormonların biosintez, ritm və qanaatılma dövriliyinin patologiyası və tərkib nisbətinin pozulması;
- xüsusilə hədəf-orqanların hüceyrələrinin reseptor sisteminin, funksiyasının pozulması;
- xüsusilə hədəf-orqanların “hormon-reseptor” sisteminin genetik determinallığının patologiyası;
- ilk növbədə patoloji transformasiya olunan hüceyrələrin eliminasiyasına görə immunoloji nəzarətin pozulması;
- orqanizmdə hormonların farmakokinetikasında iştirak edən metabolik proseslərin patologiyası və somatik orqanlarında xəstəlikləri.

Endometriumun hiperplastik proseslərinin klinik şəkli və diaqnostikası xəstənin yaşından, yanaşı gedən xəstəliklərdən, etiologiyanın və patogenezin xüsusiyyətlərindən asılı olaraq fərqlənir.

Endometriumun patologiyasının *klinik şəkli*, əksərən özünü, menstrual funksiyanın və metabolik proseslərin pozulması simptomları ilə büruzə verir.

Endometriumun hiperplastik proseslərinin əsas təzahüretmə əlaməti istər reproduktiv dövrdə, istərsə də menopauzaönü dövrdə disfunksional uşaqlıq qanaxmalarıdır. Onların əmələgəlmə mexanizmi reproduktiv funksiyanın tənzimlənməsində iştirak edən neyroendokrin sistemin müxtəlif həlqələrinin (mərkəzi və supra-hipotalamus strukturların, hipotalamusun, hipofizin və periferik endokrin orqanların) pozulması ilə əlaqələndirilir. Həlqənin hər hansı bir hissəsində ilkin əmələ gəlmiş dəyişiklik bütün qalan hissələri tədricən prosesə cəlb edir. Menopauzaönü dövrdə qonadolibərinlərin sekresiyasının yüksəlməsi və yumurtalıqların qonadotrop stimulyasiyasına qarşı həssaslığının saxlanılması fonunda hormonahəssas hədəf orqanlarda (uşaqlıq, süd vəziləri periferik endokrin vəzilər) müvafiq dəyişikliklər baş verir. Buna görə də endometriumun hiperplastik proseslərinin klinik şəkli tez-tez bu orqanların patologiyası ilə (uşaqlığın mioması, mastopatiya, yumurtalıqların skleropolikistozu və s.) müşayiət edilir. Bu zaman disfunksional uşaqlıq qanaxmaları ikincili meydana çıxdığı üçün diaqnoza çıxarılmır. Lakin məlumdur ki, uşaqlıq qanaxmaları (artıq disfunksional yox, anatomik dəyişikliklərlə şərtlənmiş) bir çox hormonasılı xəstəlikləri – endometrioza, mioma, poliplər və s. müşayiət edir. Endometriumun hiperplastik proseslərinə belə anatomik dəyişiklikləri olan qadınlarda menopauzaönü dövrdə sağlam qadınlarla müqayisədə bir neçə dəfə çox rast gəlinir. Həmçinin müəyyən edilmişdir ki, endometriumun hiperplastik prosesləri qadınlarda premenopauzal dövrün davamlı gedişatı zamanı daha çox rast gəlinir. Endometriumun patologiyasının rastgəlmə tezliyi ilə reproduktiv sistemin tsiklik fəaliyyətinin davam etmə müddəti arasında əlaqə mövcuddur. Bu dövr nə qədər davamlı olarsa, endometriumun hiperplastik dəyişiklikləri də bir o qədər çox olar.

Endometriumun vəzili hiperplaziyası fonunda bədxassəli yenitörəmələr atipik hiperplaziya ilə müqayisədə 10-15 dəfə az

inkişaf etməsi xarakterikdir. Atipik hiperplaziya uşaqlıq mioması, endometrioz, yumurtalıqların skleropolikistozu, mübadilə pozulmalarından (piylənmə, şəkərli diabet) əziyyət çəkən qadınlarda daha çox inkişaf edir.

Yatrogen xarakterli disfunksional uşaqlıq qanaxmaları xüsusilə diqqəti cəlb edir. Bir sıra müəlliflər göstərir ki, postmenopauzada uşaqlıq qanaxmaları 10 il ərzində əvəzedici məqsədlə kurslarla estrogen qəbul etmiş qadınlarda bu preparatları qəbul etməmiş qadınlara nisbətən 8-10 dəfə çox təsadüf olunur. Müvafiq olaraq bu qadınlarda vəzili-kistoz hiperplaziyaya, adenomatozlu hiperplaziyaya, atipiyalı hiperplaziyaya və adenokarsinomaya daha çox təsadüf olunur. Endometriumun atrofiyasına isə az rast gəlinir.

Bədxassəli yenitörəmələrin inkişaf etməsi endometriumun vəzili hiperplaziyasının aşkar edilməsindən 10-15 il sonra, atipik hiperplaziyanın aşkar edilməsindən isə 4-5 il sonra qeyd edilir. Bütün bunlar istər hiperplastik proseslərin müxtəlif formaları, istərsə də bədxassəli proseslərin inkişafının diaqnostika və profilaktikası üzrə risk qruplarının formalaşmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Endometriumun fon və xərçəngönü vəziyyətlərinin **diaqnozu** klinik təzahürlərə, invaziv və qeyri-invaziv yardımçı müayinə metodlarının nəticələrinə əsaslanır. Hiperplastik proseslərin vaxtında aşkar edilməsi və onların formalarının təyin olunması belə xəstələrin düzgün müalicə taktikasının seçilməsinə və dispanser müşahidəsinə imkan verir. Anamnez və klinik simptomlara yeni, tez-tez residiv verən disfunksional uşaqlıq qanaxmalarına və hormonal terapiyanın qeyri-effektiv olmasına xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bu hiperplastik proseslərin yüksək təhlükəlilik dərəcəsini göstərir. Hormonal müayinələrin düzgün qiymətləndirilməsi (ilk növbədə qonadotrop hormonların səviyyəsinin, estrogenlərin tsiklik və ekstra qonadlar biosintezinin pozulmasının) endometriumun hiperplastik proseslərinin inkişafını proqnozlaşdırmağa imkan verir. Onlar aşkar edilərkən yanaşı gedən genital və ekstragenital patologiyanın (mioma, endometrioz, metabolik

pozulmalar, qaraciyər xəstəlikləri) üzə çıxarılması xüsusi rol oynayır. Genital və ekstage genital xəstəliklər xüsusən erkən mərhələlərdə endometriumun hiperplastik prosesləri olmadan da rast gəlinə bilər. Xəstələrin vəziyyəti haqqında bütün bu məlumatlar endometriumun atipik hiperplaziyasının məqsədyönlü axtarışları üçün morfoloqlara təqdim edilməlidir.

Endometriumun hiperplastik proseslərinin formasının təyin edilməsində və diaqnozun qoyulmasında histoloji müayinə böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bununla əlaqədar olaraq endometriumun diaqnostik qaşınması aparılır. Əməliyyatı gözlənilən aybaşıdan əvvəl və ya onun başlaması ilə aparmaq daha məqsədəuyğundur. Qaşınma əsaslı surətdə uşaqlıq boruları küncü nahiyyəsi və uşaqlıq dibi də daxil olmaqla (daha çox adenomatoz hiperplaziya ocaqlarının lokallaşdığı yerlərdə), uşaqlığın daxili səthinin bütün sahələrini əhatə edərək aparılmalıdır. Son illər bu məqsədlə histeroskopiya geniş istifadə olunur. Onun köməyi ilə, xüsusilə vəzili hiperplaziyanın poliplərlə, endometrioza müştərək təsadüf edilməsi zaman diaqnostikanın dəqiqliyi yüksəlir. Histeroskopiya histoloji müayinə üçün, xüsusən şübhəli sahələrdən məqsədyönlü biopsiyanın götürülməsinə imkan verir. Bu metodla endometriumun şişlərinin diaqnostikası 100%-ə, yüksək dərəcəli bədləşmiş hiperplaziyaların diaqnostikası isə 85-90%-ə çatır.

Ultrasəs müayinə xüsusən hiperplastik proseslərin mioma, endometrioza, poliplər ilə differensial diaqnostikasında daha yüksək məlumat verə bilər. Onun köməyi ilə gərginliyinə və akustik sıxlığına, həmçinin diffuz və ocaqlı orta M-exonun ölçülərinə görə endometriumun patologiyasının forması müəyyən edilir. Bu məqsədlə USM zamanı uşaqlıq yolu ötürücüsündən (transvaginal) istifadə olunur. Endometriumun 14-16 mm qalınlığında, hiperplaziyadan, 16-18 mm qalınlığında poliplərdən və 20 mm və daha qalın olduqda endometriumun bədxassəli proseslərindən şübhələnmək olar.

Histeroqrafiya zamanı vəzili hiperplaziya üçün xüsusən uşaqlığın yuxarı hissələrində konturların zəncirliliyi xarakterikdir. Poliplər, selikaltılı mioma, adenomioz və s. dəqiq özünü göstərir.

Lakin bu müayinə metodundan, USM və histeroskopiya tətbiq olunandan sonra, endometriumun hiperplastik proseslərinin diaqnostikasında daha az istifadə edilir.

Skrining müayinə kimi və müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün aspirasiya vasitəsilə alınmış endometriumun sitoloji müayinəsi tətbiq edilir. Uşaqlıq boşluğunun aspiratlarının sitoloji müayinəsinin informativliyi olduqca yüksəkdir. Onun histoloji müayinəsi ilə müqayisəsindən aşağıdakı nəticələr əldə olunur: hər iki metodun uyğunluq göstəriciləri 50%-dən yuxarı, prosesin bədləşməsi zamanı isə 90%-ə qədər və daha artıq olur. Histeroskopiya və ya endometriumun diaqnostik qaşınması zamanı texniki çətinliklər üzə çıxdıqda (uşaqlıq boynunun və servikal kanalın nəzərə çarpan atrofik dəyişiklikləri; uşaqlığın miomasının böyük ölçüləri və s.) uşaqlıqdan aspiratın götürülməsi və müayinəsi metodu əvəzsiz ola bilər. Lakin aspirasion-sitoloji metod daha ətraflı müayinəyə ehtiyacı olan xəstələrə tətbiq olunur. Habelə cinsi əlaqədə olmayan gənc qadınlarda aspirasion-sitoloji müayinə üsulu daha geniş istifadə olunur.

Histeroskopiya aybaşı tsiklinin birinci fazasının ilk günlərində (aybaşının sonuncu günləri) aparıldığı halda, aspiratın alınması və müayinəsi isə menstrual tsiklin ikinci yarısında daha informativ hesab olunur.

Hiperplastik proseslərin dərəcəsi haqqında uşaqlığın radioizotop müayinələrinin nəticələrinə əsasən fikir söyləmək olar. Onun mahiyyəti proliferativ proseslərin fəallığından asılı olaraq toxumaların radioaktiv preparatı udma dərəcəsinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Endokrin sistemin vəziyyətinin qiymətləndirilməsində endometriumun reseptor aparatının müayinəsinin xüsusi əhəmiyyəti var. Onun kəmiyyət xüsusiyyəti digər müayinələrlə yanaşı endometriumun patologiyasının formasını və bədxassəlilik proqnozunu, həmçinin müalicə taktikasını müəyyənləşdirməyə imkan verir. İstər sitoplazma, istərsə də nüvədə progesteron reseptorların miqdarının azalması mümkün ola bilər, hestagenoterapiyanın kifayət qədər effektiv olmayacağını qabaqcadan müəyyən edə bilər.

Müalicə taktikasının seçilməsi zamanı yanaşı gedən xəstəliklər və onların klinik gedişatı nəzərə alınmalıdır. Endometriumun hiperplastik proseslərinin patogenezinə müəyyən rol oynayan xəstəliklərin (qaraciyər, böyrək, ürək-damar sistemi, uşaqlığın, yumurtalıqların və süd vəzilərinin xəstəlikləri) forması və ağırlıq dərəcəsinin vaxtında diaqnostikası xüsusilə vacibdir.

Endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsi və profilaktikasına konservativ (farmakoloji, fizioterapevtik) və cərrahi (endometriumun çıxarılması, uşaqlığın amputasiyası və ekstirpasiyası) metodlar daxildir. Müalicə xəstənin yaşını, reproduktiv sistemin funksional vəziyyətini, patoloji prosesin klinik-morfoloji xüsusiyyətlərini və etiologiyasını, dərman vasitələrinə əks göstərişləri və davamlılığını, yanaşı gedən genital və ekstragenital xəstəlikləri nəzərə almaqla təyin edilir.

Patogenetik terapiya patoloji dəyişilmiş endometriumun çıxarılmasına və orqanizmdə pozulmuş endokrin, metabolik və immun proseslərin tənzimlənməsinə yönəlməlidir. Buna görə, xüsusən, reproduktiv funksiyanı davam etdirmək zərurəti olan gənc qadınlara anovulyator proseslərin aradan qaldırılması və ikifazlı menstrual tsikllərin bərpası məsləhət görülür.

Menopauzaözü dövrə ən çox menostazın sürətlənməsinə səbəb olan terapiya təyin edilir.

Postmenopauza dövründə hormonal terapiyaya əks göstəriş olduqda (bu, çox vaxt bu yaş dövründə baş verir) radikal cərrahi müalicə metodlarından geniş istifadə olunur. Endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsində bu metoda göstərişin artması hədəf-orqanların yanaşı patologiyasının olması (uşaqlıq boynu, süd vəzilərinin patologiyaları, uşaqlıq cisminin mioması və s.) və metabolik pozulmalarla şərtlənir.

Endometriumun patologiyasının histoloji təyin olunmuş forması müalicə metodunun seçilməsinin əsas meyarı sayıla bilər. Müalicə metodunun seçilməsinin bütün hallarında hər bir parametrin kompleks şəkildə qiymətləndirilməsindən sonra prosesin progressivləşmə riski ehtimalı (vəzili hiperplaziya-atipik hiperplaziya-bədxassəliyə keçmə) nəzərə alınmalıdır.

Endometriumun hiperplastik prosesləri olan xəstələrin müalicəsinin *əsas mərhələləri*:

- endometriumun qaşınması;
- aşkar olunmuş pozulmaların (metabolik, immun) korreksiyası, patoloji simptomların (uşaqlıq qanaxmaları) aradan qaldırılması və yanaşı gedən patologiyanın (cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri, somatik ekstragenital xəstəliklər) müalicəsi;
- hormonal müalicəsi;
- cərrahi müalicə metodları (kriodestruksiya, endometriumun lazer ablasiyası, uşaqlığın götürülməsi);
- endometriumun patologiyasının residivlərinə, vaxtında diaqnozun qoyulması və profilaktik tədbirlərin keçirilməsi ilə sonrakı dispanser nəzarəti.

Endometriumun qaşınması diaqnostik məqsədlə yanaşı müalicəvi effektdə də malikdir, çünki ondan sonra bir sıra hallarda patoloji proseslərdən sağalma baş verir. Bununla əlaqədar olaraq endometriumun götürülməsini histeroskopiyanın köməyi ilə həyata keçirmək lazımdır. Histeroskopiya bu manipulyasiyanı əsaslı sürətdə keçirmək imkanı verir, lazım olduqda isə uşaqlığın daxili divarlarının müxtəlif hissələrindən histoloji müayinə üçün material götürməyə imkan verir. Patologiya ocağı aşkar olunarsa, məqsədli biopsiya aparılır.

Endometriumun reseptor sisteminin müayinəsi aparılarkən uşaqlığın müxtəlif hissələrindən (uşaqlıq dibindən, bucaqlarından, orta və aşağı hissələrdən) materialın fraksion götürülməsi tələb olunur. Endometriumun müəyyən bir hissəsinin saxlanılması gələcəkdə vəzili hiperplaziyanın residivlərinə səbəb ola bilər.

Hər cür pozulmaların korreksiyası ilk növbədə uşaqlıq qanaxmalarının dayandırılmasını nəzərdə tutur. Buna endometriumun qaşınması fizioterapevtik proseduralar (amplipulsterapiya, maqnitoterapiya və s.), lazım olduqda isə hormonal hemostaz (estrogen və hestagenlərlə) tətbiq etməklə nail olmaq olar.

Metabolik pozulmalar zamanı (piylənmə) pəhriz terapiyası, müalicəvi idman, fizioterapevtik təsirlər (balneoterapiya, təmiz havada gəzintilər və s.), habelə karbohidrat mübadiləsinin pozul-

malarının korreksiyası (xüsusi pəhriz, tibbi dava-dərman, insulin daxil olmaqla) məsləhət görülür.

İmmun sistemin əsaslandırılmamış fəallaşdırılması hiperplastik prosesləri sürətləndirdiyi üçün immunmodulyatorlar mütləq şəkildə immunoqramın göstəriciləri nəzərə alınmaqla tətbiq edilməlidir.

Müxtəlif ekstragenital somatik xəstəliklərin müalicəsi isə müvafiq ənənəvi müddəalara əsasən aparılır.

Hormonal terapiyanın aparılması endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsində əsas mərhələ sayılır. Hormonal terapiya endometriumun proliferasiyasının qarşısının alınmasına və ləngiməsinə, həmçinin endokrin pozulmaların korreksiyasına (hipofizdə qonadotropinlərin sintezinin və yumurtalıqlarda steroid-genezin artmasının qarşısının alınmasına) yönəldilir. Bu proseslər gənc yaşlarında, xüsusən generativ funksiyanın saxlanması zərurəti zamanı bərpa olunma qabiliyyətinə malik olmalıdır (endometriumun dövrü transformasiyanın, qonadotropinlərin qana ritmik atılmasının və cinsi steroid hormonların tsiklik sintezinin bərpası ilə).

Hormonal vasitələrdən hestagen və androgenlərin törəmələri, estrogen-hestagen preparatlar, həmçinin antiestrogen təsirə malik olan hormonal və qeyri-hormonal vasitələr istifadə edilir. Bu qrupa sintetik estrogen-hestagen preparatları, 19-norsteroidlərin törəmələri (norkolut, noretisteron, gestrinon), 17 α -oksiprogesteronun törəmələri (17 α -oksiprogesteron kapronat), etiniltestosteronun törəmələri (danazol), qonadoliberinlərin sintetik aqonistləri (zoladeks), antiestrogen təsirə malik olan qeyri-hormonal preparatlar (tamoksifen) daxildir. Bütün bu preparatlar neyroendokrin sisteminin tənzimlənməsinin müxtəlif həlqələrinə təsir göstərdiklərinə görə endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsində patogenetik vasitələr sayılır. Onların vasitəsilə endometriumda əmələ gələn transformasiya prosesləri normallaşdırılır (proliferasiyanı ləngitmək, sekresiyanı aktivləşdirmək), estrogenlərin artıqlığının əlavə təsirləri aradan qaldırılır (steroidgenez blokada edilir və ya estrogenlərin əlavə təsirləri reseptor mexa-

nizmləri vasitəsilə tormozlanır), anovulyator mexanizmlər isə ikifazlı menstrual tsiklin formalaşması və ya menopauzanın tezləşdirilməsi hesabına aradan götürülür.

Qızlarda yuvenil uşaqlıq qanaxmaları zamanı endometriumunun hiperplastik proseslərinin müalicəsində tsiklin 5-ci günündən 25-ci gününə qədər 2-3 ay müddətində estrogen-hestogen preparatları (iki və üç fazalılara daha üstünlük verilir) təyin olunur, sonra isə bu dövrü hormonal terapiya ilə əvəzlənir (estrogenlər tsiklin 1-ci və hestagenlər 2-ci fazasında 2-3 ay ərzində). Proliferasiyalı endometriumun sektorlu endometriuma transformasiyasına səbəb olan sarı cismin formalaşması ilə ikifazlı tsiklin yaranılması üçün ovulyasiyanın klomifenlə stimulyasiyası aparılır. Hesab edilir ki, bu yaş dövründə estragen-hestagen preparatlarının davamlı tətbiqi məqsədəuyğun deyildir. Çünki onların təsiri altında reproduktiv funksiyanın hələ formalaşmamış neyroendokrin tənzimi pozula bilər.

Reproduktiv yaşlı qadınlarda endometriumun vəzili-kistoz hiperplaziyası zamanı estrogen-hestagen birləşmələri 3-6 ay ərzində tsiklin 5-ci günündən 25-ci gününə qədər rejimlə, hestagenlər (norkolut, 17α -oksiprogesteron kapronat) tsiklin ikinci fazasında 14-cü gündən 1 həb (norkolut 5-10 *mq*) və ya 125-250 *mq*-dan (17-OPK) tsiklin 16-21-ci günlərində təyin edilir.

Atipik hiperplaziya zamanı hestagenlərin yüksək dozalarda və daha uzun müddətlərdə tətbiqi məsləhət görülür: norkolut – 10 *mq* tsiklin 5-ci günündən 25-ci gününə qədər 5-6 ay müddətində; 17-OPK 250-500 *mq* həftədə 2-3 dəfə 5-6 ay ərzində. Hestagenlərin (17-OPK) tədricən azalan doza ilə təyinatının effektivliyi göstərilmişdir: 500 *mq*-dan həftədə 2 dəfə 2 ay ərzində, 250 *mq*-dan həftədə 2 dəfə 2 ay ərzində, 250 *mq*-dan 2 ay ərzində həftədə 1 dəfə və 125 *mq*-dan 2 ay ərzində həftədə 1 dəfə. Hestagenlərin rejimdə təyini zamanı amenoreyanın başlanması ehtimalı mümkündür, lakin o, müalicə bitdikdən sonra keçib gedir.

Bu yaş dövründə hipofizin qonadotrop funksiyasının tənzimləməsi və ovulyasiyanın stimulyasiyası məqsədilə klomifenin tsiklin 5-ci günündən 9-cu gününə qədər 50-100 *mq*-dan ənənəvi

sxemlə tətbiqi mümkündür. Klomifen 17-OPK-ilə birgə (125 *mq*-dan tsiklin 15 və 21-ci günlərində) tətbiq olunur. Birgə terapiya 3-4 ay müddətində aparılır. O, ovulyasiyaya və endometriumun düzgün transformasiyası ilə ikifazlı tsiklinin formalaşmasına imkan yaradır.

Menopauzaönü dövrədə qadınlarda endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsi üçün hestagenlər və ya androgenlər təyin etmək olar. 17 α -oksiprogesteron kapronat 500 *mq*-dan həftədə 3 dəfə (2 ay), sonra isə 500 *mq*-dan həftədə 2 dəfə (2 ay) və 500 *mq*-dan həftədə 1 dəfə (3-4 ay) təyin edilir. Androgenlərdən müxtəlif sxemlər üzrə metiltestosteron, yaxud testosteron propionat istifadə edilir: metiltestosteron 10-15 *mq/sut* 3 ay ərzində, testosteron propionat – 20-25 *mq/sut* 3 ay ərzində, testenat və ya sustanon, yaxud da omnadren 1 *ml*-dən ayda 1 dəfə 3 ay ərzində. Son vaxtlar androgenlərdən çoxlu əks göstərişlərə və əlavə effektlərə görə çox az istifadə olunur. Eləcə də hestagenlərlə androgenlərin birgə tətbiqi (6-8 ay ərzində hestagenlər, sonra 1-2 ay ərzində androgenlər) mümkündür.

Hormonlarla müalicə zamanı kontrol müayinələr keçirilməlidir. Məlumdur ki, xüsusən estrogen-hestagen preparatları ilə davamlı hormonal terapiya prosesində xəstələrdə qanın laxtalanma sisteminin fəallaşması (prokoagulyant və trombositər həlqələrin) baş verir. Bununla əlaqədar olaraq hemostazın vəziyyətinə müntəzəm nəzarət lazımdır (ayda 1-2 dəfə koaguloqramma). Hər 2-3 aydan bir hormonal terapiyanın effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün müayinələr keçirilməlidir (dinamikada USM, histeroskopiya, endometriumun biopsiyası).

Bədxassəli inkişafın estrogenlərlə induksiyası nəzəriyyəsini (xüsusilə estronla) və estrogen birləşmələrin (E_1 , E_2 , E_3) reseptorlarla rəqabətli qarşılıqlı əlaqəsini nəzərə alaraq estriol preparatlarının təyin edilməsi məqsədəuyğundur. Estriol preparatlar estro-
nun istehsalını blokada edir və bununla hüceyrələrin bədxassəli transformasiyasının protektorları hesab olunur.

Onkoloji praktikada periferik təsirli antiestrogen effektiv preparatlardan (tamoksifen) tez-tez istifadə edilir. Lakin endometriu-

mun hiperplastik proseslərinin müalicəsində bu preparatın tətbiqi özünü doğrultmayıb. Hormonal terapiya kifayət qədər effektiv olmadıqda tamoksifeni hestagenlərdən əvvəl, yaxud onlarla birgə təyin etmək məqsədəuyğundur.

Endometriumun hiperplaziyasının uşaqlığın mioması ilə birgə təsadüf olunarkən kompleks terapiyaya 3 ay ərzində nortefisteronun analoqları – gündə 200-400 *mq*-dan danazol, həftədə 2 dəfə 2,5 *mq*-dan hestrinon daxil edilir. Belə hallarda reproduktiv yaş dövründə və menopauzaönü dövrdə olan qadınlarda 3 ay ərzində qonadolibərinlərin aqonistləri (zoladeks) tətbiq edilir.

Beləliklə, endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsində farmakoloji və hormonal vasitələrin arsenalı hər zaman genişlənir, bu da onların, xüsusən atipik hiperplaziya zamanı kifayət qədər effektivliyə malik olmalarını göstərir.

Son zamanlar bütün dünyada farmakoloji, o cümlədən hormonal vasitələrin çoxluğuna baxmayaraq, endometriumun patologiyasında cərrahi müalicə metodlarından geniş istifadə olunur. Bu endometriumun hiperplastik proseslərinin bədxassəli transformasiyasının proqnozlaşması zamanının olmaması zamanı bədxassəli yenitörəmələrin tezliyinin azalmasına gətirib çıxarır. Əgər əvvəllər cərrahi müalicə menopauzaönü dövrdə geniş tətbiq edilirdisə, son illərdə o, reproduktiv yaşlı qadınlar üçün daha çox istifadə edilir. Ədəbiyyatda göstərilir ki, bir sıra ölkələrdə hər dördüncü və ya üçüncü qadın menopauzaönü dövrünə uşaqlıq orqanı olmadan çatır. Ona görə də endometriumun hiperplastik proseslərinin cərrahi müalicəsi üçün dəqiq göstərişləri müəyyənləşdirmək asan deyil.

Endometriumun fon xəstəliklərində, xüsusən menopauzaönü dövrdə olan qadınlarda yanaşı gedən patologiyalar (uşaqlığın mioması, artımların xroniki iltihabi prosesləri, endometrioz, yumurtalıqların skleropolikistozu) olduqda cərrahi müalicə məsləhət görülməlidir.

Planlaşdırılmış generativ funksiyayı yerinə yetirmiş reproduktiv yaşlı qadınlarda endometriumun atipik hiperplaziyası (xərçəngönü) cərrahi müalicə üçün göstəriş ola bilər.

Endometriumun hiperplastik prosesləri olan qadınlarda cərrahi müalicə metodunun seçilməsi üçün əsas meyarlar: onkoloji xəstəliklərlə fəsadlaşmış ailə anamnezi; metabolik pozulmalar (piylənmə, şəkərli diabet); yanaşı gedən genital və ekstragenital xəstəliklər; hormonal terapiyaya əks göstəriş; digər risk amilləri (sonsuzluq, cinsi fəaliyyətin olmaması, menstrual funksiyasının pozulması) hesab edilir.

Yuxarıda göstərilənlərlə əlaqədar olaraq endometriumun hiperplastik proseslərinin müalicəsində cərrahi müdaxiləyə (uşaqlığın amputasiyası, ekstirpasiyası) alternativ müalicə metodlarını (endometriuma krio- və lazer təsiri) nəzərdə tutmaq lazımdır.

Kriocərrahi təsir patoloji cəhətdən dəyişməmiş ətraf toxumaların zədələnməsi olmadan lokal dondurma yolu ilə aşağı temperaturların endometriuma birbaşa təsiri deməkdir. Bu, hiperplastik proseslərin nisbətən yeni müalicə metodudur.

Histeroskopiya prosesində lazerin köməyi ilə endometriumun destruksiyası da öz geniş tətbiqini taparaq perspektiv metodlardan biri hesab edilir.

Gələcək tədqiqatlar və ginekologiyada krio- və lazerlə müalicənin yayılması hiperplastik proseslərdə cərrahi müdaxilələrin tezliyinin azalmasına təsir göstərməlidir.

Endometriumun polipləri onun bazal qatının vəzilərinin proliferasiyası nəticəsində inkişaf edir, fibroz və sayə əzələ toxumadan ibarət ayaqcıq üzərində olur. Endometriumun polipləri endometriumun ocaqlı hiperplaziyasıdır. Onların strukturunda stromal toxuma (ayaqcıq) olduğu üçün bu hiperplaziya endometriumun vəzili-kistoz hiperplaziyanın polipoid forması ilə eyniləşdirilməməlidir. Bununla əlaqədar “endometriumun polipozu” termini prosesin mahiyyətini tam əks etdirmir və əsassız hesab edilir.

Endometriumun polipləri 35-50 yaş dövründə, yəni əsas reproduktiv dövrdə rast gəlinir və ginekoloji xəstələrin 0,5-5,0%-ni təşkil edir.

Endometriumun poliplərinin çoxsaylı təsnifatları mövcuddur. Onlar çox vaxt aşağıdakı formalara bölünür: vəzili, vəzili-fibroz

və fibroz; ocaqlı adenomatozla vəzli fibroz və adenomatoz; malignizasiyalı və angiomatoz.

Vəzili poliplər vəzili komponentin stromal komponent üzərində üstünlüyü ilə səciyyələnir. Qeyri-bərabər uzunluqlu vəzilər bir-birinə qarşı bucaq altında müxtəlif istiqamətlərdə yerləşmiş və proliferativ tipli epitellə örtülmüşdür. Stromada əsasında və ayaqcıqda qan damarlarının yumaq kimi kövşək birləşdirici toxuması olan çoxlu hüceyrə vardır.

Fibroz poliplər əsasən fəaliyyət göstərməyən epitellə örtülmüş tək vəzilərlə birləşdirici toxumadan ibarətdir, divarları sklerozlaşmış az miqdarda damar qeyd edilir.

Vəzili-kistozlu poliplər müxtəlif forma və uzunluqda vəzilərə və əsasını daha sıx fibroz təşkil edən stromaya malikdir. Vəzilər qeyri-bərabər şəkildə müxtəlif istiqamətlərdə yerləşir və yastılanmış epitellə örtülmüş kistoz genəlməmiş boşluqları olur. Poliplərdə proliferativ vəzili epitel fəaliyyət göstərməyən epitellə əvəzlənir. Digər poliplərdə olduğu kimi, onlarda da damarlar sklerozlaşmış, qalınlaşmış divarlara malik olub, müxtəlif yerlərdə yumaq şəklində yerləşmişdir.

Adenomatoz poliplər epitelin intensiv proliferasiyası ilə diffuz yayılmış vəzili toxumanın çoxluğu ilə xarakterizə olunur. Endometriumun digər poliplərində olduğu kimi onların da bədxassəli çevrilməsi (2-3%) az müşahidə edilir.

Ocaqlı adenomatozlu poliplər vəzili-fibroz poliplər kimi morfoloji xüsusiyyətə malikdir, lakin onların ayrı-ayrı sahələrində epitelin struktur yenidənqurulması ilə vəzilərin ocaqlı intensiv proliferasiyası müşahidə edilir. Vəzilər düzgün olmayan həcmə və boşluqlara, yalançı məməcili çıxıntıları olan formaya malikdir. Bu poliplərin vəzili epitelisi üçün hüceyrə polimorfizmi, nüvə-sitoplazma nisbətinin pozulması, bəzən isə patoloji mitozlar xarakterikdir. Bəzən ocaqlarda yastıhüceyrəli metaplaziyaya rast gəlinir. Stroma fibroz toxumanın ensiz qatları şəklindədir. Polipin ayaqcığına yumaq şəklində qalın divarlı qan damarları yerləşmişdir.

Angiomatoz poliplər belə damarların çoxluğu ilə xarakterizə olunur. Endometriumun poliplərinə reproduktiv yaşlı qadınlarda daha çox rast gəlinir. Vəzili-fibroz poliplər preimenopauza dövründə olan qadınlarda reproduktiv dövrdən daha az müşahidə edilir.

Poliplərin patogenezi vəzili-kistoz hiperplaziyanın inkişaf mexanizminə bənzəyir. Bu kimi irsi və ya sonradan qazanılmış hormonal pozulmalar poliplərin inkişaf etməsinə səbəb olur.

Əksər poliplər üçün hormonal terapiya ilə qarşısı alınmayan residivləşməyə meyillilik xarakterikdir. Bu da həmçinin poliplərin “hormonal muxtariyyatını” təsdiq edir.

Belə bir fikir söylənilir ki, poliplərin residivləşməsi çox vaxt onların kifayət qədər səylə çıxarılmaması ilə əlaqədardır və buna adətən, onların ilkin götürülməsindən sonra birinci il ərzində rast gəlinir.

Poliplərin klinik şəkli, bir qayda olaraq, müxtəlif uşaqlıq qanaxmaları ilə səciyyələnir. Gənc yaşlı və menopauzaönu dövründə olan qadınlarda belə qanaxmalar meno- və metrorragiya tipində keçir. Bəzi hallarda “kontakt qanaxmalar” baş verir.

Yaşlı qadınlarda postmenopauza dövründə uşaqlıqdan bir dəfə və ya təkrarlanan zəif qanlı ifrazatlar müşahidə edilə bilər.

Ağrı simptomu – nadir halda olur, qadınlarda bu simptomu poliplərdə nekrotik dəyişikliklərin inkişafı, habelə “doğulan” poliplər zamanı rast gəlinir.

Bəzən endometriumun polipləri simptomuz olur, bu isə onların fibroz və vəzili-fibroz formaları üçün xarakterikdir.

Poliplərin diaqnostikası, xüsusən poliplərin birinci klinik-patogenetik variant üçün tipik olan anamnestik məlumatlara əsaslanır. Klinik şəklin, ginekoloji müayinənin nəticələri poliplərin mövcudluğuna yalnız güman etməyə imkan yaradır. Onların diaqnostikasında ən vacib rol xüsusi müayinə metodlarına məxsusdur.

Rentgenoloji olaraq poliplər zamanı dolma defektləri, endometriumun hiperplaziyası zamanı konturların kələ-kötürlüyü aşkar olunur. Lakin kontrast maddə çox vaxt polipləri bürüyə bilir və onlar rentgenoqramda görünmür. Buna görə də hazırda polip-

lərin diaqnostikasında rentgenoloji metoddan daha az istifadə olunur.

Exoqrafik müayinələr daha böyük effektivliyə malikdir. Onların informativliyi, xüsusən vaginal ötürücülərindən istifadə zamanı 80-90% və daha artıq olur. Bəzən ultrasəs müayinəsi zamanı, xüsusən vəzili-kistoz hiperplaziya fonunda kiçik poliplərdə aşkar olunur.

Poliplərin daha dəqiq diaqnostik metodu histeroskopiyaadır. Bu müayinə zamanı, çox vaxt uşaqlığın bucaq nahiyyəsində və yaxud uşaqlıq dibində yerləşmiş törəmələr şəklində dəyirmi və ya uzunsov formada poliplər aşkar edilir.

Poliplərin son diaqnostik metodu patohistoloji tədqiqatdır. O, təkcə poliplərin mövcudluğunu deyil, həm də onların mümkün olan ağırlaşmış vəziyyətləri ilə (degenerasiya, dağılma, maliqni-zasiya) dəqiq formalarını təyin edir.

Endometrial poliplərin **m ü a l i c ə s i** endometriumun hiperplaziyasının müalicəsindən fərqlənir. Poliplərin müalicəsində hamının qəbul etdiyi cərrahi taktikadan istifadə olunur. Bütün hallarda onların histeroskopik nəzarət altında tam götürülməsi məsləhətdir. Uşaqlığın bütün divarlarından və servikal kanaldan selikli qişanın götürülməsi vacibdir. Sonradan residivlərin vaxtında diaqnostikası məqsədilə endometrial polipi olan xəstələr müşahidə altında olmalıdır. Poliplərin residivləri zamanı məqsədyönlü kriotəsir tövsiyə edilir.

Hormonal müalicə endometriumun vəzili-kistoz hiperplaziyasında istifadə olunan prinsiplərlə təyin edilir. Endometriumun polipləri zamanı hormonal terapiya 3 aydan 6-8 aya qədər kontrol müayinələrlə (USM, histeroskopiya) davam etdirilir.

Fibroz formalı poliplərin cərrahi yolla götürülməsindən sonra hormonal terapiyasız keçinmək olar.

Qadınlarda premenopauzal dövrdə adenomatoz poliplərin aşkar edilməsi uşaqlığın artımlarla birgə çıxarılmasına göstərişdir. Gənc qadınlarda isə yumurtalıqların vəziyyətini qiymətləndirmək üçün biopsiya ilə əsaslı diaqnostika aparılmalıdır.

Çıxarılmış polipin yatağına krio- və lazer təsirləri residivlərin profilaktikası üçün zəruri hesab edilir. Belə təsirlər uşaqlığın re-

septor aparatının və immun statusunun normallaşmasına imkan yaradır.

Endometrium poliplərinin profilaktikası endometriumun hiperplaziyasının vaxtında patogenetik terapiyasından və uşaqlığı zədələyən travmatik lokal təsirlərin məhdudlaşdırılmasından ibarətdir.

Uşaqlığın bədxassəli şişlərinə daha çox yaşa dolmuş qadınlarda rast gəlinir.

Uşaqlıq cisminin xərçənginə (UCX) uşaqlıq boynunun xərçəngindən (UBX) daha az rast gəlinir. UBX və UCX arasında tezliyə görə münasibət 10-15:1 təşkil edir. Uşaqlıq cisminin xərçəngi əsasən yaşı 50-ni ötən qadınlarda müşahidə edilir. UBX-dən fərqli olaraq UCX ilə çox vaxt doğmayan, sonsuz və cinsi həyat keçirməyən qadınlar xəstələnir. UCX-in etiologiyasında birinci dərəcəli rol xüsusən menopauzaönu dövründə olan hormonal pozulmalara məxsusdur.

Hazırda bizim ölkəmizdə və MDB ölkələrində istifadə edilir.

Uşaqlıq cismi xərçənginin aşağıdakı təsnifatı

0 mərhələ – Ca in situ (endometriumun atipik hiperplaziyası).

I mərhələ – xərçəng uşaqlıq cismi ilə məhdudlaşmışdır.

Ia mərhələ – şiş endometriumla məhdudlaşmışdır.

Ib mərhələ – miometriuma şiş invariyaı 1 sm-ə qədərdir.

II mərhələ – xərçəng uşaqlığı və uşaqlıq boynunu zədələyir (adətən uşaqlıq boynu kanalını), lakin uşaqlığın hüduuuarından kənara yayılmır.

III mərhələ – xərçəng uşaqlığın hüduuuarından kənara yayılır, lakin kiçik çanağın daxilindədir.

IIIa mərhələ – şiş uşaqlığın seroz qatına sirayət edir, uşaqlıq artımlarına və yaxud çanağın limfa düyünlərinə metastaz verir.

IIIb mərhələ – şiş çanağın hücrəli toxumasına sirayət edir və yaxud uşaqlıq yoluna metastaz verir.

IV mərhələ – xərçəng kiçik çanağın xaricinə yayılır və (və ya) sidik kisəsinin və düz bağırsağın selikli qışasına sirayət edir.

IVa mərhələ – şiş sidik kisəsinə və (ya) düz bağırsağa sirayət edir.

IVb mərhələ – şişin uzaq metastazları vardır.

Uşaqlıq xərçənginin TNM sisteminə görə təsnifatı

T – ilkin şiş

Tis – preinvaziv karsinoma (Ca in situ).

T0 – ilkin şiş təyin olunmur (küretaj zamanı tam götürülmüşdür).

T1 – karsinoma uşaqlıq cismi ilə məhdudlaşıb.

T1a – uşaqlıq boşluğu 8 sm-ə qədərdir.

T1b – uşaqlıq boşluğu 8 sm-dən çoxdur.

T2 – karsinoma, uşaqlıq boynuna yayılır, uşaqlıqdan xaricə çıxmır.

T3 – karsinoma uşaqlıq yolu daxil olmaqla uşaqlığın xaricinə yayılır, lakin kiçik çanaqda məhdudlaşır.

T4 – karsinoma sidik kisəsinin və ya düz bağırsağın selikli qişasına sirayət edir və ya kiçik çanaq xaricinə yayılır.

N – çanağın regional limfa düyünləri

N0 – regional limfa düyünlərində metastazlar təyin edilmir.

N1 – metastazlar çanağın regional limfa düyünlərindədir.

Nx – regional limfa düyünlərinin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün kifayət qədər məlumat yoxdur.

M – uzaq metastazlar

M0 – uzaq metastazların əlamətləri yoxdur.

M1 – uzaq metastazlar vardır.

Uşaqlıq cismi xərçənginin klinik şəkli qanaxma, ifrazat və ağrıların olması kimi üç əsas simptomla xarakterizə olunur. Bunlar artıq gecikmiş simptomlardır. İlk mərhələlərdə uşaqlıq cismi xərçəngi symptomsuz keçə bilər. Uşaqlıq cismi xərçənginin ilkin klinik simptomları gur, duru, selikli-seroz ağlı ifrazatın, sonra isə qanla qarışıq və yaxud menopauza fonunda qanlı ifrazatın olmasıdır. Uşaqlıq boşluğunda yığılıb qalan ifrazat ağrıların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu ağrıların səbəbi uşaqlıq boynu və cismi arasında nəzərə çarpan ayrılıqlar zamanı uşaqlıq divarının toplanmış ifrazatdan gərilməsidir. Gecikdirilmiş hallarda ağ ifrazatlar “ət suyu” şəkildə, ağrılar isə “sızıldayan”, “gəmirici” xarakterli olur.

UCX diaqnostikasında əsas rolu yardımçı müayinə metodları oynayır: uşaqlıq boynundan götürülmüş yaxmaların və uşaqlıq boşluğundan alınmış aspiratın sitoloji müayinəsi; histeroskopiya endometriumun məqsədyönlü diaqnostik qaşınması və histoloji alınmış möhtəviyyatın müayinəsi ilə; xərçəngin markerlərinin təyini. Şiş prosesinin yayılma dərəcəsi klinik metodlarla yanaşı USM-in, MRT, limfoqrafiyanın köməyi ilə təyin edilir. Metastazların aşkar olunması üçün qonşu orqanlar və toxumalar (parametrium, düz bağırsaq, sidikçixarıcı trakt), həmçinin UCX daha çox metastaz verdiyi uzaq orqanlar (ağciyərlər, qaraciyər sümük sistemi) müayinə edilir. Bu məqsədlə rentgenoloji müayinə metodları, USM istifadə edilir. UCX diaqnostikası zamanı yadda saxlamaq lazımdır ki, klinik simptomlar ilk növbədə prosesin yayılması dərəcəsinə müvafiq inkişaf edir.

Uşaqlıq xərçənginin profilaktikası onun əmələgəlmə səbəblərinin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir. Xəstəliyin gecikmiş mərhələyə keçməsinin qarşısının alınmasına çalışmaq lazımdır. Buna əhali arasında elmi cəhətdən əsaslandırılmış xərçəngə qarşı aparılan təbliğatın, xüsusən UCX inkişafına görə risk qrupuna aid olan qadınların müayinəsi zamanı həkimlərin onkoloji sayıqlığının artırılması ilə nail olmaq olar. Menopauzaönu dövrü patoloji gedişatlı və endometriumun fon və xərçəngönu vəziyyətlərindən əziyyət çəkən qadınlara xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bu proseslərin diaqnostikası və vaxtında aparılan adekvat terapiya UCX profilaktikasında böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu məsələdə risk qrupuna aid olan qadınların profilaktik müayinələri mühüm rol oynayır.

Uşaqlıq cismi xərçənginin müalicəsinə cərrahi, şüa və hormonal metodlar daxildir. Metodun seçilməsi şişin lokalizasiyası, onun histotipi, differensiasiya və yayılma (metastazların olması) dərəcəsi ilə müəyyən edilir.

Cərrahi, yaxud kombinəedilmiş müalicə daha effektiv hesab oluhur. Belə müalicə zamanı xəstələrin sağlması (5 il və daha artıq) birgə şüa terapiyasında olduğundan 20-30% çoxdur. Radikal əməliyyatın keçirilməsi mümkün olmadıqda ya ona əks gös-

təriş olarsa (yanaşı gedən xəstəliklər olanda), müştərək şüa terapiyası seçim metodu hesab edilir.

Uşaqlıq cisminin yüksək differensiasiyalı xərçəngi və xəstəliyin I mərhələsində cərrahi müalicə-uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası, differensiasiya olunmamış xərçəngin yayılma dərəcəsindən asılı olaraq uşaqlığın artımlarla birlikdə ekstirpasiyası və limfadenektomiya əməliyyatı aparıla bilər. Bu zaman ümumi, xarici və daxili qalça və qapayıcı limfa düyünləri götürülür və çıxarılır. Uşaqlıq cismi ilə yumurtalıqlar xərçənglə birgə zədələndiyi hallarda uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası və böyük piyliyin rezeksiyası əməliyyatı yerinə yetirilir.

Şüa terapiyası radioaktiv preparatlarla ardıcıl doldurulmuş və uşaqlıq boşluğuna yeridilmiş aplikatorların köməyi ilə həyata keçirilir.

Kombinə edilmiş müalicə müxtəlif modifikasiyalarda olur. Çox vaxt əməliyyatdan qabaq uşaqlıqdaxili şüalanmadan istifadə olunur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə endovaginal şüalanma ilə məsafəli şüalanma, yaxud yalnız endovaginal şüalanma tətbiq olunur. Şiş prosesi yerli regional yayılma ilə məhdudlaşmışdırsa, o zaman şüa terapiya ilə birgə zədələnməmiş limfa düyünlərinin götürülməsilə radikal cərrahi müdaxilə 80-90% xəstələrdə 5 illik sağqalma müddətinə gətirib çıxardır.

Uşaqlıq cismi xərçəngi zamanı hormonal terapiya patogenetik cəhətdən əsaslanmış və perspektivli hesab edilir. Sintetik prohestagen 17-OPK və estrogen reseptorların blokatoru – tamoksifen istifadə olunur. Endometriumun differensiasiyalı və orta differensiasiyalı xərçəngi zamanı 17-OPK-nin effektivliyi qeyd olunur. Hormonal müalicəyə həssaslığın müəyyən edilməsinin meyarı estradiolun (ESR) və progesteronun sitozol reseptorlarının (PSR) təyin edilməsidir. Prohestagenlərin (17-OPK) və trifenil-etilenin törəmələri olan antiestrogenlərin (tamoksifen, zitazonium, klomifen sitrat) birgə tətbiqi istifadə edilir. Trifenil-etilen törəmələri şiş toxumasında PSR səviyyəsini artırır, ESR miqdarını azaldır və hipofizdə qonadotropinlərin (FSH və LH) və prolaktinin sekresiyasını aşağı salır. Endometriumun xərçənginin hormonal terapi-

yasının birmənalı olmamasına görə (effekt olmadığı üçün şişin differensiasiya dərəcəsinin artması və onun tam reqressinə qədər), onun gələcəkdə öyrənilməsi məqsədəuyğundur.

UCX kimyəvi terapiyası əsasən residivlərin və metastazların müalicəsi zamanı istifadə edilir. Bu zaman müxtəlif sxemlərlə polikimyəvi terapiya tətbiq olunur.

UCX residivlərinin müalicəsi kombinəedilmiş üsullarla (cərrahi müalicənin şüa, hormonal və kimyəvi terapiya üsulları ilə birgə) aparılır.

Uşaqlıq sarkoması nisbətən az rast gəlinən xəstəlikdir, əsasən qadınların bütün yaş dövrlərində (20-80 yaş) rast gəlinir. Bu, uşaqlığın qeyri-epitelial bədxassəli şişdir. O, daha çox tezböyüyən miomada inkişaf edir. Sarkomanın inkişafı virus infeksiyası ilə əlaqələndirilir. Uşaqlığın mioması sarkomanın risk faktoru kimi qəbul edilir.

Uşaqlığın sarkomasının histogenetik təsnifatı (Y.V.Boxman, 1982):

1. Leyomiosarkoma (miomada leyomiosarkoma nəzərə çarpır).
2. Endometrial stromal sarkoma.
3. Karsinosarkoma (qarışıq homoloji mezodermal şiş).
4. Qarışıq (heteroloji) mezodermal şiş.
5. Sarkomanın digər növləri (təsnif edilməyənlər daxil olmaqla).

Bu təsnifatdan uşaqlığın sarkomasının histogenezinin (yumurtalıqlardan, stromal toxumadan, qarışıq) müxtəlifliyi görünür. Uşaqlığın əzələ toxumasından inkişaf edən leyomiosarkomaya daha çox rast gəlinir. Klinik-anatomik təsnifat UCX ilə oxşardır.

Sarkomanın **kl i n i k ş ə k l i** miomanın klinik şəklini xatırladır. Ən çox rast gəlinən simptom uşaqlıq qanaxmasıdır. Daha sonralar gecikmiş formalara bədən hərarətinin yüksəlməsi, zəiflik, arıqlama, qanaxmalara uyğun olmayan proqressivləşən anemiya qeyd edilə bilər. Sarkoma ağciyərlərə, qaraciyərə, sümüklərə və s. metastazları verə bilər. Metastazlaşma hematogen və limfogen yollarla baş verir. Histogenezdən asılı olaraq sarkomanın hər növünün özünəməxsusluğu vardır.

Uşaqlıq sarkomasının **diaqnostikası** özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Şişin endometrial və qarışıq formalarının diaqnozu UCX-də olan metodlarla qoyulur. Leyomiosarkomanın diaqnostikası xüsusi çətinliklər yaradır. Leyomiosarkoma, adətən uşaqlıqdan götürülmüş miomada histoloji aşkar olunur. Bəzən histeroskopiyanın göstəriciləri, endometriumun sitoloji və histoloji müayinələri uşaqlığın sarkomasını aşkar etməyə imkan vermir və o, yalnız çıxarılmış makropreparatda tapılır. Çıxarılmış miomanın makroskopik olaraq erkən, bir sıra əlamətlərə görə (nekrozlar, qansızmalar, ödem) bədxassəli şişdən şübhələnmək olar. Bu da təcili histoloji müayinənin keçirilməsi üçün əsasdır. Histoloji müayinə əməliyyatın lazımi həcmdə keçirilməsinə imkan verir.

Uşaqlığın sarkomasının müalicəsi UCX-nə oxşar olsa da bir sıra özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Şüa terapiyası UCX-dən daha az effektiv olduğu üçün I–III mərhələli uşaqlıq sarkomasında cərrahi müdaxilə əsas sayılır. Leyomiosarkomada və uşaqlıq yolunun yuxarı üçdə bir hissəsi ilə artımlarla total histerektomiya (II–III mərhələlərdə) həcmində cərrahi əməliyyat keçirilir. Sonra kimyəvi terapiya (karminomisin, adriamisin) və distansion şüalanma aparılır. Sarkomanın bütün başqa histogenetik növlərində müalicə uşaqlığın artımlarla genişləndirilmiş ekstirpasiyası həcmində aparılır, sonradan distansion və applikasiya şüalanma, kimyəvi terapiya təyin olunur. Hesab edilir ki, UCX-dən fərqli olaraq şüa terapiyasının aşağı effektivliyi və gedişatının şiddətliliyi ilə əlaqədar olaraq uşaqlıq sarkoması zamanı proqnoz daha ağırdır.

XIII FƏSİL

UŞAQLIQ ARTIMLARININ ŞİŞLƏRİ

13.1. YUMURTALIQLARIN ŞİŞLƏRİ

Yumurtalıqların şişləri qadın cinsiyyət üzvlərinin şişləri arasında uşaqlığın miomasından sonra ikinci yeri tutur. Yumurtalıqların şişləri və şişəbənzər törəmələri kifayət qədər çox təsadüf olunan patologiyadır. Bu şişlər bütün yaş dövrlərində, əsasən də 31-60 yaş arasında, xüsusən də, 40 yaşdan sonra təsadüf olunur. Yumurtalıqların xoşxassəli şişlərinə 75-80%, bədxassəli şişlərinə isə 20-25% hallarda təsadüf olunur. Müxtəlif alimlərin fikrinə görə, yumurtalıqların şişləri son 10 ildə 6-11%-dən 19-25%-ə qədər artmışdır.

Klinik gedişinə görə yumurtalıqların şişləri xoşxassəli, sərhəd və bədxassəli olmaqla üç yerə bölünür. Yumurtalıqların şişlərinin əmələgəlmə mənbəyi:

- normal yumurtalıq komponentlərindən əmələ gələn;
- embrional qalıqlardan əmələ gələn və distopiya;
- postnatal inkişaf edən, heterotropiya, epitelinin metaplaziyası.

Hazırkı dövrə qədər yumurtalıqların şişləri arasında kista, kistoma terminləri əhəmiyyətli yer tutur.

Yumurtalıqların kistası retension (yalançı) proliferasiya etməyən törəmələr olub, vəzlərin axacaqlarının tutulması nəticəsində möhtəviyyətin orqanın daxilində toplanması hesabına əmələ gəlir və adətən ayaqcıqları olmur. Yumurtalıqların kistomaları həqiqi proliferasiya edən törəmələr olub, yeni toxumadan əmələ gəlir və ayaqcıqlar üzərində olur.

Müasir onkologiyada yumurtalıqların kista və kistomalarını *sistadenoma* adlandırmaq qəbul olunmuşdur. Yumurtalıqların kistalarının patogenezi kifayət qədər öyrənilməmişdir. Yumurtalıqların şişlərinin patogenezinə hipotalamus – hipofiz – yumurtalıq sistemində baş verən pozğunluqlar əhəmiyyətli rol oynayır. Eyni

zamanda hüceyrə və humoral immunitetin dəyişikliklərinin rolu da böyükdür. Yumurtalıqların xoşxassəli şişləri zamanı T-hüceyrə immunitetinin ləngiməsi (zəifləməsi), bədxassəli şişlər zamanı isə hüceyrə immunitetinin zəifləməsi və immunitetin humoral həlqəsində dəyişikliklər müəyyən edilir.

Yumurtalıqların şişləri olan qadınlar çox vaxt uzunmüddətli sonsuzluqdan, hormonal pozğunluqlardan, uşaqlıq artımlarının xroniki iltihabi xəstəliklərindən əziyyət çəkirlər.

Hazırda ginekologiyada istifadə olunan yumurtalıqların şişlərinin Beynəlxalq histoloji təsnifatı 1973-cü ildə ÜST tərəfindən təsdiq olunmuşdur.

I. Epitelial şişlər

A. Seroz şişlər

1. *Xoşxassəli*

a) sistadenoma və papilyar sistadenoma

b) səthi papilloma

c) adenofibroma və sistadenofibroma

2. *Sərhəd*

a) sistadenoma və papilyar sistadenoma

b) səthi papilloma

c) adenofibroma və sistadenofibroma

3. *Bədxassəli*

a) adenokarsinoma, papilyar adenokarsinoma və papilyar sistadenoma karsinoma

b) səthi papilyar karsinoma

c) bədxassəli adenofibroma və sistadenofibroma

B. Musinoz şişlər

1. *Xoşxassəli*

a) sistadenoma

b) adenofibroma və sistadenofibroma

2. *Sərhəd*

3. *Bədxassəli*

a) adenokarsinoma və sistadenofibroma

b) bədxassəli adenofibroma və sistadenofibroma

B. Endometroid şişlər

1. *Xoşxassəli*
 - a) adenoma və sistadenoma
 - b) adenofibroma və sistadenofibroma
 2. *Sərhəd*
 - a) adenoma və sistadenoma
 - b) adenofibroma və sistadenofibroma
 3. *Bədxassəli*
 - a) karsinoma
 - b) endometroid stromal sarkoma
 - c) mezodermal (müller) qarışıq şişlər
- Q. Şəffaf hüceyrə şişləri (mezonefroid)
1. *Xoşxassəli: adenofibroma*
 2. *Sərhəd*
 3. *Bədxassəli: karsinoma və adenokarsinoma*
- D. Brenner şişləri
- E. Qarışıq epitelial şişlər
- Y . Differensə olunmayan karsinoma
- Z. Təsnif olunmayan epitelial şişlər
- II. Cinsi-qaytan stromasının şişləri
- A. Qranulyoz-stromal hüceyrə şişləri
1. *Xoşxassəli – qranulyozhüceyrə şişləri*
 2. *Teka fibrom qrup.*
 - a) tekoma
 - b) fibroma
 - c) təsnif olmayan
 3. *Qarışıq*
- B. Androblastoma, Sertoli və Leydiq hüceyrələrinin şişləri
1. *Yüksək differensiasiya edənlər*
 - a) tubulyar androblastoma, sertoli hüceyrəsinin şişi
 - b) lipidlərin toplanması ilə olan tubulyar androblastoma, Sertoli hüceyrəsinin lipidlərinin toplanması ilə müşayiət olunan şişi (lesenin lipid follikuloması)
 - c) Sertoli və Leydiq hüceyrəsinin şişi
 - ç) Leydiq hüceyrəsinin şişi
 2. *Aralıq (keçid) differensiasiyası*

3. *Aşağı differensiasiya edənlər (sarkomatoidlilər)*
4. *Heteroloji elementləri olan şişlər.*
- V. Hinandroblastoma
- Q. Cinsi-qaytan stromanın təsnif edilməyən şişləri
- III. Lipid – hüceyrəli şişlər
- IV. Herminogen şişlər
- A. Diserminoma
- B. Endodermal sinus şişi
- V. Embrional karsinoma
- Q. Popilembrioma
- D. Xorionepitelioma
- E. Teratomalar
1. Yetişmiş
2. Yetişməmiş
 - a) solid
 - b) kistoz
- 1) *dermoid kista*
- 2) *malinqnizasiyalı dermoid kista*
3. Monodermal (yüksək ixtisaslaşmış şişlər)
 - a) yumurtalıq stroması;
 - b) karsinoid;
 - c) yumurtalıq stroması və karsinoid
- Y. Qarışıq herminogen şişlər
- V. Qonadoblastoma
- A. Təmiz
- B. Qarışıq
- VI. Yumurtalıq üçün spesifik olmayan yumşaq toxuma şişləri
- VII. Təsnif edilməyən şişlər
- VIII. İkincili (metastastik) şişlər
- IX. Şişəbənzər törəmələr və şişönü proseslər:
- A. Hamiləlik lüteoması
- B. Yumurtalıq stromasının hiperplaziyası və hiperkeratoz
- C. Yumurtalıqların massiv ödəmi
- D. Follikulyar kista və sarı cismin kistası
- E. Çoxsaylı follikulyar kista (polikistoz yumurtalıq)

- F. Endometrioz
- G. Səthi epitelial kistalar
- H. Sadə kistalar
- I. İltihabi proseslər
- L. Paraovarial kistalar

Hazırkı təsnifata əsasən belə nəticəyə gəlmək olar ki, histoloji quruluşuna görə yumurtalıqın şişləri və şişəbənzər törəmələri çox müxtəlifdir.

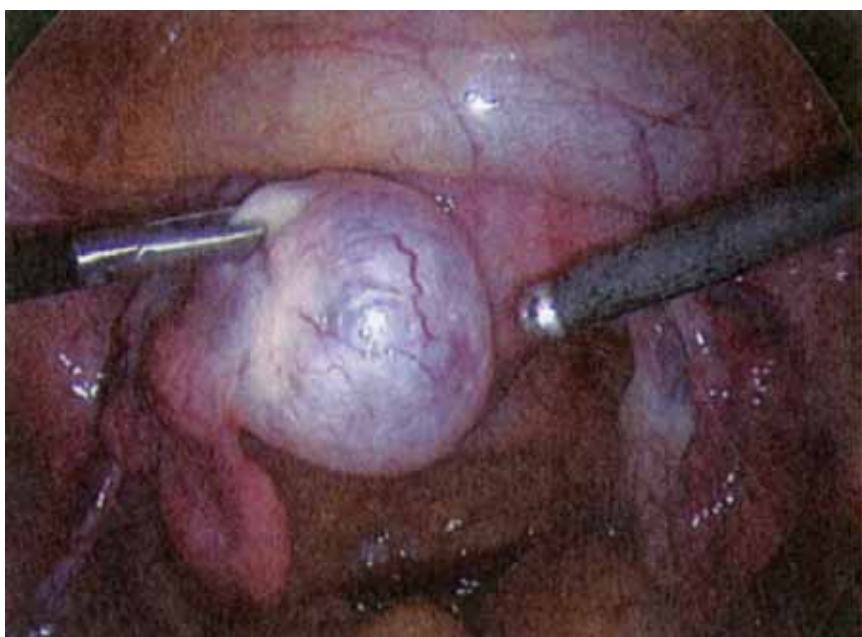
Yumurtalıqların xoşxassəli şişləri. Yumurtalıqların xoşxassəli şişlərindən ən çox təsadüf olunan epitelial şişlər, dermoid kistalar (yetişmiş teratoma) və yumurtalıqın fibromasıdır. Yumurtalıqın şişləri arasında şişəbənzər törəmələr (retension kistalar) vacib praktiki əhəmiyyət kəsb edir.

Follikulyar kista follikulun persistensiyası nəticəsində əmələ gəlir. Follikulyar kista nazik divara malik, birkameralı, elastiki konsistensiyalı, şəffaf maye möhtəviyyətli, səthi hamar törəmədir. Adətən kistanın əsasını makroskopik dəyişikliyə uğramamış yumurtalıq toxuması təşkil edir. Follikulyar kista aydın nəzərə çarpan klinik əlamətlərlə özünü büruzə vermir, bəzən epigastral nahiyədə küt ağrılar və aybaşı pozğunluğu ilə müşayiət olunur.

Follikulyar kista endokrin pozğunluğu olan qadınlarda xroniki anovulyasiya və hiperesterogenemiya nəticəsində əmələ gəlir.

Makroskopik olaraq follikulyar kistanın ölçüsü adətən 50-60 mm-dən artıq olmur (şəkil 13.1). Bəzi hallarda isə follikulyar kistanın ölçüləri 80-85 mm-ə çata bilər.

Bəzən follikulyar kista özünü aybaşı gecikməsi və qarının aşağı hissəsində müxtəlif intensivlikli ağrılarla büruzə verir. Böyük ölçüdə olmayan kistalar bəzən öz-özünə geriye inkişaf edir, bəzən isə kistanın boşluğuna qan sızır və



Şəkil 13.1. Yumurtalıqın follikulyar kistası.
Laparoskopik şəkil

onun kapsulu cırılır. Follikulyar kistanın diaqnozu bimanual müayinənin və USM-nin nəticəsinə əsasən qoyulur.

Ginekoloji müayinə zamanı follikulyar kista uşaqlıqdan öndə və ya yan tərəfdə əllənir, elastiki konsistensiyalı, dairəvi, səthi hamar, hərəkətli, az ağrılı olub, adətən birtərəfli olur. İkitərəfli follikulyar kistaya az təsadüf olunur və sonsuzluğun müalicəsi zamanı yumurtalıqların hiperstimulyasiyası nəticəsində əmələ gəlir. Gənc qadınlarda qeyd olunan kiçikölçülü kistalar yumurtalıqların endokrin funksiyasının tənzimlənməsinə yönəldilmiş konservativ müalicə olunur. 3 aylıq konservativ müalicə effekt vermədikdə, eləcə də ölçüsü 10 *sm*-dən böyük olan kistalara cərrahi müalicə tələb olunur.

Proqnozu qənaətbəxşdir.

Sarı cismin kistaları. Bu kistanın əmələ gəlməsində hormonal pozğunluqlar və iltihabi proseslər əhəmiyyətli rol oynayır. Sarı cismin kistası partlamış follikulun möhtəviyyatının toplanması nəticəsində əmələ gəlir. Belə kistalar ikifazalı aybaşı tsikli zamanı inkişaf edir. Kistanın sarı cisimdə limfa və qan dövranının pozulması nəticəsində əmələ gəldiyi ehtimal olunur. Sarı cismin kistası adətən çox böyük ölçüdə olmur, yumşaq və hərəkətli olur. Aybaşının ikinci fazasında kistanın böyüməsi müşahidə olunur. Follikulyar kistadan fərqli olaraq sarı cismin kistası müəyyən klinik gedişlə xarakterizə olunur. Xəstələr əsasən aybaşının gecikməsindən, süd vəzilərində dolğunluqdan şikayət edir. Uşaqlığın bir qədər böyüməsi, yumşalması qeyd olunur.

Sarı cismin kistası bəzən yumurtalığın cırılması (appopleksiya) ilə fəsadlaşır. Qanaxma bəzi hallarda intensiv olur və “kəskin qarın” əlamətləri meydana çıxır.

Çox hallarda sarı cismin kistası geri sorulur.

Diaqnoz daxili müayinənin və USM-nin nəticələrinə əsasən qoyulur. 2-3 aybaşı tsikli müddətində müşahidə olunan kistalar cərrahi müalicə olunmalıdır.

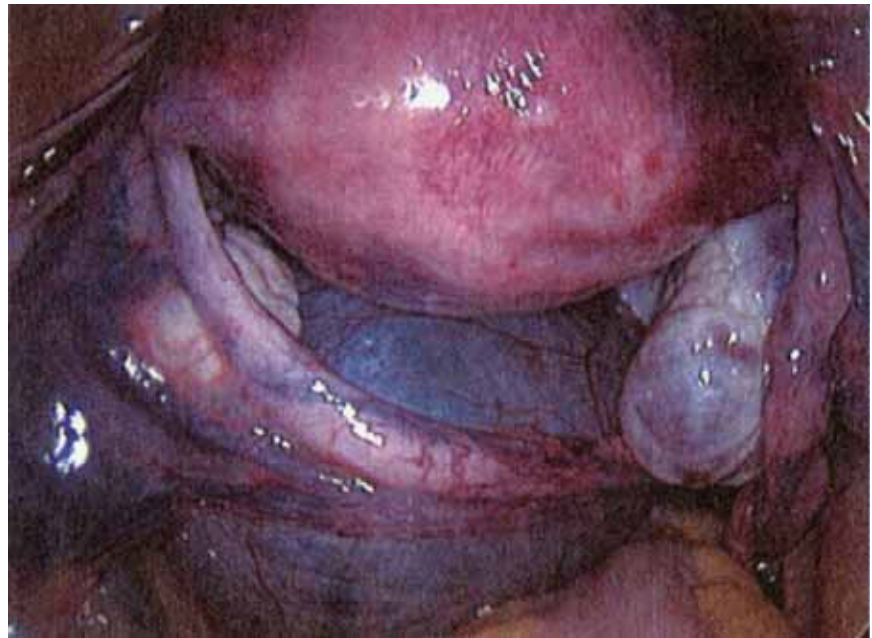
Paraovarial kista uşaqlığın enli bağının səhifələri arasında yerləşir. Bu kistalar mezoneftral axacağın, ooforanun qalıqlarından inkişaf edir. Paraovarial kista yumurtalıqların bütün törəmə-

lərinin 8-16,4%-ni təşkil edir. Paraovarial kistalar əsasən 20-40 yaşlarda təsadüf olunur, lakin bəzən pubertat yaşlı qızlar arasında müşahidə oluna bilər. Kista kiçik ölçülü, eləcə də gıqant, hətta bütün qarın boşluğunu tuta bilər.

Makroskopik olaraq paraovarial kista dairəvi və ya oval formada olub, sıx elastiki konsistensiyalı (şəkil 13.2) olur.

Kistanın kapsulu nazik (1-2 mm) olub, şəffafdır. Törəmənin yuxarı hissəsində adətən uzanmış, deformasiyaya uğramış uşaqlıq yerləşir.

Kiçik paraovarial kistaların əvvəlcə ayaqcığı olmur, lakin böyüdükdən sonra uşaqlığın enli bağının səhifələrinin birindən kistanın ayaqcığı formalaşır. Belə ayaqcıqlara uşaqlıq boruları, bəzən isə yumurtalığın xüsusi bağı da aid olur.



Şəkil 13.2. Yumurtalığın paraovarial kistası.
Laparoskopik şəkil

Klinik olaraq paraovarial kista özünü heç bir əlamətlə büruzə vermir. Çox böyük ölçülü kistalar zamanı xəstələr ağrıdan və qarının böyüməsindən şikayət edir.

Paraovarial kista adətən kistanın ayaqcıq ətrafında burulması nəticəsində “kəskin qarın”la fəsadlaşır.

Paraovarial kistanın diaqnozu daxili müayinə və USM-nin nəticəsinə əsasən qoyulur. Bimanual müayinə zamanı uşaqlıqdan yan tərəfdə və ya yuxarıda 5-15 sm diametrdə, elastiki konsistensiyalı, məhdud hərəkətli, səthi hamar törəmə əllənir.

Müalicəsi ancaq cərrahi yollaadır. Cərrahi əməliyyat zamanı adətən uşaqlıq artımları saxlanılmaqla yalnız kista xaric olunur.

Epitelial şişlər. Bu şişlər yumurtalığın bütün şişlərinin 75%-ni təşkil edir. Yumurtalıqların epitelial xoşxassəli şişlərinin əsas qrupunu kistomalar təşkil edir. Kistoma yumurtalığın həqiqi şişi olub, sürətlə böyümək xüsusiyyəti ilə seçilir. Yumurtalıqların kis-

tomaları iki böyük qrupa (seroz və musinoz) bölünür. Seroz və psevdomusinoz sistadenomalar müller epitelindən inkişaf edir.

Kistomalar çox vaxt birtərəfli və birkameralı olur. Ölçüsü bir neçə santimetrdən 30 sm-ə qədər ola bilər.

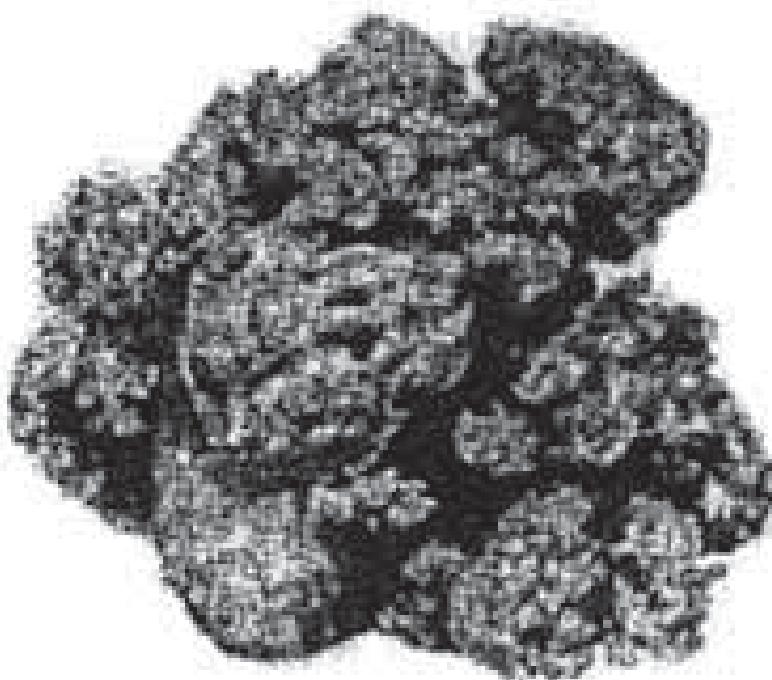
Kistomanın möhtəviyyatı seroz maye olub, samanı rəngdə olur.

Seroz kistomalar (silioepitelial kistoma). Seroz sistoadenomanın iki növü: hamar divarları və papilyar sistadenoma müşahidə olunur. Seroz kistomaların fərqləndirici xüsusiyyətləri onun daxili səthini örtən epiteli qatının quruluşudur. Belə ki, o quruluşuna görə yumurtalığın səthi və borulu epitelisini xatırladır. Hamardivarlı seroz sistoadenomanın daxili səthində, demək olar ki, daima səyirici epiteli aşkar etmək mümkün olur. Bu sistadenoma şaraoxşar və ya ovoid formada nazikdivarlı törəmə olub, çoxkameralı və ya birkameralı olur. Şiş nadir hallarda böyük ölçüdə olur, möhtəviyyatı açıq şəffaf olur.

Seroz kistomaya, adətən 45 yaşdan sonra təsadüf olunur. Az hallarda qarının aşağı hissəsində və bəldə ağrılar olur. Şiş hormonal

aktivlik göstərmir, aybaşı funksiyası çox vaxt pozulmur. Şiş çox böyük ölçüdə olduqda dizuriya, bəzən isə assit müşahidə olunur.

Kistomaların xarici və daxili səthində məməyəbənzər çıxıntılar müşahidə olunarsa, bu şişlər papilyar kistomalara aid edilir (şəkil 13.3). Məməciklər bütün kistomanın boşluğunu tuta bilər.



Şəkil 13.3. Yumurtalığın papilyar kistoması

Papilyar kistomalar adətən cinsi yetişkənlik dövründə, az hallarda klimakterik dövrdə və postmenopauza dövründə müşahidə olunur.

Papilyar kistomanın klinik simptomları qarının aşağı hissəsində ağırlıq hissi və ağrının olmasıdır. Bu isə kistanın intraliqamentar yerləşməsi və yumurtalıqların ikitərəfli zədələnməsi və

qarın boşluğunda bitişmələrin olması ilə izah olunur. Xəstəliyin əsas simptomlarına sonsuzluq və ayaqlarda ödem aiddir. Papilyar kistomalar uzun müddət klinik əlamətlərsiz müşahidə oluna bilər. Çox zaman bu kistoma papillomanın özünün funksional aktivliyi nəticəsində inkişaf edən assitlə müşayiət olunur. Bəzən assitik maye 6-7 l-ə çata bilər.

Papilyar kistomanın klinik gedişi yumurtalıqların ikitərəfli zədələnməsi, şişin intraliqamentar yerləşməsi, assit, qarın boşluğunda bitişmə proseslərinin inkişaf etməsi ilə xarakterizə olunur. Aybaşı funksiyasının pozulması və detorod funksiyanın azalması müşahidə olunur.

Papilyar kistoma xərçəngönü proses olub, çox vaxt bədxassəli şişə keçir.

Pseudomusinoz kistomalar. Musinoz kistomalar yumurtalıqların epitelial xoşxassəli şişləri olub, seroz kistomalara nisbətən daha çox təsadüf olunur.

Şiş uşaqlıq boynu kanalının epitelini – hündür silindrik epiteli xatırladır. Bu şişlər çoxkammeralı törəmə olub, ovoid və şarəxşar formada olur (şəkil 13.4). Şişin kapsulu hamar, parıltılı, gümüşü – ağ və ya mavi rəngdə olur. Tərkibindəki möhtəviyyatın xarakterindən (selik və ya jeleyəbənzər, hemorragik) asılı olaraq rəngi sarımtıl və tünd



Şəkil 13.4. Yumurtalığın psevdomusinoz kistoması (kəsikdə)

qırmızı-qəhvəyi rəngdə də ola bilər. Çox hallarda şiş böyük ölçüdə olur və xəstələr qarının aşağı hissəsində ağrı hissindən şikayət edir. Şiş adətən ayaqcıq üzərində olur və 20% hallarda şişin ayaqcıq ətrafında burulması müşahidə olunur, az hallarda assit qeyd olunur.

Papilyar musinoz kistomalar, ayaqcıq üzərində olur, papilyar seroz kistomalara nisbətən daha çox assit müşahidə olunur və proliferasiyaya kəskin meyilli olur.

Daxili müayinə zamanı uşaqlıqdan yan tərəfə oval və ya şara-oxşar formada səthi nahamar, kələ-kötür şiş əllənir.

Şişlərin ayaqcıqları anatomik və cərrahi olmaqla iki yerə bölünür. Anatomik ayaqcıq yumurtalığın asılan bağı, yumurtalığın xüsusi bağı, uşaqlığın enli bağından təşkil olunur. Cərrahi ayaqcığa isə əməliyyat zamanı kəsilən anatomik törəmələr (anatomik ayaqcıq, uşaqlıq boruları, bəzən böyük piylik) aiddir.

Klinik şəkli şişin ayaqcığının tam və natamam (180° -dən artıq) burulması zamanı meydana çıxır. Şişin qan təchizatı və qidalanması kəskin pozulur, kəskin qarın əlamətləri meydana çıxır. Daxili müayinə zamanı şiş yerləşən artımlar kəskin ağrılı olur. Şişin hissəvi burulması zamanı bu əlamətlər özünü zəif göstərir.

Şişin ayaqcıq ətrafında tam və hissəvi burulması zamanı təcili cərrahi müdaxilə tələb olunur. Əks halda şişin nekrozlaşması, şişin kapsuluna qansızma, irinləmə və peritonitə gətirib çıxara bilər.

Proliferasiya edən psevdomusinoz kistomalar xərçəngünü proseslər olub, adi psevdomusinoz kistomalara nisbətən daha tez inkişaf edir.

Yumurtalığın fibroması yumurtalığın bütün şişlərinin 7%-ni təşkil edir. Şiş adətən birtərəfli, bərk, hamarsəthli, hərəkətli olub, dairəvi və ya oval formada olur. Ölçüsü mikroskopik ölçüdən insan başı həcminə qədər ola bilər. Şişin rəngi ağ olur, nekroz zamanı isə qırmızı rəngdə olur.

Yumurtalığın fibromasına 40-50 yaşlı qadınlarda təsadüf olunur. Assitin olması bu qrup şişlər üçün daha xarakterikdir. Bəzən yumurtalığın fibroması zamanı assitlə yanaşı, hidrotoraks, anemiya (Meyqs triadası) müşahidə olunur.

Yumurtalığın fibromasına bəzi qadınlarda uşaqlığın mioması ilə birlikdə təsadüf olunur.

Dəqiq diaqnoz şişin mikroskopik müayinəsi nəticəsində qoyulur. Müalicəsi cərrahi yolla şişin xaric olunmasından ibarətdir.

Brenner şişi (fibroepitelioma, mukoid fibroepitelioma) ilk dəfə 1907-ci ildə Frans Brenner tərəfindən təsvir olunmuşdur və nadir təsadüf olunan törəmədir. Yumurtalıq toxumasından təşkil olunmuş fibroepitelial şiş kimi özünü göstərir. Brenner şişi xoşxassəli törəmə olub, bütün yumurtalıq şişlərinin 2%-ni təşkil edir. Erkən uşaq yaşlarında, eləcə də 50 yaşdan yuxarı qadınlarda təsadüf oluna bilər. Şiş adətən birtərəfli (çox vaxt sol tərəfli) olub, oval və ya dairəvi formadadır, xarici səthi hamardır, kapsulu olmur.

Yumurtalığın hormonal ifraz edən şişləri. Yumurtalığın hormonal – aktiv şişləri yeni toxumadan əmələ gələn törəmələr olub, bütün şişlərin 5%-ni təşkil edir. Yumurtalığın feminizəedici və virilizəedici şişləri olmaqla 2 yerə bölünür:

Feminizəedici şişlər: a) qranulyozhüceyrə şişləri və b) teka-hüceyrə şişləri.

Cinsi qaytan stromasından əmələ gələn şişlər. Bu qrup şişlərə cinsi qaytandan və ya qonadın embrional mezenximasından əmələ gələn şişlər aiddir. Onlar qranulyozhüceyrədən, Sertoli və Leydiq hüceyrələrindən təşkil olunurlar. Bu qrupa daxil olan xəstələrdə müxtəlif hormonal pozğunluqlar müşahidə olunur. Yumurtalığın hormonal – aktiv şişləri arasında ən çox teka və qranulyozhüceyrə şişləri, az hallarda Brenner şişlərinə və androblastomalara təsadüf olunur.

Qranulyozhüceyrə şişləri (follikuloma) follikulun qranulyozhüceyrələrindən və ya cinsi qaytanın differensiasiya olunmuş qalıqlarından inkişaf edir. Şiş hormonal aktiv olub və estrogenlər ifraz edir. Şiş sarı rəngdə olur. Şişin ölçüsü mikroskopik ölçüdə 40 sm-ə qədər ola bilər.

Endometriumun morfoloji müayinəsi zamanı hiperplastik proseslər (polip, vəzili-kistoz hiperplaziya, adenomatoz) müəyyən olunur. Bəzən bu şişlərlə yanaşı endometriumun xərçəngi inkişaf edir. Qranulyozhüceyrə şişləri xoş və bədxassəli olur. Bu şişlər qadın həyatının bütün dövrlərində, xüsusən də 40-60 yaşlarda təsadüf olunur.

Xəstəliyin klinik şəkli qadının yaşından və hiperestrogene-miyanın dərəcəsindən asılı olur. Adətən qarının aşağı hissəsində

ağrı və qarının böyüməsi müşahidə olunur. Uşaqlıq qanaxmaları, ikincili cinsi əlamətlərin erkən meydana çıxması müşahidə olunur.

Müalicəsi. Cavan qadınlarda xoşxassəli şişlər zamanı şiş xaric olunur və sonrakı mərhələdə xəstə nəzarətdə saxlanılır. Pre- və postmenopauza dövründə uşaqlıq artımlarla xaric olunur.

Tekoma yumurtalığın teka toxumasından inkişaf edir, estrogen ifraz edən yenitörəmədir. Tekoma yaşlı qadınlarda (60 yaş və ondan böyük) təsadüf olunur. Çox vaxt şiş oval və dairəvi formada, birtərəfli olur, konsistensiyası sərtidir.

Tekomaların həm xoş, həm də bədxassəli gedişində assit əmələ gəlməsi bu şiş üçün səciyyəvi haldır. Xəstəliyin bədxassəli gedişi cavan yaşlarda müşahidə olunur.

Xoşxassəli tekomalar zamanı şiş olan yumurtalıq, bədxassəli tekoma zamanı isə uşaqlıq artımlarla birgə xaric olunur və böyük piyliyin rezeksiyası aparılır.

Virilizəedici şişlər bunlardır: a) androblastoma; b) arrenoblastoma və c) lipidhüceyrəli.

Androblastoma – şiş qonadın (cinsi hüceyrənin) kişi hissəsindən əmələ gəlib, Leydiq və Sertoli hüceyrələrindən təşkil olunur, bütün şişlərin 0,2%-ni təşkil edir. Əsasən 20-30 və 50-70 yaşlar arasında təsadüf olunur və **maskulinizəedici şişlər** adlanır.

Reproduktiv yaşda qadınlarda xəstəliyin əvvəlində nadir, az miqdarda aybaşı və ya amenoreya müşahidə olunur. Süd vəziləri və uşaqlıq atrofiyaya uğrayır, sonsuzluq müşahidə olunur. Bədən quruluşu kişi tipli olur. Üz, döş qəfəsi və ətraflar tüklə örtülür. Səsin tembri dəyişir, kobudlaşır. Klitor hipertrofiyaya uğrayır, cinsi hissiyyət azalır və ya yox olur.

Ginekoloji müayinə zamanı sərt, birtərəfli, dairəvi və ya oval formada kiçik ölçüdə 30 sm-dək ölçüdə olan törəmə əllənir. Androblastoma xoşxassəlidir, 20-30% hallarda bədxassəli şişə keçə bilər.

Cavan yaşda şiş xaric olunur. Şiş xaric olunduqdan sonra qadın orqanizmində pozulmuş spesifik funksiyalar tədricən bərpa olunur, ancaq səsin kobudlaşması, klitorun böyüməsi və hirsutizm qadın həyatının sonuna qədər qala bilər.

Arrenoblastoma – böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin hüceyrəsinin şişi olub 1,5-2% hallarda təsadüf olunur, 20-25% hallarda bədxassəli şişlərə keçir. Adətən 30 yaşa qədər qadınlarda təsadüf olunur; bərk kapsulu var, kiçik ölçülü olur, çox vaxt yumurtalıqın formasını təkrarlayır.

Lipidhüceyrə şişləri – Leydiq hüceyrəsini xatırladan lipidtərkibli hüceyrələrdən təşkil olunur. Şiş çox nadir hallarda, əsasən də klimakterik və postmenopauza dövründə təsadüf olunur.

Herminogen törəmələr embrional qonadın birincili cinsi hüceyrələrindən və 3 rüşeym vərəqlərindən – ektoderma, mezo-derma və endodermadan əmələ gəlir. Bu şişlər qrupuna teratoma (yetişmiş və yetişməmiş) disgerminoma, xorionepiteloma və digər nadir təsadüf olunan şişlər aiddir.

Yumurtalıq teratoması. Dermoid kista yetişmiş teratomaaya aid olub, yumurtalıq şişləri arasında 8% xəstələrdə təsadüf olunur.

Dermoid kistaların etiologiya və patogenezi indiyə qədər müəyyən edilməmişdir.

Dermoid kista adətən 20-40 yaşlarda, bəzən isə uşaq və gənc yaşlarda təsadüf olunur. Klinik əlamətləri özünü ancaq böyük ölçülü kistalar zamanı büruzə verir. Xəstələr bəzən qarının aşağı hissəsində ağrı hissindən və dizuriyadan şikayət edir.

Dermoid kista çox vaxt birtərəfli, az hallarda isə ikitərəfli olub, qalın, bozultul-ağ rəngli səthi hamar, parıltılı, kapsula malik olub, uzun ayaqcığı olduğundan çox hərəkətli olur və bu da kistanın ayaqcıq ətrafında burulmasına şərait yaradır.

Dermoid kista çox zaman birkameralı, az hallarda çoxkameralı olub, əksər hallarda xoşxassəli olur, nadir hallarda maliqni-zasiya əlamətləri qeyd oluna bilər. Teratoma kəsildikdə kəsəni xatırladır, içərisində qatı möhtəviyyat olub, piy toxuması, tük və ya diş və s. müşahidə oluna bilər. Dermoid kistalara diaqnoz ginekoloji müayinəyə, USM-nə və laparoskopiyaya əsasən qoyulur.

Ginekoloji müayinə zamanı uşaqlıqdan öndə, dairəvi formada, hamar səthli, hərəkətli, ağrısız, bərk konsistensiyalı törəmə əllənir. Kistanın diametri 5 sm-dən 15 sm-ə qədər ola bilər. Der-

moid kista yumurtalıqın şişləri arasında yeganə şişdir ki, xülasə retgenoskopiya müəyyən olunur. USM və laparoskopiya zamanı diaqnoz təsdiqlənir (şəkil 13.5).



Şəkil 13.5. Yumurtalıqın dermoid kistası. Laparoskopik şəkli

Dermoid kistanın müalicəsi cərrahi yollaadır. Əməliyyatın həcmi törəmənin ölçüsündən, xəstənin yaşından və yanaşı genital və ekstragenital patologiyaların olmasından asılıdır. Qızlarda və gənc qadınlarda yumurtalıq sağlam toxumaya qədər rezeksiya olunur, perimenopauzal dövründə uşaqlıq artımlarla birgə supravaginal amputasiya olunur. Proqnozu qənaətbəxşdir. Yalnız 0,4-1,7% hallarda bədxassəli şişə keçə bilər.

Teratoblastoma (yetişmiş teratoma) yumurtalıqın bədxassəli şişlərinə aiddir. Teratoblastoma teratomaya nisbətən az təsadüf olunur. Şiş tez böyüyür və böyük ölçülərə çatır. Şiş uşaqlığın yan tərəfində yerləşib, adətən bir tərəfli olur, qeyri-düzgün formada, böyük ölçüdə, az hərəkətli, səthi dənəvərvəri, palpasiyada nisbətən həssas olur.

Xəstələr əsasən qarının aşağı hissəsində ağrılardan, ümumi zəiflikdən, halsızlıqdan, yorğunluqdan, əmək qabiliyyətinin zəiflə-

məsindən şikayət edir. Aybaşı funksiyası çox vaxt pozulmur. Ağır hallarda assit müşahidə olunur.

Müalicəsi cərrahi yollaadır. Uşaqlıq artımlarla birgə supravaginal amputasiya və böyük piylik rezeksiya olunur. Şüa terapiyası və kimyəvi terapiya təyin olunur. Proqnozu qənaətbəxş deyil.

Disgerminoma bədxassəli şiş olub, yumurtalıqın şişləri arasında 1-2% hallarda təsadüf olunur. 10 yaşdan 30 yaşa qədər hallarda müşahidə olunur (nadir hallarda 50 yaşdan sonra).

Disgerminoma hormonal aktivliyə malik olmur, gənc qızlarda və cavan qadınlarda ümumi və genital infantilizmə və gec menarxe ilə müşahidə olunur. Şiş adətən birtərəfli olur. İkitərəfli disgerminoma nadir hallarda qonadoblastoma ilə birgə təsadüf olunur.

Şiş kəsildikdə sarımtıl, solğun-çəhrayı, kölgəli olur. Spesifik klinik əlamətləri olmur. Bəzən xəstələr qarının aşağı hissəsində küt ağrıdan, ümumi halsızlıqdan, dizurik əlamətlərdən, yorğunluqdan, az miqdarda, nadir aybaşılarından şikayət edirlər.

Diagnoz xəstəliyin klinik gedişinə, ginekoloji müayinənin nəticələrinə, USM, laparoskopiyaya əsasən qoyulur.

Müalicəsi cərrahi yolla və şüa müalicəsinə əsasən aparılır.

Proqnoz qənaətbəxş deyil.

Yumurtalıqın xərçəngi. Yumurtalıqların xərçəngi qadın cinsiyyət orqanlarının bədxassəli şişləri arasında uşaqlığın xərçəngindən sonra ikinci yeri tutur. Yumurtalıqların xərçəngi əsasən 40-60 yaş arasında təsadüf olunur. Yumurtalıqların xərçəngi birincili, ikincili və metastastik olmaqla 3 yerə bölünür.

Birincili xərçəng yumurtalıqların birincili zədələnməsindən əmələ gələn bədxassəli şişlərdir. Bu xərçəngə differensiasiya olunmamış karsinoma, disgerminoma, embrional karsinoma, xorionepitelioma, yetişməmiş teratoma və qonadoblastoma aiddir.

Yumurtalıqların ikincili xərçəngi (sistadenokarsinoma) – yumurtalıqların xoşxassəli şişlərinin və ya sərhəd şişlərinin bədxassəli şişlərə keçməsindən əmələ gəlir və bədxassəli şişlərin 80-88%-ni təşkil edir. Çox vaxt yumurtalıqların ikincili xərçəngi seroz, bəzən isə musinoz sistadenomalardan əmələ gəlir. Yumurtalıqların ikincili zədələnməsinə endometroid sistadenokarsinoma

da aiddir ki, bu şişlər əsasən gənc qadınlarda təsadüf olunur və sonsuzluqla müşayiət olunur (şəkil 13.6). Yumurtalıqın metastastik xərçəngi (Krukenberq şişi) – birincili ocaq əsasən mədə-bağırsaq traktı, mədə, süd vəziləri, qalxanabənzər vəzi və ya uşaqlıq olur. Şiş çox vaxt 40 yaşa qədər qadınlarda müşahidə olunur. Yumurtalıqların şişlərinin 20%-ə qədərini mədə-bağırsaq traktının bədxassəli şişlərindən hematogen, retroqrat-limfogen və implantasion yollarla yayılan metastazlar təşkil edir. Metastaz adətən ikitərəfli olur. 60-70% hallarda assit müşahidə olunur. Makroskopik olaraq şiş, ağimtil, kələ-kötür, bərk olur.



Şəkil 13.6. Yumurtalıqın ikincili xərçəngi

Hazırkı dövrdə yumurtalıqların bədxassəli şişlərinin vahid Beynəlxalq təsnifatı mövcuddur (TNM)

T – birincili şiş

T_0 – birincili şiş müəyyən edilməyir.

T_1 – şiş ancaq yumurtalıqları əhatə edir.

T_{1A} – şiş bir yumurtalıqı əhatə edir, assit yoxdur.

T_{1B} – şiş hər 2 yumurtalıqı əhatə edir, assit yoxdur.

T_{1C} – şiş bir və ya hər 2 yumurtalıqı əhatə edir, assit müşahidə olunur və qarın boşluğunda bədxassəli hüceyrələr müəyyən olunur.

T_2 – şiş bir yumurtalıqı və ya hər ikisini əhatə edir və parametriya prosesə qoşulur.

T_{2A} – şiş yayılmış olur, uşaqlıq və ya uşaqlıq borularında metastaz olur, lakin visseral periton prosesə qoşulmur və assit olmur.

T_{2B} – şiş yayılmış olur, visseral periton zədələnir, assit olmur.

T_{2C} – şiş uşaqlığa və uşaqlıq borularına yayılır. Assit müşahidə olunur.

T_3 – şiş bir və ya hər 2 yumurtalığı əhatə edir, nazik bağırsağın visseral peritonu və böyük piylik zədələnir, kiçik çanağı əhatə edən metastaz müşahidə olunur.

N – regionar limfa vəziləri

N_0 – regionar limfa vəzilərinin zədələnmə əlamətləri yoxdur.

N_1 – regionar limfa vəziləri zədələnir

N_x – regionar limfa vəzilərinin vəziyyətini qiymətləndirmək mümkün olmur.

M – uzaq metastazlar

M_0 – uzaq metastaz əlamətləri yoxdur.

M_1 – uzaq metastaz qeyd olunur.

M_x – uzaq metastaz təyin etmək mümkün deyil

Şişin mərhələsindən asılı olaraq yumurtalıqların xərçənginin aşağıdakı təsnifatı təklif olunmuşdur.

I mərhələ – şiş yumurtalıqlardan kənara çıxmır

I_a mərhələ – şiş bir yumurtalığı əhatə edir, assit yoxdur.

I_b – şiş hər 2 yumurtalığı əhatə edir

I_v – şiş bir və ya hər 2 yumurtalığı əhatə edir, lakin assit müşahidə olunur və atipik hüceyrələr müəyyən olunur.

II mərhələ – şiş bir və ya hər 2 yumurtalığı zədələyir və çanaq nahiyəsinə yayılır.

II_a mərhələ – uşaqlıqda və uşaqlıq borularında metastaz müəyyən olunur.

II_b mərhələ – şişi uşaqlığa, çanağın digər toxumalarına və peritona yayılır

II_v mərhələ – II_a və II_b mərhələdə olduğu kimi, lakin əlavə olaraq assit və atipik hüceyrələr müəyyən olunur.

III mərhələ – bir və ya hər 2 yumurtalıqla yanaşı, periton daxili və peritonxarici metastazlar müşahidə olunur.

III_a mərhələ – peritonda mikroskopik metastazlar müşahidə olunur.

III_b mərhələ – peritonda 2 *sm* və ondan az makrometastazlar müəyyən olunur.

III_v mərhələ – peritonda 2 *sm*-dən artıq və regionar limfa vəzilərində və böyük piylikdə metastazlar müəyyən olunur.

IV mərhələ – hər 2 yumurtalıqla yanaşı, uzaq metastazlar (uzaq limfatik vəzlər, qaraciyər, göbək, plevra), assit müəyyən olunur.

Klinik olaraq yumurtalıqların xərçəngi özünü gec büruzə verir. Yumurtalıqın lokal formalı xərçəngi simptomuz keçir. Gənc qadınlarda bəzən “kəskin qarın” əlamətləri qədər aydın nəzərə çarpan ağrı sindromu müşahidə olunur. Bu isə şişin ayaqcıq ətrafında burulması və şişin kapsulunun cırılması zamanı müşahidə olunur. Xəstələr əsasən ümumi zəiflikdən, halsızlıqdan, yorğunluqdan, iştahanın azalmasından bəzən, temperaturun yüksəlməsindən şikayət edir.

Qarın assit hesabına böyüyür. Bəzən plevra boşluqlarında seroz maye toplanır. Ürək qan-damar, tənəffüs çatışmazlığı, aşağı ətraflarda ödem qeyd olunur. Diaqnostikası erkən mərhələlərdə çətinlik törədir.

Daxili müayinədə artımlar nahiyəsində bir və ya ikitərəfli oval və ya qeyri-düzgün (kələ-kötür) formada, bərk konsistensiyalı, müxtəlif ölçülü, məhdud hərəkətli, ağrısız törəmə əllənir. Rektovaginal müayinə zamanı xərçəngin pararektal və parametral hüceyrələrə invaziyası müəyyən olunur.

Müasir diaqnostika üsullarından transvaginal exiqrafiya, rəngli doppleroqrafiyaya (şəkil 13.7) kompyuter və maqnit-rezonans tomoqrafiya, laparoskopiya (şəkil 13.8) əhəmiyyətli rol oynayır. Eyni zamanda qanda onkomarkerlərin CA-125, CA-19,9, CA-72,4 təyini böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Yumurtalıqın xərçəngi olan xəstəliklərin 78-100%-də qanda CA-125 müəyyən edilir.

Yumurtalıqın bədxassəli şişlərinə şübhə olan qadınlar aşağıdakı müayinələrdən keçirilməlidir:

- qarın boşluğu orqanlarının, qalxanabənzər vəzin, süd vəzilərinin USM-si;
- mammoqrafiya;

- rentgenoskopiya, qastroskopiya;
- metastazları inkar etmək üçün döş qəfəsinin rentgenoskopiyası.



Şəkil 13.7. Yumurtalıqın xərçəngi. Rəngli doppler



Şəkil 13.8. Yumurtalıqın xərçəngi. Laparoskopiya

Müalicə. Yumurtalıqların xərçənginin müalicəsi cərrahi yolla, şüa terapiyası və kimyəvi terapiyadan ibarətdir.

Proqnozu. Qənaətbəxş deyil, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən, şişin morfoloji strukturundan asılıdır.

Yumurtalıqların xərçənginin profilaktikası yumurtalıqların xoşxassəli şişlərinin vaxtında aşkara çıxarılmasından və müalicəsindən ibarətdir.

13.2. UŞAQLIQ BORULARININ ŞİŞLƏRİ

Uşaqliq borularının şişləri az təsadüf olunan patologiya olub, xoş və bədxassəli olmaqla iki yerə bölünür.

Uşaqliq borularının xoşxassəli şişlərinə –boruların kistaları, fibroma, mioma, lipoma, xondroma, limfanginoma, papiloma aiddir. Uşaqliq borularının kistaları adətən iltihabi proses nəticəsində əmələ gəlir. Boruların ampulyar və intersistial hissələrinə sekretin toplanması boruların obliterasiyasına səbəb olur. Belə törəmələr *hidrosalpinks* adlanır. Əgər borulara toplanan sekret irinli olarsa, bu *piosalpinks*, qan toplanarsa, *hematosalpinks* adlanır.

Boruların fibroması və mioması adətən boruların intersistial hissəsində, papiloma isə ampulyar hissədə inkişaf edir. Papiloma hətta böyük ölçülərə çata bilər. Boruların xoşxassəli şişlərinə diaqnoz preparatın histoloji müayinəsinə əsasən qoyulur.

Uşaqliq borularının xərçəngi birincili və ikincili olmaqla iki yerə bölünür. Boruların ikincili xərçəngi uşaqlığın və yumurtalıqların yayılmış prosesləri zamanı meydana çıxır. Boruların birincili xərçəngi nadir hallarda təsadüf olunur və qadın cinsiyyət üzvlərinin şişlərinin 0,5-1%-ni təşkil edir. Uşaqliq borularının xərçəngi 40-55 yaşlı qadınlarda uşaqlıq və uşaqlıq artımlarının xroniki iltihabi prosesi fonunda inkişaf edir. Adətən bir boru zədələnir. Boruların xərçəngi histoloji olaraq papilyar, vəzili-papilyar, papilyar-solid və solid formalı quruluşa malik olur. Assit inkişaf edir, çanaq, bel limfatik düyünləri böyüyür, müxtəlif orqanlarda metastaslar inkişaf edir.

Klinikası. Boruların xərçənginin daha çox təsadüf olunan erkən simptomlarına qarının aşağı hissəsinə və aşağı ətraflara irradiasiya edən ağrılar aiddir. Ağrılar əvvəlcə tutmaşəkilli olur, sonra isə küt, daimi xarakterli olur.

Az təsadüf olunan simptomlarına isə uşaqlıq yolundan serozlu, irinli və ya irinli-serozlu ifrazatın gəlməsi aiddir.

Diaqnostikası. Cinsiyyət yollarından çox miqdarda duru ifrazat, bəzən irinli-qanlı, bəzən qanla qarışıq olması, eyni zamanda ağrıların olması, ağrının gur ifrazatdan və uşaqlıq boşluğunun

diaqnostik qaşınmasından sonra yoxa çıxması uşaqlıq borularının xərçənginə sübhə doğurur. Rektovaginal müayinə zamanı adətən birtərəfli, uşaqlığın yan nahiyyəsində yerləşən törəmə əllənir. Şiş konturları aydın olmayan və qarışıq konsistensiyalı olur. Uşaqlıq boşluğunun və uşaqlıq boynu kanalının ifrazatının sitoloji müayinəsi diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Bikontrast rentgenoqrafiya zamanı uşaqlıq borusunun distal hissəsinin “amputasiyası”, dolma qüsuru aşkar olunur. Son diaqnoz cərrahi yolla xaric olunmuş uşaqlıq borusunun histoloji müayinəsinə əsasən qoyulur.

Müalicəsi xəstəliyin I mərhələsində uşaqlığın artımlarla birlikdə ekstirpasiyası və böyük piyliyin rezeksiyası, əməliyyatdan sonra isə polikimyəvi terapiyadan ibarətdir. II, III, IV mərhələlərdə radikal operasiya, sonra şüa və müalicəvi terapiya aparılır.

Proqnozu qənaətbəxş deyil.

Uşaqlıq borularının sarkoması nadir təsadüf olunan patologiyadır. Şiş uşaqlıq borularının əzələ və ya selikli qatının birləşdirici toxumasından inkişaf edir. Selikli qişadan inkişaf edən zaman şiş polip formasında olur və boru serozlu, serozlu qanlı möhtəviyyatla dolu olur. Sarkoma yumurtalıqlara, böyük piyliyə, qaraciyərə və ağciyərlərə metastaz verə bilər.

Diaqnozu xaric olunmuş preparatın histoloji müayinəsinə əsasən qoyulur.

Müalicə. Uşaqlığın artımlarla birlikdə ekstirpasiyası və böyük piyliyin rezeksiyası əməliyyatı aparılır. Əməliyyatdan sonra şüa və kimyəvi terapiya az effektivdir.

5 il ərzində residiv və metastazlar müşahidə olunmazsa, xəstəlik klinik müalicə olunmuş hesab oluna bilər.

XIV FƏSİL

TROFOBLASTİK XƏSTƏLİKLƏR

Trofoblastik xəstəlik (TX) ciftin xovlarından əmələ gələn bəd və xoşxassəli yenitörəmələrdir. Trofoblastik xəstəliklərin müxtəlif histoloji struktura malik olmasına baxmayaraq, onlar bir neçə ümumi xüsusiyyətə malikdir (insan ciftindən əmələ gəlməsi, ümumi ana geninə malik olması və XQ-ni sekresiya etməsi).

Sonuncu *Beynəlxalq Onkoloji Xəstəliklər Təsnifatına* (1995) müvafiq olaraq trofoblastik yenitörəmələrə aşağıdakılar aiddir:

1. Beçəxor
2. İnvaziv beçəxor
3. Xorionkarsinoma və ya xorionepitelioma
4. Teratoma və embrional xərçəng xəstəliyi ilə müştərək gədən xorionkarsinoma
5. Cift sahəsinin trofoblastik şişi

Klinik gedişata görə:

1. Xoşxassəli.
2. Bədxassəli:
 - metastaz verməyən;
 - metastaz verən;
 - a) aşağı risk dərəcəli,
 - b) yüksək risk dərəcəli.

Patohistoloji struktura əsasən:

1. Beçəxor
2. İnvaziv (destruksiyaedici) beçəxor
3. Xorionkarsinoma

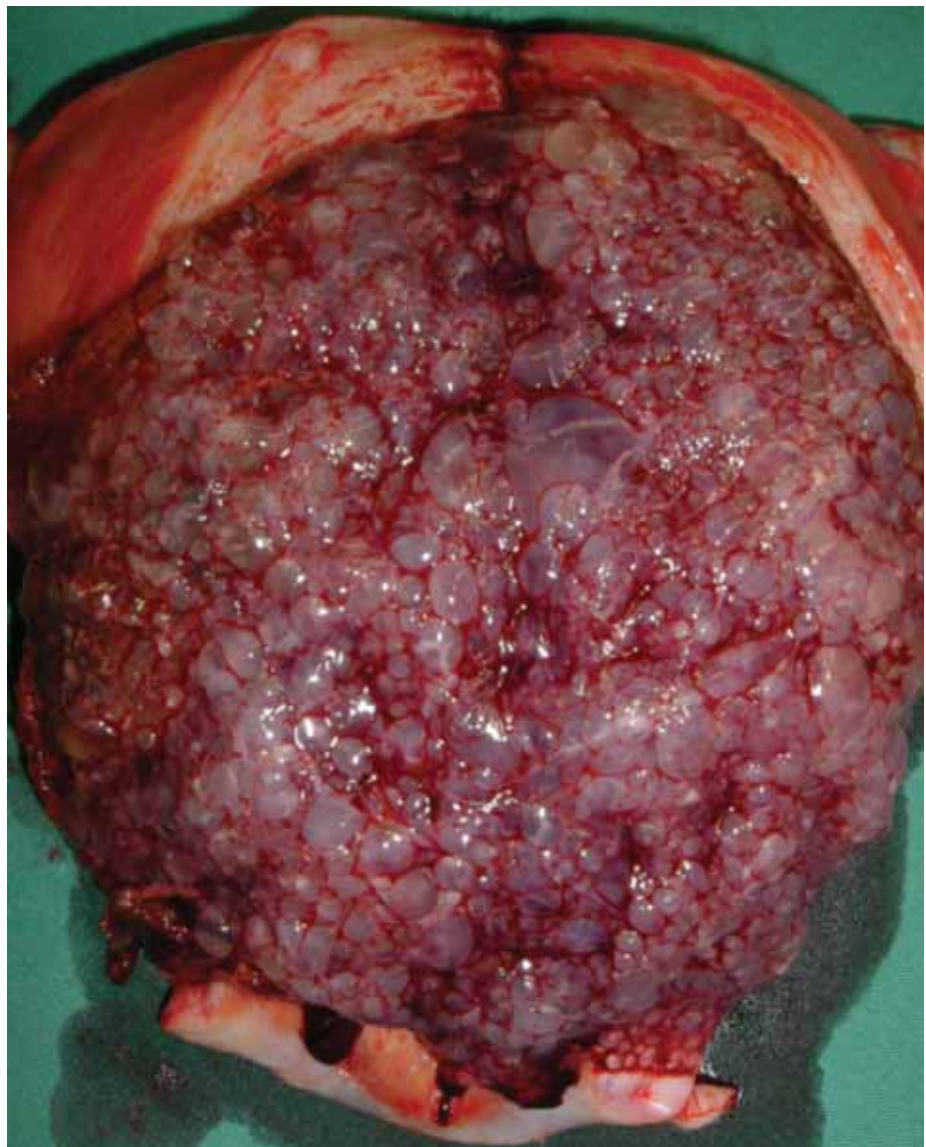
Etiologiyası məlum deyildir. Qeyd edilmişdir ki, xəstəliyin rastgəlmə tezliyi milli və etnik mənsubiyyətdən asılı olaraq dəyişilir. Ən yüksək rastgəlmə tezliyi Asiyada yaşayan (200 hamiləlikdə 1 hadisə) Şərq qadınlarında, ən aşağı isə Qafqaz qadınlarında (təxminən 2000 hamiləlikdə 1 hadisə) müşahidə olunur. Residivlərin tezliyi 2% təşkil edir. Xəstəlik çox gənc və reproduktiv

tiv dövrün sonunda olan qadınlar üçün daha çox xarakterikdir. Təkrar hamilə qadınlar arasında TX-nin inkişaf etmə riski ilk dəfə hamilə qalan qadınlara nisbətən nəzərə cəpacaq dərəcədə artıqdır.

Beçəxor xovlu qışanın özünəməxsus dəyişikliyi, onun əsasını xorionun xovlarının tamamilə dəyişilməsi təşkil edir. Bu xəstəlik zamanı xovların stromasının kəskin ödemləşməsi baş verir, xovların özləri isə artaraq qovuqlara çevrilir. Xovların həddindən artıq artması nəticəsində uşaqlığın ölçüsü xeyli böyüyür.

Beçəxor əsl şiş deyildir və yalnız tam beçəxoru onun invaziv formasından və xorionkarsinomadan fərqləndirmək zərurəti onu trofoblastik yenitörəmələr qrupuna aid edilməsini tələb edir. Beçəxorun iki müxtəlif növü ayırd edilir: tam və natamam. Tam beçəxor zamanı bütün xovlar zədələnir. Bu hala daha çox hamiləliyin ilkin mərhələlərində təsadüf edilir, bu zaman embrion məhv olur və sorulur. Natamam beçəxor dölün mövcudluğu və ya zədələnməmiş xovlarla bərabər onun hissələrinin olması ilə xarakterizə olunur.

Natamam beçəxor, bir qayda olaraq özünü hamiləliyin 3-cü ayından sonra büruzə verir. Hamiləlik yaşamaq qabiliyyəti olan döllə axıra çatdırıla bilər, lakin çox vaxt dölün ölümü 14-16-cı həftələrdə baş verir. Ante- və ya intranatal dövrdə dölün ölümü ilə nəticələnən vaxtından əvvəl doğuşlar ola bilər.



Şəkil 14.1. Xorion xovlarının makroskopik dəyişiklikləri

Beçəxorun fraqmentləri spontan olaraq və ya beçəxorun uşaq-
lıq boşluğundan xaric edilməsi zamanı venoz məcraya düşə bilər
və ağciyər kapillyarlarına çataraq, kəskin ağciyər hipertoniyasını
əmələ gətirər, ağciyərlərin ödeminə və hətta, hamilə qadının ölü-
münə səbəb ola bilər. Beçəxorun xaric edilməsindən sonra xovla-
rın bir miqdarının reqressiyası mümkündür.

Ağırlaşmalardan biri 3,8-5% hallarda beçəxorun qalıqların-
dan xorionkarsinomanın əmələ gəlməsidir. Beçəxor zamanı yu-
murtalıqların ikitərəfli lütein kistaları tez-tez müşahidə olunur.
Hamiləliyin 2-ci ayından profuz xarakterli qanaxmalar baş verir.

Molyar hamiləliyin bu iki növünün genetik xüsusiyyətləri bir-
birindən fərqlənir. Tam beçəxor zədələnmiş yumurta hüceyrəsinin
spermatozoidlə mayalanmasının nəticəsidir. Müvafiq olaraq tam
beçəxorun kariotipi 46XX-dır. Natamam beçəxor zamanı formala-
şan döl, adətən xromosomların 69 XXY triploid toplusuna malikdir.

Triploidiya bir ana xromosomun və iki ata xromosomun (bir
yumurta hüceyrənin iki spermatozoidlə mayalanması nəticəsində
yaranan) toplusundan ibarətdir. Tam beçəxora tez-tez təsadüf olu-
nur (təxminən 90% molyar hamiləlikdə). Tam beçəxor üçün bədx-
assəli dəyişmələr ehtimalı yüksəkdir, lakin belə ehtimal həm də
natamam beçəxor üçün də mövcuddur, ona görə də hər iki for-
maya münasibətdə bədxassəliliyin minimuma endirilməsi məq-
sədi ilə eyni taktika aparılmalıdır.

Cədvəl 14.1.

Tam və natamam beçəxor

Əlamətlər	Tam	Natamam
Sinonimlər	Həqiqi, klassik	Qismən
Xorion xovları	Hamısı dəyişilmişdir	Bəziləri normaldır
Kapillyarlar	Azdır, dölün eritrositləri yoxdur.	Bir qədər dölün eritrositləri vardır.
Embrion	Yoxdur	Vardır, lakin qeyri-normaldır.
XQ titri	Yüksək	Orta yüksəklikdən yüksəyə qədər
Kariotip	Əsasən 46, XX	Triploidiya
Bədxassəlilik qabiliyyəti	15-20%	Zəifdir.

Beçəxorun hər hansı növünün klinik təzahürü hamiləlikdə olduğu kimidir, lakin bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir: uşaqlığın ölçüsü hamiləliyin müddətinə uyğun gəlmir (daha böyükdür); hamiləliyin subyektiv əlamətləri kəskin, qeyri-adekvat ifadə olunur; spontan abortda olduğu kimi qanlı ifrazat müşahidə olunur. Bu simptomlardan ən səciyyəvisi qanaxmadır, o, əksər qadınlarda ikinci üçaylığın əvvəlində təsadüf olunur. Qanaxma, adətən, ağrılarla müşayiət olunmur, lakin qadın ödemləşmiş trofoblast tikələrinin açılan uşaqlıq boynundan keçməsi zamanı narahatlıq hiss edə bilər. Hamiləlik testlərinin nəticəsi müsbət olduğu üçün qadınların çoxuna, əvvəlcə “hamiləlik” diaqnozu qoyulur.

Beçəxorun az rast gəlinən variantı *invaziv beçəxordur* (destruksiyaedici beçəxor). Təxminən 5-6% hallarda təsadüf olunur. İnvaziv beçəxor zamanı xorion xovların uşaqlığın əzələ qatına sirayət etməsi nəticəsində güclü qanaxma baş verir. Beçəxorun bu forması zamanı uşaqlıq yolunda və parametral toxumada metastazlaşma müşahidə olunur.

Belə bir qəti fikir mövcuddur ki, invaziv beçəxor toxumaların dağılması ilə müşayiət olunduğu üçün onu hər zaman bədxassəli şişlərə aid etmək lazımdır. Buna baxmayaraq, tədqiqatçıların bir çoxu onu xoşxassəli patologiya və ya predblastomatoz, digərləri isə beçəxorun məhdud bədxassəli forması hesab edir, belə ki, o, stromaya malikdir, yalnız uşaqlığı zədələyir və metastaz vermir.

Xorionkarsinoma (xorionepitelioma) trofoblastın elementlərindən, xorionun xovlarının sinsitiyasından və çox az halda embrional mənşəli qarışıq şişlərdən inkişaf edən (teratogen xorionkarsinoma) bədxassəli şişdir. Xorionkarsinoma qadın cinsiyyət orqanlarının bədxassəli xəstəliklərindən əziyyət çəkən xəstələrin 2,3%-də müşahidə edilir və yalnız reproduktiv yaşlı qadınlarda deyil, eyni zamanda postmenopauzada olan qadınlarda da təsadüf olunur (hamiləlikdən 15-20 il sonra).

Xorionkarsinomanın etiologiyası indiyə qədər müəyyənləşdirilməmişdir. Bu, daha çox beçəxordan (38-50%), abortdan (40%), doğuşlardan (15-25%), daha az isə ektopik hamiləlikdən (3-4%)

sonra müşahidə edilir. Beçəxorun maliqnizasiyasının (bədxassəli şişə çevrilməsi) tezliyi 5% təşkil edir. Transplasentar immunitetin azalması, trofoblasta olan immunobioloji tolerantlığın güclənməsi onun inkişafında zəruri amillərdəndir.

Xorionkarsinomaları birincili və ikincili olaraq iki hissəyə ayrılırlar. Birincili xorionkarsinoma daha çox yumurta hüceyrələrinin toxumlarından inkişaf edən şiş (herminogen şiş) olub, cinsiyyət yetkinlik həddinə çatmamış qızlarda, eləcə də hamilə olmayan qadınlarda teratoblastomanın komponenti kimi müşahidə edilir. İkincili xorionkarsinoma avtonom törəməyə çevrilmiş döl yumurtasının trofoblastından əmələ gəlir və yüksək invaziv xassələrə malikdir. Beçəxordan sonra xorionkarsinomanın inkişaf riski normal hamiləlikdən 1000 dəfə yüksəkdir. Xorionkarsinomanın ən çox xoşagəlməz gedişatı şişin inkişafının hamiləlik vaxtı və eləcə də qısa latent mərhələ ilə doğuşlardan dərhal sonra qeydə alınmasıdır.

Xorionkarsinoma daha çox uşaqlıqda, çox az hallarda isə uşaqlıq yolunda, uşaqlıq borularında, yumurtalıqlarda və başqa orqanlarda əmələ gəlir.

Xorionkarsinomanın klinik təsnifatı (FIGO, 1992, Sinqapur)

I mərhələ – zədələnmə yalnız uşaqlıqla məhdudlaşır, metastaz olmur.

II mərhələ – zədələnmə uşaqlıq ətrafına yayılır, lakin təkcə cinsiyyət üzvləri ilə məhdudlaşır.

III mərhələ – ağciyərlərdə metastazlar.

IV mərhələ – digər üzvlərin metastatik zədələnmələri.

Uşaqlığın xorionkarsinoması endometriumda, döl yumurtasının implantasiya etdiyi yerdə əmələ gəlir. Makroskopik olaraq şiş göy rəngdə, düyün şəklində (4-5 sm), yumşaq konsistensiyalı, uşaqlığın endometriumundan seroz qatına və ya qarın boşluğuna qədər infiltrasiya edən diffuz yayılmış şəkildə olur.

Mikroskopik olaraq xorionkarsinoma 3 formaya malikdir: sinsitial, sitotrofoblastik və qarışıq. Xorial epitelinin invaziyası, geniş sahəli nekrozların və qansızmaların, ayrılmış Lanqhans hüceyrələrinin toplanması xarakterikdir.

Uşaqlıq borusu xorionkarsinoması, əsasən ikincili metastatik şişdir. Metastazlaşma adətən uşaqlıqdan törəyir. Xəstəliyin klinik mənzərəsi hamilə borunun cırılması ilə tamamilə oxşardır. Yalnız xaric edilmiş borunun morfoloji müayinəsi düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir.

Uşaqlıq yolunun xorionkarsinoması birincili olaraq çox az təsadüf olunur və daha çox uşaqlığın metastazı kimi təqdim olunur. Şiş tezliklə nekroza məruz qalan tünd-bənövşəyi düyünlü şəkllə malikdir və profuz qanaxmaların mənbəyi sayılır.

Yumurtalıqın xorionkarsinoması birincili olduğu kimi, həm də ikincili ola bilər (uşaqlığın metastazı). Xarakterik simptomları yoxdur. Diaqnoz yalnız çıxarılmış preparatın patomorfoloji müayinəsi zamanı qoyula bilər.

Teratoma və ya embrional xərçənglə müştərək xorionkarsinoma. Hamiləliklə əlaqədar olmayaraq teratogen şişlərin tərkibinə daxil olan trofoblastik törəmələrdən əmələ gəlir.

Xorionkarsinoma tək-tək hallarda yumurtalıqlarda, adətən tekalütein kistalar və teratomalarla birlikdə hamilə olmayan qadınlarda təsadüf olunur.

Cift səthinin trofoblastik şişi. Hamilə olmayan qadınlarda bu şişi ayrıca histogenetik forma kimi yalnız son zamanlar fərqləndirməyə başlamışlar. Şiş çox az halda təsadüf olunur.

Makroskopik şiş polipoz kütlələrlə uşaqlıq boşluğunda və ya miometriumun endofit böyüməsi ilə cismində, çox az hallarda isə uşaqlıq boynunda təsadüf olunur. Qadının qan zərdabında plasentalactogenin (PL) səviyyəsi xorionik qonadotropinlə müqayisədə artıqdır. Bu isə xəstəliyin xorionkarsinoma ilə differensial diaqnostikasının əlamətlərindən biridir.

Plasental səthin trofoblastik şişi üçün arteriya divarında daxili sitotrofoblastın intensiv invaziyası xarakterikdir. Qansızma və nekroz isə xarakterik deyildir. Şiş hüceyrələri PL-ni sekresiya edir və onların yalnız bir hissəsində XQ aşkar olunur. Beləliklə, sitotrofoblast hamiləliyin normal gedişatı zamanı plasental yatağın tipik hestasion dəyişikliklərini tamamilə təkrarlayır.

Şişin klinik gedişatı bütövlükdə xoşxassəli kimi qiymətləndirilir, lakin metastaztörədici olması mümkündür və təcili cərrahi müalicəni – histerektomiyanı tələb edir (plasentar yatağın trofoblastik şişinin hüceyrələri kimyəvi terapiyaya qarşı həssas deyildir). Metastazlaşma tezliyi 15%-dir. Metastazlar uşaqlıq yolunda, ağciyərlərdə, qaraciyərdə, qarın boşluğunda, beyində müşahidə olunur. Plasentar səthin şişinin differensial diaqnostikasını xorionkarsinoma, plasentar yatağın çox böyüməsi və plasentar yatağın düyünləri ilə aparmaq lazımdır. Plasentar səthin trofoblastik şişi xorionkarsinoma ilə birlikdə təsadüf olunur. Onların keçid formalarına da rast gəlmək olar.

Proqnoz. Qadınların 85%-də histerektomiyadan sonra müsbət nəticələr qeyd olunur.

Hamiləliyin bitməsi və trofoblastik xəstəliklərin ilkin təzahürü arasındakı interval çox geniş əhatədə dəyişilir.

Latent (gizli) mərhələnin müddəti, bir qayda olaraq, 6-12 ay, çox vaxt isə 3 ay təşkil edir. 10-20 illik latent müddətli hallar da mövcuddur.

Klinika. Qeyd etmək lazımdır ki, xorionkarsinoma üçün patognomonik bir simptom qeyd olunmamışdır. Bu və ya digər dərəcədə dəqiq klinik simptomatika yalnız o halda müşahidə olunur ki, xorionkarsinomanın ilkin düyünü uşaqlıqda yerləşsin və uşaqlıq boşluğu ilə əlaqəli olsun.

Trofoblastik xəstəliyi olan qadınlarda daha çox təsadüf olunan əlamət cinsiyyət yollarından müxtəlif intensivlikli qanaxmaların (80%) olmasıdır. Bir çox hallarda bu simptom xəstəliyin ilk təzahürü ilə eyni vaxtda baş verir.

Qanlı ifrazatın xüsusiyyətləri:

- müxtəlif müddətli, açıq rəngli, fasilələrlə, orta miqdarda;
- müxtəlif müddətli, açıq rəngli, fasilələrlə, çox miqdarda;
- uzunmüddətli, təxminən eyni intensivlikli;
- intensivliyi dəyişən (“yaxma şəkilli ifrazat”), tədricən güclənən;
- qəfil intensiv qanaxmalar.

Müdaxilə tələb edən qanaxmalar, adətən uşaqlıq boşluğunun birinci qaşınmasından sonra dayanmır və təkrari manipulyasiyaya ehtiyac yaranır. Trofoblastik xəstəliyi olan qadınların anamnezi üçün qanaxmaların təkrarlanması ilə əlaqədar uşaqlıq boşluğunun qaşınmalarının təkrarlanması xarakterikdir.

Qanaxmanın yaranma vaxtı əvvəlki hamiləliyin nəticəsinə və ya menstruasiyaya olan münasibətinə görə müxtəlifliyi ilə seçilir:

- doğuşdan, abortdan və ya beçəxordan bilavasitə sonra və ya yaxın müddət ərzində;
- menstruasiya ilə eyni vaxtda;
- menstruasiyanın müxtəlif müddətli gecikmələrindən sonra;
- menstruasiyaarası müddətdə;
- menopauza dövründə.

Qanaxmaların xarakteri və başlanma vaxtının fərqli olması şiş düyünlərinin (xorionkarsinomaların) uşaqlığın müxtəlif hissələrində yerləşməsi ilə izah olunur. Qanlı ifrazat və ya onlar arasındakı fasilələrlə yanaşı bir çox xəstələrdə müxtəlif xassəli ifrazat – ağ, seroz, irinli və bəzən xoşagəlməz qoxulu ifrazatlar da müşahidə olunur. Bu, şiş düyünlərinin infeksiyalaşması, nekrozlaşması və parçalanması ilə əlaqədardır.

Çoxlu miqdarda qanitirmələrlə, həmçinin orqanizmin şiş kütlələrinin parçalanma məhsullarının intoksikasiyası ilə müşayiət olunan uzunmüddətli təkrari qanaxmalar çox vaxt xəstənin anemizasiyasına, bəzən isə hemoqlobinin əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına gətirib çıxarır.

Trofoblastik xəstəliyin əlamətlərindən biri də uşaqlığın ölçülərinin hamiləliyin ehtimal olunan vaxtına uyğun gəlməməsidir. Çox vaxt (müşahidələrin yarısından çoxunda) uşaqlığın ölçüləri nəzərdə tutulmuş hamiləlik müddətindən böyükdür, 20% hallarda hamiləlik müddətinə uyğun gəlir, 16% hallarda bu müddətdən azdır.

Trofoblastik xəstəliyin mühüm əlaməti 50% hallarda yumurtalıqlarda lütein kistalarının əmələ gəlməsidir. Əksər xəstələrdə lütein kistaları ikitərəflidir, böyük ölçülüdür, tamamilə kiçik çanağı tutur. Beçəxor zamanı lütein kistaları ilk 2 həftə ərzində aşkar oluna bilər. Onların mövcudluğu xoşagəlməz proqnostik əlamətdir.

Lütein kistalarının reqressi beçəxor xaric edildikdən 3 ay sonrakı müddət ərzində mümkündür. Qarının aşağı hissəsində və bəldə olan ağrılar şiş kütlələrinin uşaqlıqda yerləşməsi ilə, xüsusilə uşaqlığın seroz qatına qədər invaziyası ilə izah olunur. Ayrı-ayrı hallarda ağrılar metastaztörədicı şiş kütlələrinin yerləşməsindən və onların vasitəsilə sinir uclarına təsirindən əmələ gəlir.

Qarında kəskin tutma şəkilli ağrıların olması uşaqlığın perforasiyası və ya ayrı-ayrı xəstələrdə lütein kistalarının perforasiyası və burulması ilə izah olunur.

Ağrılar xorionkarsinoma metastazlarının qarın boşluğunun müxtəlif üzvlərində lokalizasiyasından asılı ola bilər: döş qəfəsində ağrıların olması ağciyərlərdə, baş ağrıları isə beyində metastazın nəticəsidir.

Metastazlaşma prosesi ilə əlaqədar klinik simptomların – bağırsağ keçməməzliyinin simptomokompleksi, bağırsağ qanaxması, qanlı bəlgəmlə öskürmə, kaxeksiya, parezlər və s. olması mümkündür.

Müxtəlif trofoblastik şişlər zamanı klinik təzahürlərin prinsiplə oxşarlığı – qanaxmalar, uşaqlığın böyüməsi və yumşalması, lütein kistalarının olması, erkən metastazlaşma qabiliyyəti beçəxor və xorionkarsionomanı vahid patoloji prosesin ardıcıl mərhələləri kimi qiymətləndirməyə imkan verir.

Diagnostika klinik, şüa, histoloji və hormonal müayinə metodlarına əsaslanır. Klinik olaraq anamnezdən əvvəlki hamiləlik, beçəxor, atsiklik qanaxma və obyektiv olaraq uşaqlığın həcmının böyüməsi, uşaqlıq yolunda göyümtül düyünlərin olması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

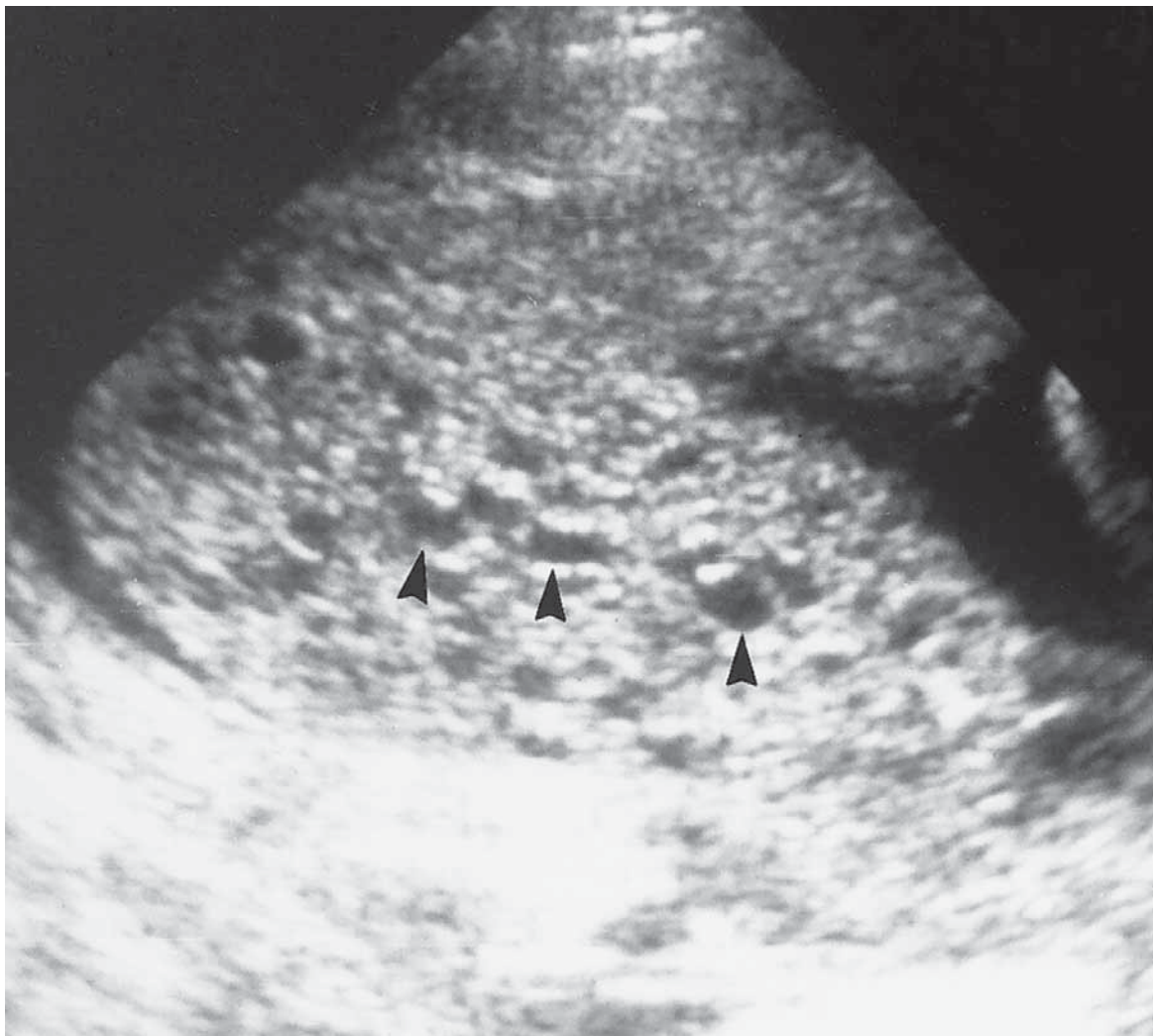
Trofoblastik xəstəliyi olan qadınların ginekoloji müayinəsini qəfil qanaxmalar baş verməməsi və ya artıq mövcud olan qanlı ifrazatın artmaması məqsədilə ciddi şəkildə və ehtiyatla aparmaq lazımdır.

Sidikdə və qan zərdabında bioloji və radioimmunoloji metodlarla aşkarlanan xorionik qonadotropinin yüksək səviyyəsi diaqnostikanın mühüm əlamətidir. Qan zərdabında trofoblastik-qlobulinin təyin edilməsi XQ-nin aşağı göstəriciləri zamanı trofoblastik şiş-

lərin potensial inkişaf edən formalarının erkən aşkarlanması üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir.

USM, dopplerometriya, angioqrafiya, maqnit-rezonans v  rentgen kompyuter tomoqrafiyası şüa diaqnostikasına daxildir. USM-nin informativliyi 90%, spesifikliyi 73%, dəqiqliyi 85%-dir.

Beçəxorun ultrasəs diaqnostikası uşaqlıq nahiyyəsində “qar fırtınası”nı, “s ng r”i xatırladan çoxsaylı exokomplekslərin meydana çıxmasına əsaslanır.



Şəkil 14.2. “Qar fırtınası” formalı tam beçəxorun exoqrafik şəkli.

Bəzi qadınlarda natamam beçəxor olduqda dölün təsvirini əldə etmək mümkün olur. Natamam beçəxorun ultrasəs diaqnostikası xüsusilə xorionda azh cmli degenerativ dəyişikliklər zamanı çətindir. Diqqətli müayinə zamanı, uşaqlığın yan t r fınd  yerleşmiş, adətən ikitərəfli, çox və ya birkameralı lütein kistalarının görünməsi mümkündür.

Beçəxorun xarakterik ultrasəs meyarları hamiləliyin 12 həftəsindən sonra aşkar olunur. Daha erkən vaxtlarda xəstəliyin exoqrafik əlamətləri kifayət qədər spesifik deyildir.

Rəngli doppler təsviri adi USM-i tamamlayır. O, şiş düyünlərini, hətta adi USM miometriumun strukturunda patoloji ocağın cizgilərini dəqiq üzə çıxara bilmədiyi halda aşkar etməyə imkan verir. Rəngli doppler təsviri uşaqlığın trofoblastik şişləri zamanı aparılan terapiyanın effektivliyini və eləcə də damar yatağının vəziyyətini lazımi qədər qiymətləndirməyə imkan verir.

Miometriumun daxilində şiş ocağının dəqiq vizualizasiyası uşaqlığın özünü doğrultmayan təkrari diaqnostik qaşınması ehtimalını azaltmağa imkan verir.

Hazırda histeroqrafik müayinə kifayət qədər spesifik olmadığı və disseminasiya təhlükəsi olduğu üçün geniş yayılmamışdır.

Kontrastlı angioqrafiya xorionkarsinoma və invaziv formalı beçəxor şübhəsi olan xəstələr üçün, eləcə də dəqiqləşdirilmiş diaqnoz zamanı kimyəvi terapiya təyin olunarkən onun effektivliyinə nəzarət etməyə imkan yaradır. Angioqrafiya xorionkarsinomanın intramural (divardaxili) və selikaltı düyünlərini görməyə, onların lokalizasiyasını və ölçülərini dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası ağciyərlərdə metastazların olması faktını müəyyənləşdirir, bu isə trofoblastik şişin xassəsini dəqiqləşdirməsə də xəstəliyin yayılma dərəcəsi haqqında fikir yürütməyə imkan verir. Müalicə kimyəvi terapiya ilə məhdudlaşarsa, döş qəfəsinin təkrari rentgenoloji müayinəsini (metastazların reqresi və ya inkişafının dinamik müşahidəsi) müalicə prosesində hər 3 həftədən bir keçirmək lazımdır.

Müayinənin immunoloji metodlarının tətbiqi hormonal neqativ formaların tezliyini 20%-dən 2%-dək azaltmışdır.

Hormonal diaqnostika xorionkarsinomanın erkən birincili diaqnostikası, keçirilən kimyəvi terapiyanın effektivliyinə nəzarət, həmçinin xəstələrin dispanser nəzarətinin müddətinin müəyyənləşdirilməsi məqsədilə istifadə olunur.

Histoloji müayinə nəinki trofoblastik xəstəlik faktını müəyyənləşdirməyə deyil, eləcə də şişin xüsusiyyətini müəyyənləşdirməyə imkan verən əsas diaqnostik metoddur.

Əsasən hematogen yolla yayılan xorionkarsinomanı metastaz xəstəliyi adlandırırlar. Metastazlar xəstələrin 60-80%-də ağciyərlərdə, 40% uşaqlıq yolunda, 15-20% beyində, 10-15% qaraciyərdə və böyrəklərdə, 5-6% mədə-bağırsaq traktında və parametriumda aşkar olunur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, uşaqlığın təkrar qaşınması metastazların yaranmasını sürətləndirə bilər.

Trofoblast şişlərinin metastazlaşmasının yüksək riskli qrupuna aşağıdakı amillərə malik xəstələri aid edirlər:

- 1) zərdabda XQ səviyyəsi – 40 000 *m* ME/*ml*-dən yüksək;
- 2) xəstəlik 4 aydan çox davam edir;
- 3) beyində metastazlar əmələ gəlir.

Xorionkarsinomanın differensial diaqnozunu plasentar poliplə aparmaq lazımdır. Plasentar polip zamanı qanaxma, adətən abortdan və ya doğuşlardan 4-6 həftə sonra üzə çıxır, bu isə polipdə yeni əmələ gəlmiş damarların bütövlüyünün pozulması ilə əlaqəlidir.

M ü a l i c ə. Trofoblastik xəstəliyin əsas müalicə metodu müstəqil, yaxud cərrahi və şüa terapiyası kompleksində istifadə olunan kimyəvi terapiya üsuludur.

Kimyəvi terapiya üçün göstərişlər aşağıdakılardır:

- xorionkarsinomanın histoloji diaqnozu;
- metastazların mövcudluğu;
- beçəxor çıxarıldıqdan sonra qan zərdabında XQ-nın stabil və ya artan səviyyəsi;
- XQ-səviyyəsinin normaya qaytarılmasından sonra yüksəlməsi.

Metotreksat, daktinomisin, alkülləşdirən preparatlar, sisplatin və 5-ftorurasil kimi preparatlar bədxassəli trofoblastik xəstəliklərə qarşı istifadə olunan aktiv kimyəvi preparatlardır.

Kimyəvi terapiya rejimi xorionkarsinomanın müalicəyə qarşı rezistentliyinin inkişafının risk dərəcəsini nəzərə almaqla həyata keçirilir.

Xorionkarsinomanın müalicəyə qarşı rezistentliyinin inkişaf riskinin aşağı dərəcəsi (metastazların olmaması, şişin 4 *sm*-dən kiçik olması, XQ-nın aşağı səviyyəsi, xəstəliyin 4 aydan az müddəti) zamanı fasiləli kurslarla əzələ daxilinə və damar daxilinə metotreksatla monokimyəvi terapiya aparılır, birdəfəlik doza

50 mq (400 mq müalicə kursu üçün) və ya daktinomisinlə damar-daxili 10 mkq/kq hər gün 5 gün ərzində müalicə aparılır. Kurslar hər 2 həftədən bir təkrarlanır. Müalicənin effektivliyi 70%-dən 100%-ə qədərdir.

Şişin kimyəvi terapiyaya qarşı rezistentliyi yüksək inkişaf riski zamanı (metastazların olması, şişin həcmnin 3 sm-dən böyük olması, XQ-nin yüksək səviyyəsi, xəstəliyin 4 aydan çox davam etməsi) müxtəlif sxemlərlə kombinəedilmiş polikimyəvi terapiya tətbiq olunur: metotreksat, daktinomisin və xlorambusin; etopozid, daktinomisin, metotreksat, vinkristin, siklofosfan və leykovoril; sisplatin, vinblastin və bleomisin. Kimyəvi terapiya qusma əleyhinə müalicə fonunda aparılır (navoban, zofran, kitril). Kimyəvi terapiya aparılması prosesində XQ-nin səviyyəsini həftədə 1 dəfə, ilkin şişin həcmi 4 həftədə 1 dəfə, metastazların sayını və ölçülərini 4 həftədə 1 dəfə, qanın və sidiyin klinik analizlərini 3 gün ərzində 1 dəfə, qanın biokimyəvi göstəricilərini hər həftə tədqiq etmək lazımdır.

Kimyəvi terapiya XQ-nin həcmi qan zərdabında normal həddə çatanadək davam etdirilir. Bundan sonra yenə 1-3 kurs müalicə aparılır.

Cərrahi müalicəyə beçəxorun evakuasiyası metodlarına – uşaqlıq boşluğunun qaşınması və ya vakuum – ekskoxleasiya, nadir hallarda isə uşaqlığın supravaginal amputasiyası və ya uşaqlığın ekstirpasiyası daxildir. Histerektomiya trofoblastik xəstəliyin müalicəsində əsas komponent hesab olunur. Əməliyyat üçün göstərişlər aşağıdakılardır:

1) Kimyəvi terapiyaya qarşı birincili və ikincili rezistentlik və ya xəstəlik uşaqlıq həddləri ilə məhdudlaşdığı zaman.

2) Uşaqlıq qanaxmaları, uşaqlığın perforasiyası, infeksiyalar, tekalütein kistalarının ayaqcığının burulmaları və ya onun kapsulun cırılması kimi ağırlaşmalar.

3) Şişin ölçülərinin 13-14 həftəlik hamiləlikdən böyük olması.

4) Lokal prosesli bir neçə dəfə doğmuş yaşlı xəstələr.

Əməliyyatdan sonra kimyəvi terapiya zəruridir.

Kimyəvi terapiya nəticəsində şiş ocağında əmələ gəlmiş nekrozların qansızma verdiyinə görə qaraciyər və ya beyin metastaz-

ları olan xəstələrdə şüa terapiyası aparılır. Belə hallarda distansion şüa müalicəsi polikimyəvi terapiya ilə müştərək olaraq aparılır. Beyin şişinin azalması ya vaxtında qarşısının alınması məqsədilə şüa müalicəsi aparılarkən dehidratasiyaedici terapiyanın aparılması məqsəduyğundur.

Xorionkarsinoma olan xəstələrin dispanserləşdirilməsi 5 il ərzində aparılır və 2 il ərzində kontrasepsiya, menoqram aparılması buraya daxil edilir. Süd vəzilərinin, ginekoloji müayinənin, XQ-nin sidikdə və qan zərdabında sistemativ təyini ümumi müayinə ilə birlikdə birinci il hər ay, ikinci il 3 ayda bir dəfə, üçüncü il 4 ayda bir dəfə, 4 və 5-ci illərdə isə ildə 2 dəfə aparılır.

Hamiləliyə sonuncu profilaktik kimyəvi terapiyadan sonra 1 ildən tez olmayaraq icazə verilir. Trofoblastik xəstəlik keçirmiş qadınlar üçün arzuolunmaz və vaxtsız hamiləlikdən qorunmaq variantı kimi hormonal kontrasepsiya tövsiyyə edilir. Bu zaman keçirilmiş xəstəliklərin və ya kimyəvi terapiyanın nəticəsində yumurtalıqların pozulmuş funksiyası da normallaşır və tənzimlənir.

Sitogenetik müayinələrin nəticələri ilə təsdiq olunmuşdur ki, trofoblastik xəstəliklərin müalicəsi üçün istifadə olunan preparatlar ananın və uşağın xromosom toplusuna təsir etmir.

Proqnoz. Kimyəvi terapiyanın effektivliyi metastaz verməyən xəstələrdə 100%, yüksək risk dərəcəsi olan qadınlarda isə 70%-dir. Kimyəvi terapiya yumurtalıqların xorionkarsinomasına təsir göstərə bilmir, proqnoz, demək olar ki, hər zaman qeyri-qənaətbəxşdir.

Metastazların olması da xəstəliyin proqnozunu çətinləşdirir.

Erkən diaqnostika və müasir müalicə proqnozu daha yaxşılaşdırır.

Profilaktika beçəxordan sonra xəstələrin 4 il ərzində dispanser nəzarətində saxlanması ilə başa çatır (menoqramın yeridilməsi, XQ həddinin sistemativ təyini, kiçik çanaq orqanlarının USM-i, ağciyərlərin rentgenoqrafiyası).

XV FƏSİL

CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN İNKİŞAF ANOMALİYALARI

Qadın cinsiyyət üzvlərinin anomaliyalarına başa çatmamış orqanogeneza görə genitalin anatomik quruluşunun anadangəlmə pozğunluğu, həcm, forma, mütənasiblik, simmetriya və topoqrafiyadan kənaraçıxmalar, postnatal dövrdə qadın orqanizminə xas olmayan törəmələrin mövcudluğu aiddir. İnkişaf anomaliyalarına geniş mənada (antenatal dövrdə) düzgün formalaşmış cinsiyyət üzvlərinin infantilizmi zamanı müşahidə edilən inkişaf gecikməsini də aid etmək olar.

15.1. QADIN CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN İNKİŞAF QÜSURLARI

Cinsiyyət üzvlərinin anadangəlmə inkişaf anomaliyaları qadınların 0,23-0,9%-də aşkar olunur. Qadın cinsiyyət üzvlərinin inkişaf anomaliyalarına bütün inkişaf qüsurları arasında 4%-ə yaxın rast gəlinir.

Etiologiya. Cinsiyyət sisteminin inkişaf pozulmalarına irsi, ekzogen və multifaktorlu (daha çox) səbəblər gətirib çıxarır. Cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsuru erkən ontogenez dövründə cinsiyyət üzvlərini formalaşdıran paramezonefral (müller) axacaqların və digər embrional törəmələrin əmələ gəldiyi və differensiallaşdığı dövrdə baş verir. İnkişaf qüsurlarının əsasında paramezonefral axacaqların birləşməsindəki pozulmalar, onların rekanalizasiyası, urogenital sinusun formalaşmasındakı qüsurlar, eləcə də qonadların formalaşmasının pozulması dayanır. Onların formalaşması orta böyrəyin (volf cisminin) inkişaf xüsusiyyətlərindən və qonositlərin qonadların embrional təməlinə öz vaxtında

miqrasiyasından asılıdır. Müxtəlif təməldən əmələ gələn qonadların (yumurtalıqlar) və cinsiyyət yollarının inkişafı bir-biri ilə əlaqəli deyil, ona görə də bu üzvlərin və sistemlərin inkişaf anomaliyaları çox vaxt ayrıca təqdim edilir.

Cinsiyyət üzvlərinin qeyri-düzgün differensiasiyası genetik səbəblərlə qismən əlaqəlidir. Cinsiyyət üzvlərinin inkişaf anomaliyaları əsasən embrionun və dölün inkişaf etdiyi bətn daxili mühitin pozulması ilə əlaqədar olur. Genital anomaliyaları təsadüf edilən xəstələrin analarının anamnezində çox vaxt hamiləliyin patoloji gedişatı aşkar olunur: erkən və gec hestozlar, zəif qidalanma, hamiləliyin erkən dövründəki infeksiyalar, abort təhlükəsi və s.

Cinsiyyət üzvlərinin inkişaf anomaliyaları inkişafın antenatal dövründə digər zərərli amillərlə də əlaqədar ola bilər: zərərli peşə amilləri, dərman preparatları, ananın ekstragenital xəstəlikləri. Zərərli amillər yalnız seçilmiş olaraq ciddi cinsiyyət üzvlərinin təməlinə deyil, yanaşı olaraq digər orqanların ilk növbədə böyrəklərin inkişaf anomaliyalarına da səbəb ola bilər. Belə ki, uşaqlığında inkişaf qüsuru (yəhərəbənzər, ikiləşmiş, təkbuynuzlu, ikibuynuzlu) olan qadınlar arasında böyrəklərin inkişaf anomaliyaları hər dörd nəfərdən birində aşkar edilir.

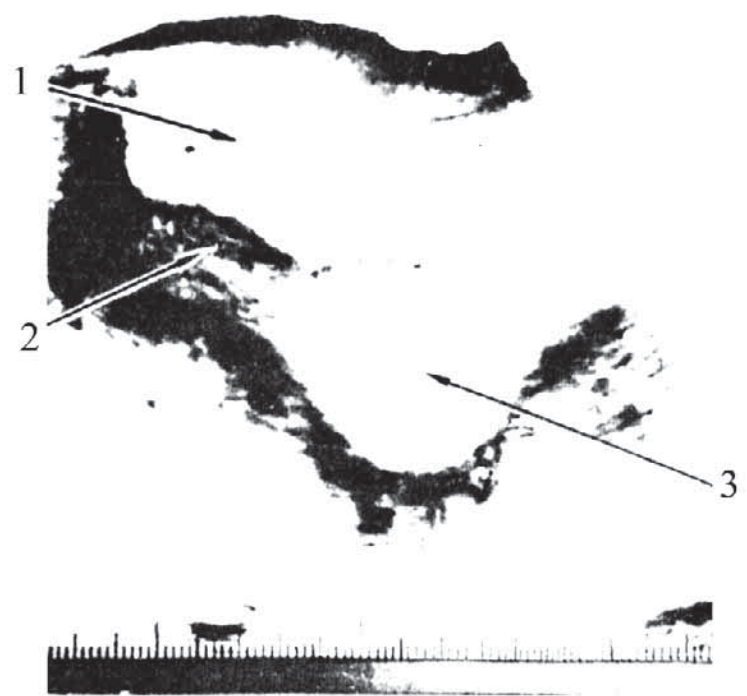
Cinsiyyət üzvlərinin və ya onların ayrı-ayrı hissələrinin anomaliyalarını şərh edərkən ümumi qəbul olunmuş termin və anlayışlardan istifadə edilir. Aqeneziya – üzvün anadangəlmə olmamasıdır. Aplaziya – üzvün hər hansı bir hissəsinin olmamasıdır. Hipoplaziya – üzvün natamam inkişafı ilə səciyyələnən inkişaf qüsurudur. Dizraziya – üzvün hissələrinin bitişməməsi və ya bağlanmamasıdır. Multiplikasiya – üzvlərin sayının və ya hissələrinin çoxalmasıdır. Heterotopiya (ektopiya) – üzvün və ya toxumaların özünəməxsus olmayan yerdə inkişafıdır. Atreziya – ikincili olaraq baş verən inkişafdan qalmadır. Ginatreziya – qadın cinsiyyət aparatının aşağı şöbəsinin (qızlıq pərdəsi, uşaqlıq yolu) və ya onun orta (uşaqlıq boynu kanalı, nadir hallarda uşaqlıq boşluğu) üçdə bir hissəsinin bitişməsidir. Bu anomaliya daha çox təbii anatomik daralmalar (vulva, qızlıq pərdəsi, uşaqlığın daxili və

xarici dəliyi, uşaqlıq borularının uşaqlığa keçən yeri – dəliyi) olan yerlərdə yaranır.

Qızlıq pərdəsinin və vulvanın anomaliyaları. Xarici cinsiyyət üzvlərinin quruluşunun tez-tez təsadüf olunan pozulmalarından biri də qızlıq pərdəsinin bütöv olmasıdır. Bu patologiya uşaqlıq yolunun girəcəyinin atreziyası və uşaqlıq yolunun aplaziyasının təzahürü ola bilər. Himenin atreziyası cinsi yetkinlik dövrünün başlanması ilə üzə çıxır. Birinci aybaşı zamanı qan təbii yolla axmayaraq tədricən uşaqlıq yoluna, uşaqlığa və uşaqlıq borularına dolur, hematokolpos, hematometra, hematosalpinks əmələ gətirir (şəkil 15.1, 15.2).



Şəkil 15.1. Qızlıq pərdəsinin atreziyası zamanı hematokolpos, hematometra, hematosalpinks (sxemi)



Şəkil 15.2. Hematokolpos və hematometra zamanı exoqramma.
1 – sidik kisəsi; 2 – hematometra;
3 – hemotokolpos

Hipo- və epispadiya ilə əlaqədar (hermafroditizm zamanı) düz bağırsağın uşaqlıq yoluna və ya uşaqlıq yolu girəcəyinə açılması nəticəsində yaranan vulvanın deformasiyası da praktiki maraq yaradır.

Uşaqlıq yolunun anomaliyaları. Uşaqlıq yolu bətn daxili dövrün 8-ci həftəsində formalaşmağa başlayır və paramezonefral axacaqların kaudal uclarının birləşməsi nəticəsində yaranmış cüt olmayan şöbəsi sayılır.

Yenidoğulmuş qızlarda uşaqlıq yolunun uzunluğu 3-5 *sm*, 8-9 yaşlı qızlarda 5-6 *sm*, qadınlarda isə 7,5-10 *sm*-dir.

Uşaq yaşlarına məxsus uşaqlıq yolunun topoqrafik xüsusiyyətini xüsusi qeyd etmək lazımdır. Erkən uşaqlıq yaşlarında uşaqlıq yolunun topoqrafoanatomik səciyyəvi xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq sidik kisəsi və uşaqlıq cismi artımları ilə birlikdə kiçik çanağın hüdudlarından kənarda yerləşmişdir. Kiçik qızlarda uşaqlığın yüksəkdə yerləşməsinə müvafiq olaraq uşaqlıq yolu, demək olar ki, şaquli istiqamətə malik olur və yalnız 3-5 yaşlarında uşaqlıq kiçik çanağa enən zaman o üfüqi xətlə (yaşlı qadınlarda olduğu kimi) iti bucaq altında yerləşməyə başlayır. Bu, topoqrafoanatomik xüsusiyyətləri vaginoskopiya zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Uşaqlıq yolunun aqeneziası uşaqlıq yolunun tamamilə olmamasını göstərir. Belə xəstələrdə böyük cinsiyyət dodaqları arasında 2-3 *sm*-dən artıq olmayan kiçik çuxur qeyd olunur.

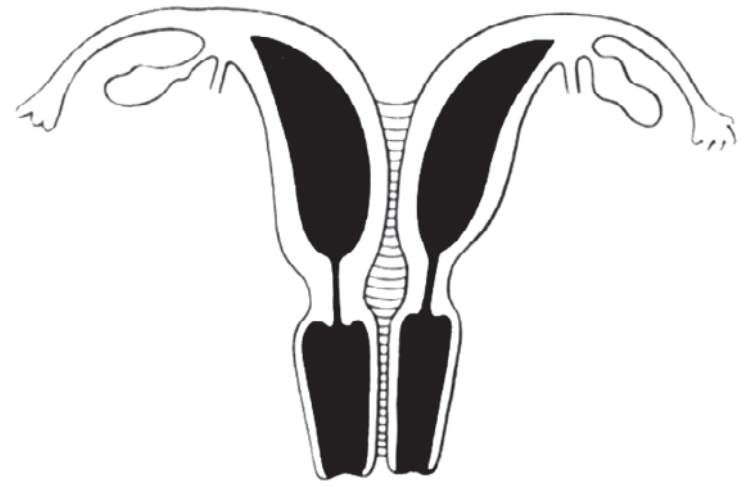
Uşaqlıq yolunun aplaziası formalaşan uşaqlıq yolu borusunun normada bətdaxili inkişaf dövrünün 18-ci həftəsində başa çatmalı olan səbəbindən, kanallaşmasının dayanması uşaqlıq yolunun bir hissəsinin olmamasıdır.

Uşaqlıq yolunun atreziası ante- və ya postnatal dövrdə keçirilmiş iltihabi proses nəticəsində uşaqlıq yolunun tam və yaxud hissəvi bitişməsidir. Bəzən uşaqlıq yolunda təglardan qızlıq pərdəsinə qədər uzanan arakəsmə olur. Bu anomaliya ikibuynuzlu uşaqlıqla müştərək ola bilər. Uşaqlıq yolunun uzununa arakəsməsindən başqa köndələn arakəsməsi də ola bilər.

Uşaqlığın inkişaf anomaliyaları. *Uterus didelphys* – uşaqlığın və uşaqlıq yolunun ikiləşməsidir. Bu zaman hər iki cinsiyyət aparatı peritonun köndələn büküşləri ilə ayrılır (şəkil 15.3). Bu patologiya düzgün inkişaf etmiş paramezonefral kanalların birləşməsinin baş verməməsi zamanı yaranır, hər tərəfdə yalnız bir yumurtalıq olur. Hər iki uşaqlıq yaxşı fəaliyyət göstərir və cinsi yetkinliyin başlaması ilə əlaqədar olaraq hamiləlik növbə ilə gah bir uşaqlıqda, gah da digərində baş verə bilər.



Şəkil 15.3. Uterus didelphys (sxemi)



Şəkil 15.4. Uterus duplex et vagina duplex (sxemi)

Uterus duplex et vagina duplex (şəkil 15.4) – yuxarıda adı çəkilən inkişaf anomaliyası ilə oxşardır, lakin müəyyən nahiyyədə cinsiyyət sisteminin hər iki hissəsi fibroz-əzələ arakəsməsinin köməyi ilə bir-biri ilə daha sıx birləşir. Uşaqlığın biri həcminə və funksional cəhətinə görə digərindən geri qalır. İnkişaf etməmiş tərəfdə himenin və ya uşaqlığın daxili dəliyinin atreziyası müşahidə edilə bilər.

Uterus bicornis bicollis (şəkil 15.5) – paramezonefral axaqların birləşməməsi səbəbindən daha az nəzərə çarpır. Ümumi uşaqlıq yolu, ümumi uşaqlıq boynu və uşaqlıq cisminin isə ikiləşməsi baş verir.

Uterus bicornis unicollis (şəkil 15.6) – bu inkişaf anomaliyası paramezonefral kanalların orta şöbələrini proksimal hissələrinin birləşməsidir.



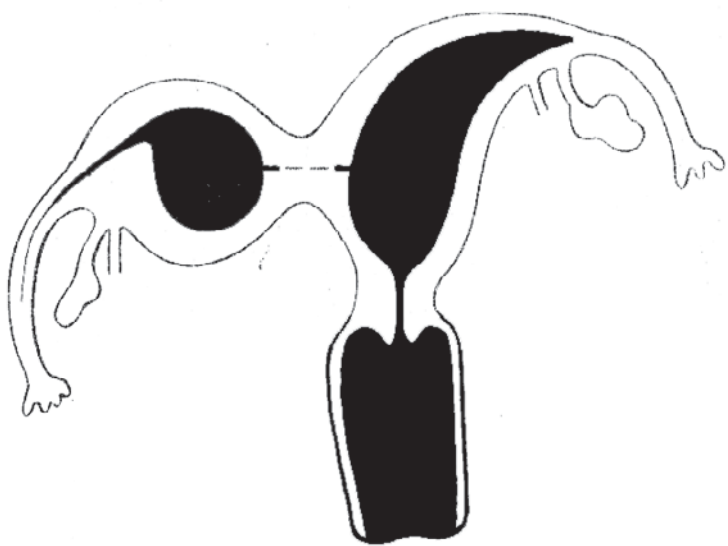
Şəkil 15.5. Uterus bicornis bicollis (sxemi)



Şəkil 15.6. Uterus bicornis unicollis (sxemi)

Uterus bicornis (şəkil 15.7) rudimentar buynuzla paramezoneftral axacaqlardan birinin xeyli inkişafdan qalması ilə şərtlənir. Əgər rudimentar buynuzda boşluq varsa, o zaman onun uşaqlıq boşluğu ilə əlaqəsinin olub-olmaması praktik əhəmiyyət kəsb edir. Fəaliyyətdə olan rudimentar buynuzun mövcudluğu polimenoreya, alqodismenoreya, infeksiyalaşma kimi ağırlaşmalarla müşayiət edilir. Rudimentar buynuzda ektopik hamiləlik baş verə bilər. Çıxarılmış rudimentar buynuzun histoloji müayinəsi zamanı çox vaxt anadangəlmə endometrioz ocağına rast gəlinir.

Uterus unicornis (şəkil 15.8) – paramezoneftral axacaqlardan birinin dərin zədələnməsi zamanı əmələ gələn nadir patologiyadır. Bu anomaliya zamanı, bir qayda olaraq, bir böyrək və bir yumurtalıq olmur.

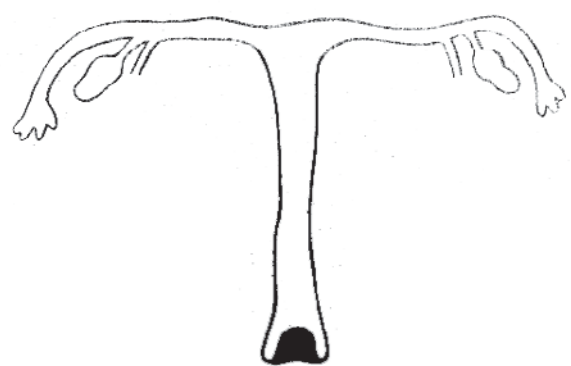


Şəkil 15.7. Uterus bicornis
rudimentar buynuzla (sxemi)



Şəkil 15.8. Uterus unicornis
(sxemi)

Uterus bicornis rudimentarius solidus (şəkil 15.9) – “Mayer-Rokitanski-Küster-Müller-Xauser sindromu” adlı inkişaf anomaliyasıdır. Bu patologiya zamanı uşaqlıq yolu və uşaqlıq nazik birləşdirici toxuma rüşeymi şəklində qeyd edilir. Bəzən bu rüşeymlərdə vəzi elementləri olmayan stromanın endometriumabənzər nazik qatına aid olan səyrici birqatlı silindrik epiteli ilə örtülmüş zolaq olur.



Şəkil 15.9. Uterus bicorus
rudimentarius solidus (sxemi)

Uşaqlıq borusunun inkişaf anomaliyaları. Dölün inkişafı optimal şəraitdə formalaşdığı zaman fizioloji assimetriya baş verir; belə ki, sağ uşaqlıq borusunun uzunluğu sol uşaqlıq borusunun uzunluğundan 5 *mm* çox olur. Hamiləliyin patoloji gedişatı zamanı sağ və sol uşaqlıq borularının uzunluqları arasındakı fərq 35-47 *mm*-ə çata bilər.

Reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlıq borusunun uzunluğunu öyrənərkən müəyyən edilmişdir ki, hələ ontogenezin antenatal dövründə formalaşan qanunauyğunluq (sağ uşaqlıq borusunun sol uşaqlıq borusundan uzun olması) sonralar da qorunub saxlanılır. Bu məlumatlar sağ uşaqlıq borusunda boru hamiləliyinin daha çox baş verməsi səbəblərini müəyyən dərəcədə izah edir.

Anada hamiləliyin fəsadlaşmış gedişatı (infeksiya) bir sıra hallarda, adətən istmik şöbələrdə uşaqlıq borularının anadangəlmə keçməzliyini yarada bilər. Bətdaxili inkişaf pozulmaları zamanı uşaqlıq borularının ikiləşməsi (bir, yaxud hər iki tərəfdən) ola bilər. Lakin uşaqlığın inkişaf anomaliyaları ilə bağlı olaraq bir uşaqlıq borusunun olmaması və ya inkişafdan qalma halları tez-tez müşahidə edilir.

Yumurtalıqların inkişaf anomaliyaları. İnkişafın antenatal dövründə döldə yumurtalıqların inkişafının sağ yumurtalığın anatomik və funksional üstünlüyü ilə ifadə olunan asimmetriyası aşkar olunur. Bu qanunauyğunluq reproduktiv yaş dövründə də qorunub saxlanılır. Bu məsələnin klinik əhəmiyyəti ondan ibarətdir ki, qadınlarda sağ yumurtalıq çıxarıldıqdan sonra menstrual funksiyanın pozulması və neyroendokrin pozulmalar tez-tez baş verə bilər. Birtərəfli qonadların olmaması birbuynuzlu uşaqlıqla birlikdə rast gəlinən inkişaf anomaliyalarından biridir. Qonad toxumalarının tamamilə olmamasına nadir hallarda təsadüf edilir. Belə hallarda qonadın yerində fibroz zolaqlar yerləşir. Belə anomaliya genetik patologiyalar daxil olmaqla yumurtalıqların müxtəlif növlü disgeneziyası üçün xarakterdir (Şereşevski-Terner sindromu). Son illərdə yumurtalıqların anadangəlmə və ya qazanılmış inkişafdan qalmasına (hipoqonadizm) təsadüf edilir.

Anormal yumurtalıqlar bəzən özlərinə xas olmayan yerlərdə, məsələn, qasıq kanalında yerləşir. Diaqnostik manipulyasiyalar və əməliyyatlar zamanı bunu nəzərə almaq lazımdır.

Diaqnostika. Cinsiyyət üzvlərinin anomaliyaları doğularkən, cinsi yetkinləşmə və qadın həyatının reproduktiv dövründə aşkarlanır. Cinsiyyət üzvlərinin anomaliyalarının əsas və bəzən də yeganə simptomu menstrual funksiyanın amenoreya və ya poli-amenoreya şəklində pozulmasıdır.

Birincili amenoreya cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qüsurlarında tez-tez təsadüf olunan əlamətdir. Bir çox hallarda amenoreya yalançı xarakter daşıyır və cinsiyyət sisteminin uşaqlığın daxili dəliyindən aşağıda yerləşən hər hansı bir sahəsində aplaziya və ya atreziya səbəbindən menstrual qanın axmasının qeyri-mümkünlüyü ilə əlaqədar olur. İkincili amenoreyaya isə daha az təsadüf olunur.

Pubertat dövründə qarın nahiyyəsində rast gəlinən, hər ay güclənən, bəzən isə huşun itməsi ilə müşayiət olunan ağrıların olması tez-tez rast gəlinən simptomlardanıdır. Belə hallarda bəzən cərrahi əməliyyata qərar verilir. Qarının palpasiyası zamanı onun aşağı hissəsində yerləşən (hematometra) şişəbənzər törəməni müəyyənləşdirmək mümkün olur. Hematometranın ölçüləri bəzən o qədər böyük olur ki, o, hamiləliyin gec müddətlərində olan uşaqlığı xatırladır. Peritoneal təzahürlər hematometranın infeksiyalaşması və ya qarın boşluğuna menstrual qanın düşməsi zamanı üzə çıxa bilər. Bu isə uzun müddət mövcud olan atreziya zamanı hematokolposun, hematometranın və hematosalpinksin inkişafı ilə əlaqədar baş verir.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin müayinəsi himenin atreziyası zamanı həlledici diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Hematokolpos himenin bəzən isə bütün aralığın qabarmasına səbəb olur.

Bəzi anomaliya növlərini (arakəsmələr və s.) aşkar etmək üçün uşaqlıq yolunun və uşaqlığın zondla müayinə edilməsi məqsədəuyğundur.

Uşaqlıq yolundan aparılan bimanual müayinə uşaqlığın ikiləşməsi, rudimentar buynuzun, hematometranın mövcudluğu kimi inkişaf anomaliyalarını üzə çıxarmağa kömək edir.

Rektal müayinə çox mühüm diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Hematometranın və hematosalpinksin mövcudluğu zamanı böyük elastik ağrısız “şiş” müəyyən edilir. Bəzən kiçik çanaqda səhvən şişəbənzər törəmə kimi qəbul edilən distopik böyrək (yaxud iki böyrək) yerləşə bilər.

Güzgülərlə uşaqlıq yolunun müayinəsi uşaqlıq boynunun iki-ləşməsinə, uşaqlığın arakəsməsinə və bəzi başqa anomaliyaları müəyyənləşdirməyə imkan verir. İkibuynuzlu uşaqlığa, onda arakəsmənin olmasına, eləcə də rudimentar buynuz zamanı onun uşaqlıq boşluğu ilə əlaqəsinin olmasına şübhə yaranarsa, histerosalpinqoqrafiya məsləhət görülür.

Uşaqlığın rudimentar buynuzunun mövcudluğu zamanı qaz pelvioqrafiyası tətbiq edilir.

Daxili cinsiyyət üzvlərinin hər növ inkişaf anomaliyaları zamanı bikontrast genikoqrafiya böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Cinsiyyət üzvlərinin inkişafının diaqnostikasında endoskopik müayinə metodları – kuldoskopiya, laparoskopiya, sistoskopiya və rektomanoskopiya xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicə. Patologiyaların bəzi növləri zamanı (yəhərvari uşaqlıq, birbuynuzlu uşaqlıq) heç bir müalicə tələb olunmur. Lakin inkişaf anomaliyalarının növünü bilmək gələcəkdə hamiləliyin, doğuşların düzgün idarə olunması, eləcə də müxtəlif uşaqlıqdaxili manipulyasiyaların yerinə yetirilməsi üçün lazımdır. İkibuynuzlu uşaqlıq zamanı cərrahi müdaxilə aparılır. Rokitanski-Küster sindromu zamanı müalicə az effektiv olur. O, əsasən cinsi funksiyanı təmin etmək üçün aparılır (nikaha girməzdən əvvəl süni uşaqlıq yolunun yaradılması).

Qızlıq pərdəsinin atreziyasında daha sadə müalicə üsulundan istifadə edilir: onun mərkəzində xaçşəkilli kəsik aparılır və hematokolpos boşaldıldıqdan sonra ayrıca ketqut tikişləri ilə süni yaradılmış himenal dəliyin kənarları formalaşdırılır.

Uşaqlıq yolunun atreziyası və ya aqeneziyasında normal formalaşmış daxili genitaliyalar zamanı əməliyyat məsləhət görülür. Yaradılmış süni uşaqlıq yolu yalnız cinsi əlaqə imkanını təmin

etmir, həm də uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsini azad etməyə imkan verən kanal rolunu oynayır.

Rudimentar və ya əlavə uşaqlıq buynuzu qarın boşluğundan aparılan cərrahi əməliyyat zamanı kənarlaşdırılır.

15.1.1. İnfantilizm

15-dən yuxarı yaşlarda müəyyənləşdirilən cinsi infantilizm cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması (anatomik və histoloji) və yumurtalıqların hipofunksiyası ilə xarakterizə olunur. Əgər cinsi infantilizm ümumi infantilizmlə müştərək rast gəlinərsə, diaqnoz daha erkən yaşlarda (13-14 yaşlarda) qoyula bilər. Ümumi infantilizm ikincili cinsi əlamətlərin lazımi dərəcədə ifadə olunmaması (yaş həddindən 1-3 il geridə qalma) və antropometrik göstəricilərin pozulması ilə xarakterizə olunur.

Cinsi infantilizmə müayinə olunmuş qızların 4-16%-də təsadüf olunur, qızların yarısında isə ona ümumi infantilizmlə birgə rast gəlinir.

Etiologiya. İnfantilizmin səbəbləri arasında gen pozulmaları, bətn daxili inkişaf dövründə ağırlaşmalarla yanaşı, həmçinin qidalanmanın pozulması (xüsusilə hipovitaminoz), uşaq infeksiyaları, tonzillit, revmatizm, yumurtalıqlarda keçirilən əməliyyatlar kimi postnatal amillərin də böyük əhəmiyyəti vardır.

Təsnifatı. Cinsi infantilizmin 2 variantı ayırd edilir: a) ovariial çatışmazlıqla müşayiət olunan; b) yumurtalıqların hipofunksiyası ilə müşayiət olunmayan. Birinci variantda daha çox rast gəlinir. O, yumurtalıqların hipofunksiyası, endometriumdakı gedən dövrü dəyişikliklərin kifayət qədər olmaması və başqa dəyişikliklərlə ifadə olunur. Bəzən qalxanabənzər vəzinin də hiperfunksiyası müşahidə edilir.

İnfantilizm zamanı yumurtalıqların qonadotrop hormonlara, hədəf üzvlərin isə (uşaqlıq, uşaqlıq yolu, süd vəziləri) steroid hormonlara qarşı həssaslığının zəifləməsi qeyd olunur. İnfantilizmdə, bir qayda olaraq, LH hasilatının çatışmazlığı, FSH-ın isə yüksəlməsi nəzərə çarpır.

İnfantilizm üçün estrogen reseptorların sayının və ya həssaslığının azalması ilə əlaqədar olaraq uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin aşağı düşməsi xarakterdir. İnfantilizm zamanı innervasiya eləcə də üzvdaxili və çanaq hemodinamikasının pozulmaları qeyd olunur.

Klinika. İnfantil qızlar, adətən, alçaq boylu (yaxud orta boydan bir az hündür) olub nazik sümüklüdür. Onların çanaqları bərabər şəkildə daralmış vəziyyətdədir. Adətən gec menarxe, alqodismenoreya, hipomenstrual sindrom qeyd olunur. Genital infantilizm zamanı proporsional bədən quruluşu ilə cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması (bəzən kəskin) arasında uyğunsuzluq müşahidə olunur.

Cinsi infantilizmin dərəcəsinin müəyyən edilməsi zamanı hipoplaziya vəziyyətində olan uşaqlığın ölçülərinin təyin olunması mühüm rol oynayır. Uşaqlığın inkişafdan qalmasının 3 dərəcəsi ayırd edilir: rudimentar (rüşeym), infantil və hipoplastik uşaqlıq.

Rudimentar və ya rüşeym uşaqlıq (*uterus fetalis*). Uşaqlığın uzunluğu 1 sm-dən 3 sm-ə qədərdir, onun böyük hissəsini uşaqlıq boynu təşkil edir. Bu variantı çox az təsadüf olunur və o cinsiyyət orqanlarının inkişafdan qalmasından daha çox cinsiyyət orqanlarının inkişaf anomaliyalarına yaxındır. Belə xəstələrdə uşaqlığın ölçülərinin kəskin şəkildə kiçilməsi ilə yanaşı hipoes-trogeniya və davamlı amenoreya olur. Bəzi hallarda aybaşıyabənzər cüzi ifrazatlar müşahidə olunur. Qadın orqanizminin spesifik funksiyalarının bərpa olunması nöqtəyi-nəzərindən proqnozu əlverişli deyildir.

İnfantil uşaqlıq (*uterus infantilis*). Uşaqlığın uzunluğu 3 santimetrdən artıqdır. Uşaqlıq boynu və uşaqlıq cismi arasındakı nisbət qızlarda prepubertat dövrə olduğu kimi 3:1 təşkil edir. Bimanual müayinə zamanı adətən, uşaqlığın hiperantefleksiyası, uşaqlıq yolu tağlarının zəif ifadə olunması aşkar edilir. İnfantilizmin bu forması zamanı yumurtalıqlar hündürdə yerləşir, uşaqlıq boruları uzun və qıvrılmış formadadır. Aybaşılar nadir halda və ağrılı olur. Reproduktiv funksiyaların bərpası üçün uzunmüddətli terapiya tələb olunur. Əvvəlki patologiyadan fərqli olaraq proqnoz daha qənaətbəxşdir.

Hipoplastik uşaqlıq (*uterus hypoplasticus*). Uşaqlığın uzunluğu 6-7 santimetrə çatır. Uşaqlıq boynunun uzunluğu ilə uşaqlıq cismi arasındakı nisbət düzgündür və 1:3 təşkil edir. Hipoplastik uşaqlıq təkcə uşaqlıqda və antenatal dövrdə olan mənfi təsirlərin deyil, həm də pubertat dövrdə keçirilmiş yerli iltihabi proseslərin nəticəsində baş verir. Bu patologiya cinsi həyatın başlanmasından və hamiləliyin baş verməsindən sonra özbaşına yox olur.

Diagnostika. Anamnez və antropometriya, uşaqlığın zondla tədqiqi, histerosalpinqografiya, sümük yaşının (uşaq praktikasında) təyini, laborator tədqiqatlar və s. daxil olmaqla obyektiv müayinələrin nəticələrinə əsaslanır. Anamnezdə antenatal dövrün qeyri-qənaətbəxş gedişatı, həmçinin uşaqlıqda keçirilmiş yoluxucu və digər xəstəliklərin olması qeyd olunur. Aybaşının gec başlanması, hipomenstrual sindrom tipli menstrual tsiklin pozulması əsas şikayətlərdir. Tez-tez ağrılı aybaşılar olur. Xəstənin müayinəsi zamanı alçaq boy (az hallarda hündür boy), kifayət qədər formalaşmamış döş qəfəsi, süd vəzilərinin inkişafdan qalması, dar çanaq, qasıqda və qoltuqaltı çuxurlarda tüklənmənin zəif olması müşahidə olunur. Xarici cinsiyyət üzvlərinin hipoplaziyası hesabına kiçik cinsiyyət dodaqları irəli çıxır, klitor isə bir az böyümüş görünür. Bimanual müayinə zamanı hiperantefleksiyada olan inkişafdan qalmış uşaqlıq müşahidə edilir.

Cinsi infantilizm ümumi inkişafdan qalma ilə müştərək rast gəlinərsə, xəstənin bədən quruluşunda döş qəfəsi çevrəsinin böyüməsi, çanağın (xüsusən xarici konyuqatanın) ölçülərinin kiçilməsi, sümük yaşının təqvim yaşından geridə qalması kimi bir sıra interseksual əlamətləri aşkar etmək olar.

Qanda qonadotrop hormonların (FSH və LH) konsentrasiyasının tədqiqi zamanı müəyyənləşdirilmişdir ki, onların hasilatı asiklik xüsusiyyət daşıyır. Bununla əlaqədar olaraq cinsi steroid hormonların hasilatı aşağı düşür. Gündəlik sidikdə 17-ketosteroidlərin səviyyəsi yaş normasına uyğun gəlir. Belə xəstələrdə cinsi xromatinin tərkibi və kariotip dəyişmir.

Rentgenoloji müayinə metodları arasında histerosalpinqografiya daha böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Onun köməyi ilə daxili dəliyin (genişlənməni), uşaqlıq boynu kanalını (palma-

şəkili büküşlərlə uzanmanın olması) və uşaqlıq borularının (uzun, burulmuş) vəziyyətini müəyyənləşdirmək olar. Biləyin rentgenoqrafiyası infantilizm zamanı sümük yaşının təqvim yaşından 1-4 il geridə qalmasını təyin edir.

Cinsiyyət orqanlarının infantilizmini ilk növbədə yuvenil hipotalamik sindromdan, Şteyn-Levental sindromundan (erkən variant), qonad disgeneziyasından (təmiz forma), anadangəlmə endometriozdən fərqləndirmək lazımdır. Cədvəl 15.1-də bu vəziyyətin differensial-diaqnostik əlamətləri göstərilmişdir.

Cədvəl 15.1

Cinsi infantilizm əlamətlərinin differensial diaqnostikası

Patologiya nın növü	Yumurtalıqların vəziyyəti	İkincili cinsi əlamətlərin ifadəliliyi	Alqomenoreya	Neyroendokrin pozulmaları
Cinsi infan-tilizm	Kiçilmişdir	İfadə olunma-mışdır	Xarakterdir	Olmaya bilər
Yuvenil hipotalamik sindrom	Kistoz degene-rasiya	İfadə olun-muşdur	Olmaya bilər	Vegetativ da-mar dəyişikliyi olan nevrotik reaksiyalar
Şteyn-Levental sindromu	Böyümüşdür	Hirsutizm yaxşı ifadə olunmuşdur	Xarakter deyildir	Olmaya bilər
Qonad dis-geneziyası (təmiz forma)	Kiçilmişdir	İfadə olunma-mışdır	Xarakter deyildir	Olmaya bilər
Anadangəlmə endometrio z	Dəyişiksiz	Yaxşı inkişaf etmişdir	Kəskin ifadəli-dir, qusma ilə, bəzən hətta kəskin qarın simptomu ilə müşayiət olunur	Həmçinin

Müalicə. Kəskin inkişafdan qalma halları istisna olmaqla cinsiyyət üzvlərinin infantilizminin terapiyası adətən uğurlu olur. Müalicə zamanı aşağıdakıları etmək zəruridir: a) cinsiyyət üzvlə-

rinin inkişaf ləngiməsinin səbəbini imkan daxilində aradan qaldırmaq; b) “hazırlıq fonu”, yəni cinsi hormonların fəaliyyəti üçün hədəf-üzvlərin həssaslığının artması vəziyyətini yaratmaq; c) adekvat əvəzedici hormon terapiyası seçmək.

Cinsiyyət üzvlərinin hormonal stimulyasiyaya həssaslığını artırmaq üçün vitaminlərlə (E,C,B₆, B₁) 2-4 aylıq müalicə kursları keçirilir, ATF tətbiq olunur. Hormonal terapiyanı başlayarkən anomal qonadların olmamasına (yalançı kişi hermafroditizmi, testikulyar ferminizasiya) əmin olmaq və yumurtalığın hormonal-aktiv şişlərinin inkar edilməsi lazımdır. İlk 2-3 ay ərzində müalicə siqetinin minimal dozada (0,05 q gündə 1 dəfə) təyinatı ilə aparılır. Eyni vaxtda qanqleronla (0,04 q gündə 1 dəfə) həmin müddətli müalicə kursu aparılır. Sonrakı 3-4 ay ərzində estrogen və progesteronun minimal dozada tsiklik təyin edilməsi məsləhət görülür. Hormonal müalicə kursundan sonra 3 ay fasilə etmək lazımdır. Əvvəlki müalicə kifayət qədər effekt vermədiyi təqdirdə növbəti kurs aparılır.

Hormonal müalicə ilə paralel olaraq fizioterapiya (parafin, tsiklin 5-ci günündən 13-cü gününədək mislə elektroforez, 14-cü günündən 24-cü gününədək sinklə elektroforez), elektrorefleksoterapiya (akupunktura, elektropunktura, uşaqlıq boynunun elektrostimulyasiyası), müalicəvi gimnastika, balneoterapiya aparılması məsləhət görülür. Yüngül dərəcəli infantilizm zamanı parafin, ozokerit və sulfid sularının tətbiqi məqsədəuyğundur. Daha kəskin formalarda balneoterapiya istifadə olunur. Palçıqla müalicə və ginekoloji masaj da geniş tətbiq edilir.

Ümumi və genital infantilizmlə xəstələr dispanser nəzarətində olmalı və vaxtaşırı əvəzedici terapiya almalıdırlar. Onlar cinsiyyət üzvlərində şiş proseslərinin inkişafı üçün yüksək risk qrupuna daxil edilməlidirlər.

Proqnoz. Yüngül dərəcəli infantilizm zamanı qadın orqanizminin spesifik funksiyalarının bərpası nöqtəyi-nəzərinə qənaətbəxşdir.

XVI FƏSİL

CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN QEYRİ-DÜZGÜN VƏZİYYƏTLƏRİ

Qadınlarda cinsiyyət üzvlərinin normal yerləşməsinin pozulmalarına nisbətən tez-tez rast gəlinir və bu, müxtəlif patoloji proseslərin təzahürü kimi meydana çıxa bilər.

Qadın cinsiyyət üzvlərinin düzgün və ya düzgün olmayan şəkildə yerləşməsinə təyin edərkən uşaqlığın və uşaqlıq yolunun vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirilir. Uşaqlığın artımları çox hərəkətlidir və bir qayda olaraq uşaqlıqla birlikdə qarındaxili təzyiqdən, sidik kisəsinin və bağırsaqların dolu və boş olmasından asılı olaraq asanlıqla yerini dəyişir. Uşaqlığın əhəmiyyətli dərəcədə yerdəyişməsi hamiləlik zamanı baş verir. Səciyyəvi cəhət odur ki, bu amillərin təsiri qurtardıqdan sonra uşaqlıq asanlıqla öz əvvəlki vəziyyətinə qaydır. Qadının həyatının reproduktiv dövründən fərqli olaraq uşaq yaşlarında uşaqlıq xeyli yuxarıda, yaşlaşanda isə (çanaq dibi əzələlərinin və bağlarının atrofiyası ilə əlaqədar olaraq) aşağıda yerləşir.

Normal vəziyyətdə uşaqlığı asımcı aparat (bağlar), möhkəmləndirici aparat (asılmış uşaqlığı fiksə edən aparat), saxlayıcı aparat (çanaq dibi) mühafizə edir.

Asımcı aparata daxildir: 1) dairəvi bağlar (*ligg. rotundum, s. teres*); 2) enli bağlar (*ligg. latum*); 3) düz bağırsaq-uşaqlıq əzələləri (*mm. rectouterini*); 4) yumurtalıqların xüsusi bağları (*ligg. ovarii proprium*); 5) qıf-çanaq bağları (*ligg. infundibulopelvicum*).

Dairəvi bağlar uşaqlığı *anteversio* vəziyyətində saxlayır, enli bağlar uşaqlığın yerdəyişməsi zamanı gərginləşir və bununla da uşaqlığın fizioloji vəziyyətdə saxlanılmasına, yumurtalıqların xüsusi bağları isə və qıf çanaq bağları uşaqlığın orta vəziyyətdə saxlanılmasına imkan yaradır, oma-uşaqlıq bağları isə uşaqlığı geriə çəkir.

Uşaqlığın *möhkəmləndirici aparatı* (*retinaculum uteri*) uşaqlığın aşağı hissələrindən gələn (hüceyrənin bərkimiş zonaları) az miqdarlı əzələ lifləri olan birləşdirici toxuma dəstələrindən ibarətdir: a) öndə sidik kisəsinə sonra simfizə; b) çanağın yan divarlarına – əsas bağlar (*ligg. cardinale*); c) arxadan oma-uşaqlıq bağı birləşdirici toxumanın əsasını təşkil edir.

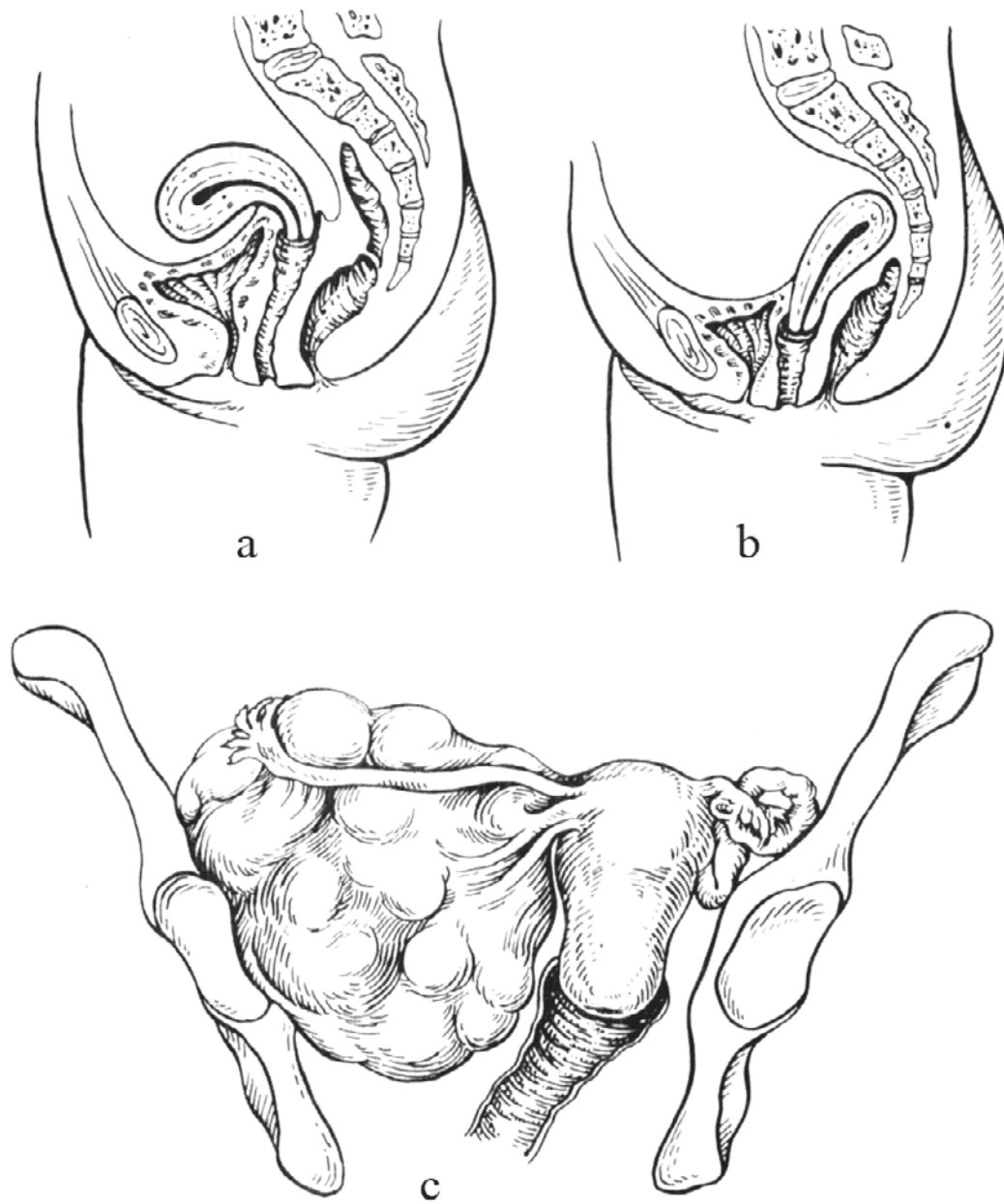
Saxlayıcı aparatı cinsiyyət üzvlərinin və daxili üzvlərin aşağı düşməsinə maneçilik törədən çanaq dibinin fassiyaları və əzələləri təşkil edir.

Qadın cinsiyyət üzvlərinin normal vəziyyətini sidik kisəsi və düz bağırsağın boşalmış halında bədənə vertikal vəziyyətini nəzərə alaraq müəyyənləşdirirlər. Fizioloji şəraitdə uşaqlığın boy-lama oxu çanağın aparıcı oxu ilə üst-üstə düşür. Uşaqlıq dibi kiçik çanağın girəcəyi müstəvisindən kənara çıxmır, xarici dəlik isə oturaq tinlərini birləşdirən (interspinal müstəvi) xəttin üzərində yerləşir. Uşaqlıq bir qədər qabağa əyilmişdir, bununla əlaqədar olaraq uşaqlıq dibi qarın boşluğunun ön divarına tərəf istiqamətlənmiş (*anteversio*) və uşaqlıq boynu ilə uşaqlıq cismi arasında önə tərəf açıq kor bucaq yaradan ayrılığa (*anteflexio*) malikdir. Uşaqlıq yolu kiçik çanaq boşluğunda yerləşərək xaricdən və öndən çəpinə yuxarıya və arxaya uşaqlıq boynuna tərəf istiqamətlənmişdir. Artımlar uşaqlığın yan və bir qədər arxa tərəfində yerləşir.

Təsnifat. Üfüqi səth üzrə uşaqlığın yerdəyişməsi, uşaqlıq boynu ilə uşaqlıq cismi arasında normal kor bucağın saxlanması şərtilə, vəziyyətin dəyişilməsi (*positio*) adlanır.

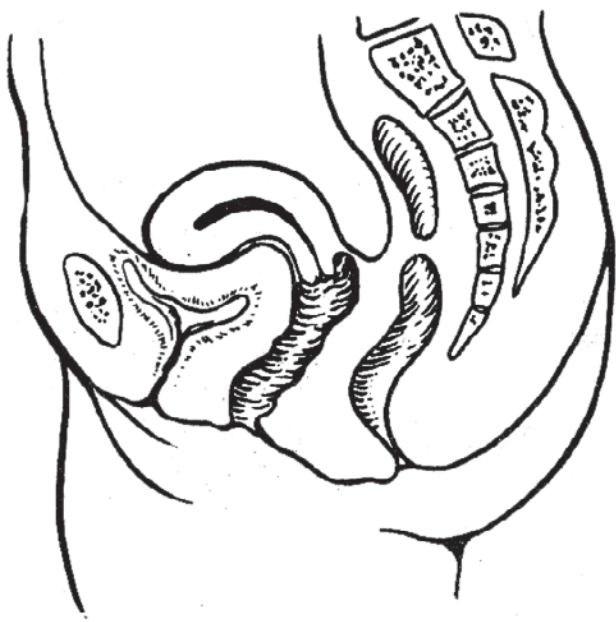
Uşaqlığın yerdəyişməsinin önə – *antepositio*, arxaya – *retropositio*, yanlara – *lateropositio*, sağa – *dextropositio* və sola – *sinistropositio* növləri ayırd edilir. Uşaqlığın belə yerdəyişmələri əsasən yumurtalıqların və uşaqlıq borularının şişləri səbəbindən baş verir (şəkil 16.1). Uşaqlıqətrafı toxumalardakı infiltratlar uşaqlığın vəziyyətinə analoji təsir göstərə bilər. Uşaqlığın patoloji yerdəyişmələri keçirilən iltihabi proseslər nəticəsində qarın boşluğunda əmələ gələn bitişmə prosesləri ilə əlaqədar ola bilər.

Oma-uşaqııq və kardinal bağlar əsasən uşaqııq boynunu daxili dəlik səviyyəsində fıksə etdiyi üçün uşaqııq cismi nahiyyəsində üfüqi səth üzrə, dartılma və ya təzyiqin yaranması zamanı isə bu təsirə uyğun olaraq uşaqııq boynu əks istiqamətdə yerini dəyişmiş olur. Normal vəziyyətdə uşaqııq həmişə azacıq önə əyilir (*anteversio*), bu zaman uşaqııq boynunun xarici dəliyi uşaqııq yolunun arxa tağına yönəlmiş olur. Uşaqııq boynu öz xarici dəliyi ilə arxaya və yuxarıya yönəldikdə uşaqııq cisminin daha kəskin şəkildə önə yönəlməsi patoloji *anteversio* olduğunu göstərir. Uşaqııq cisminin sağa əyilməsi (bu zaman uşaqııq boynu sola əyilir) dekstroversiya (*dextroversio*), sola əyilməsi isə sinistroversiya (*sinistroversio*) adlanır. Uşaqııqın arxaya əyilməsi zamanı uşaqııq dibi çanağın arxa divarına, uşaqııq boynu isə xarici dəliyi ilə birlikdə önə yönəlir (*retroversio*).

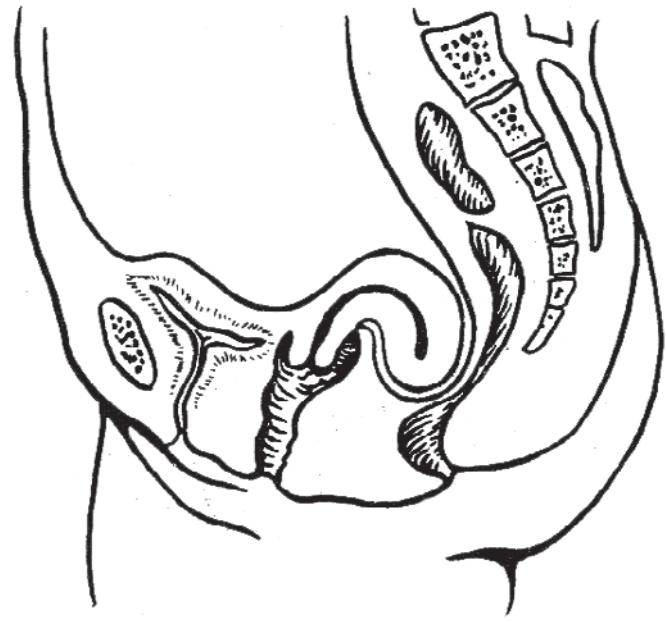


Şəkil 16.1. Uşaqııqın yerini dəyişməsi.
a) önə; b) arxaya; c) sola (yumurtalıq şişinin inkişafı ilə bağlı)

Uşaqlığın bükülməsi (*flexio*) olduqca güclü ola bilər. Belə hallarda uşaqlıq boynu ilə cismi arasındakı bucaq iti olur (*hyperanteflexio*) (şəkil 16.2). Buna qadın cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması zamanı təsadüf olunur. Bu özünü uşaqlığın ölçülərinin kiçilməsi, uşaqlıq boynunun konik formada olması, aybaşı tsiklinin pozulmaları, sonsuzluq və genital infantilizmin digər əlamətləri ilə büruzə verir. Uşaqlıq cismi arxaya yönəldikdə uşaqlıq boynu onunla arxaya açılmış bucaq yaradaraq *retroflexio uteri* adlanır (şəkil 16.3). Uşaqlıq boynu ilə uşaqlıq cismi arasında açıqbucaq yarandıqda uşaqlıq dibinin yönəldiyi tərəf *dextroflexio* və *sinsitoflexio uteri* ilə fərqləndirilir.



Şəkil 16.2. Uşaqlığın hiperantefleksiyası



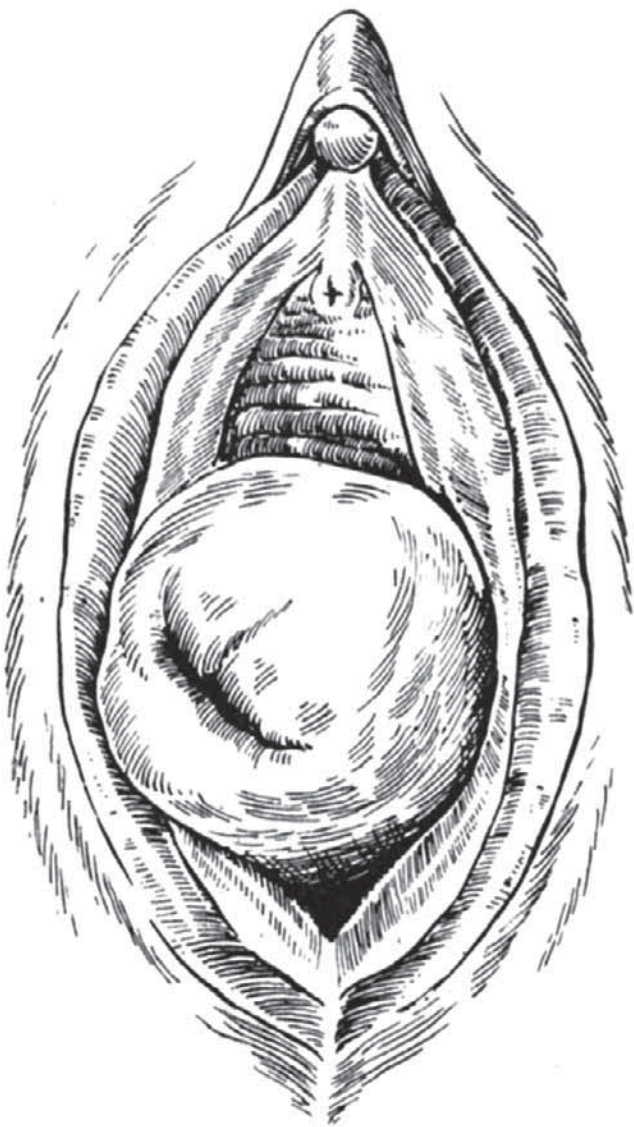
Şəkil 16.3. Uşaqlığın retroversiyası və retrofleksiyası

Uşaqlığın şaquli ox üzrə yuxarıya (*elevatio*) və aşağıya (*descensus uteri*) yerdəyişmələri ayırd edilir. Uşaqlığın azacıq qalxması onunla xarakterizə olunur ki, uşaqlıq boynunun xarici dəliyi interspinal xətdən yuxarıda, uşaqlıq dibi kiçik çanaq boşluğunun girəcəyindən yuxarıda yerləşir. Uşaqlığın vəziyyətinin belə dəyişməsi adətən kiçik çanaqda uşaqlığın aşağı nahiyyəsində yerləşən böyük şişlərin olması ilə əlaqədardır.

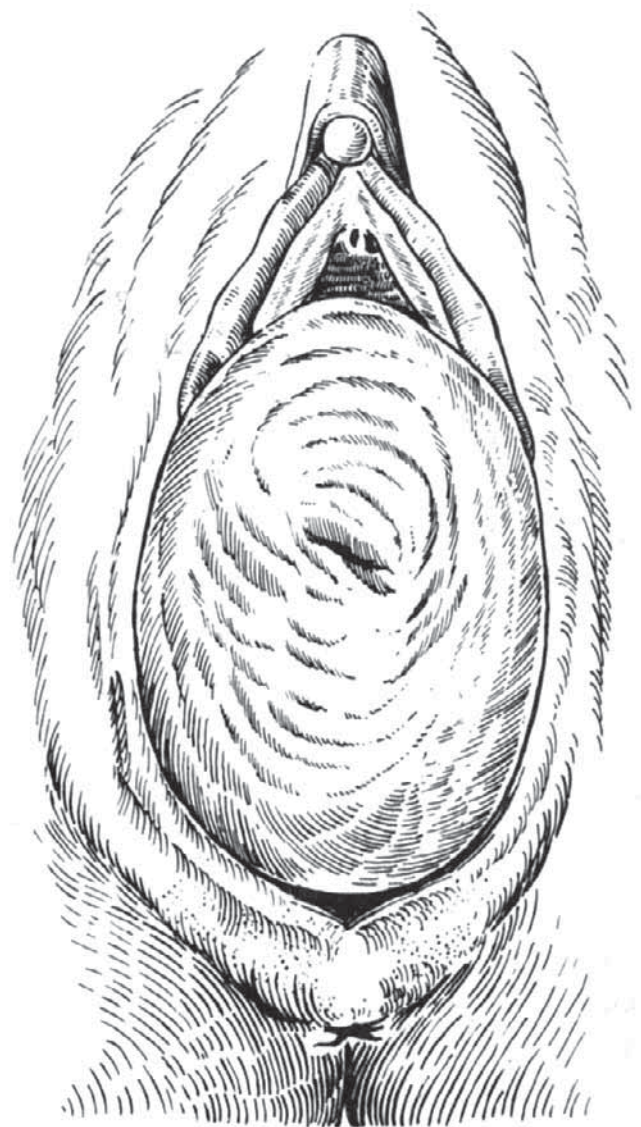
Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun aşağıya doğru yerdəyişməsi cinsiyyət üzvlərinin vəziyyətinin tez-tez təsadüf olunan anomaliyalarına aid olub, uşaqlığın saxlayıcı aparatının – çanaq dibi

özələlərinin funksional vəziyyətinin pozulmalarının nəticəsidir. Uşaqlığın sallanması və düşməsi dinamik proses olub, tədricən inkişaf edir. Uşaqlığın aşağı istiqamətdə birinci dərəcəli yerdəyişməsi onun sallanmasından xəbər verir (*descensus uteri*). Belə hallarda uşaqlıq boynunun xarici dəliyi interspinal xətdən aşağıda yerləşir, lakin uşaqlıq boynu həttə gücvermə zamanı cinsiyyət yarığından kənara çıxmır.

Uşaqlıq boynu və xüsusən uşaqlıq cisminin bir hissəsi cinsiyyət yarığından kənara çıxarsa, bu uşaqlığın qismən sallanması deməkdir (*prolapsus uteri partialis*). Uşaqlıq boynu belə hallarda çox vaxt hipertrofiyalaşır, uzanır (*elongatio colli uteri*) (şəkil 16.4). Uşaqlıq cinsiyyət yarığından tam xaricə çıxarsa xaricdə yerləşərsə, bu tam sallanma hesab olunur (*prolapsus uteri totalis*). Bu zaman sidik kisəsi divarının (*cystocele*) və düz bağırsağın (*rectocele*) cəlb olunması ilə uşaqlıq yolu divarlarında düşməsi baş verir (şəkil 16.5).



Şəkil 16.4. Uzanmış uşaqlıq boynu ilə uşaqlığın natamam düşməsi



Şəkil 16.5. Uşaqlığın tam düşməsi

Selikaltı miomatoz düyününün doğulması zamanı uşaqlıq cisminin selikli qişasının xaricə çevrilməsi ilə xarakterizə olunan uşaqlığın çevrilməsi (*inversio uteri*) baş verir.

Uşaqlıq (cismi və boynu) şaquli oxun ətrafında yerdəyişmələrə məruz qala bilər (*rotatio uteri*). Bu uşaqlıq şişlərinin birtərəfli böyümələri, yumurtalığın şişlərinin inkişafı və s. nəticəsində baş verir. Bağlarla fiksə olunmuş uşaqlıq boynu uşaqlıq cisminin dönməsi zamanı hərəkətsiz qalarsa, bu, uşaqlığın burulması sayılır (*torsio uteri*).

Klinik praktikada uşaqlığın patoloji vəziyyətlərindən ən çox aşağı yerdəyişməsi, retroversiya, retrofleksiya və hiperantefleksiyaya rast gəlinir. Uşaqlığın çevrilməsi, dönməsi və burulması patoloji vəziyyətin ən nadir variantlarından sayılır. Eyni bir xəstədə uşaqlığın vəziyyətinin müxtəlif dəyişiklikləri, məsələn, retroversiya və uşaqlığın sallanması, retroversiya və retrofleksiya, retroversiya və elevasiyalı lateropozisiya ola bilər.

Beləliklə, cinsiyyət üzvlərinin düzgün olmayan vəziyyətlərinin meydana çıxmasının əsas səbəbləri aşağıdakılardır:

1) cinsiyyət üzvlərində (uşaqlığın mioması, yumurtalıqların kistoması, uşaqlıq yolunun şişləri) və ya ondan kənarda rast gəlinən şişlər (kiçik çanağın divarlarında yeni törəmələr – düz bağırsağın, sidik kisəsinin şişi);

2) parametral toxumada iltihabi proseslər, kiçik çanaqda uşaqlığın parietal peritona fiksasiyasına gətirib çıxaran bitişmə prosesləri;

3) qadının daxili cinsiyyət üzvlərinin anadangəlmə anatomik xüsusiyyətləri;

4) cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması (hiperantefleksiya);

5) çanaq dibi əzələlərinin funksional çatışmazlığı, uşaqlığın bağ aparatının atrofiyası və gərilməsi.

Cinsiyyət üzvlərinin düzgün olmayan vəziyyətlərində klinik əlamətlər bu və ya digər anomaliyaları yaradan əsas patoloji proseslərlə müəyyənləşdirilir. Ona görə də cinsiyyət üzvlərinin vəziyyətinin bütün anomaliyaları zamanı müalicə hər şeydən əvvəl əsas xəstəliyin tənzimlənməsinə yönəldilməlidir. Cinsiyyət üzvlə-

rinin vəziyyətinin çoxsaylı anomaliyaları arasında uşaqlığın retroversiyası və retrofleksiyası, eləcə də uşaqlığın və uşaqlıq yolunun sallanması və düşməsi daha böyük klinik əhəmiyyət kəsb edir.

16.1. UŞAQLIĞIN RETROVERSİYASI VƏ RETROFLEKSİYASI

Uşaqlıq cisminin arxaya, uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin önə əyilməsinə retroversiya deyilir. Uşaqlığın bu vəziyyətinin kəskinləşməsi zamanı uşaqlıq əvvəlcə önə tərəf ayrılıyını (*anteflexio*) itirməyə başlayır, sonra isə arxaya tərəf ayrılıq (*retroflexio*) formalaşmağa başlayır.

Arxaya tərəf açılmış uşaqlıq boynu və uşaqlıq cismi arasındakı bucaq əvvəlcə kor bucaq olur, sonra isə iti bucağa çevrilə bilər, belə halda uşaqlıq dibi düz bağırsaq-uşaqlıq çuxuruna yönəlmiş olur. Bimanual müayinə zamanı retrofleksiyalı uşaqlığı düzgün vəziyyətə gətirmək mümkün olduqda bu, hərəkətli retrofleksiya adlanır (*retroflexio uteri mobilis*). Retrofleksiyada yerləşən uşaqlıq parietal peritonla bitişmələri zamanı öz hərəkətliliyini itirir və bimanual müayinədə düzgün vəziyyətə gətirilə bilmir (*retroflexio uteri fixata*).

Etiologiya. Uşaqlığın arxa tərəfə əyilməsində (retrodeviasiya), bəzən qadın orqanizminin anadangəlmə xüsusiyyəti, bir çox hallarda cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması, çox doğmuş qadınlarda (xüsusən zahının arxası üstə uzun müddət qalması) uşaqlığın bağ aparatının zəifləməsi və tonusun itməsi (astenik konstitusiya) əhəmiyyətli rol oynayır. Belə şəraitdə uşaqlıq həddindən artıq dolu sidik kisəsi ilə asanlıqla arxaya yerdəyişmə edir, onun boşaldılmasından sonra isə sidik kisəsi və uşaqlıq çuxuruna düşən bağırsaq ilgəkləri uşaqlığın əvvəlki vəziyyətinə qayıtmasına maneçilik törədir.

Uşaqlığın artımlarının iltihabi prosesləri fiksasiyalı retroversiya və retrofleksiya əmələ gəlməsinə səbəb olur. Uşaqlıq artımlarının uşaqlığın enli bağının arxa səhifəsində yerləşməsi ilə əlaqədar olaraq əsas iltihabi ocaq uşaqlığın arxa tərəfində formalaşır,

bu zaman burada onun çanağın arxa divarının parietal peritonu ilə birləşmələri baş verir. Uşaqlığın önündə yerləşmiş yumurtalıqların şişləri və mioma düyünləri uşaqlığın retrodeviasiyalarına səbəb olur.

Klinika. Uşaqlığın xüsusilə hərəkətli retrodeviasiyaları zamanı simptomatika olmaya bilər. Ağrı hissləri, bəzən uşaqlığın düzgün olmayan vəziyyəti haqqında həkimin verdiyi məlumatlardan sonra meydana çıxa bilər. Xəstə qarnının aşağı hissəsində və bəldə olan əlamətlərə fikir verməyə başlayır, bu zaman uşaqlıqdan və artımlardan çıxan sinir impulslarının ağrı həddi azalır və xəstə ağrılardan şikayət etməyə başlayır. Fiksasiyalı retrofleksiya zamanı periton birləşmələrinin dartılması nəticəsində daha güclü ağrılar əmələ gəlir. Qarın boşluğunda uşaqlıqarxası çuxurda birləşmə prosesində cinsi akt zamanı ağrılar yarana bilər.

Uşaqlığın retroversiyası və retrofleksiyası zamanı üzünün yan səthlərində yerləşən qidalandırıcı damarlar bükülməyə məruz qalır. Əvvəlcə nazik divarlı venalar bükülür və onlarda qan axını pozulur, hiperpolimenoreyaya gətirib çıxaran venoz durğunluq inkişaf edir. Retrofleksiya zamanı uşaqlıq boynu və uşaqlıq cismi arasında itibucağın yaranması menstrual qanın axmasının pozulmasına və alqodismenoreyanın yaranmasına gətirib çıxarır.

Uşaqlığın retrodeviasiyası olan xəstələrdə sekretor funksiya adətən kiçik çanaqda durğunluq hallarının təzahürü nəticəsində güclənir. Buna görə də belə xəstələr ağılı ifrazatın olmasından şikayət edirlər. Bəzən uşaqlığın retrodeviasiyaları zamanı sidik kisəsinin (sidikburaxmanın ağrılı olması və tezləşməsi) və düz bağırsağın (qəbizlik) funksiyası pozulur.

Uşaqlığın retrodeviasiyaları zamanı reproduktiv funksiya da mühüm dəyişikliyə uğrayır. Bir çox qadınlar sonsuzluqdan şikayət edirlər. Sonsuzluğun əsas səbəbi uşaqlığı arxa tərəfə əyən uşaqlıq artımlarının iltihabı nəticəsində uşaqlıq borularının keçiriciliyinin pozulmasıdır. Qadın cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması da sonsuzluğun səbəbi ola bilər (infantilizm). Hamiləlik zamanı uşaqlığın fiksasiyalı retrofleksiyası özbaşına aborta səbəb ola bilər.

Müalicə. Uşaqlığın retrodeviasiyaları zamanı terapiya yalnız xəstənin şikayətləri zamanı aparılır. Müalicə tədbirləri təkcə uşaqlığın vəziyyətin düzəldilməsinə deyil, daha çox bu anomaliyaya gətirib çıxaran patoloji proseslərin təshihinə yönəldilməlidir. Asteniya əlamətləri zamanı ümumi möhkəmləndirici tədbirlər, infantilizm zamanı isə müvafiq hormonal terapiya və fizioterapiya aparılır.

İltihabi proseslər nəticəsində kiçik çanaqda yaranan və retrodeviasiya yaradan çapıq-bitişmə dəyişiklikləri zamanı fizioterapiya (ozokerit, parafin, diatermiya), sorucu müalicəsi (aloe, fiks təyini), kurort müalicəsi zamanı məsləhət görülür. Sadalanan terapevtik müalicələr nəticə vermədikdə onlarla yanaşı ginekoloji masaj təyin olunur. Həkim hər gün və yaxud günəşırı uşaqlığa bimanual təsir göstərərək xaricdən eynivaxtlı dairəvi barmaq hərəkətləri ilə ehtiyatla uşaqlığı çıxarmağa və onu düzgün vəziyyətdə yerləşməsinə çalışır. Prosedura 5-15 dəqiqə çəkir. Ginekoloji masaj üçün əsas şərt kəskin iltihabi əlamətlərin olmamasıdır (hərərət, EÇS, qanda leykositlərin miqdarının normal olması).

Hazırda uşaqlığın retrodeviasiyalarının cərrahi müalicəsi çox nadir hallarda aparılır. Əməliyyat yalnız yanaşı gedən müdaxilə kimi həyata keçirilir (şişlərin xaric edilməsindən sonra və s.). Uşaqlığın retroversiyası və retrofleksiyasının cərrahi müalicəsinin çoxsaylı metodlarından biri girdə bağların qısaldılması və onların uşaqlığın arxa divarına və yaxud oma-uşaqlıq əzələlərinə fiksə edilməsidir.

16.2. UŞAQLIĞIN VƏ UŞAQLIQ YOLUNUN SALLANMASI VƏ DÜŞMƏSİ

Qadın cinsiyyət üzvləri arasında ən çox təsadüf olunan xəstəliklərdən biri də uşaqlığın, uşaqlıq yolunun sallanması və düşməsidir. Uşaqlığın düşməsi çanaq dibinin yırtığının yaranması nəticəsində baş verir, yırtıq dəliyi isə çanaq diafraqmasının funksiyasının çatışmazlığı nəticəsində üzə çıxır. Uşaqlıq və uşaqlıq

yolu divarlarının aşağı istiqamətdə eyni zamanda yerini dəyişməsi, bu isə düzgün olmayan vəziyyətlərin bu formalarını bir qrupda birləşdirməyə və onları bir ad altında – “daxili cinsiyyət üzvlərinin sallanması və düşməsi” adlandırmağa imkan verir.

Etiologiya. Çanaq dibinin tamlığının pozulması və çanaq diafraqması əzələlərinin tonusunun azalması uşaqlığın və uşaqlıq yolunun sallanmasının və düşməsinin əsas səbəbidir. Doğmayan qadınlarda cinsiyyət üzvlərinin düşməsi nadir hallarda müşahidə edilir.

Çanaq dibi əzələlərinin zədələnməsi doğuş travmalarının, xüsusilə operativ doğuşların (mamalıq maşalarının qoyulması, dölün çanaq gəlişində azad edilməsi, dölün vakuum-ekstraksiyası və s.) nəticəsində baş verir.

Aralığın dərin cırılmaları dal keçidi qaldıran əzələlərin, bəzi hallarda isə sidik cinsiyyət diafraqmasının zədələnmələrinə gətirib çıxarır. Bunun nəticəsində əzələlər daxili üzvlərin və sidik kisəsinin normal vəziyyətini qoruyub saxlamaq qabiliyyətini itirir.

Uşaqlığın saxlayıcı, asıcı və fiksəedici aparatları arasında koordinasiyalı qarşılıqlı əlaqələrin pozulması daxili cinsiyyət üzvlərinin sallanmasına və ya düşməsinə gətirib çıxarır. Bəzi hallarda bu şişlərin uşaqlığa təsirinin nəticəsi ola bilər. Bəzən bu patologiya *spina bifida* xəstəliyinin nəticəsində də ola bilər. Bu zaman çanaq dibi əzələlərini innervasiya edən III və IV omar sinirlərinin iflici müşahidə olunur. Bu qüsurlu zamanı uşaqlığın düşməsi hətta qızların həyatının ilk günlərində baş verə bilər.

Xəstəliyi aşağıdakı əlamətlərə görə fərqləndirmək lazımdır: 1) doğan qadınlarda uşaqlığın sallanması və düşməsi; 2) doğmayan qadınlarda uşaqlığın sallanması və düşməsi; 3) yaşlı qadınlarda uşaqlığın sallanması və düşməsi.

Klinika. Xəstəlik tədricən inkişaf edir, yavaş-yavaş irəliləyir və xəstənin ümumi vəziyyətinə mənfi təsir göstərir. Bu həm cinsiyyət sisteminin əsas spesifik funksiyalarının, həm də qonşu orqanların (sidik sistemi, bağırsağın aşağı kəsiyi) funksiyalarının pozulmasına, əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsinə, bəzi hallarda isə əlilliyə gətirib çıxarır.

Uşaqlığın sallanmasının və düşməsinin ilkin mərhələləri hər hansı bir klinik simptomlarla müşahidə olunmaya bilər. Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun nəzərə çarpan şəkildə aşağı düşməsi zamanı xəstələr cinsiyyət yarığında yad cismin olması hissindən, qarının aşağı hissəsində, bel və oma nahiyyəsində ara verməyən ağrıların mövcudluğundan, sidik ifrazatının pozulmasından, defekasiya aktının çətinliyindən şikayət edirlər.

Uşaqlığın düşməsi zamanı uşaqlıq boynunun uzanması müşahidə edilə bilər. Uşaqlıq boynunun düşən hissəsi daima paltara sürtünməyə, qurumaya, yoluxmaya məruz qalaraq irinli ərplə trofik yaraların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Uşaqlığın özündə (onun cismi) düşmə zamanı mühüm dəyişikliklər baş vermir. Uşaqlıq yolunun düşən divarlarının toxumalarında distrofiya, qan dövrəni pozulmaları və fibroz-əzələ qatının sklerozu ilə ifadə olunan dəyişikliklər qeyd olunur.

Uşaqlığın tam düşməsi zamanı onun sıxılması və ödemləşməsi kimi ağırlaşmalar baş verə bilər. Uşaqlığın geriye salınma cəhdinin mümkünsüzlüyü isə sidikburaxmanın və defekasiyanın ləngiməsinə gətirib çıxara bilər. Belə hallarda düşmüş üzvlərin yerində yerləşdirilməsi yalnız nisbətən uzunmüddətli yataq rejimindən sonra mümkün ola bilər.

Uşaqlığın düşməsinin digər ağır fəsadı uşaqlığın və uşaqlıq boynunun selikli qişasında yataq yarasının yaranmasıdır. Bu uzunmüddətli müalicə tələb edən haldır. Xəstəliyə sakitlik və epiteliyazianı gücləndirən vasitələr (sintomisin emulsiyası ilə uşaqlıq yolu tamponları) təyin edilir.

Uşaqlığın düşməsi zamanı bir çox xəstələrdə reproduktiv funksiya saxlanılır.

Uşaqlıq yolu divarlarının və uşaqlığın sallanması və düşməsinin 5 dərəcəsi ayırd edilir. Xəstənin müalicəsi zamanı bu bölmə son dərəcə vacibdir:

I dərəcə – sallanmanın başlanğıc mərhələsidir. Çanaq dibi əzələlərinin və sidik cinsiyyət diafraqmasının qismən zəifləməsi ilə əlaqədar olaraq cinsiyyət yarığı açılır, uşaqlıq yolunun ön və arxa divarları cüzi şəkildə sallanmışdır.

II dərəcə – çanaq dibi əzələlərinin daha çox zəifləməsi mərhələsidir. Uşaqlıq yolunun divarlarının sallanması sidik kisəsinin və düz bağırsağın ön divarının sallanması ilə müşahidə edilir.

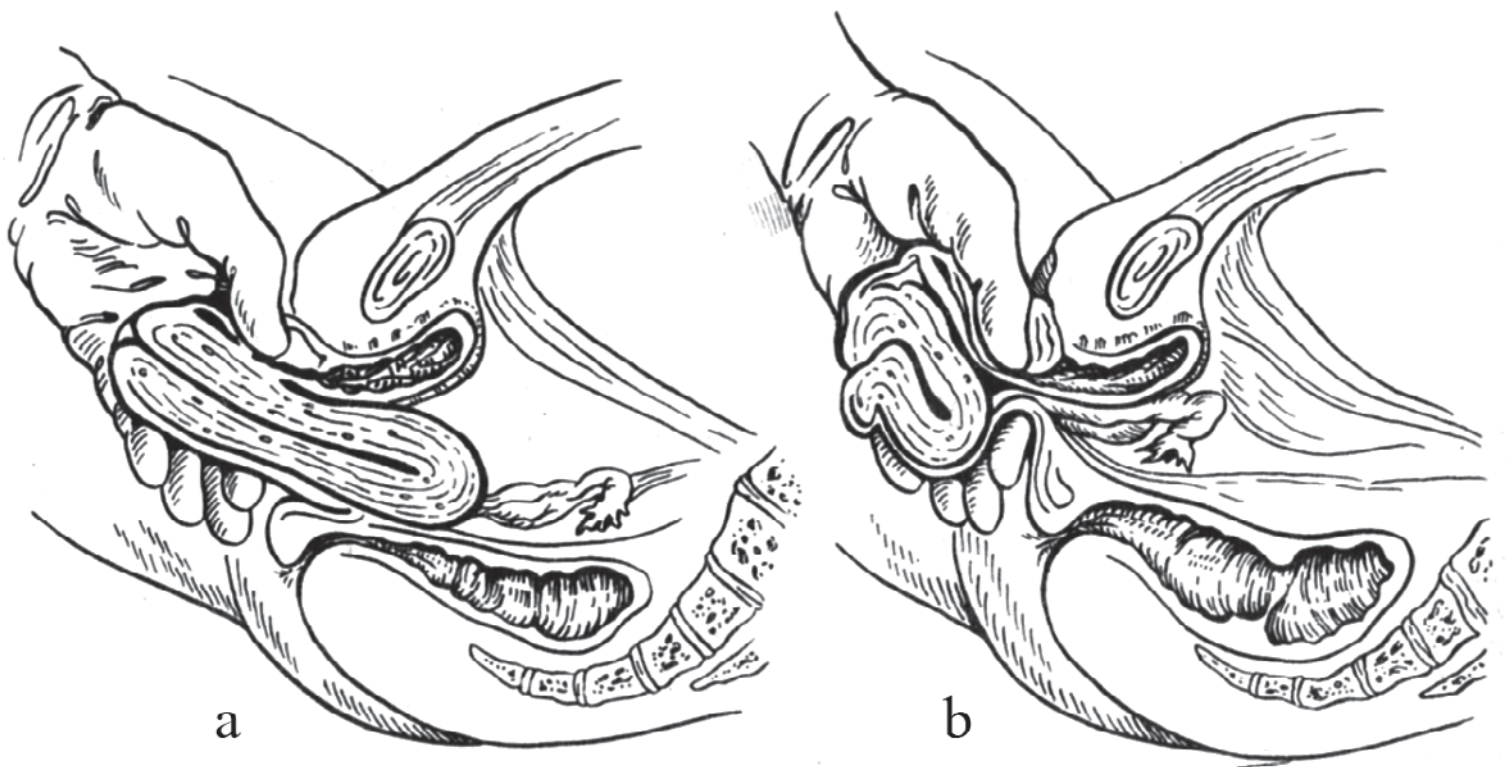
III dərəcə – uşaqlıq sallanmışdır, uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu girəcəyinə qədər çatması qeyd edilir.

IV dərəcə – uşaqlığın natamam sallanması mərhələsidir. Uşaqlıq uşaqlıq yolu girəcəyindən kənara çıxmışdır.

V dərəcə – uşaqlıq yolu divarlarının çevrilməsi ilə uşaqlığın tam sallanmasıdır.

Diagnostika. Xəstəliyin diaqnozunun qoyulması çətinlik törətmir və anamnezin, ümumi qəbul olunmuş ginekoloji metodların tətbiqi ilə obyektiv müayinənin əsasında müəyyənləşdirilir.

Müayinədən əvvəl daxili üzvlərin sallanması dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün xəstə ginekoloji kürsüdə şaquli vəziyyətdə güc verməlidir (şəkil 16.6). Diaqnozun təyin edilməsi məqsədilə uşaqlıq boynunu əvvəlcə güzgülərdə göstərmək və onu gülləvari maşa ilə tutaraq aşağı endirmək lazımdır.

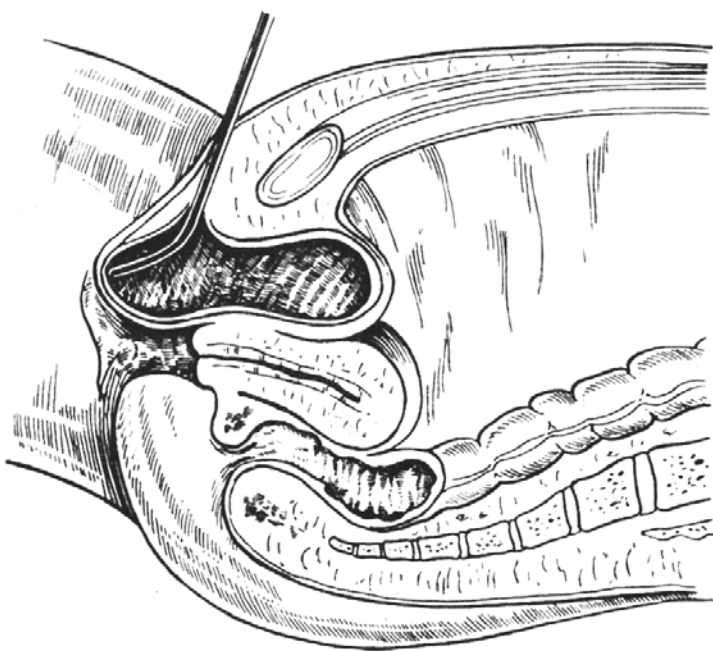


Şəkil 16.6. Uşaqlığın düşməsinin müəyyən edilməsi:
a) natamam; b) tam.

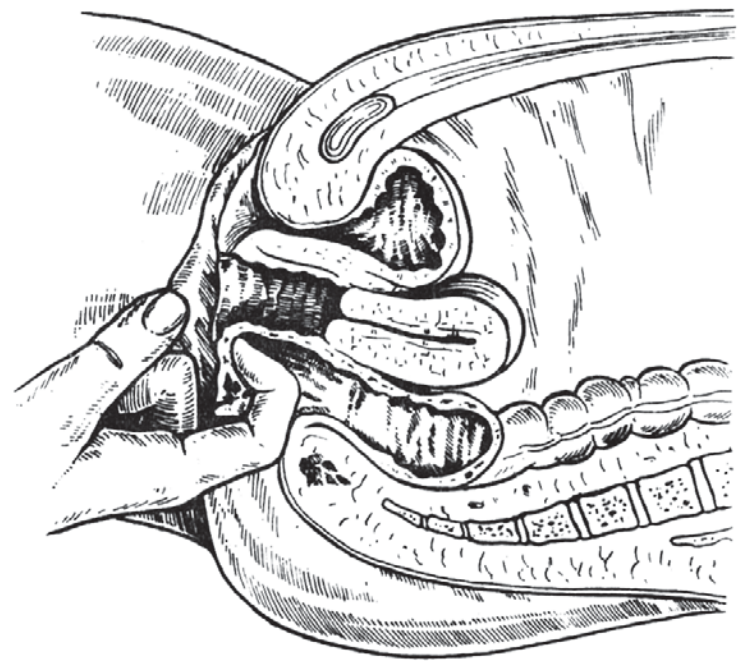
Çanaq dibi əzələlərinin vəziyyəti belə müəyyənləşdirilir: uşaqlıq yoluna yeridilən iki barmaqla (II–III barmağı) aralığın soğanaqlı-məsaməli əzələlərinin qapama qabiliyyətinin müayinəsi

aparılır. Uşaqlıq yolunun ön divarında uretraya yeridilmiş metal kateterin qabarma dərəcəsinə görə sistosele müəyyən edilir (şəkil 16.7). Düz bağırsaqdan barmaqla aparılan müayinə ilə rektosele müəyyən edilir (şəkil 16.8). Uşaqlıq yolunun və uşaqlığın divarlarının sallanması və düşməsinin diferensial diaqnozu uşaqlıq yolunun kistası, uşaqlığın çevrilməsi, doğulan miomatoz düyünlə aparılır.

Cinsiyyət üzvlərinin sallanmasının başlanğıc forması olan xəstələri dispanser qeydiyyatına götürülməlidirlər. Onlara geniş şəkildə kolposkopiya aparılmalı və sidik sistemini müayinə etmək üçün uroloqa göndəriləlidirlər.



Şəkil 16.7. *Cystocele*. Sidik kisəsinə kateterin yeridilməsi.



Şəkil 16.8. *Rectocele*. Düz bağırsağa barmağın yeridilməsi

Uşaqlığın retrodeviasiyası və uşaqlıq yolu divarlarının I dərəcəli sallanması olan xəstələrin müayinəsindən sonra xəstəliyin kəskinləşməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə çanaq dibi və qarının ön divarı əzələlərinin tonusunun artmasına yönəldilən ümumi möhkəmləndirici tədbirlərə malik kompleks konservativ müalicənin təyin olunması məqsədəuyğundur. Xəstənin qidası vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Müalicə prosesində su proseduraları faydalıdır. Ümumi gimnastika məşğələləri ilə yanaşı aşağıdakı möhkəmləndirici tədbirlər məsləhət görülür: a) çanaq dibinin (dizlərin aralanması və birləşdirilməsi ilə çanağın qaldırılması, yarı oturaq

vəziyyətdə yerləş, ayaqların düz bucaq altında gövdəyə doğru qaldırılması, aralıq əzələləri üçün ritmik hərəkətlər və s.) möhkəmləndirilməsi; b) qarın presinin (uzanaraq ayaqların şaquli qaldırılması, şaquli vəziyyətdə gövdə ilə dairəvi hərəkətlər və s.) möhkəmləndirilməsi. Həddindən artıq fiziki işlə məşğul olmaq və ağırlıq qaldırmaq məsləhət görülmür. Qarının ön divarının sallanması zamanı xüsusi bandaj-kəmərdən istifadə etmək məqsədəuyğundur. Bu tədbirlər daxili cinsiyyət üzvlərinin sallanması prosesinin şiddətlənməsini yalnız müəyyən dərəcəyə qədər zəiflədə bilər.

Uşaqlığın düşməsində əvvəllər məsləhət olunan pessariumun köməkliyi ilə konservativ müalicə metodundan hazırda, demək olar ki, istifadə edilmir. Cərrahi müalicəyə mütləq əks göstərişlər olduqda bu metoda müraciət olunur. Müalicə zamanı uşaqlıq həlqələrindən də istifadə etmək olar.

Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun sallanması və düşməsi aşkar olunan və cərrahi müalicə tələb olunan (II–V dərəcəli) xəstələrin ambulator şəraitdə kompleks şəkildə (terapevtin, endokrinoloqun, uroloqun konsultasiyası, EKG qeydiyyatı, kolposkopiya, uşaqlıq boynu səthindən yaxmaların sitoloji müayinəsi, uşaqlıq boynundan, sidik kanalından və uşaqlıq yolundan yaxmaların bakterioloji müayinəsi, qanın və sidiyin klinik analizləri) müayinə olunmaları vacibdir. Stasionara daxil olarkən əlavə müayinələr aparılmalıdır.

Əməliyyatın növü seçilərkən xəstənin yaşı, ümumi sağlamlıq vəziyyəti, menstrual funksiyanın xüsusiyyətləri, sonradan hamiləlik və doğuş ehtimalı, uşaqlıq yolunun divarlarının sallanması və uşaqlığın düşmə dərəcəsi, rektosele və sistoselenin olması, uşaqlıq boynunun vəziyyəti nəzərə alınmalıdır.

Ginekologiyada uşaqlığın və uşaqlıq yolunun düşməsi zamanı tətbiq edilən bütün əməliyyatlar qarın və uşaqlıq yolu əməliyyatlarına bölünür.

Qarın boşluğunun əməliyyatları uşaqlığın düzgün olmayan vəziyyətinin korreksiyası və onun bu vəziyyətdə möhkəmləndirilməsi, uşaqlıq yolu əməliyyatları isə çanaq dibinin tamlığının bərpası məqsədi ilə aparılır.

Qarın boşluğu divarı əməliyyatları olan ventrofiksasiya və ventrosuspenziya əməliyyatları əvvəllər geniş yayılmışdır. Lakin hazırda xəstəliyin residivlərinin başvermə səbəblərindən bu əməliyyatlardan, demək olar ki, istifadə olunmur. Bu onunla əlaqədardır ki, bu əməliyyatlar xəstəliyin əsas səbəbi olan çanaq dibi əzələlərinin tamlığının pozulmasını aradan qaldırmır.

Alloplastik materiallar (kapron, lavsan və s.) orqanizmdə fraqmentasiyaya və sorulmaya meyilli olmadıqları üçün hazırda qadın cinsiyyət üzvlərinin düşməsi zamanı aparılan əməliyyatlarda onlardan istifadə edilmir.

Əsasən çanaq dibi fassiyalarının və əzələlərinin möhkəmləndirilməsi sayılan uşaqlıq yolu vasitəsilə aparılan əməliyyatlara üstünlük verilir. Hazırda aşağıdakı əməliyyat növləri daha geniş yayılmışdır:

1. Levatoroplastika ilə uşaqlıq yolunun ön və arxa plastikası. Bu əməliyyat uşaqlığın və uşaqlıq yolunun II və III dərəcəli sallanmaları zamanı istənilən yaş dövrü üçün və I dərəcəli sallanma zamanı konservativ müalicənin təsiri olmadıqda məsləhət görülür.

2. Mançester əməliyyatı. Uşaqlığın və uşaqlıq yolu divarlarının II və IV dərəcəli sallanmaları zamanı gənc və orta yaşlı qadınlarda uşaqlıq boynunun uzanması zamanı yerinə yetirilir.

3. Orta kolporrafiya. Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun düşməsinin IV və V dərəcələri zamanı uşaqlıq boynunda dəyişikliklər olmayan və cinsi həyat keçirməyən yaşlı qadınlarda, daha ağır əməliyyatlar aparmağa imkan verməyən yanaşı gedən ağır ekstra-genital patologiyalar zamanı məsləhət görülür.

4. Uşaqlığın uşaqlıq yolu ekstirpasiyası çanaq dibi əzələlərinin plastikası ilə xüsusən yaşlı qadınlarda və qocalarda uşaqlığın tam düşməsi zamanı aparılır.

Anesteziya metodu xəstələrin yaşından və vəziyyətindən, eləcə də operativ müdaxilənin xüsusiyyətindən (yerli anesteziya, maska, yaxud intubasiya narkozu) asılı olaraq müəyyən edilir.

XVII FƏSİL

SONSUZ NİKAH

Kontraseptiv vasitələrdən istifadə etmədən müntəzəm cinsi həyat keçirdikdən 12 ay sonra hamiləliyin olmaması sonsuz nikah hesab olunur.

Sonsuz nikahın rastgəlmə tezliyi 10-20% arasında dəyişir. Sonsuz nikah problemi yalnız tibbi deyil, həm də sosial problem-dir, çünki onun rastgəlmə tezliyinin 15%-dən çox olması ölkədə demoqrafik şəraitə öz təsirini göstərir.

Qadın sonsuzluğuna 35-40% hallarda, kişi sonsuzluğuna isə 30-35% hallarda təsadüf olunur. Ərlə arvadın hər ikisinin reproduktiv funksiyasının pozulmaları sonsuz nikahın səbəbləri ola bilər. 5-10% hallarda isə bu problemin səbəbi aydınlaşdırılmamış qalır.

Qadın sonsuzluğu reproduktiv yaşlı qadının mayalanma qabiliyyətinin olmamasıdır.

Hamiləliyin təbii yolla baş verməsi uşaqlığın, uşaqlıq borusunun və ya yumurtalıqların olmaması səbəbindən mümkün deyilsə, bu mütləq sonsuzluq adlanır. Sonsuzluğun digər səbəbləri nisbi şəkildə izah edilir. Hazırda reproduktiv texnologiyaların intensiv inkişafı ilə əlaqədar olaraq “mütləq sonsuzluq” termininə münasibət dəyişib. Belə ki, əvvəllər uşaqlıq borularının olmaması zamanı mütləq sonsuzluq sayılan hallar ekstrakorporal mayalanmanın (EKM) köməyi ilə müvəffəqiyyətlə aradan qaldırılır.

Əgər qadın heç bir zaman hamiləlik keçirməmişdirsə, sonsuzluq birincili sayılır. Qadın əvvəllər hamiləlik keçirmişdirsə (doğuş, süni və ya öz-özünə abort, ektopik hamiləlik və s.), nəticələrindən asılı olmayaraq bu, *ikincili sonsuzluq* adlanır.

Kişi sonsuzluğu. Kişi sonsuzluğunun səbəbləri sekretor (spermatogenez pozulmalar) və ekskretor amillər (sperma ifraz olunmasının pozulmaları) ola bilər. Kişi sonsuzluğunun səbəbi bir çox hallarda varikosele, iltihabi xəstəliklər, inkişaf qüsurları olur. Kişilərdə qeyri-müəyyən etiologiyalı sonsuzluğun tezliyi 25%-ə çatır.

Kişilərin müayinəsi spermanın analizindən başlanır. Spermanın yoxlanılması zamanı ejakulyatın həcmi, spermatozoidlərin ümumi sayı, onların hərəkətliliyi və morfologiyası yoxlanılır, pH, spermanın qatılığı və leykositlərin miqdarı müəyyənləşdirilir.

ÜST-in meyarlarına əsasən normal spermoqram

Göstəricilər	Ölçülər
Ejakulyatın həcmi	2 ml-dən artıq
Spermatozoidlərin sayı	20×10^6 ml-dən az olmayaraq
Hərəkətlilik	50%-dən çox hərəkətli spermatozoid
Morfologiyası	40%-dən çox normal forma
pH	7,2-7,8
Qatılığı	Normal
Leykositlər	$1,0 \times 10^6$ /ml-dən çox olmayaraq

Spermanın ən çox təsadüf olunan patologiyaları:

- aspermiya – ejakulyatın olmaması;
- azoospermiya – ejakulyatda spermatozoidlərin olmaması;
- oligozoospermiya – 20×10^6 ml-dən az spermatozoidlər;
- astenozoospermiya – 25%-dən az hərəkətli spermatozoidlər.

Spermanın patologiyasını aşkar edərkən sonrakı müayinə və müalicə üçün uroloq-androloqun məsləhəti zəruridir. Spermoqramda dəyişikliklər olmadıqda kişilərdə başqa müayinələr aparılmır.

Qadın sonsuzluğu. Qadın sonsuzluğu reproduktiv yaşlı qadının mayalanma qabiliyyətinə malik olmamasıdır.

Cinsiyyət aparatının inkişafının anadangəlmə qüsurları (məsələn, Rokitanski-Küstner sindromu) və ya uşaqlığın, uşaqlıq borularının və yumurtalıqların cərrahi yolla çıxarılması mütləq sonsuzluğun səbəbləri ola bilər.

Nisbi sonsuzluğun səbəbləri olduqca müxtəlif olub, hamiləliyin baş verməsini təmin edən bir sıra mexanizmlərin pozulmasının nəticəsidir:

- ovulyasiya prosesinin;
- spermatozoidlərin uşaqlıq boynu kanalı, uşaqlıq boşluğu və uşaqlıq boruları ilə irəliləməsi prosesinin;
- döl yumurtasının uşaqlıqda implantasiyasının.

Sonsuzluq özü bir çox ginekoloji xəstəliklərin fəsadlarının nəticəsi ola bilər.

Qadın sonsuzluğunun əsas səbəbləri:

- endokrin sonsuzluq (35-40%);
- boru-peritoneal amil (30-50%);
- müxtəlif ginekoloji xəstəliklər (15-25%);
- immunoloji səbəblər (2%);
- psixogen amillər.

Endokrin sonsuzluq ovulyasiya prosesinin pozulması ilə əlaqədardır: anovulyasiya, menstrual siklin lütein fazasının çatışmazlığı, ovulyasiya etməyən follikulun lüteinləşməsi sindromu.

Yumurtalıqların polikistoz sindromu (YPKS) reproduktiv yaşlı qadınlarda daha çox təsadüf olunan endokrinopatiyadır.

YPKS yumurtalıqların funksional dəyişiklikləri, anovulyasiya və hiperandrogeniya ilə əlaqəli olan kompleks endokrin pozulmalardır. Bu sindrom zamanı yumurtalıqların həcmi böyüyür və qabığı qalınlaşır.

YPKS-nin patofiziologiyasının əsasını androgenlərin çoxluğu, insulinə rezistentlik, qonadotropinlərin patoloji dinamikası təşkil edir.

Anovulyator sonsuzluq reproduktiv sistemin istənilən səviyyəsinin zədələnmələri zamanı meydana gələ bilər. Anovulyasiyanın daha çox təsadüf olunan səbəbləri bunlardır: hiperandrogeniya, hiperprolaktinemiya, hipoestrogeniya, maddələr mübadiləsinin pozulması, metabolik sindrom (piylənmə, bədən şəkisinin nəzərə qarpan azlığı), həmçinin İtsenko-Kuşinq sindromu və xəstəliyi, hipo- və hipertireoz.

Menstrual tsiklin lütein fazasının çatışmazlığı (LFÇ) endometriumun qeyri-kafi sekretor transformasiyasına gətirib çıxaran yumurtalığın sarı cisminin hipofunksiyası ilə əlaqədardır. Lütein fazanın çatışmazlığı nəticəsində embrionun implantasiyası pozulur və menstruasiyaya qədər hamiləliyin erkən itirilməsi baş verir.

Lütein fazanın çatışmazlığı hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sisteminin disfunksiyaları (hiperandrogeniya, hipo- və ya hipertireoz, hiperprolaktinemiya), travmalar, neyroinfeksiyalar, streslər,

iltihabi proseslərin və peritoneal mayenin biokimyəvi dəyişikliklərinin təsiri nəticəsində baş verir.

Ovulyasiya etməyən follikulun lüteinləşməsi sindromu (OFLS) ovulyasiyasız preovulyator follikulun vaxtından əvvəl lüteinləşməsidir. Onun səbəbi müəyyənləşdirilməmişdir.

Boru sonsuzluğuna aşağıdakılar aiddir:

- uşaqlıq borularının cərrahi yolla çıxarılması;
- bitişmə prosesi nəticəsində boru keçməməzliyinin formalaşması;
- boruların funksional pozulmaları.

Uşaqlıq borularının keçməməzliyinin ən çox təsadüf olunan səbəbi infeksiyanın istənilən növü ilə, xüsusilə də vərəm və CYKİ (cinsi yolla keçən infeksiyalar) – süzənək və xlamidiyanın təsiri ilə yaranmış bitişmə prosesidir. Süni abortlardan və doğuşlardan sonra qarışıq infeksiyalar tərəfindən törədilən endometritlər, salpingitlər saktosalpinkslərin formalaşmasına və borunun geriye dönməyən keçməməzliyinə gətirib çıxarır.

Boru-peritoneal sonsuzluğun səbəbi kiçik çanaq boşluğunda bitişmə prosesinin inkişafı ilə müşahidə olunan endometrioid xəstəlik ola bilər. Lakin endometriozun reproduksiya təsiri bununla məhdudlaşmır. Follikulun yetişməsinin pozulması, anovulyasiya və ya sarı cismin çatışmazlığı, adenomiozun inkişafı və onunla yanaşı gedən lokal immun statusunun dəyişiklikləri sonsuzluq ehtimalını artırır.

Boruların funksiyalarının pozulması (antiperistaltika, spazm və kirpikli epitelin fəaliyyətinin dəyişilməsi) hormonal pozuntular və keçirilmiş iltihabi xəstəliklər fonunda üzə çıxa bilər.

Ginekoloji xəstəliklər zamanı sonsuzluq (uşaqlıqda arakəsmələr və sinexiyalar, endometrioz, submukoz və interstisial mio-matoz düyünlər, endometriumun polipləri) mayalanmış yumurta hüceyrəsinin implantasiyasının pozulması ilə əlaqədardır.

Çox vaxt sonsuzluğun səbəbi uşaqlıq amilləri olur. Vərəm endometriti, abortlar və infeksiya ilə ağırlaşmış diaqnostik qaşınmalar sinexiyaların yaranmasına (Aşerman sindromu) gətirib çıxara bilər. Mikoplazma və xlamidiya infeksiyalarının əmələ gətirdiyi uzunmüddətli və ləng gedən endometritlər döl yumurtasının

implantasiyası üçün lazım olan sekretor dəyişiklikləri pozur. Uşaqlıq mənşəli sonsuzluq uşaqlığın inkişaf qüsuru ilə əlaqədar plastik əməliyyatlardan, miomektomiya və kesar kəsiyindən sonra çapıq dəyişikliklərinin nəticəsində baş verə bilər.

İmmun sonsuzluğun səbəbi qadınlarda uşaqlıq boynunda, endometriumda, uşaqlıq borularında spermatozoidlərin faqositozuna gətirib çıxaran antispermal əksisimlərin yaranmasıdır. Sonsuzluğun uşaqlıq boynu amilinə həm də anatomik dəyişikliklər, servisitlər, servikal seliyn kimyəvi tərkibinin pozulmaları aiddir.

Sonsuz qadınların təxminən 52%-də sonsuzluğun bir neçə səbəbi aşkar edilir.

Psixogen amillər qadınların reproduktiv funksiyalarının pozulmalarının səbəbi olaraq daha az təsadüf olunur. Lakin hər bir praktik həkim dəfələrlə sonsuzluğun bu növünü müşahidə etmişdir. Qadının uşaq istəmək arzusu, cinsi həyatının qeyri-qənaətbəxşliliyi, ailə münaqişələri ovulyasiya prosesini poza bilər. Stress halları uşaqlıq borularının funksional keçməməzliyinə gətirib çıxara bilər.

Sonsuzluğun diaqnostikası

Qadın sonsuzluğunun diaqnostikası həkimdən çalışqanlıq və inadçılıq, xəstədən isə səbir və dözümlülük tələb edir.

Anamnez toplayarkən aşağıdakı amillərə diqqət yetirilir:

- qadının yaşına;
- menstrual funksiyanın xüsusiyyətinə (menarxe);
- əvvəlki hamiləliklərin nəticələrinə (doğuşlar, abortlar, mümkün olan fəsadlar);
- kontrasepsiya üsullarına (hormonal, uşaqlıqdaxili);
- sonsuzluğun davamiyyətinə (aparılan müayinələr və müalicələr);
- cinsiyyət üzvlərinin keçirilmiş iltihabi xəstəliklərinə (o cümlədən CYKİ);
- uşaqlıqda (o cümlədən uşaqlıq boynunda) keçirilmiş əməliyyatlara;
- ekstragenital xəstəliklərə (vərəm, endokrin patologiya və s.);

– istehsalat təhlükələrinə və zərərli vərdişlərə (siqaret çəkmək, alkoqol qəbul etmək və narkotik vasitələrdən istifadə);

– kişinin sağlamlığına.

Obyektiv müayinə zamanı isə aşağıdakı amillərə diqqət yetirilir:

– bədən çəkisinə və boya;

– dəri örtüklərinə (dəridə əmələ gələn zolaqlara, tüklərin artımına, acne vulgaris və s.);

– süd vəzilərinə (inkişaf, laktoreya).

Uşaqlıq yolu güzgüləri vasitəsilə aparılan ginekoloji müayinə zamanı uşaqlıq boynuna (çapıq dəyişiklikləri, fon və xərçəngünü xəstəliklərin olmasına) diqqətlə baxılır. Servikal seliyn xüsusiyyəti qiymətləndirilir. Bütün qadınlarda kolposkopiya müayinəsi aparılır. Uşaqlıq boynu patologiyasına şübhə olduqda qaşıntı-yaxmanın sitoloji müayinəsi (PAP-smear) olunur. Uşaqlıq yolunun təmizlik dərəcəsini qiymətləndirmək üçün yaxmanın müayinəsi aparılmalıdır.

Standart bimanual ginekoloji müayinə kiçik çanaq üzvlərinin ultrasəs müayinəsi (USM) ilə tamamlanmalıdır.

Sonsuz qadınların müayinəsi menstrual funksiyanın xarakteri (menarxe, tsiklin müntəzəmliyi və onun pozulmaları, menstruasiyaarası ifrazatlar, ağrılı menstruasiyalar), əvvəlki hamiləliklərin sayı və nəticəsi, sonsuzluğun müddəti, istifadə olunan kontrasepsiya üsulları və onların tətbiq müddətinin dəqiqləşdirildiyi anamnezin toplanmasından başlanır. Cinsi funksiyanın öyrənilməsi zamanı cinsi aktda ağrının (dispareuniya), qanlı ifrazatın olub-olmaması, cinsi fəaliyyətin müntəzəm olması qeyd olunur.

Müayinə zamanı ekstragenital xəstəliklərə (şəkərli diabet, vərəm, qalxanabənzər vəzinin, böyrəküstü vəzilərin patologiyası və s.) və sonsuzluğa səbəb olan keçirilmiş əməliyyatlara (uşaqlıqda, yumurtalıqlarda, uşaqlıq borularında, sidik yollarında, bağırsaqlarda əməliyyatlar, apendektomiya) diqqət yetirilir.

Ginekoloji anamnezdə kiçik çanaq orqanlarının iltihabi prosesləri və cinsi yolla ötürülən xəstəliklər (törədicilər, terapiyanın xarakteri və müddəti), uşaqlıq boynu xəstəlikləri və onların müalicəsi (konservativ, krio- və ya lazeroterapiya, radio- və elektrokonizasiya) müəyyənləşdirilir.

Sonsuzluğa gətirib çıxara bilən psixogen amillər, eləcə də zərərli vərdişlər (siqaret çəkmək, spirtli içkilər istifadə etmək, narkotiklər qəbul etmək) aşkar olunur.

Obyektiv müayinə zamanı xəstənin çəkisini, boyunu ölçmək, bədən kütləsi indeksini (BKİ) hesablamaq lazımdır (bədən kütləsi(kq)/boy(m^2)). Normada BKİ 18-25 kq/m^2 təşkil edir. Piylənmə zamanı (BKİ>30 kq/m^2) piylənmənin başlanma vaxtını, bədən çəkisinin artma tezliyini və ehtimal olan səbəblərini aydınlaşdırmaq vacibdir.

Dəri örtüyünə (quru, nəm, yağlı, civzəli səpki, zədələnmə zolaqları), süd vəzilərinin vəziyyətinə (inkişafı, gilədən ifrazatlar, bərkimələr və həcmli törəmələr) diqqət yetirilir. Şiş törəmələri ehtimalını aradan qaldırmaq üçün süd vəzilərinin USM-nin aparılması məqsəduyğundur.

Servikal kanaldan, uşaqlıq yolundan və uretradan götürülən yaxmaların mikroskopik müayinəsi məcburi qaydada aparılır. Lazım olduqda PZR (polimeraz zəncirvari reaksiya) aparılır və infeksiyanın tədqiqi, floranın əkilməsi və antibiotiklərə olan həssaslıq yoxlanılır.

Paralel olaraq pasiyent (qadın) funksional diaqnostika testləri ilə (bazal termometriya, bəbək simptomu, kariopiknotik indeks və s.) 3 ardıcıl menstrual tsikl ərzində müayinə keçir.

Endokrin sonsuzluq. Anovulyator sonsuzluq 15-20% təşkil edir. Müayinə menstrual funksiyanı tənzimləyən hər hansı səviyyənin üzvi patologiyasının araşdırılması ilə başlanır. Bu qrup qadınlarda ovulyasiyanın pozulmasının korreksiyası xəstəliyin patogenezinə uyğun olaraq keçirilir.

Laktoreya zamanı müayinə qan zərdabında prolaktinin və tireotrop hormonların müəyyənləşdirilməsi ilə tamamlanır.

Eləcə də “türk yəhəri”nin vizuallaşması ilə kəllənin rentgenoqrafiyası, beyinin maqnit-rezonans tomoqrafiyası, kompyuter tomoqrafiyası, göz dibinin və görmə sahəsinin müayinəsi, qanaxabənzər vəzinin, böyrəküstü vəzilərin, kiçik çanaq boşluğunun ultrasəs müayinəsi həyata keçirilir.

Anovulyator tsiklin nəticəsi kimi sonsuzluq funksional diaqnostika testləri (bazal temperaturun ölçülməsi, kolpositologiya,

uşaqlıq boynunun testləri, bəbək simptomu) və menstrual tsiklin 21-ci günündə endometriumun biopsiyası ilə təsdiqlənir. Hormonal müayinələr anovulyasiya diaqnozunun qoyulmasına kömək edir. Tsiklin 12-14-cü günündə LH (lüteinləşdirici hormonun) preovulyator zirvəsinin olmaması və tsiklin 21 ± 1 günündə progesteronun aşağı səviyyəsi ovulyasiyanın olmamasını sübut edir. Anovulyasiyanı USM-in köməyi ilə (follikulometriya) aşkar etmək olar.

Reproduktiv sistemin funksional patologiyasını müəyyənləşdirmək üçün elektroensefaloqrafiya aparılır, qanda hipofizin ön payının hormonlarının (FSH, LH, prolaktin), yumurtalıqların hormonlarının (estradiol, progesteron), qalxanabənzər vəzinin hormonlarının (T_3 , sərbəst T_3 , T_4 , sərbəst T_4 , TTH), böyrəküstü vəzilərində hormonlarının (kortizol, testosteron), dehidroepiandrosteron-sulfatın səviyyəsi müəyyənləşdirilir.

Neyroendokrin sindromun olması ehtimalı daha əsaslı əlavə müayinələr aparılmasını, yəni EEQ, qanda qlükozanın insulina tolerantlığının müəyyənləşdirilməsi, hormonların: AKTH, kortizolun, prolaktinin, testosteronun, dehidroepiandrosteron sulfatın (DEA-S) səviyyəsinin təyin edilməsini tələb edə bilər. Bədən çəkisinin itirilməsi zamanı (o cümlədən kosmetik baxımdan) E_2 , FSH, LH səviyyələrini yoxlamaq zəruridir.

Lütein fazasının çatışmazlığı menstrual tsiklin ikinci fazasının qısalması (10 gündən az) və bazal termometriyanın göstəricilərinə əsasən tsiklin fazalarında temperatur fərqinin azalması ($0,6^\circ\text{C}$ -dən az) ilə üzə çıxır, ya da temperaturun yüksəlməsi cəmi 2-3 gün müddətində müşahidə edilir. Müayinə rektal temperaturun tsiklin 6-cı günündən növbəti aybaşıya qədər ölçülməsinə əsasən aparılır. Lütein fazasının çatışmazlığının diaqnostik meyarı qanda progesteronun səviyyəsinin azalmasıdır.

Ovulyasiya olunmayan follikulun lüteinləşməsi diaqnozu dinamik USM zamanı müəyyənləşdirilir.

Boru-peritoneal sonsuzluğun diaqnostikası zamanı ilk növbədə cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəliklərini aradan qaldırmaq lazımdır. Bu məqsədlə bakterioskopik, bakterioloji müayinələr və PZR aparılır.

Uşaqlıq yolunun sanasiyasından sonra boru sonsuzluğunun təsdiq olunması üçün artıq təcrübədə yoxlanılmış histerosalpinqoqrafiya üsulundan istifadə etmək olar. Bu üsul yalnız uşaqlıq borularının keçiriciliyini deyil, eləcə də uşaqlıq boşluğunun vəziyyətini (Aşerman sindromu) müəyyənləşdirməyə kömək edir. Üsulun üstün cəhəti onun ambulator şəraitdə tətbiq olunmasıdır, çatışmayan cəhəti isə kiçik çanaq boşluğu üzvlərində bitişmə prosesinin xarakterini qiymətləndirə bilməməsidir (məsələn: xarici endometriozun mövcudluğu). Uşaqlıq borularının keçirmə qabiliyyətini histerosalpinqoqrafiya üsulu ilə müəyyənləşdirmək olar, bu üsuldən ambulator şəraitdə istifadə oluna bilər. Boru-peritoneal sonsuzluq ehtimalı olan qadınların müayinəsinin ən optimal variantı diaqnostik və cərrahi histeroskopiyanın və laparoskopiyanın birgə tətbiqidir.

Ginekoloji xəstəlikləri olan qadınlarda uşaqlıqdaxili patologiyanın təsdiq olunması üçün diaqnostik və müalicəvi məqsədlə histeroskopiyanın aparılması məqsədəuyğundur. Bu zaman sinexiyanın, arakəsmələrin aradan qaldırılması, endometriumun poliplərinin, submukoz miomatoz düyünlərin çıxarılması və uşaqlığın selikli qişasının ayrıca diaqnostik qaşınması aparılır. Xroniki endometriti təsdiq etmək üçün diaqnostika məqsədilə tsiklin 9-cu günü (± 1) endometriumun Paypel biopsiyası (endometriumun vakuum aspirasiyası) aparıla bilər.

İmmunoloji sonsuzluq diaqnozu yalnız boru-peritoneal, endokrin sonsuzluq və uşaqlıqdaxili patologiya təkzib olunduqdan sonra postkoital testin (Şuvarski testi) nəticələrinə əsasən qoyulur. Postkoital test sonsuzluq zamanı istifadə olunur, spermanın və servikal seliyn qarşılıqlı təsirini müəyyənləşdirməyə imkan verir və tsiklin ortasında, adətən 12-14-cü günündə aparılır. Koitusdan (cinsi əlaqə) sonra uşaqlıq boynunun seliyinin mikroskopik müayinəsi zamanı spermatozoidlərin olması və onların hərəkətliliyi müəyyənləşdirilir. Şəffaf selikdə 5-10 fəal hərəkətli leykositsiz spermatozoid varsa, deməli, test müsbətdir. Hərəkətsiz spermatozoidlər testin şübhəli nəticəsi, spermatozoidlərin yoxluğu isə mənfi nəticəsi hesab olunur. Əgər spermatozoidlər hərəkətsizdirsə və ya rəqsi hərəkətlər edirlərsə, testi təkrarən yoxlamaq lazımdır.

Bir çox hallarda kişilərdə antispermal immuniteti təyin etmək üçün MAR-testdən istifadə edilir. MAR-test (antiqlobulinlərin qarışma reaksiyası) antispermal antitellərlə örtülmüş spermatozoidlərin faizlə ifadə olunmuş payının təyini üsuludur. Vazokontrast mikroskopiya vasitəsi ilə aparılır.

- 50%-dən aşağı yüklənmə normal göstərici hesab edilir;
- antitellə örtülü hərəkətli spermatozoidlərin sayı 50%-dən yüksəkdirsə immunoloji sonsuzluq diaqnozu qoyulur.

İstənilən etiologiyalı sonsuz xəstə qadınların müayinəsi terapevtin məsləhətini tələb edir. Endokrin və psixi xəstəliklərin əlamətlərini, eləcə də inkişaf qüsurlarını müəyyən edərkən müxtəlif profilli mütəxəssislərin – endokrinoloqların, psixiatrların, genetiklərin konsultasiyaları təyin olunur.

Sonsuzluğun müalicəsi

Endokrin sonsuzluğun müalicəsi. Funksional pozuntular endokrin patologiyanın adekvat müalicəsini tələb edir. Funksional hiperprolaktinemiya və ya hipofizin mikroprolaktinomaları zamanı parlodel və ya dostinekslə müalicə məsləhət görülür. Beynin üzvi patologiyası aşkarlanarkən neyrocərrahın konsultasiyası təyin olunur.

Piylənmə zamanı bədən çəkisinin korreksiyası olduqca mühümdür. Bəzən, xüsusilə də hipofizar piylənmə zamanı bədən çəkisinin azalması qonadotropinlərin sintezinin normallaşmasına gətirib çıxarır.

Əsas xəstəliyin müalicəsi ovulyasiyanı stimullaşdıran preparatların (estrogen-hestagen preparatları, klomifen sitrat, ekzogen qonadotropinlər, QnRH aqonistləri) təyin olunması ilə tamamlanır. Ovulyasiya stimulyatorlarını təkcə endokrin mənşəli sonsuzluqda deyil, həmçinin səbəbi aşkar olmayan ovulyator pozuntulu sonsuz qadınların müstəqil terapiyası zamanı tətbiq edirlər.

2-3 tsikl ərzində monofazal estrogen-hestagen tərkibli kontraseptivlərin təyindən sonra müsbət cavab fenomeni kimi ovulyator tsiklin bərpası mümkündür. Tsiklin 5-ci günündən 9-cu gününədək cəmi 3-5 kurs təyin edilən 50, 100, 150 *mq* klostil-

begit (klomifen sitrat) preparatı ovulyasiyanı stimullaşdırmaq üçün istifadə oluna bilər.

Qonadotrop hormonlardan, məsələn, 1:1 nisbətində FSH və LH tərkibli xumeqondan, XQ (xorionik qonadotropin) tərkibli preqnil-dən istifadə edərək, ovulyasiyanı stimullaşdırmaq olar. Stimulyasiyaedici terapiya kursu aşağıdakılardan ibarətdir: menstrual tsiklin 3-cü günündən başlayaraq USM köməyi ilə follikulometriya apararaq, 150 BV (beynəlxalq vahid) dozalı xumeqon dərialtı inyeksiyası təyin olunur, lazım olduqda xumeqonun dozasını 150 BV artırmaq olar. Adətən preparatın gündəlik dozasının 600 BV-dən artıq olması tələb olunmur. Follikulun diametri 18-20 *mm*-ə çatdıqda 5000-10 000 BV preqnil (XQ) preparatı təyin edilir.

Hormonal terapiyadan 1 il sonra hamilə olmayan endokrin mənşəli sonsuz qadınlara uşaqlıq borularının keçməməzliyini aradan qaldırmaq üçün laparoskopiya, uşaqlıqdaxili patologiyanın aradan qaldırılması üçün histeroskopiya məsləhət görülür.

Endokrin və boru-peritoneal sonsuzluğun müalicəsinin çox geniş yayılmış üsulu cərrahi laparoskopiyadır. Uşaqlıq borularının keçiriciliyinin bərpa olunması, bitişmənin ayrılması və plastik əməliyyatlar vasitəsilə həyata keçirilir. Uşaqlıq borularının geridönməz dəyişiklikləri zamanı onları çıxararaq, EKM (ekstra-korporal mayalanma) üsulu ilə sonsuzluğun müalicəsi üçün münasib şərait yaradılır. Laparoskopik müdaxilələr qadının reproduktiv funksiyasının pozulmalarına gətirib çıxaran endometrioz ocaqlarını koagulyasiya etməyə imkan verir, yumurtalıqda poli- və sklerokistoz sindromu olan qadınlarda laparoskopiya zamanı yumurtalıqların drillinqi və elektroauterizasiyası aparılır.

Sonsuzluğun uşaqlıq forması fərdi yanaşma tələb edir. Uşaqlıqdaxili sinexiyalar histeroskopik yolla ləğv edilir və növbəti 2-3 menstrual tsikldə ikifazlı KOK-lar (kombinə edilmiş kontrasepsivlər) təyin olunur. Xroniki endometritin müalicəsi zamanı onun etiologiyası nəzərə alınmalıdır. Antibakterial preparatlarla yanaşı immunokorrektorlar təyin olunur. Növbəti mərhələdə fizio-, balneo- və palçıqla müalicə aparılır.

Spontan hamiləliyə nail olmaq üçün cinsiyyət yollarının gizli infeksiyalarının müalicəsi aparılır.

Servikal səbəbləri olan sonsuz qadınlarda müalicə üsulunun seçilməsi uşaqlıq boynunun patologiyasını əmələ gətirən amillərdən asılıdır. Anadangəlmə atreziyalar, çapıq deformasiyaları, bittmə okklüziyaları cərrahi yolla aradan qaldırılır. İltihabi prosesin etiologiyasından asılı olaraq xroniki endoservisitlər müalicə edilir.

İmmunoloji sonsuzluğun müalicəsi. Minimum 6 ay ərzində kişi kondomlarından istifadə olunması məsləhət görülür (uzunmüddətli cinsi əlaqə olmadıqda qadının immunokompetent hüceyrələrində spermal antigenlərə sensibilizasiyası zəifləyir). Mexaniki kontrasepsiya dayandırıldıqdan sonra çox vaxt hamiləlik baş verir. Əsasən uşaqlıq boynu seliyində yerləşən antispermal əksicisimlər şəklində təzahür edən immunoloji sonsuzluq amilini spermanın uşaqlıqdaxili süni inseminasiyası yolu ilə aradan qaldırmaq olar.

Müalicə səmərəli olmadıqda köməkçi reproduktiv texnologiyalar (kişinin sperması ilə süni inseminasiya və ya ekstrakorporal mayalanma) tətbiq olunur.

Psixogen sonsuzluğun müalicəsi. Psixonevroloqların, psixoterapevtlərin yardımına, sedativ vasitələrin və trankvilizatorların təyinatına baxmayaraq, psixogen sonsuzluq, adətən, çətinliklə müalicə olunur. Lakin çox vaxt müalicənin effektivliyinə ümidini itirmiş və ya uşağının olmaması ilə razılaşan, ya da övladlığa uşaq götürmüş qadınların spontan (öz-özünə) hamiləliyinin baş verməsi hallarına da təsadüf olunur.

Uzun müddət sonsuzluqdan əziyyət şəkən qadınlara psixonevroloqun konsultasiyası təyin olunur. Mütəxəssis tərəfindən trankvilizatorlar, sedativ preparatlar, həmçinin psixoterapevtik üsullar tətbiq edilə bilər. Bəzi hallarda belə terapiya ovulyasiyanı stimulyasiya etməkdən daha effektivdir.

Qadın və kişi sonsuzluğunun müalicəsində köməkçi reproduktiv texnologiyanın tətbiqi (Köməkçi reproduksiya üsulu). Ər-arvad cütlüyündə konservativ və cərrahi müalicə arzu olunan nəticələri vermirsə, köməkçi reproduksiya üsullarından istifadə olunması imkanları mövcuddur. Bu metodlara aşağıdakılar aiddir:

Süni inseminasiya (Sİ):

- kişinin sperması ilə süni inseminasiya (KSSİ);
- donorun sperması ilə süni inseminasiya (DSSİ).

Ekstrakorporal mayalanma (EKM):

- ekstrakorporal mayalanma embrionun köçürülməsi ilə (EKM EK);
- ekstrakorporal mayalanma oositlərin donasiyası ilə (EKM OD);
- surroqat analıq.

Bu üsulların istifadəsi və tətbiqi reproduktologiya və ailə planlaşdırılması mərkəzlərinin mütəxəssislərinin işidir, lakin praktik həkimlər bu metodlardan istifadə imkanlarını, onların tətbiqi zamanı göstərişləri və əks göstərişləri bilməlidirlər.

Süni inseminasiya

Süni inseminasiya (mayalanma) qadında hamiləliyin baş verməsi məqsədilə yad genetik materialın sperma şəklində cinsiyyət yollarına yeridilməsidir.

Spermanın yeridilməsi üsullarından asılı olaraq süni inseminasiyanın aşağıdakı üsulları tətbiq edilir:

Uşaqlıq yolu üsulu. Bu üsul zamanı sperma şprislə uşaqlıq yolunun arxa tağına yeridilir;

İnterservikal üsul. Bu üsul zamanı sperma uşaqlıq boynu kanalına yeridilir, uşaqlıq yolunun möhtəviyyəti ilə kontaktda olmur;

Uşaqlıq üsulu. Bu üsul spermanın bilavasitə uşaqlıq boşluğuna yeridilməsini nəzərdə tutur;

Transabdominal üsul. Toxum plazmasından azad spermatozoidlərin bir və ya iki yumurta hüceyrəsi ilə birgə uşaqlıq borusunun ampulyar hissəsinə transabdominal yeridilməsi (GIFT – gamete intrafallopian transfer).

Bu üsullardan hər biri müsbət və mənfi cəhətlərə malikdir. Uşaqlıq yolu üsulu daha sadə olsa da uşaqlıq yolu daxilindəki mühit (pH, bakteriyalar və s.) spermatozoidlərə mənfi təsir göstərərək hamiləliyin baş verməsi şansını azaldır. İntraservikal üsul zamanı uşaqlıq boynu seliyində antispermal anticisimlərin mövcudluğu ilə şərtlənən immunoloji ziddiyyət yarana bilər. Uşaqlığa spermanın yeridilməsi həm də infeksiyanın daxil olmasına səbəb ola bilər, bəzən isə onun ağrılı yığılmaları ilə müşahidə oluna bilər.

İnseminasiyadan əvvəl ejakulyatın yaxşılaşdırılması (qatılığın artması) üçün onun fraksiyalaşdırılması məsləhət görülür.

Kişinin sperması ilə inseminasiya üçün göstərişlər

Kişinin sperması ilə süni inseminasiyadan uretranın hipospadiyası, impotensiya (cinsi zəiflik), ejakulyasiyanın olmaması, oligospermiya zamanı (spermatozoidlərin normal hərəkətliliyinin qorunub saxlanması və onlarda morfoloji dəyişikliklərin olmaması zamanı) istifadə olunur. Belə hallarda ejakulyat sentrifuqa vasitəsilə tərkib hissələrinə ayrılır və spermatozoidlərlə zənginləşmiş fraksiya servikal kanala yeridilir. Bundan başqa, bir neçə ejakulyatın konsentratını yığırlar, bunun üçün mürəkkəb avadanlıq tələb olunmur.

Uşaqılıq boynunun anatomo-funksional, immunoloji və iltihabi dəyişikliklərin bəzi formalarının olduğu halda, servikal antaqonizmin üzə çıxdığı qadınlarda, KSSİ-nin aparılması məqsədəuyğundur. Vaginizm, bud-çanaq oynağı xəstəlikləri kişi sperması ilə inseminasiyanın aparılması üçün göstəriş ola bilər.

Donorun sperması ilə inseminasiya üçün göstərişlər

Donorun sperması ilə süni inseminasiya mütləq və nisbi olan tibbi göstərişlərə əsasən aparılır. Mütləq göstərişlərə azoospermiya, nisbilərə isə aşağıdakılar daxildir:

1. spermatozoidlərinin morfoloji dəyişiklikləri və onların hərəkətliyinin pozulması ilə müşayiət olunan, müalicəyə cavab verməyən oligozoospermiya və oligoastenoteratozoospermiya;
2. kişi ilə arvadın rezus faktorunun uyğun gəlməməsi;
3. kişinin irsi xəstəlikləri.

DSSİ-nin (donor sperması ilə süni inseminasiya) aparılması həm də əks göstərişlərə malikdir. Proseduranın narkoz altında, ərlə arvadın hər ikisinin inseminasiyaya yazılı razılığı olmadan, onların hərtərəfli müayinəsi olmadan və müdaxiləyə qəti göstərişlər müəyyənləşdirilmədən, hamiləlik üçün hər hansı bir əks göstəriş olduqda aparılması yolverilməzdir.

Süni inseminasiyanın (Sİ) əks göstərişləri qadının əliliyi və onun həyatı üçün təhlükə yarada biləcək ümumi xəstəliklərdir.

Sİ-dən əvvəl 2-3 tsikl ərzində funksional diaqnostika testləri ilə müayinə və ya menstrual tsiklin lütein fazasının ortasında pro-

gesteronun qanda səviyyəsinin müəyyənləşdirilməsi məsləhətdir. Bu, ovulyator tsikllərin olmasını, eləcə də perioovulyator günləri təyin etməyə imkan verir. Sİ-dən əvvəl anovulyasiya olarsa, ovulyasiyanın induksiyasının aparılması imkanlarını müəyyənləşdirirlər.

Sİ üçün vaxtın seçilməsi

Ovulyasiyanın dəqiq vaxtının müəyyənləşdirilməsi mümkün olmadığı üçün Sİ-ni tsikl ərzində 3 dəfə keçirmək məsləhətdir. 27 günlük menstrual tsikl zamanı tsiklin 11-ci günündən başlayaraq, 28 günlük tsikl zamanı isə tsiklin 13-cü günündən inseminasiyaya başlamaq və onu 2 günlük fasilələrlə 2-3 dəfə təkrar etmək lazımdır.

İnseminasiyadan sonra bir saat ərzində uzanıqlı vəziyyətdə qalmaq və ya spermanı saxlamaq məqsədilə qadın kondomlarından (uşaqlıq boynu qapaqcığından) istifadə etmək lazımdır.

Ekstrakorporal mayalanma

Son illər sonsuz nikahın müalicəsi zamanı ekstrakorporal üsuldan istifadə edilməsi geniş yayılmışdır. EKM (ekstrakorporal mayalanma) orqanizmdənkənar oositlərin mayalandırılması və uşaqlıq boşluğuna köçürülməsidir.

EKM-nin 35 ilə yaxın tarixi var. EKM ilə ilk uşaq 1978-ci ildə İngiltərədə doğulmuşdur. O vaxtdan EKM istifadə edən reproduktiv tibb mərkəzləri bütün dünyada geniş yayılıb. Bu gün EKM boru sonsuzluğuna qarşı əsas mübarizə üsuludur. Üsulun effektivliyi 26-40% arasında dəyişir. EKM-in müsbət nəticəsində hamiləliyi qorumaq məqsədilə müvafiq müalicə təyin edilir.

Bu üsuldan istifadə zamanı bir sıra fəsadlar baş verə bilər. Ən ciddi ağırlaşmalardan biri yumurtalıqların hiperstimulyasiya sindromudur (YHS). Bu özünü yumurtalıqların stromasının ödemi, qansızması və çoxsaylı kistlərinin hesabına böyüməsi ilə büruzə verir. Seroz boşluqlarda (assit, hidrotoraks) mayenin toplanması baş verir. YHS sindromu zamanı müalicə tədbirləri dövr edən qa-

nın həcmnin normallaşdırılmasına, su-elektrolit balansının korreksiyasına, tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikasına, assit və hidrotoraksın ləğv edilməsinə (qarın və plevra boşluqlarının punksiyası vasitəsilə) yönəlməlidir. Yüngül hallarda müalicə tələb olunmur.

EKM-in ağırlaşmalarına yumurtalığın cırılması, ektopik hamiləlik və çoxdöllülük aiddir. Yumurtalığın cırılması və ektopik hamiləlik zamanı laparoskopik əməliyyat, çoxdöllülük zamanı isə döllərin reduksiyası aparılır.

Hazırda bu köməkçi reproduktiv metodun tətbiqinə dair dəqiq göstərişlər və əks göstərişlər hazırlanmışdır.

EKM (ekstrakorporal mayalanma) üçün göstərişlər

1. Qadın sonsuzluğu:

- mütləq boru sonsuzluğu (uşaqlıq borularının olmaması və yaxud onların keçməməzliyi);
- endometrioza şərtlənmiş sonsuzluq (uğursuz medikamentoz terapiya zamanı);
- endokrin sonsuzluq (uğursuz hormonterapiya zamanı);
- qeyri-müəyyən etiologiyalı sonsuzluq;
- servikal amillə şərtlənmiş sonsuzluq (uşaqlıqdaxili inseminasiya yolu ilə müalicə uğursuz olduqda);
- yumurtalıqların funksional yararsızlığı və ya tamamilə olmaması ilə şərtlənən mütləq sonsuzluqda (qonad disgeneziyası, vaxtından əvvəl menopauza, rezistent yumurtalıqlar) donor oositlərindən istifadə etməklə EKM və EK aparılır.

2. Kişi sonsuzluğu:

I – II dərəcəli oligoastenozoospermiya

3. Qarışıq sonsuzluq (kişi və qadın sonsuzluğunun göstərilən formalarının birgə qeyd edilməsi)

EKM (ekstrakorporal mayalanma) üçün əks göstərişlər

1. Hamiləliyin vaxtında sona çatması üçün əks göstərişlər olan somatik və psixi xəstəliklər (profilli mütəxəssislərin rəyinə əsasən);

2. Anadangəlmə anomaliyalar: uşaqların eynitipli inkişaf qüsurları ilə doğulmaları; uşağın xromosom anomaliyaları ilə erkən doğulması; valideynlərdən birinin irsi dominant xəstəlikləri;
3. İrsi xəstəliklər;
4. Uşaqlığın və yumurtalıqların hiperplastik vəziyyətləri;
5. Uşaqlığın inkişaf qüsurları;
6. Uşaqlıq boşluğunun sinexiyası.

EKM (ekstrakorporal mayalanma) mərhələləri

1. Endokrinoloji və exoqrafik monitorinqin nəzarəti altında superovulyasiyanın stimulyasiyası.
2. Exoqrafiyanın nəzarəti altında preovulyator follikulların aspirasiyası.
3. Yumurtahüceyrələrin və embrionların yetişdirilməsi.
4. Embrionların uşaqlığa köçürülməsi.

Köməkçi reproduksiya üsullarından istifadə olunması sayəsində müasir təbabət kişi sonsuzluğunun ən çətin problemlərini həll etməyə qadirdir.

Məsələn, İKSİ (Intracytoplasmic Sperm Injection) üsulu ilə hətta kişi ejakulyatında bir yeganə spermatozoid aşkar etmək mümkündürsə, onun nəsil törətməsini bərpa etmək olar. Yumurtahüceyrə parlaq adlanan sıx xarici qişaya malikdir. Bəzi xəstəliklər zamanı spermatozoidlərin bu qişadan keçmək bacarığı pozula bilər, belə spermatozoidlər yumurtahüceyrəni mayalandıra bilməz. İKSİ – xüsusi mikromanipulyatorların köməyi ilə bir spermatozoidin birbaşa yumurtahüceyrənin sitoplazmasına yeridilməsidir. Bu mikromanipulyasiya mayalanmanı təmin edir və kişi sonsuzluğunun ümumiyyətlə tamamilə ümitsiz hallarında uşağı olmaq imkanını verir. Ejakulyatda (azoospermiya) spermatozoidlərin yoxluğu zamanı keçirilən İKSİ proqramının variantları TEZA və MEZA-dır. Yumurta hüceyrəsinə inyeksiya üçün lazımi spermatozoidləri xayadan (TEZA – Testikular Sperm Extraction) və ya xaya törəməsindən (MEZA – Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration) punksiya zamanı əldə edirlər.

XVIII FƏSİL

CİNSİYYƏT ÜZVLƏRİNİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Qadın cinsiyyət üzvlərinin travmalarına nadir hallarda rast gəlinir. Zədələyici amilin xarakterinə görə onlar aşağıdakı formalara bölünürlər: küt travma nəticəsində əmələ gələn zədələr; deşilmiş, kəsilmiş, odlu silah yaraları; iti əşyalar üzərinə yıxılma nəticəsində əmələ gələn travmalar; cinsiyyət üzvlərinə yad cisimlərin daxil olması nəticəsində; cinsi əlaqə, doğuş, tibbi əməliyyatlar (yatrogen) zamanı əmələ gələn zədələr. Lokalizasiyadan asılı olaraq zədələnmələrin aşağıdakı növləri ayırd edilir: xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun travmaları, uşaqlıq boynu və cisminin zədələnmələri; düz bağırsaq-cinsiyyət və sidik-cinsiyyət fistulaları.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun travmaları doğuş vaxtı, kobud cinsi əlaqə olduqda, xüsusilə sərxoş vəziyyətdə, zorlama halı olduqda və ya cinsi əlaqə qeyri-adi vəziyyətdə baş verdikdə əmələ gələ bilər. Termiki və kimyəvi yanıqlar, qəsdən törədilən, istehsalat travmaları çox nadir hallarda baş verir. Tibbi xarakterli zədələnmələr bədxassəli şişlərin şüa terapiyası zamanı, güzgülərlə ehtiyatsız müayinə zamanı, yaşlı qadınlara pessariyələrin yeridilməsi zamanı mümkündür.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun zədələnmələri zamanı əsas şikayətlər ağrı və qanaxmadan ibarətdir. Vulva nahiyəsində qan təchizatı güclü olduğundan qapalı zədələnmələr adətən ödem və hematoma ilə müşayiət olunur, açıq travmalar isə qanaxma ilə. Sürətlə böyüyən göyümtül-qırmızı törəmə şəklində hematomanın əmələ gəlməsi xəstədə cinsiyyət üzvləri nahiyəsində gərginlik hissi, ağrılar, tenezmlər, bəzən anemizasiya ilə təzahür olunur. Uşaqlıq yolunun böyük zədələnməsi olduqda (xüsusilə zorlama vaxtı) tez-tez uretranın, sidikliyin, düz bağır-

sağın və ətraf toxumaların tamlığı pozulur. Bu səbəbdən belə xəstələrdə gələcəkdə fistulalar əmələ gələ bilər. Sidikliyin, düz bağırsağın və onun sfinkterinin travmaları zamanı sidiyi, qazları və nəcisi saxlaya bilməmə halı qeyd oluna bilər.

Diagnostika adətən çətinlik törətmir və anamnezə, baxışa, ginekoloji (bimanual və güzgülər vasitəsilə) və rektal müayinələrə əsaslanır. Qarın boşluğuna sirayət edən zədələnmələrə və ya sidikliyin yaralanmasına şübhə olduqda sistoskopiya, laparoskopiya, diaqnostik laparotomiya aparılır.

Travmalar ağır olmadıqda müalicə antiseptik məhlulların yerli tətbiqi ilə məhdudlana bilər; ağır travmalar olduqda müxtəlif cərrahi müdaxilələrin istifadəsinə zəruriyyət yaranır. Güclü qanaxma zamanı təcili olaraq hemostaz yaratmaq və qan itkisini bərpa etmək lazımdır; bəzən şok əleyhinə tədbirlər aparmaq lazım gəlir. Infeksiyalaşma mümkün olduğuna görə tetanus əleyhinə, yara çirkləndikdə isə əlavə olaraq qanqren əleyhinə də zərdab yeridilir. Geniş təsir spektrli antibiotiklər təyin olunur. Yaranın birincili işlənməsi ümumi cərrahi prinsiplərə uyğun aparılır. Aralıq nahiyəsində yara təmiz və təzə olduğu halda uşaqlıq yolunun selikli qişasına yaranın üst bucağından başlayaraq ketqut tikişlər qoyulur, dəriyə ipək sapla tikişlər qoyulur. Yara uretraya yaxın yerləşdikdə tikiş sidikaparıcı kanala metalik kateterin yeridilməsi fonunda qoyulur; sidik ifrazının reflektor ləngiməsinin mümkünlüyünü nəzərə alaraq, sonra metalik kateteri elastik kateterlə əvəz edərək, onu sidiklikdə saxlayırlar. Uşaqlıq yolunun dəhlizinin soğanağından qanaxma olduqda tikişi qoyarkən venoz kələfi zədələnməmək məqsədilə liqaturanı sümüküstü toxumaya qədər çatdırırlar; az miqdarda parenximatoz qanaxma olduğu halda müalicə qanayan sahəyə bərk tampon və sıxıcı sarğının tətbiqi ilə məhdudlaşır. Hematoma böyümürsə, sıxıcı sarğı, soyuq tətbiq olunur, sakitlik, kalsium xlorid, vikasol, PP, C vitaminləri təyin edilir. Hematoma böyüyərsə, dərini ən çox qabardığı yerdə kəsərək qan laxtaları xaric edilir, qanayan damarlara tikiş qoyulur. Hematoma təzə olduqda yaranı tamamilə tikmək də olar. Əgər travmadan sonra infeksiyalaşma əlamətləri olarsa, hematomanın

boşluğuna drenaj qoymaq lazımdır. Bir neçə gün ərzində boşluq dezinfeksiyaedici məhlullarla yuyulur (hidrogen peroksidi, dioksidin, furasilin məhlulu).

Aralığın cırılması düz bağırsağın travması və yaranın nəcislə çirklənməsi ilə müşayiət olduğu halda, xüsusilə də yardım travmadan 12 saat və ya daha gec göstərilərsə, yaranı və düz bağırsağı 5%-li kalium permanqanat, furasilin və ya rivanol məhlulu ilə yuyub, sonra antiseptiklərin tətbiqi ilə yumşaq tampon qoyulur. Xəstəyə duru yeməklər, antibiotiklər, sulfanilamidlər, dezintoksikasiyaedici terapiya, ilk günlər ərzində tiryək preparatlarından istifadə olunur. Tədricən furasilinlə tamponları Vişnevski məhlulu ilə əvəz edirlər, 6-7-ci sutkada bağırsağı işlədici preparatlar, 10-11-ci sutkada durub gəzməyə icazə verilir, 2-3 aydan sonra isə cərrahi əməliyyat icra olunur. Əməliyyatın xarakteri travmanın xüsusiyyətindən asılıdır.

İti əşyaların üstünə yıxılma nəticəsində əmələ gələn xarici cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi olduqda, yaranın birincili işlənməsi və tikilməsi aparılmalıdır.

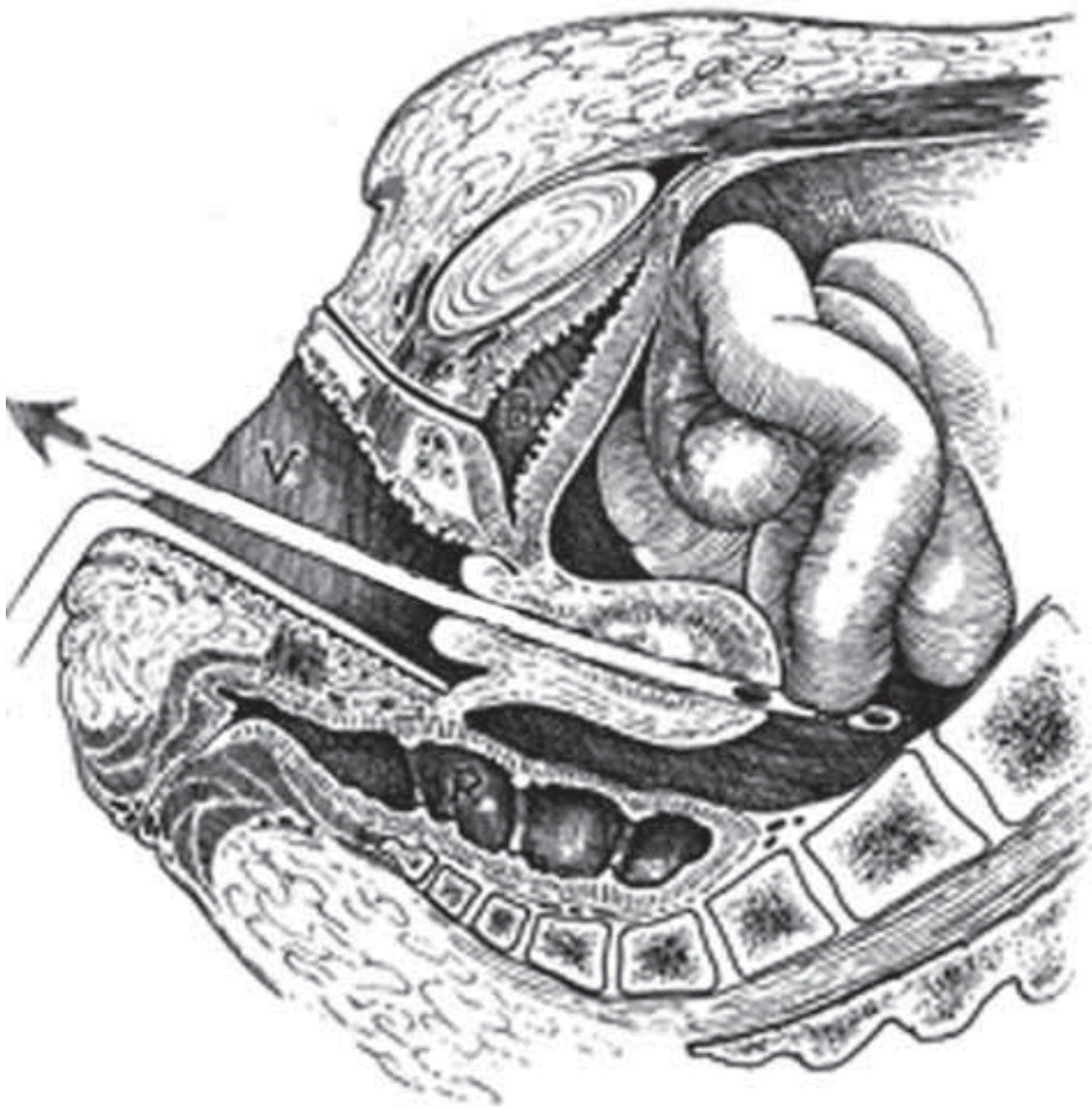
Bəzi hallarda cinsi əlaqədən sonra qarın boşluğuna keçən və güclü qanaxma ilə müşayiət olunan uşaqlıq yolunun tağlara qədər çatan dərin cırılması baş verir. Uşaqlıq yolunun cırığını təcili surətdə mütləq ağrısızlaşdırma ilə tikmək lazımdır. Uşaqlıq yolunun divarlarının cırıqları böyük təhlükə yaradır, çünki bu yerdə uşaqlıq arteriyasının uşaqlıq yolu şaxələri keçir.

Ən ağır travmalar uşaqlıq yolunun inkişaf anomaliyaları olduqda əmələ gəlir. Belə xəstələrdə uretranın və düz bağırsağın eyni zamanda əmələ gələn və güclü qanaxma ilə müşayiət olunan zədələnmələri mümkündür. Zədələnmiş orqanların tamlığını bərpa etmək əksər hallarda böyük çətinlik törədir.

Uşaqlıq boynunun və cisminin zədələnmələrinə əksər hallarda doğuş vaxtı, mamalıq əməliyyatlarını yerinə yetirərkən, süni abort etdikdə, uşaqlıqdaxili kontraseptivi yeridərkən, uşaqlığın selikli qişasının diaqnostik qaşıntısını apararkən, histeroskopiya zamanı rast gəlinir. Belə zədələnmələr kriminal abort zamanı da tez-tez baş verir.

Perforasiyaya uşaqlıq yolunun qeyri-düzgün vəziyyətləri (hiperantefleksiya, retrofleksiya) və həmçinin uşaqlığın divarında destruktiv proseslərin hesabına baş verən dəyişikliklər (məsələn, xərçəng, xorionkarsinoma və s. zamanı şişin yayılıb parçalanması) səbəb olur.

Uşaqlığın perforasiyası əksər hallarda süni abort edərkən baş verir (1%) və əməliyyatın hər bir mərhələsində baş verə bilər (şəkil 18.1).



Şəkil 18.1. Uşaqlığın perforasiyası

Perforasiya zamanı uşaqlığın travmatizasiyasının dərəcəsi zədələyici alətin növündən (uşaqlıq zonu, Heqar genişləndiricisi, küretka, vakuum-ekskoxleatorun ucluğu) asılı olaraq, müxtəlif ola bilər. Ən təhlükəli zədələnmələr küretka və abortsanqla işləyərkən baş verir. Fəsadsız (qonşu orqanların zədələri olmadıqda) və fəsadlaşmış (bağırsağın, piyliyin, sidikliyin, uşaqlıq artımlarının və s. travmaları ilə müşayiət olunan) perforasiyalar ayırd

edilir. Uşaqlıq cisminin travmaları onun dibində, ön, arxa divarlarında, boğaz nahiyyəsində, kənarlarda, xüsusilə damar kələfi nahiyyəsində yerləşə bilər. Yara böyük ölçüdə olub, güclü qanaxma ilə müşayiət oluna bilər. Ən böyük təhlükəni qarın boşluğu orqanlarının zədələri təşkil edir (şəkil 18.2).



Şəkil 18.2. Perforasiya dəliyində bağırsaq ilgəyinin daxil olması

Uşaqlığın perforasiyasının klinik gedişatı onun lokalizasiyası, zədələnmə dərəcəsi və qonşu orqanların tamlığının pozulması ilə təyin edilir. Peritonun travması olmadan və qanaxma ilə müşayiət olunmayan uşaqlığın zondla perforasiyası simptomuz keçə bilər. Peritonun zədələnməsi baş verdikdə kəskin ağrı, hətta şok yarana bilər. Uşaqlığın damar kələfi nahiyyəsində perforasiya üçün ağır daxili və xarici qanaxmanın olması səciyyəvidir. Uşaqlığın perforasiyasının vacib simptomlarına alətin (zond, genişləndirici, küretka) uşaqlıq boşluğunun uzunluğundan böyük dərinliyə keçməsi, perforasiya dəliyindən piyliyin, bağırsağın ilmələrinin çıxarılması, xəstənin vəziyyətinin kəskin dəyişməsi (güclü ağrılar, şok və daxili qanaxma əlamətləri).

Uşaqlığın perforasiyası baş verdikdə və ya bu fəsada şübhə yarandıqda həkim sonrakı əməliyyatları dayandırmalıdır. Uşaqlıq zondla və ya kiçik ölçülü genişləndirici ilə deşildikdə, qadını yatağa uzandırıb, qarın aşağı nahiyyəsinə buz qoyub, diqqətlə cinsiyyət yollarında qanlı ifrazatın olub-olmamasını izlənilir, mü-

təmadi olaraq arterial təzyiq, nəbzin tezliyi, bədən temperaturu ölçülür, peritonun qıcıqlanma simptomlarını aşkar etmək məqsədilə dinamikada qarın palpasiya edilir, qanın klinik müayinəsi aparılır, diurezə nəzarət edilir. Narkotik və analgetik maddələrin yeridilməsi əks-göstərişdir, çünki onların tətbiqi başlanan peritonitin əlamətlərini gizlədə bilər. Peritonun iltihabının və daxili qanaxmanın simptomları olmadığı halda konservativ müalicəni davam edirlər. Bu müalicə dezintoksikasiyaedici terapiyanı (hemodez, reopoliqlükin və digər qanəvəzedicilərin vena daxilinə damcı ilə yeridilməsi), antibakterial terapiyanı, uterotoniklərin (oksitosin, pituitrin və s.) yeridilməsini daxil edir. Nəbzin tezliyinin artması, temperaturun yüksəlməsi, pelveoperitonitin hətta cüzi simptomlarının əmələ gəlməsi arxa tağın punksiyası üçün göstəriş təşkil edir və qan alındıqda təcili laparotomiya aparılır. Peritonun qıcıqlanma və daxili qanaxma simptomlarının güclənməsi laparoskopiyaya üçün, hətta punksiyanın nəticəsi mənfi olsa belə, göstəriş təşkil edir.

Uşaqlıq boynunun zədələnmələri əksər hallarda uşaqlığın yerləşməsini nəzərə almadan zondla kobud müayinə zamanı, güc tətbiq etməklə servikal kanalı genişləndirdikdə baş verir. Uşaqlıq boynunun perforasiyası olduqda qarın boşluğuna nüfuz edən yaralanmalar əmələ gələ bilər. Bəzi hallarda uşaqlıq boynunun perforasiyası uşaqlığın enli bağına çatan və hematoma ilə nəticələnən yol əmələ gətirir. Uşaqlıq boynunun nüfuz edən yaralanması zondla ehtiyatlı müayinə ilə təsdiq olunur. Diaqnoz təsdiqləndikdə sonrakı əməliyyatları dayandıraraq, uşaqlığın perforasiyasında olduğu kimi müalicə aparmaq lazımdır. Enli bağın səhifələrinin arasında yerləşən hematoma əksər hallarda qarının palpasiyası zamanı aşkar oluna bilər, xüsusilə, daha dəqiqliklə bimanual müayinə zamanı (qeyri-müəyyən konturları olan elastik konsistensiyalı ağrılı törəmə). Qarın boşluğuna nüfuz edən perforasiyanın diaqnozunu təsdiqləmək məqsədilə laparoskopiyaya və kuldoskopiyadan istifadə etmək olar (qarın boşluğunda qan aşkar edilir). Uşaqlığın və ya uşaqlıq boynunun perforasiyası böyük ölçüdə genişləndirici və ya küretka ilə baş verdiyi halda və ya

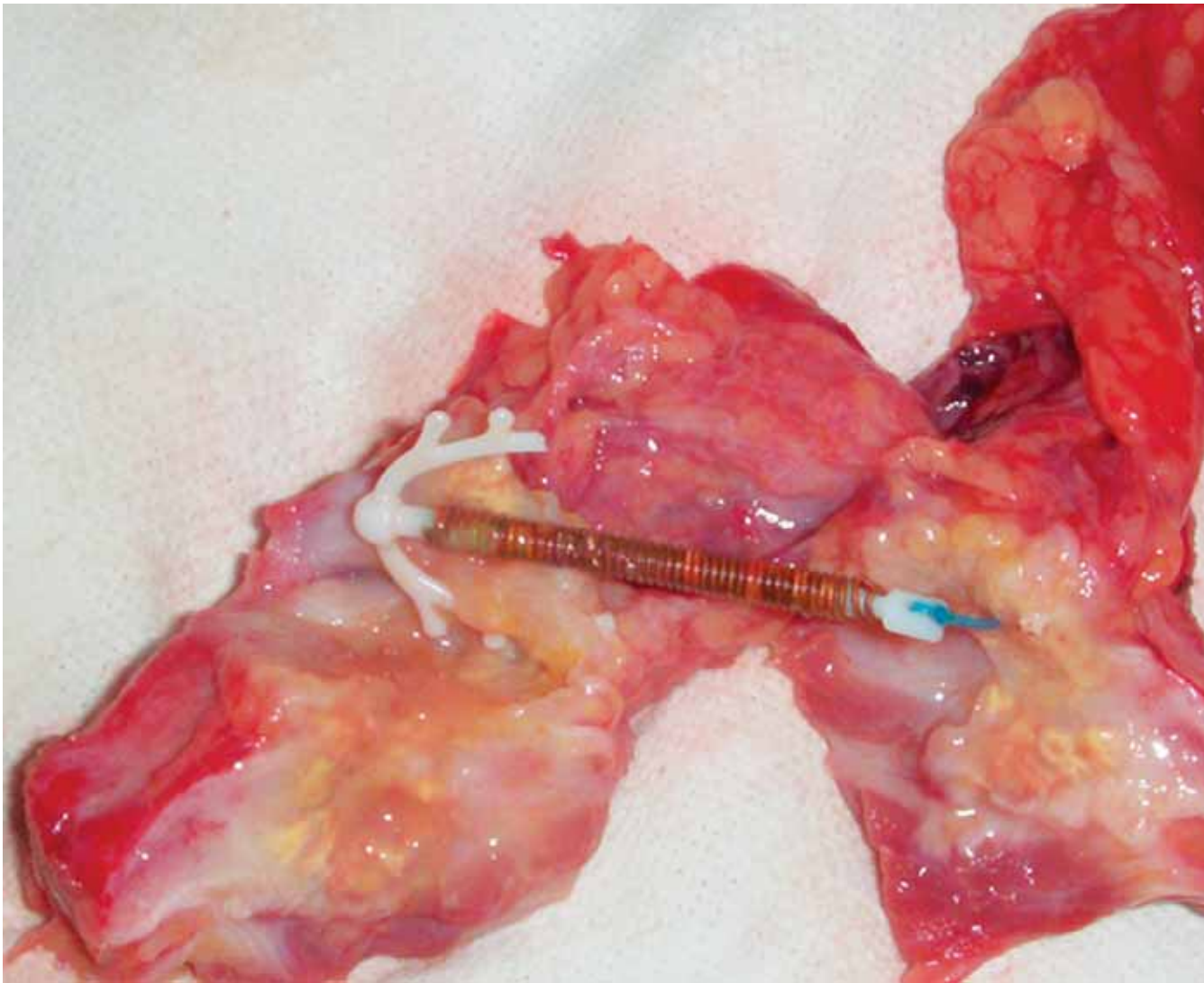
perforasiya dəliyindən daxili orqanlar çıxarıldıqda (bağırsaq, piylik) təcili surətdə laparotomiya aparılmalıdır. Uşaqlığın travması tibb müəssisəsindən kənar yerdə baş verdiyi halda da (kriminal abort) həmçinin əməliyyat mütləq aparılır. Laparotomiya vaxtı uşaqlığın bütün şöbələrinə baxılır, bağırsağın və kiçik çanağın qonşu orqanlarının təftişi aparılır. Cərrahi əməliyyatın həcmi (zədələnmənin tikilməsi, uşaqlığın hissəvi və ya bütövlükdə kəsilib çıxarılması) zədələnmənin ölçüsü və lokalizasiyasından, xəstənin yaşından, infeksiyanın inkişaf edib-etməməsindən asılıdır. Uşaqlığın divarının kiçik defekti aşkar olunduqda yaranın kənarlarını kəsib tikməklə məhdudlaşmaq olar. Əməliyyat zamanı döl yumurtasının hissələrinin uşaqlıqdan tam xaric edilməsinə nail olmaq məqsədilə selikli qişanı qaşımaq lazımdır. Damar kələfinin zədələnməsi, parametral toxumada hematomanın əmələ gəlməsi ilə nəticələnən uşaqlıq divarının böyük və çoxsaylı defektləri olduqda uşaqlığın supravaginal amputasiyası aparılır, bəzi hallarda isə uşaqlığın ekstirpasiyası. Qonşu orqanların böyük travmaları aşkar olduğu halda müvafiq mütəxəssislərin yardımına ehtiyac yaranır.

Yatrogen travmaların qarşısını almaq onların nəticələrini aradan qaldırmaqdan asandır. Süni abort zamanı uşaqlığın zədələnməsinin qarşısını almaq üçün bu əməliyyat hamiləliyin 12 həftəsindən gec aparılmamalıdır: uşaqlığın vəziyyəti və ölçülərini təyin etmək məqsədilə bimanual müayinənin aparılması vacibdir; uşaqlıq boynunun istiqamətini və boşluğun uzunluğunu dəqiqləşdirmək üçün zondla müayinə mütləq aparılmalıdır; uşaqlıq boynunun ön dodağına qoyulmuş təkdişli (və ya ikidişli) maşanı önə çəkməklə, uşaqlıq boynu ilə cismi arasındakı bucağı düzəltmək; uşaqlıq boynu kanalını ehtiyatla genişləndirmək, Heqar genişləndiricilərini ölçülərinə müvafiq ardıcılıqla daxil etmək; abortsənqdan yalnız döl yumurtasının soyulmuş hissələrini xaric etmək məqsədilə istifadə etmək; əməliyyatı adekvat ağrısızlaşdırma altında yerinə yetirmək.

Uşaqlığın perforasiyası bədxassəli prosesə şübhə ilə əlaqədar aparılan diaqnostik qaşınma vaxtı baş verə bilər. Əzələ qatının

xərçəng prosesi ilə dərin zədələnməsi olduqda perforasiya əməliyyatı aparan şəxs tərəfindən asanlıqla edilə bilər. Bu səbəbdən diaqnostik qaşınmadan əvvəl histeroqrafiya və ya histeroskopiya aparmaq məsləhətdir; bu toxumanın qaşıntısını dəqiq, maksimal ehtiyatla və ablastik aparmağa imkan yaradır.

Uşaqlığın perforasiyası uşaqlıqdaxili kontrasepsiyanın fəsadı da ola bilər. Bu fəsada az hallarda rast gəlinə də (1:5000), çox ciddi xarakter daşıyır. Uşaqlığın perforasiyası hissəvi (kontraseptiv miometriuma nüfuz edir) və tam (kontraseptiv qarın boşluğuna nüfuz edir) ola bilər. Əksər hallarda perforasiya uşaqlıqdaxili vasitənin (UDV) yeridilmə momentində baş verir, xüsusilə də əgər UDV abortdan dərhal sonra daxil edilir (şəkil 18.3).



Şəkil 18.3. Uşaqlıqdaxili kontraseptiv ilə perforasiya

Perforasiyanın haqqında o halda fikirləşmək lazımdır ki, UDV-nin yeridilmə vaxtı qadın kəskin ağrı hiss edir və ya güclü sancışəkilli ağrılar UDV-nin yeridilməsindən sonra bir neçə gün ərzində qadına əziyyət verir.

Qadın qarının aşağı nahiyyəsində olan daimi ağrılardan şikayət edib, lakin UDV-nin düşməsinə hiss etməyibsə, həkim isə uşaqlıq yolunda UDV-nin saplarını təyin etmərsə, ikincili (spontan) perforasiyaya şübhə yarana bilər.

Daxili qanaxmanın nəzərə çarpan klinik əlamətlərinə az hallarda rast gəlinir. Məhdudlaşmış və ya yayılmış peritonitin simptomları gec meydana çıxır. Ginekoloji müayinə baş vermiş perforasiyanın diaqnostikasında dəqiq məlumat vermir. Bu səbəbdən diaqnostikada USM, histeroskopiya və laparoskopiya əsas rol oynayır. UDV-nin qarın boşluğuna nüfuz etməsini təsdiq edəndən dərhal sonra onun cərrahi yolla xaric edilməsinə başlamaq lazımdır. Əməliyyat zamanı uşaqlığı diqqətlə müayinə (baxış) etmək lazımdır. Uşaqlıqda nekrotik və iltihabi proseslərin olması onun kəsilib götürülməsinə göstəriş təşkil edir. Uşaqlığın perforasiyasının erkən diaqnostikası və vaxtında yerinə yetirilən cərrahi müdaxilə uşaqlığın saxlanılmasını təmin edir. UDV-nin qarın boşluğunda uzun müddət qalması yataq yaralarının, iltihabi prosesin, bitişmələrin, bağırsaq keçməməzliyinin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Doğuş zamanı əmələ gələn uşaqlıq boynunun cırılmaları tam bərpa olunmadıqda onlar əksər hallarda sağalma ikincili bitişmə ilə başa çatır. Belə hallarda xarici dəlik nahiyyəsində sirkulyar əzələlərin tamlığı pozulmuş olur; boylama əzələ lifləri isə sirkulyar əzələlərin əks-təsiri olmadıqda öz tonusunun hesabına xarici dəliyi bir qədər açırlar. Servikal kanalın selikli qişasının çevrilməsi ilə səciyyələnən uşaqlıq boynunun belə vəziyyəti *ektropion* adlanır. Qələvi mühitə malik olan servikal kanala turş reaksiyası olan uşaqlıq yolunun möhtəviyyəti daxil olur. Bu, mütəmadi kimyəvi qıcıqlanmaya şərait yaradır. Uşaqlıq boynunun anatomik dəyişiklikləri və şirənin əmələ gəlməsinin çatışmazlığı servikal kanala infeksiyanın daxil olmasına şərait yaradır, nəticədə xroniki iltihabi proses inkişaf edir (*endoservisit*). İkitərəfli cırıqlar olduqda uşaqlıq boynu daha çox deformasiyaya uğrayır. Xəstələrin şikayətləri selikli-irinli ifrazatın əmələ gəlməsindən ibarət olur; bəzi hallarda kontakt qanaxmaların olması mümkündür.

Uşaqlıq boynunun cırılmaları, deformasiyaları və ektropionu olduqda müalicəni şırınqa (soda, kalium permanqanat, furasilin ilə), uşaqlıq yolu vannaları (protarqol ilə), tamponlar (sintomisin emulsiyası ilə) şəklində iltihab əleyhinə tədbirlərdən başlayırlar. Uşaqlıq boynunun deformasiyası böyük olmadığı halda, iltihabın təzahürlərini aradan qaldırdıqdan sonra diatermokoagulyasiya və ya kriodestruksiya aparılır. Dərin cırıqlar cərrahi yolla müalicə olunmalıdır. Xərçənglə zədələnmənin mümkünlüyünü nəzərə alaraq, uşaqlıq boynunda cərrahi əməliyyatlardan əvvəl sitoloji müayinə, kolposkopiya, lazım olduqda biopsiya aparılmalıdır.

Cinsiyyət orqanların zədələnmələrinin məhkəmə-təbabət ekspertizası cinsi cinayətlər olduğu hallarda xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Zərərçəkmişlər tibb müəssisələrinə müraciət etdikdə, həkim tam həcmdə yardım göstərməlidir, həm cinsiyyət yollarından, həm də ağız boşluğundan və düz bağırsaqdan (göstərişlər olduqda) spermatozoidlərin və qonokokkların mövcudluğuna yaxma götürülməlidir. Bütün məlumatlar iştirak edənlərin (həkim, tibb bacısı) adları, soyadları qeyd olunmaqla tibbi sənədlərdə öz əksini tapmalıdır. İlkin tibbi yardım göstərdikdən sonra həkim baş vermiş hadisə haqqında polis orqanlarına məlumat verməlidir.

XIX FƏSİL

QIZLARIN MÜAYİNƏ OLUNMASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ, UŞAQLARDA VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ GİNEKOLOJİ XƏSTƏLİKLƏR

Qızların ginekoloji müayinəsinin bir sıra xüsusiyyətləri vardır. Qorxu hissinin təsiri altında ağrı və ya digər xoşagəlməz hislərin olacağını gözləyən uşaqlar tez-tez həkimlərin hərəkətlərinə fiziki müqavimət göstərirlər. Məhz bu səbəbdən həkim müayinəyə qədər kiçik pasiyenti sakitləşdirməli və onun rəğbət və etimadını qazanmağa çalışmalıdır. Uşaq müayinə üçün hazırlanmış vasitələri, eləcə də qana bulaşmış sarğı materiallarını və mələfləri görməməlidir. Müayinə otağında kənar adamların olması və ya qızların müayinəsinin başqa pasiyentlərin iştirakı ilə edilməsi tamamilə yolverilməzdir.

Yaşlı qadınlardan fərqli olaraq qızlarda daxili cinsiyyət orqanlarının əllə və ya alətlərlə müayinəsi qeyri-münasibdir. Ona görə də lazımi alətlərin seçilməsinə çox ehtiyatla yanaşılmalı və daha az travmatik vasitələrə üstünlük verilməlidir. Bununla əlaqədar olaraq uşaqyaşlı ginekoloji kabinetlərin və ya ixtisaslaşdırılmış müəssisələrin həkimləri, orta və kiçik tibb personalı xüsusi hazırlığa malik olmalıdırlar.

Ginekoloji xəstəlikləri olan uşaqların müayinə olunması ümumi və xüsusi olaraq 2 yerə ayrılır. Qızların ümumi müayinəsini cinsiyyət orqanlarının bu və ya digər zədələnmələrinin bilavasitə səbəbi olan ekstragenital xəstəliklərin aradan qaldırılması ilə başlanması məqsəduyğundur. Anamnezlə tanış olmazdan əvvəl uşağın anasından və ya qohumlarından onun haqqında məlumat toplamaq və yalnız bundan sonra qızın özünə əlavə suallar vermək lazımdır. Xəstənin anasının hamiləliyinin necə keçməsinə, hamiləlik vaxtı peşə zərərinin olub-olmamasını və ya embrioge-

nezin böhranlı dövründə başqa zədələyici amillərin təsirini bilmək vacibdir. Daha sonra doğuşun gedişatını müəyyənləşdirmək lazımdır. Həkim cinsi yetkinlik dövrünə də xüsusi diqqət yetirməlidir.

Qızın ümumi müayinəsini baxışdan başlamaq lazımdır. Bu zaman bədən quruluşunun xüsusiyyətləri, inkişaf qüsurlarının mövcudluğu və ya olmaması, dəri örtüyünün vəziyyəti, ikincili cinsi əlamətlərin olması və onların müayinə olunanın yaşına uyğunluğu müəyyənləşdirilir.

Cinsi inkişafın qiymətləndirilməsi zamanı morfotiplərin təyin edilməsindən istifadə olunur. Sonra xəstənin başqa vacib orqan və sistemlərinin (tənəffüs, ürək-damar, həzm və s.) müayinəsinə keçilir.

Ümumi baxışdan və obyektiv müayinədən sonra xüsusi metodlara keçilməlidir. Xüsusi müayinə aşağıdakı qaydada aparılır: xarici cinsiyyət orqanlarının müayinəsi, qızlıq pərdəsinin müayinəsi; bakterioskopik və bakterioloji tədqiqatlar üçün uşaqlıq yolu dəhlizindən, sidik kanalından, parauretral yollardan, böyük vestibulyar vəzilərin çıxarıcı kanallarından və düz bağırsaqdan yaxmaların götürülməsi. Lazım gəldikdə, sitoloji müayinə üçün uşaqlıq yolundan yaxma götürülür. Uşaq ginekologiyasında uşaqlıq yolu – qarının ön divarının müayinəsi, bir qayda olaraq, istifadə olunmur, o, düz bağırsaq – qarının ön divarının müayinəsi ilə əvəz olunur.

Xüsusi müayinənin əlavə metodlarından patoloji prosesin xüsusiyyətlərindən asılı olaraq istifadə olunur.

Vaginoskopiya uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin müxtəlif işıqlandırıcı sistemlərin köməyi ilə müayinəsi deməkdir. Vaginoskopiyanın icrası üçün “Valentina” tipli uretroskoplardan, həmçinin xüsusi işıqlandırıcılı uşaq güzgülərindən geniş istifadə olunur. Bu alətlərin hər birindən çox ehtiyatla istifadə olunmalıdır, çünki ehtiyatsız manipulyasiya uşağın genital orqanlarının zədələnməsinə səbəb ola bilər.

Zondla müayinədən uşaqlıq yolunun müayinəsində istifadə olunur. Zondla müayinə zamanı uşaqlıq yolunun düz bağırsağın müayinəsi ilə uyğunlaşdırılması məqsədəuyğundur. Belə

kombinə edilmiş müayinə üsulundan uşaqlıq yolunda yad cisimlərin aşkar edilməsi məqsədilə istifadə olunur.

Sınaq punksiyası. Uşaq ginekologiyası praktikasında sınaq deşiyi, yaşlı qadınlarda olduğu kimi, uşaqlıq yolunun arxa tağında deyil, başqa yerlərdən, məsələn, qızlıq pərdəsinin atreziyası zamanı ginatreziya nahiyyəsində və ya hematokolpos zamanı uşaqlıq yolu nahiyyəsində aparılır.

Kolpositoloji müayinə. Uşaq ginekologiyası praktikasında bu metoddan yumurtalıqların hormonal funksiyaları haqqında fikir yürütmək üçün çox geniş istifadə olunur. Yaxmalar, adətən, uşaqlıq yolunun yan tağlarından götürülür.

Uşaqlıqdan aspiratın götürülməsi. Son zamanlar sitoloji müayinə üçün uşaqlıqdan aspiratın götürülməsi metodu geniş yayılmışdır.

Qaz rentgenopelvioqrafiyası. Bu metodun köməyi ilə daxili cinsiyyət orqanların mövcudluğu və forması haqqında lazımi məlumat almaq, kiçik çanaq boşluğunda şişi aşkar etmək və onun yerləşməsini müəyyənləşdirmək olar. Qaz rentgenopelvioqrafiyası 1 yaşdan 16 yaşadək qızlarda aparıla bilər. Müvafiq alətlər (güzgülər, qaldırıcılar, maşalar və s.) olduqda histeroqrafiya asanlıqla deflorasiyasız aparılır. Qızlıq pərdəsinin elastikliyi zamanı 0,25%-li novakain məhlulu yeridilir, bundan sonra isə çox ehtiyatla himenin dəliyi vasitəsilə uşaqlıq yoluna uşaq güzgüsü və qaldırıcı daxil edilir. Uşaqlığın boynu təkdişli maşaların köməyi ilə uşaqlıq yolu girəcəyinə yaxın dartılıb gətirilir. Uşaqlıq boşluğunun zondlanması kiçik zondla aparılır, sonra isə servikal kanala kiçik uşaqlıq ucluğu yeridilir. Uşaqlıq nahiyyəsinə 2-2 ml suda həll olan kontrast maddələr yeridildikdən sonra histeroqram aparılır.

Vaginoqrafiya. Vaginoqrafiya uşaqlıq yolunun rentgenoqrafik müayinəsi deməkdir. Uşaqlıq yolunun inkişaf qüsuru və ya onun atreziyası şübhəsi yarandıqda vaginoqrafiyanı prepubertat dövründə (menstrual funksiyanın başlanmasına qədər) tətbiq etmək olar.

Pnevmoretroperitoneum şəraitində böyrəküstü vəzilərin rentgenoqrafiyası. Bu metod böyrəkətrafi toxumalara yeridilən qaz fonunda böyrəküstü vəzilərin rentgenoqrafik müayinəsini nəzərdə tutur. Qızın yaşından və bədən quruluşundan asılı olaraq 500 *ml*-dən 1800 *ml*-ə qədər oksigen yeridilir.

Bel nahiyyəsinin rentgenoqramının aparılmasına qədər qaz böyrəkətrafi toxumalarda yaxşı bölüşdürülməlidir. Rentgenoqramda böyrəklər və böyrəküstü vəzilər yaxşı görünür, bu isə onların forması və həcmi haqqında məlumat əldə etməyə imkan verir.

Uşaq ginekologiyası praktikasında göstərilən rentgenoloji metodların tətbiqi cinsiyyət orqanlarının inkişafının anomaliyaları və başqa ginekoloji xəstəliklərin düzgün və vaxtında diaqnostikasına kömək edir. Lakin rentgen şüaları yumurtalıqlara xoşagəlməz təsir göstərə bilər. Ona görə də müayinənin rentgenoloji metodları ciddi göstərişlərə əsasən aparılmalıdır.

Uşaq və yeniyetmə yaşlarında cinsiyyət orqanlarının ayrı-ayrı xəstəliklərinin mənşəyi, patogenezi və klinikasının xüsusiyyətləri belə xəstələrin müayinəsinin spesifik xüsusiyyətlərindən asılıdır.

Ultrasəs müayinəsi (exoqrafiya). Ultrasəs müayinəsi qeyri-invaziv diaqnostikanın daha müasir və geniş yayılmış metodlarından biridir. Daxili cinsiyyət orqanlarının vizuallaşması üçün müayinə sidik kisəsi dolu olduqda aparılır. Bu metod üçün əks göstəriş yoxdur.

Ultrasəs müayinəsinin əsas göstəricisi uşaqlığın və yumurtalıqların ölçüləri haqqında məlumatların dəqiqləşdirilməsidir. Exoqrafiya daxili cinsiyyət orqanlarının inkişafının anadangəlmə anomaliyaları haqqında məlumat almağa imkan verir. Ultrasəs müayinəsi uşaqlıq artımlarında (sist, sistoma, xərçəng) həcmli proseslərin aşkar edilməsində geniş diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Kompyuter tomoqrafiyası (KT), hər şeydən əvvəl, bu və ya digər prosesin lokalizasiyası, diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün zəruridir. Bu zaman şüa yükü Rn-skopiyaya nisbətən daha yüksəkdir.

Maqnit-rezonans tomoqrafiyası (MRT) isə kiçik çanaq boşluğu orqanlarının müayinəsi üçün daha təhlükəsiz metod sayılır. Kompyuter tomoqrafiyası ilə müqayisədə maqnit rezonans tomoqrafiyası daha yüksək informativliyə malikdir.

Uşaqlar üçün normada (maksimal) hipofizin ölçüsü 6 *mm*, reproduktiv yaşlı qadınlar üçün isə 10 *mm* sayılır. Cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri olan xəstələrin müayinəsi zamanı uşağın ümumi xəstəliklərini (infeksion, ekstragenital və s.) əks etdirən anamnezlə ətraflı tanış olmaq, eləcə də xəstənin məişət şəraitini, valideynlərinin xəstəliklərini (trixomoniaz, zöhrəvi xəstəliklər), qidalanma şəraitini, ekssudativ diatezin və başqa allergik xəstəliklərin olmasını, maddələr mübadiləsinin pozulmasını, bağırsaqların invaziyasını və s. məsələləri müəyyənləşdirmək lazımdır.

Bu qrupdan olan xəstələrdə əsasən uşaqlıq yolundan, sidik kanalından, düz bağırsaqdan, eləcə də əsnəkdən və burundan götürülən bakterioloji və bakterioskopik müayinənin mühüm əhəmiyyəti vardır.

Törədicinin identifikasiyası, eləcə də onun antibiotiklərə həssaslığının müəyyənləşdirilməsi iltihabi prosesin düzgün müalicəsinin təminatı sayıla bilər. Etiologiyası aydınlaşdırılmamış vulvovaginitlərin tezliyini azaltmaq məqsədilə müayinənin virusoloji metodlarından daha geniş istifadə etmək lazımdır.

Qızlarda vulvovaginitin müayinəsində əlavə üsul kimi uşaqlıq boynunun güzgü və vaginoskopiya vasitəsilə yoxlanılması vacibdir.

Bu metodlar uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boynunun selikli qişasının zədələnmə dərəcəsini, prosesin yayılmasını, uşaqlıq yolunun çapıqlı dəyişikliklərini, həmçinin ikincili vulvovaginitlərin inkişafını şərtləndirən yad cisimlərin və ya helmintlərin aşkar edilməsini müəyyənləşdirməyə imkan verir.

Yuvenil qanaxmalar zamanı xəstələrin müayinəsi kompleks şəkildə, yəni pediatrın, hematoloqun, endokrinoloqun, otolarinqoloqun, nevropatoloqun və başqa mütəxəssislərin iştirakı ilə aparılmalıdır. Anamnez toplanarkən uşağın antenatal inkişaf mərhələsinə (anada somatik və mamalıq patologiyası, zərərli peşələrin təsiri), hamiləliyin gedişatının xüsusiyyətlərinə, eləcə də uşağın

ömrünün bütün dövrlərində inkişafına və keçirdiyi xəstəliklərə xüsusi diqqət yetirilməlidir.

Anamnez toplarkən yuvenil qanaxmalı qızlarda cinsi yetkinlik mərhələsinə, menarxenin yaranması vaxtına, menstruasiyanın xüsusiyyətinə xüsusi diqqət yetirmək və həyatının bu dövründə onun orqanizminə təsir göstərən mənfi təsirləri (psixogen travmalar, həddindən artıq yorulma, xroniki infeksiyalar və s.) müəyyənəlməkdir.

Ümumi obyektiv və xüsusi ginekoloji müayinələrdən başqa qanın laxtalanma sistemini xarakterizə edən göstəriciləri də nəzərə almaq lazımdır. Koaquloqramın dəyişilməsi (trombositopeniya, qanın laxtalanma müddətinin uzanması, qanaxma müddətinin uzanması və s.) bir çox yuvenil qanaxmalı xəstələrdə müşahidə olunur. Bütün müayinə olunan şəxslərdə qanın, sidiyin, uşaqlıq yolu yaxmalarının dəfələrlə müayinəsi aparılmalıdır. Göstəricilərə əsasən döş qəfəsi orqanlarının rentgenoskopiyası, kəllənin rentgenoqrafiyası, EKG aparılır, qaraciyərin və böyrəklərin funksional vəziyyəti müəyyənəlməkdir.

Yuvenil qanaxmalı xəstələrin müayinəsi zamanı yumurtalıqların və başqa endokrin vəzilərin – hipofiz, qalxanabənzər və böyrəküstü vəzilərin funksional vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Menstrual tsikllərin xüsusiyyətini müəyyənəlməkdir üçün bazal temperaturun ölçülməsi, eləcə də uşaqlıq yolu yaxmalarının sitoloji müayinəsi daha sadə və əlverişli üsul hesab olunur. Yumurtalıqların funksional vəziyyəti haqqında fikir yürütmək üçün daha dəqiq üsul qanda və sidikdə estrogen hormonların, qanda progesteronun, sidikdə isə preqnandiolun fraksion təyiniidir.

Estrogenlərin ekskresiyasının həcmi pasiyentin yalnız yaşından deyil, daha çox menstrual funksiyanın müddətindən asılıdır.

Estrogenlərin üç əsas fraksiyasının (estradiol, estron və estriol) bir-birinə nisbətinə görə onun yarısından çoxunu estriol təşkil edir, estronun estradiola nisbəti tsiklin birinci yarısında 3,5-ə, ikinci yarısında isə 2,8-ə bərabərdir.

Xəstələrin əksəriyyətində aşkar edilən preqnandiolun aşağı səviyyəsi birinci menstrual tsiklin anovulyator xüsusiyyəti haq-

qında məlumat verir. 12-14 yaş dövründə onlar 60%, 15 yaş dövründə 47%, 16-17 yaş dövründə 43% hallarda müşahidə edilir. Beləliklə, cinsi yetişkənlik dövründə anovulyator tsikllər fizioloji təzahürə malikdir.

Yumurtalıqın estrogenhasilədişi şişlərinə şübhə yarandıqda ultrasəs müayinəsindən istifadə etmək vacibdir.

Cinsiyyət orqanlarının inkişaf anomaliyaları olan xəstələrin anamnezi toplanarkən dölün antenatal inkişafı dövründə ona təsirədişi xoşagəlməz amillərə (anadangəlmə gınatreziya), həmçinin qız uşaqlarının kiçik yaşlarda keçirdikləri yoluxucu xəstəliklərə diqqət yetirmək lazımdır. Adi müayinə üsullarından başqa cinsiyyət orqanlarının inkişafında qüsurların olması ehtimalı zamanı diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün bir sıra əlavə müayinələrin aparılması məsləhətdir: uşaq güzgüləri ilə uşaqlıq yolunun müayinəsi, uşaqlıq yolunun və uşaqlığın zondla tədqiqi, kiçik çanaq orqanlarının rentgenoqrafiyası. Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun inkişafının diaqnostikası üçün histeroqrafiyadan istifadə olunur.

Cinsiyyət orqanlarının, eləcə də xarici cinsiyyət orqanlarının şişlərinin vaxtında diaqnostikası üçün qızların həyatının müxtəlif dövrlərində müayinə olunmaları üçün anaların və patronaj tibb heyətinin cəlb edilməsi lazımdır.

Uşaqlıq yolunun şişləri zamanı müayinənin sitoloji metodu ilə yanaşı vaginoskopiyanın da mühüm rolu vardır. Şübhəli hallarda konxotom ilə patoloji dəyişilmiş toxumanın biopsiyası aparılır.

Uşaqlıq boynu zədələnməsinin diaqnostikasında vaginoskopiya və yaxmaların sitoloji tədqiqatı kömək edə bilər. Uşaqlıq boyunun xərçəngi şübhəsi olduqda biopsiya zəruridir. Uşaqlıqda şiş ehtimalı olduqda zondla müayinə aparılır, digər hallarda isə histeroqrafiyadan və uşaqlığın selikli qişasının diaqnostik qaşınması üsullarından istifadə olunur.

Yumurtalıq şişi olan xəstələr daha çox diqqəti cəlb edir. Bu qrupdan olan xəstələrin müayinəsi zamanı xüsusi mükəmməllik tələb olunur. Ümumi qəbul olunmuş metodlardan başqa ultrasəs müayinəsi, qarın boşluğunun rentgenoskopiyası, bağırsağın və mədənin rentgenoqrafiyası tətbiq olunur. Bəzi hallarda isə pielo-

qrafiya və sistoskopiya aparılır. Xüsusilə çətin diaqnostik hallarda hətta sınaq laparotomiyası və ya laparoskopiyadan istifadə olunur.

Xarici cinsiyyət orqanlarının travması zamanı ümumi qəbul olunmuş müayinə metodlarından istifadə olunur. Müayinə zamanı diaqnoz, adətən, asanlıqla qoyulur. Uşaqlıq yolunun zədələnməsi zamanı vaginoskopiya aparılır.

Genital travma zamanı qızların müayinəsi adətən, narkoz altında aparılır. Lazım olduqda sidik kanalı, sidik kisəsi və düz bağırsaq kimi qonşu orqanlar da yoxlanılır. Bu məqsədlə sistoskopiya, uretroskopiya, düz bağırsağın barmaqla müayinəsi və ya xüsusi rektal güzgünün köməkliyi ilə rektoskopiya aparılır.

Qızların və yeniyetmələrin müayinəsi zamanı genetik müayinə metodları xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Tibbi-genetik tədqiqatların inkişafı ilə əlaqədar olaraq cinsi yetkinliyin gecikməsinin etiologiyası və patogenezi və cinsi differensiasiyasının pozulmasının müxtəlif formaları haqqında təsəvvürlərimiz genişlənmişdir. Patologiyanın bu formalarının əsasında xromosom və gen mutasiyaları ilə xarakterizə olunan irsi aparatın pozulmaları dayanır.

Yumurtalıqların düzgün formalaşması və fəaliyyəti üçün tək cinsi xromosomların deyil, eləcə də somatik xromosomların normal yığılmasının mühafizəsi zəruridir. Cinsi xromosomların sisteminə struktur və kəmiyyət pozulmaları *qonadların disgenезiyasının* müxtəlif formalarının səbəbi ola bilər: a) Şereşevski-Terner sindromu – xəstələrin 45X0; 46XX/45XO kariotipi; b) *qonadın disgenезiyasının* aşkar olunmayan forması – mozaikizm formasında xromosom anomaliyaları: 46 XX/45X0 və ya X-xromosomlardan birinin struktur anomaliyaları; c) *qonadın disgenезiyasının* “təmiz” forması – xəstələrin kariotipi 46XY olduğu kimi, həm də 46XX ola bilər; nadir hallarda 45X0/46XX; 46XX/47XX; 45X0/46XY tipli mozaikizmə təsadüf olunur; ç) *qonadın disgenезiyasının* qarışıq forması – xəstələrin kariotipi müxtəlif ola bilər: 46XY/45X0; 46XY/46XX; 46XX. Cinsi differensiallaşmanın xromosom pozulmaları adrenogenital sindrom və kişi psevdohermafroditizmi zamanı pozulmaların əsasında dayanır.

Hazırda xromosom və gen mutasiyalarının yaranmasına gətirib çıxaran səbəblərin müəyyənləşdirilməsinə xüsusi diqqət yetirilir. Bu məqsədlə klinik-sitogenetik, genealoji və biokimyəvi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri. Məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri tez-tez təsadüf olunan patologiyadır. Məktəb illərində qızlarda və yeniyetmələrdə iltihabi proses pubertat mərhələdə yerini menstrual funksiyanın pozulmasına və neyroendokrin pozulmalara verərək ikinci plana keçir.

Qızların cinsiyyət orqanlarının anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri ilə əlaqədar (uşaqlıq yolunun selikli qişasında çoxqatlı yastı epitelinin zəif inkişafı, cinsiyyət orqanlarının toxumalarının regenerasiya imkanlarının aşağı olması, yerli immunitetin çatışmazlığı, uşaqlıq yolunun tamamilə özünütemizləmə mexanizminin olmaması) iltihabi proses xarici cinsiyyət orqanlarında və uşaqlıq yolunda (müxtəlif mənşəli vulvovaginitlər) asanlıqla əmələ gəlir.

Vulvovaginitlər birincili və ikincili olur. Birincili qeyri-spesifik vulvovaginitlər qrupuna cinsiyyət orqanlarına fiziki (mexaniki, termik), kimyəvi və ya infeksiya amillərinin birbaşa təsiri ilə üzə çıxan xəstəliklər aiddir. İkincili qeyri-spesifik iltihabi qrupa ümumi xəstəliklər (qızılca, məxmərək, skarlatina, tonzillit, enterobioz, pnevmoniya, ekssudativ diatez, şəkərli diabet və s.) nəticəsində yaranan patologiyalar aiddir.

Vulvanın və uşaqlıq yolunun qeyri-spesifik iltihabı. Etiologiyası. Patogenezi. Qızlarda vulvitlərin və vaginitlərin əmələ gəlməsinə təkcə cinsiyyət orqanlarının anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri deyil, eləcə də etioloji amillərin xüsusiyyətləri təsir göstərir.

Vulvovaginitlərin əmələ gəlməsində infeksiya amilləri birinci yeri tutur: 70% uşaqlarda infeksiya prosesi bakteriya və göbələklər, 20% hallarda viruslar əmələ gətirir, 10% hallarda bakterio-oloji tədqiqatlar zamanı hər hansı bir floranı ayırd etmək mümkün olmur. Demək olar ki, xəstələrin yarısında qarışıq mikrob florasına

(stafilokokklar, streptokokklar, bağırsaq çöpləri, enterekokk, göbələklər) təsadüf olunur. İltihabın səbəbi saprofit mikroorqanizmlərdir. Orqanizmin müdafiə gücünün aşağı düşməsi zamanı bəzən mikoplazmalar, sadə herpes virusları və digər törədicilər aktivləşir. Cinsiyyət orqanlarının yoluxması müxtəlif yollarla – bilavasitə kontakt yolu ilə, intrakanalikulyar, hematogen, limfogen və perinevral boşluqlar boyunca (virus infeksiyası) baş verir.

Xarici cinsiyyət orqanlarının ikincili iltihabi prosesi zamanı infeksiya orqanizmin ümumi və yerli müdafiə reaksiyalarının azalması nəticəsində inkişaf edir. Bu isə cinsiyyət orqanlarının patogen flora ilə yoluxmasına səbəb olur və ya saprofitlərin fəallaşmasına gətirib çıxarır.

Uşaq yaşlarında cinsiyyət orqanlarının qeyri-spesifik iltihabi proseslərinin patogenezi və etiologiyasını nəzərdən keçirərkən iltihabın inkişafına və qorunub saxlanmasına səbəb olan aşağıdakı amillərin rolunu nəzərə almaq lazımdır:

1. Qızların cinsiyyət orqanlarının anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri:

a) uşaqlıq yolunun selikli qişasının büküşlərinin çox olması, orqanizmin estrogen doyumluluğunun aşağı olması, uşaqlıq yolunun epitelində qlikogen çatışmazlığı, uşaqlıq yolunun neytral və ya qələvi mühiti;

b) uşaqlıq yolunda kokk florasının üstünlüyü, yerli immunitetin zəifləməsi.

2. Endogen patoloji amillər: anemiya, qanın sistem xəstəlikləri, şəkərli diabet, ekssudativ diatez, qlomerulonefrit, pielonefrit, sistit, infantilizm, ekstragenital infeksiya ocaqlarının mövcudluğu, enterobioz.

3. Ekzogen patoloji amillər: cinsiyyət orqanlarının travması, uşaqlıq yoluna yad cisimlərin daxil edilməsi, gigiyenik rejimin pozulması.

4. Alimantar pozuntular, əlverişsiz məişət şəraiti.

Klinika. Vulvitlərin və kolpirlərin qeyri-spesifik klinik gedişatı onların tədricən inkişafı və uzunmüddətliliyi ilə seçilir. Xəstələr sidik ifrazından sonra göynəmədən, xarici cinsiyyət

orqanları nahiyəsində ağrılardan şikayət edirlər. Uşaqların ümumi vəziyyəti az zərər çəkir. Müayinə zamanı məhdud hiperemiya və xarici cinsiyyət orqanlarının şişkinliyi, ödemi müşahidə olunur.

Bəzən irinli qoxuya malik olan patoloji ifrazatın (sulu, sarı və ya seroz-irinli, bəzən isə irinli) mövcudluğu çox xarakterikdir. Kəskin dövrdə patoloji ifrazat olduqca çox, bəzən isə qan qatışıqlı olur. Patoloji ifrazat qaşınma və dəri örtüklərinin maserasiyasını əmələ gətirir.

Diagnostika. Diaqnozun qoyulmasında ətraflı yığılmış anamnezin (kiçik uşaq yaşlarında ekssudativ diatez, allergik dermatit, ekstragenial iltihabi proseslər, gigiyenanın pozulması və s.) böyük rolu vardır. Xarici cinsiyyət orqanları nahiyəsində xarakterik ağrılara, cinsiyyət yollarında patoloji ifrazatlara, dizurik pozğunluqlara (nasazlıqlara) xüsusi əhəmiyyət verilir.

Müayinə zamanı hiperemiya, şişkinlik, uşaqlıq yolunun dəhlizində maserasiya, bəzən sıyrıntılar, hiperpiqmentasiya aşkar olunur. Eyni zamanda qarnın aşağı hissəsini, hiperemiyanın və maserasiyanın yayıla biləcəyi budların daxili səthini diqqətlə nəzərdən keçirmək lazımdır. Vaginoskopiya göstəriciləri böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Bu tədqiqatın aparılması iltihabın təkrari gedişatı zamanı xüsusilə zəruridir, çünki kolpit uşaqlıq yoluna daxil olmuş yad cisimlər səbəb ola bilər. Vaginoskopiya mümkün olmadıqda uşaqlıq yolunun zondla müayinə edilməsi vacibdir.

Vaginoskopun köməkliyi ilə uşaqlıq yolunun müayinəsi zamanı qanlı-fibrin ərpləri aşkar edilə bilər. Bu fibrin ərplər tağlarda yerləşə bilər, burada petexiyalar (kiçik qansızmalar) müşahidə olunur. Bu əlamət iltihabi prosesin kəskin gedişatından asılı olaraq parlaq şəkildə ifadə olunur.

Vaginoskopiyaadan alınan məlumatlar bəzən törədiciinin xarakterini ehtimal etməyə imkan verir. Belə ki, hiperemiyalı haşiyəli adacıq formalı sahələr boz ərplə örtülmüş kandidamikoz üçün xarakterikdir, boz, sıx yapışmış ərplə örtülmüş sahələr uşaqlıq yolunun difterik zədələnmələri haqqında məlumat verir. Herpes üçün uşaqlıq yolunun selikli qişasında və vulvanın dərisində sulu xırda qovuqcuqların və yaraların olması, uşaqlıq yolunda, dəhliz

nahiyəsində, budların və sağrıların dərisində pustulaların əmələ gəlməsi isə streptokokk və stafilokokk infeksiyaları üçün xarakterikdir.

Kultural və bakterioskopik metodlar vacib diaqnostik metodlar sayılır. Lakin cinsiyyət orqanlarından ayrılmış mikroflora hər zaman etiotrop hesab olunmur. Virus infeksiyası şübhəsi yarananda qaşınma uşaqlıq yolunda immunoflüoresent metodunun köməyi ilə tədqiq olunur. Uşaqlıq yolu və xarici cinsiyyət orqanları ilə yanaşı iltihabi prosesə sidik kanalı, sidik kisəsi və düz bağırsaq cəlb oluna bilər. Ona görə də bu orqanlardan götürülmüş ifrazatın bakterioskopik və bakterioloji müayinəsi vacib sayılır.

Müalicə. Vulvovaginit zamanı qızların şəxsi gigiyenasına – bədənin, xarici cinsiyyət orqanlarının təmizliyinə, alt paltarlarının tez-tez dəyişdirilməsinə ciddi riayət olunmasına diqqət yetirmək lazımdır. Pəhrizdə az karbohidratlı qida olmalı, qıcıqlandırıcı maddələr qidadan xaric olunmalıdır.

Əsas xəstəliyin müalicəsinə və orqanizmin müdafiə gücünün artırılmasına xüsusi diqqət yetirilməli, bu məqsədlə vitaminlər, stimullaşdırıcı terapiya, desensibilizasiyaedici vasitələr təyin olunmalıdır. Vulvovaginitlərin terapiyasında aparıcı rol yerli proseduralara məxsusdur. Bu məqsədlə uşaqlıq yolunun elastik kateter vasitəsilə rivanol məhlulu ilə (1:5000), furasilinlə (1:10 000), hidrogen peroksidlə (3%-li məhlul) ehtiyatla yuyulması məsləhət görülür.

Çobanyastığı dəmləməsi, evkalipt yarpaqları, adaçayı tinkurası və s. ilə olan oturaq vannalar (hər gün 38°C temperaturda 15 dəq.) effektiv sayılır. Uşaqlıq yolunun yuyulması və ya oturaq vannalar 3-5 gün ərzində aparılır. Daha uzunmüddətli yerli proseduralar laktobasillərə mənfi təsir göstərir.

Vulvovaginitlərin ağır residivi zamanı mikrob florasının antibiotiklərə həssaslığını müəyyənləşdirdikdən sonra antibiotiklərin yerli tətbiqi mümkündür.

Uzun müddət mövcud olan vulvovaginitlər sinexiyanın formalaşmasına (kiçik və böyük cinsiyyət dodaqlarının bitməsi), uşaqlıq yolunda, uşaqlıq boynunun xarici dəliyində çapıq dəyi-

şikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. *Sinexiyanın* ayrılması (küt və ya iti yolla) onlar aşkar ediləndən sonra aparılmalıdır. Bu müdaxilə qızların cinsi yetişkənlik dövrünə qədər təxirə salınmamalıdır, belə ki, sinexiyanın qalması sidiyin, sonralar isə menstrual qanın təbii yolla çıxmasının pozulmasına gətirib çıxara bilər.

Vulvovaginitlərin uzunmüddətli gedişatı nəticəsində uşaqlıq yolunun və vulvanın polipləri və kondilomaları əmələ gələ bilər. Bəzən isə vulvanın ekzeması da qeyd olunur.

Profilaktikası. Vulvovaginitlərin profilaktikası qızların orqanizmlərinin sağlamlaşdırılmasına yönəldilmiş tədbirlər kompleksindən ibarətdir: şəxsi gigiyena qaydalarına riayət, ümumi möhkəmləndirici tədbirlər (məşğələ və istirahət rejiminə düzgün riayət, vitaminlərin təyini), xroniki infeksiya mənbəyinin ləğvi (tonzillitlərin və yuxarı tənəffüs yollarının xəstəliklərinin vaxtında müalicəsi), enterobiozun müalicəsi.

Yuvenil qanaxmalar. Yuvenil qanaxmalar dedikdə qızların cinsi yetişkənlik dövründə daha çox asiklik (tez-tez) və ya az hallarda tsiklik xassəli uşaqlıq qanaxmaları ilə təzahür edən menstrual tsiklin pozulması nəzərdə tutulur. Yuvenil qanaxmalar daha çox 13-14 yaşlı qızların 2-3%-də təsadüf olunur.

Etiologiya və patogenezi. Etioloji amilləri şərti olaraq 3 qrupa bölmək olar: meyilli, şərtləndirən və həlledici amillər.

Meyilli amillər. Yuvenil qanaxmaların yaranmasına aşağıdakı amillər aiddir:

a) mərkəzi sinir sistemində (xüsusilə diensefal nəhiyyəyə), adenohipofizə (differensiallaşmanın ləngiməsi), yumurtalıqlara (hipohonadizm və s.) və uşaqlığa (natamam formalaşma, inkişafın anomaliyaları) mənfi təsir göstərə bilən ananın hamiləliyinin çətin gedişatı və patoloji doğuşu (rezus-konflikt, gec hestozlar, xroniki hipoksiya və s.);

b) menstrual tsiklin neyrohumoral tənzimləyici mexanizmlərinin dəyişkənliyi;

c) konstitusional xüsusiyyətlər (bədən quruluşunun astenik, interseksual və ya infantil növləri);

ç) əlverişsiz coğrafi iqlim mikroelementləri və maddi-məişət şəraiti (vitamin, mikroelementlər çatışmazlığı, pəhrizin pozulması), infeksiyon xəstəliklər (epidemik hepatit, xroniki tonzillit, pnevmoniya və s.).

Şərtləndirən amillər. Yuvenil qanaxmaları aşağıdakı səbəblər əmələ gətirir:

a) nevroz nəticəsində mərkəzi sinir sistemi funksiyalarının pozulması, yuxunun pozulması, intoksikasiyalar, xroniki tonzillit, vərəm, revmatizm, beyin silkələnməsi;

b) endokrin pozulmalar;

c) estrogen inaktivasiyalarının pozuntuları ilə müşahidə olunan anadangəlmə hepatoenzimopatiyalar, hepatitlər nəticəsində estrogen metabolism pozulmaları;

ç) uşaqlığın anadangəlmə və ya sonradan əldə edilmiş qüsuru.

Həllədiçə amillər. Yuvenil qanaxmaların əmələ gəlməsinə psixi sarsıntılar (imtahanlar, cərrahi əməliyyat, qorxu, yaxın adamların ölümü), fiziki məşğulluq (məşqlər, yarışlar), beyin silkələnməsi (qəza hadisəsi, yüksəklikdən yıxılma, idman travmaları), soyuqdəymələr (qrip, bronxit, angina), xroniki infeksiya mənbəyinin kəskinləşməsi və s. bilavasitə səbəb ola bilər. Beləliklə, yuvenil qanaxmalar polietioloji xəstəliklərdir.

Patogenezi nöqteyi-nəzərindən yuvenil qanaxmaların yaranmasına menstrual funksiyanın əvvəldən qeyri-sabitliyinin nəticəsi kimi baxmaq olar. Yuvenil qanaxmaların patogenezinin əsasında yumurtalıqların funksiyalarının müxtəlif pozulmaları durur: follikulların persistensiyası, onların çoxsaylı atreziyası, sarı cismin çatışmazlığı. Bəzən yuvenil qanaxmalar anovulyasiya zəminində üzə çıxır.

Klinika. Xəstəliyin inkişafı zamanı tez-tez qəflətən qanaxmalar müşahidə olunur. Bu zaman qan itkisi yüksək həddə çataraq qabarıq anemiyanın əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Digər xəstələrdə qanaxma gür olmur, lakin uzunmüddətli olur, bir neçə həftə, bəzən isə bir neçə ay davam edir və ikincili anemiyanın inkişafına gətirib çıxarır.

Yuvenil qanaxmalar menstrual dövrün yaranmasının ilk aylarında və birinci ili ərzində müşahidə olunur. Çox az halda xəstəlik daha böyük fasilələrdən sonra müşahidə oluna bilər.

Yuvenil qanaxmalar asiklik (tez-tez) və tsiklik (az hallarda) ola bilər. Bəzən söhbət yeganə uşaqlıq qanaxmasından gedir.

Tsiklik xassəli yuvenil qanaxmalar adətən növbəti menstruasiya vaxtında olur və uzun müddət davam edir. Təkrari tsiklik qanaxmalar müəyyən fasilələrlə təkrar olunur, bəzən isə ilin eyni vaxtında müşahidə olunur.

Tsiklik ovulyator qanaxmalar pubertat və postpubertat (yeni-yetmə) mərhələlərinin sonu üçün xarakterikdir. Ovulyator yuvenil qanaxmaların patogenezinin əsasında sarı cismin natamam inkişafı dayanır, bu, tez-tez hipofiz LH məhsulunun çatışmazlığının nəticəsi hesab olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, qızların çoxunda menstrual funksiyalar zamanı anovulyator mərhələlər xüsusi yer tutur, onların yalnız 10-15%-də yuvenil qanaxmalar baş verir. Diaqnostika üçün ikincili cinsi əlamətlərin (1-3 il ərzində gecikmələr) inkişafı və menarxenin vaxtından əvvəl yaranması arasında ziddiyyətli fakt zəruridir.

Diaqnostika. Ovulyasiyanın olmaması follikulun persistensiyası, yaxud sarı cismin çatışmazlığı haqqında məlumat verən funksional diaqnostika testləri vasitəsilə ilə müəyyənləşdirilir.

Asiklik qanaxmalar, bir qayda olaraq, anovulyatorudur. Onlar hipo və ya hiperestrogeniya fonunda yarana bilərlər.

Hipoestrogen genezli qanaxmalar follikulların uzunmüddətli atreziyası ilə (qanda estrogenlərin aşağı səviyyəsi, KPI-nin 10%-dən 30%-dək azalması) şərtlənir. Belə xəstələrdə ya erkən, ya da gecikmiş cinsi yetişkənlik müşahidə olunur.

Klinika. Hipoestrogen asiklik qanaxmalar son dərəcə uzunmüddətli, lakin gür olmayan qanaxmalar şəklində təzahür edir ki, ondan əvvəl bir neçə ay ərzində menstruasiyanın ləngiməsi müşahidə olunur.

Yuvenil qanaxmaların hiperestrogen forması yetişmiş follikulun persistensiyası ilə şərtlənmişdir. Bu patologiya üçün qanda

estrogenlərin fəal fraksiyasının (estradiol) yüksək səviyyəsi xarakterikdir, KPI 50%-ə və daha yüksəyə çatır.

Asiklik hiperestrogen qanaxmalar aybaşının qısamüddətli (1-3 həftə) gecikməsindən sonra hipermenoreya şəklində təzahür edir.

Xəstələrin əsas şikayətləri cinsiyyət yollarından qanaxmalar, ümumi zəiflik, süstlük, baş ağrıları, yuxusuzluq, iştahın olmaması, iş qabiliyyətinin zəifləməsi, əsəbilik və ya apatiyadan ibarət olur.

Anamnez toplayarkən ananın hamiləlik vaxtı keçirdiyi xəstəliklərə, doğuşun gedişatına, estragenital patologiyanın mövcudluğuna, əmək şəraitinə diqqət yetirmək lazımdır. Anemiyanın geniş inkişafı ilə əlaqədar olaraq periferik qanın müayinəsinə böyük diqqət yetirmək lazımdır. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə rəng göstəricisinin 0,8-dən aşağı, eritrositlərin 1 ml-də 4×10^{12} /l-dən aşağı, hemoqlobinin 116 q/l-dən aşağı olması anemiyaya dəlalət edir. Yuvenil qanaxmalardan əziyyət çəkən qızlarda anemiya, əsasən, *normoxrom* xüsusiyyət daşıyır. Uzunmüddətli və çoxlu qanaxmalar zamanı kəskin anemiya baş verə bilər: hemoqlobinin miqdarı 20 q/l-ə, eritrositlərin sayı isə 2×10^{12} /l-ə qədər aşağı düşə bilər.

Qanın laxtalanma sisteminin göstəricilərini müəyyənləşdirərkən trombositlərin miqdarının azalması, qanın laxtalanma sürətinin azalması, protrombin indeksinin aşağı düşməsi, qanaxma müddətinin uzanması, qan laxtası retraksiyasının yavaşması aşkar edilmişdir.

Diagnostika. Yuvenil qanaxmalı qızların müayinə olunması kompleks şəkildə müxtəlif profilli uşaq həkimlərinin – pediatrların, otolarinqoloqların, hematoloqların, endokrinoloqların, nevropatoloqların, genetiklərin iştirakı ilə aparılmalıdır.

Xəstələrin müayinəsi ümumi və xüsusi olaraq iki yerə bölünür. Ümumi müayinə prosesində ürək-damar sisteminin, qaraciyərin, böyrəklərin, endokrin vəzilərin, qalxanabənzər vəzinin, qanın vəziyyəti aydınlaşdırılır. Qan sisteminin müayinəsi zamanı, ilk növbədə, uşaqlıq qanaxmaları ilə müşayiət olunan xəstəliyi, yəni essensial trombositopeniyanı istisna etmək lazımdır.

Antropometrik müayinə zamanı müəyyən olunmuşdur ki, yuvenil qanaxmalardan əziyyət çəkən 11-14 yaşlı qızlar arasında cinsi inkişafı və normanı qabaqlayan morfotiplər, yeniyetməlik dövründə (15-17 yaş) isə interseksual və infantil morfotip qızlardır.

Müayinə zamanı yumurtalıqların funksional vəziyyətinin müəyyənləşdirilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Yuvenil qanaxmalar zamanı hormonal müayinələrin məlumatları müxtəlif olsa da, hipoeştrogen vəziyyət tez-tez qeyd olunur. Ayrı-ayrı estrogen fraksiyalarının nisbətinin öyrənilməsi estradiolun və estriolun yüksək səviyyəsindən xəbər verir. Qanda progesteronun tərkibinin öyrənilməsi zamanı onun aşağı göstəriciləri qeyd olunur. Funksional diaqnostika testlərinə əsasən müayinə zamanı monofazalı bazal temperatur əyrisi, KPI (10-30%) aşağı düşməsi aşkar edilir, vaginoskopiya zamanı müəyyənləşdirilən “bəbək” fenomeni +-dən ++-dək arasında tərəddüd edir.

Xüsusi (ginekoloji) müayinə zamanı kiçik və böyük cinsiyət dodaqlarının hipoplaziyası müəyyənləşdirilir. Bimanual düz bağırsaq-qarın divarı müayinəsi zamanı uşaqlıq boynunun və uşaqlığın ölçüləri, onların mövqeyi, konsistensiyası, hərəkətliliyi təyin olunur. Uşaqlıq artımlarının yerləşmə nəhiyəsi diqqətlə tədqiq olunur. Yumurtalıqların anatomik dəyişiklikləri (kista, şiş) şübhəsi yarandıqda ultrasəs müayinəsi, MRT məqsədəuyğundur. Vaginoskopiyanın aparılması isə məcburidir.

Yuvenil qanaxmaların diaqnostikasında endometriumun sitoloji müayinəsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu məqsədlə Braun şprisinin vasitəsilə ilə uşaqlıq boşluğundan aspirat götürülür.

Müalicənin təsiri olmayan və uzunmüddətli residiv (təkrari) qanaxmalardan əziyyət çəkən xəstələrdə onkoloji meyilliyi nəzərə alaraq, uşaqlıq boşluğunun histoloji müayinə üçün diaqnostik qayışınmasının aparılması məqsədəuyğundur.

Yuvenil qanaxmaları ilk növbədə essensial trombositopeniyadan (*Verlgoff* xəstəliyi) fərqləndirmək lazımdır. Anamnezdə diş ətinin qanaması, burundan qanaxmalar, dərialtı qansızmalar *Verlgoff* xəstəliyi üçün xarakterik xüsusiyyətlərdir. Göstərilən simptomlar, adətən *menarxeyə* qədər müşahidə olunur və pubertat

mərhələnin başlanması ilə fəallaşır. Trombositlərin miqdarının müəyyənləşdirilməsi məqsədilə (trombositlərin miqdarının aşağı düşməsi Verlgoff xəstəliyi üçün xarakterikdir) qanın müayinəsi həlledici əhəmiyyət kəsb edir.

Yumurtalıqların qranulozhüceyrə şişi, uşaqlıq yolunun polipozu və sarkoması xəstəlikləri cinsiyyət yollarında qanlı ifrazatlarla müşayiət olunan digər xəstəliklərdəndir.

Yumurtalıqların qranulozhüceyrəli şişinin müəyyənləşdirilməsi zamanı laparoskopiya və ya laparotomiya üsullarından istifadə olunur.

Uşaqlıq yolunun polipozu və sarkoması cinsiyyət yollarından qanaxmalarla müşayiət olunur. Vaginoskopiya və toxumaların biopsiyasının histoloji müayinəsi düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir.

Müalicəsi. Yuvenil uşaqlıq qanaxmalarının müalicəsi iki mərhələdə aparılır. Birinci mərhələdə hemostaz, ikinci mərhələdə isə qanaxmaların residivinin profilaktikasına və menstrual tsiklin tənzimlənməsinə yönəldilmiş terapiya tətbiq olunur.

Hemostaz metodunun seçilməsi zamanı xəstənin ümumi vəziyyətini və qanitirmənin həcmi nəzərə almaq lazımdır. Anemiyası qabarıq olmayan (hemoqlobin 100 *g/l*-dən çox, hematokrit 30%-dən çox), USM-in göstəricilərinə görə endometriumun hiperplaziyası əlamətləri olmayan xəstə qadınlarda simptomatik hemostatik terapiya aparılır. Uşaqlığı yığan vasitələr kimi damar daxilinə damcı şəklində 5%-li qlükoza məhlulunda 5 vahid oksitosin və ya gün ərzində 3-4 dəfə olmaqla 0,3-0,5 *ml* əzələ daxilinə, qanaxmanı saxlayan preparatlar – əzələ daxilinə 2 *ml* disinon, vikasol, həmçinin gündə 3 dəfə 1 həb askorutin, gündə 3 dəfə 1 həb aminokapron turşusu və ya damar daxilinə 100 *ml* damcı şəklində və s. vasitələr təyin olunur. Göstərilən terapiya ilə fizioterapiya, yəni 3-5 gün ərzində 2 prosedura ilə boyun simpatik düyünləri nahiyyəsinə modullaşmış sinusoidal cərəyanlarla, eləcə də iynə refleksoterapiyası və elektropunktura ilə əlaqəli müalicə yaxşı hemostatik effekt verir.

Simptomatik hemostatik terapiya effektiv olmadıqda sintetik progestinlərlə hormonal hemostaz aparılır. Estrogen-hestagen pre-

paratlar (rigevidon, marvelon, mersilon) tam hemostaza qədər gün ərzində 3-4 dəfə 1 həb olmaqla təyin olunur. Qanaxma, bir qayda olaraq, 1 gün ərzində dayanır. Sonra doza gün ərzində 1 həb qədər azaldılır (qanlı ifrazat olmadıqda 2 gün ərzində $\frac{1}{2}$ həb), bundan sonra isə müalicə kursu 21 gün təşkil etmək şərtilə 16-18 gün ərzində davam etdirilir. Estrogen-hestagen qəbulu dayandırıldıqdan sonra cüzi menstruasiyaya bənzər ifrazatlar olur və 5-6 gün ərzində qurtarır.

Anemiya və hipovolemiya, zəiflik, başgicəllənməsi, hemoqlobinin səviyyəsi 70 *q/l*-dən az və hemotokritin miqdarı 20%-dən aşağı olduqda uzunmüddətli və gur qanaxmalar zamanı cərrahi hemostaz-histoloji müayinəsi ilə histeroskopiyanın nəzarəti altında ayrılmış diaqnostik qaşıntı aparılmalıdır. Qızlıq pərdəsinin cırılmasının qarşısını almaq məqsədilə 0,25%-li 64 V lidaza və novokain məhlulu yeridirlər. Qanın laxtalanma pozuntusu olan pasiyentlərə başqa diaqnostik qaşıntı aparılmır. Hemostaz yalnız sintetik prohestinlərlə, ehtiyac olduqda isə qlükokortikosteroidlərlə müştərək həyata keçirilir.

Konservativ və ya cərrahi müalicə ilə bir vaxtda mükəmməl antianemik terapiyanın – dəmir preparatları (maltofer, fenyulsperoral, vena daxilinə venofer), 200 *mq* B₁₂ vitamini əzələ daxilinə, fol turşusu 0,001 *q*-dan gün ərzində 2-3 dəfə daxilə; qlütamin turşusu gündə 3 dəfə və yaxud B₆ vitamini gündə 1 dəfə əzələ daxilinə 5%-li məhlul 1 *mq*; C vitamininin 5%-li məhlulu 1 *ml* gündə 1 dəfə; P vitamini (rutin) 0,002 *q* gündə 3 dəfə daxilə zəruridir. Əlacsız qaldıqda (hemoqlobinin səviyyəsi 80 *q/l*-dən aşağı, hematokrit 25%-dən aşağı) qanın komponentlərini – təzə dondurulmuş plazma və eritrosit kütləsi köçürülür.

Təkrari qanaxmaların profilaktikası məqsədilə tam hemostazdan sonra simptomatik və hemostatik müalicə fonunda tsiklik vitamin terapiyasının aparılması məqsəduyğundur. Bu məqsədlə 3 ay ərzində tsiklin 5-ci günündən 15-ci gününə qədər gündə 1 həb 3 dəfə fol turşusu, 1 həb 3 dəfə qlütamin turşusu, B₆ vitamininin 5%-li məhlulu 1 *ml* əzələ daxilinə, 300 *mq* E vitamini günaşırı, tsiklin 16-cı günündən 26-cı gününə qədər isə gündə 2-3 dəfə

0,05 q askorbin turşusu, 5%-li məhlul B₁ vitamini əzələ daxilinə 1 ml təyin olunur. Menstrual funksiyanın tənzimlənməsi üçün həmçinin endonazal elektroforez, B vitamini novokain litiumla, elektroyuxu təyin olunur. Hormonal hemostazdan sonra qanaxma profilaktikası aşağı dozalılı sintetik prohestinlərin (novinet, divina, logest, silest) tsiklin 1-ci günündən 25-ci gününə qədər (21 gün ərzində) gündə 1 həb və ya hestagenlərin 5 mq norkolut və ya 10-20 mq düfaston tsiklin 11-ci günündən 25-ci gününə qədər, sonra isə 2-3 ay ərzində vitamin terapiyasının qəbulu ilə tamamlanır.

Endometriumun hiperplastik proseslərində xəstələrə qaşınıtdan sonra hormonal hemostazda olduğu kimi residivlərin profilaktikası aparılmalıdır. Bundan ötrü estrogen-hestagen preparatlar və ya təmiz hestagenlər (yumurtalıqdakı dəyişiklikdən asılı olaraq – atreziya və ya persistent follikul) təyin olunur. Ümumi sağlamlasdırıcı, möhkəmləndirici, mükəmməl qidalanma, infeksiya mənbələrinin sanasiyası kimi tədbirlərin görülməsi mühüm əhəmiyyətə malikdir.

Düzgün və vaxtında terapiya və YUQ residivlərinin profilaktikası reproduktiv sistemin bütün şöbələrinin tsiklik fəaliyyətinə təsir göstərir.

Proqnoz. Yuvenil qanaxmaların məqsədyönlü və patogeneetik müalicəsi zamanı qənaətbəxşdir. Lakin təxminən 30% xəstələrdə qanaxmaların residivi baş verir. Yuvenil qanaxmalar keçirmiş xəstələrin 5%-də reproduktiv yaş dövründə menstrual və reproduktiv funksiyaların müxtəlif pozulmaları müşahidə olunur.

Profilaktikası. Yuvenil qanaxmaların qarşısını almaq üçün aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır:

a) antenatal inkişaf dövründə dölün mühafizəsi. Belə ki, bətn daxili inkişafın əlverişsiz şəraiti mənfi “premorbid” fon yaradaraq funksional menstrual funksiya.

b) disfunksional uşaqlıq qanaxmalarının (antenatal inkişaf dövrünün ağırlaşması, erkən uşaqlıq dövründə xəstələnmənin yüksək indeksi, morfoqramlarda dəyişikliklər və s.) yaranması təhlükəsi olan qızlar qrupunun dispanser nəzarətdə olmaları və vaxtında profilaktik tədbirlərin aparılması.

XX FƏSİL

QIZLARDA CİNSİ İNKİŞAFIN POZĞUNLUQLARI

Qızlarda cinsi yetişmənin pozğunluqlarına 3-4% hallarda rast gəlinir. Xəstəliyin inkişafında irsi meyillik, həmçinin əlverişsiz amillər (radiasiya, hipoksiya, virus infeksiyaları, bəzi dərman maddələri) mühüm rol oynayır. Klinik müşahidələr göstərir ki, cinsi sistemin anomaliyaları alkoqolizm, narkomaniya və endokrin xəstəliklərdən əziyyət çəkən valideynlərin övladlarında daha çox rast gəlinir. Həmçinin yaşlı valideynlərdən doğulan uşaqlarda da cinsi sistemin anomaliyalarına çox təsadüf olunur.

Cinsi inkişaf – genetik proqramlaşdırılmış proses olub, 7-8 yaşından başlanır və 17-18 yaşında başa çatır. İkincili cinsi əlamətlərin və aybaşıyabənzər ifrazatın 7 yaşa qədər meydana çıxması vaxtından əvvəl cinsi inkişaf adlanır (VCİ). İkincili cinsi əlamətlərin 15-16 yaşa qədər olmaması və ya tam inkişaf etməməsi isə cinsi inkişafın ləngiməsinə aid edilir (CİL).

Vaxtından əvvəl cinsi inkişaf (VCİ) – *izoseksual*, yəni qadın və *heteroseksual*, yəni kişi tipli ola bilər.

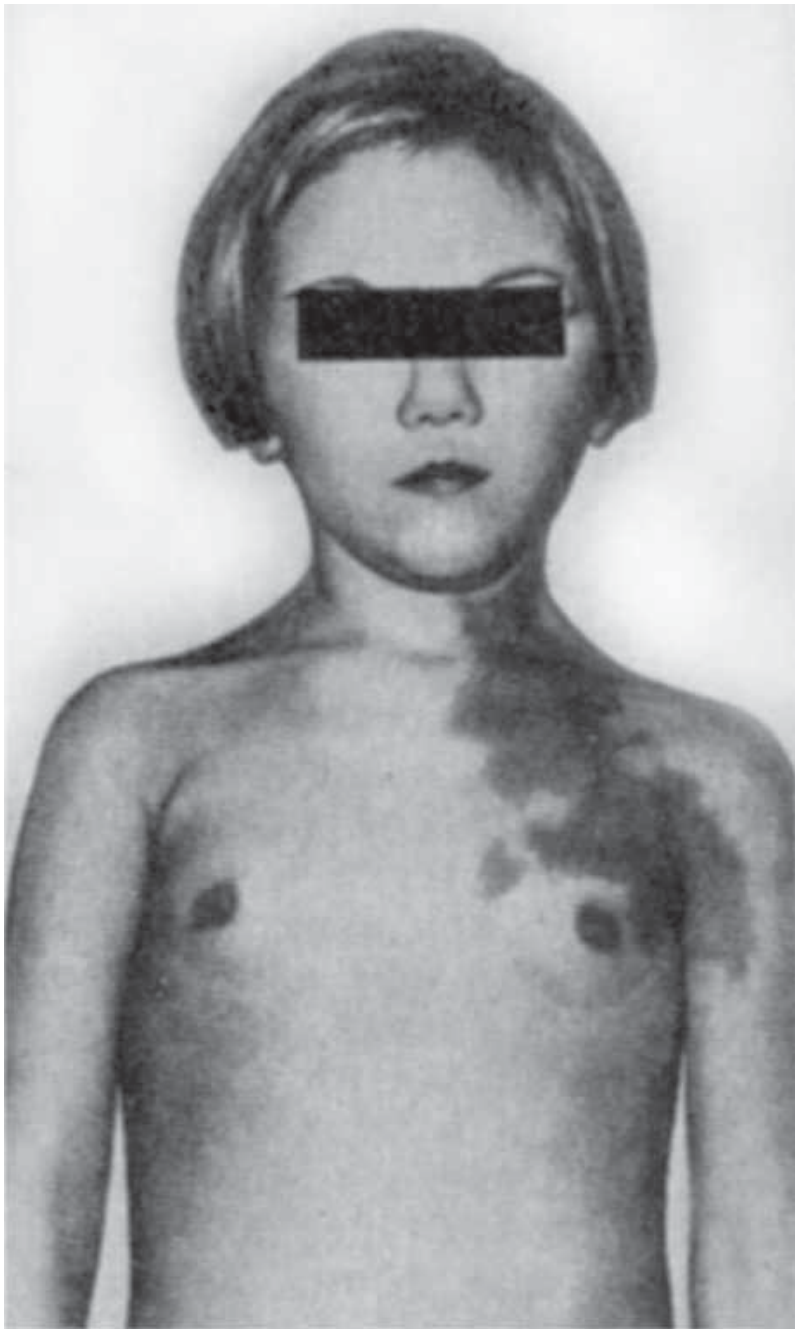
VCİ-nin izoseksual tipinin *serebral* (həqiqi VCİ), *konstitusional* və *yumurtalıq* (yalançı VCİ) formaları var.

Serebral formanı həqiqi VCİ hesab edirlər, çünki patoloji prosesə hipotalamusun hipofizotrop nəhiyəsi cəlb olunur, ona görə də QnRH vaxtından əvvəl ifraz olunur və hipofizdə qonadotropinlərin sintezinə səbəb olur. Qonadotropinlər isə, öz növbəsində, yumurtalıqlarda estrogenlərin sekresiyasını stimulə edir.

Qızlarda həqiqi VCİ üzvi və funksional xarakter daşıya bilər. *Üzvi zədələnmənin* ən çox rast gəlinən səbəbi dölün hipotrofiyası, asfiksiyası, doğuş travması, meningitlər, ensefalitlər və başqa neyroinfeksiyalardır. Nadir rast gəlinən səbəbi isə beyin şişləridir: qanqlionevroma, hamartoma, astrositoma.

Mərkəzi sinir sisteminin *funksional* xarakterli pozğunluqları kiçik yaşda (2-4 yaş) keçirilən infeksiyon xəstəliklər – intoksikasiyadan sonra meydana gəlir. Ən çox rast gəlinən səbəblərdən biri tonzillojen infeksiyadır. Funksional xarakterli pozğunluqlar çox cüzi nevroloji simptomlarla xarakterizə olunur, çox vaxt yalnız elektroensefaloqramma əsasında diaqnoz qoyulur.

Həqiqi VCI-nin nadir formasına Mak-Kyun-Olbrayt-Braytsev sindromu aiddir. Bu sindrom VCI ilə yanaşı borulu sümüklərin fibroz displaziyası və dəri örtüyünün asimmetrik piqmentasiyası ilə xarakterizə olunur. Sümük patologiyasının səbəbi məlum deyil (şəkil 20.1).



Şəkil 20.1. Mak-Kyun-Olbrayt-Braytsev sindromu. 4 yaşlı qızda VCI. Dəridə qeyri-bərabər konturları olan asimmetrik piqment ləkələri.



Şəkil 20.2. VCI-nin izoseksual tipinin tam forması. 10 yaşlı qız. Menarxe 6 yaşında. Boy 152 sm, sümük yaşı 18.

VCİ-nin konstitusional forması irsi, ailəvi xarakter daşıyır.

VCİ-nin yumurtalıq forması yumurtalığın hormon ifraz edən şişləri olduqda müşahidə edilir: qranulyoz hüceyrəli, teka-hüceyrəli şişlərdə, hormonal aktiv toxuma elementləri olan teratoblastomada. Yumurtalıq mənşəli VCİ-nin səbəbi, həmçinin kiçik ölçülü (3-4 sm) follikulyar kistalar da ola bilər. Şiş toxuması tərəfindən estrogenlərin ifrazı avtonom xarakter daşıyır. Bu zaman hipotalamo-hipofizar strukturlar yetişməmiş qalır və QnRH, qonadotrop hormonlar ifraz etmir. Ona görə də bu forma yalançı VCİ adlanır.

Klinika. Serebral VCİ natamam (*telarxe* və yaxud *adrenarxe*) və tam formada təzahür edir. VCİ-nin natamam formasında ikincili cinsi əlamətlər müxtəlif dərəcədə inkişaf edir, ancaq aybaşı olmur. Belə qızlarda menarxe 10-11 yaşlarında baş verir. Fiziki inkişaf, hər şeydən əvvəl, boyun artması sürətlənir. Borulu sümüklərin inkişaf sürəti ilə onların epifizlərinin sümükləşmə sürəti eyni vaxta düşür. Buna görə də natamam formalı VCİ ilə qızlar reproduktiv yaşa çatdıqda boy və bədən quruluşlarına görə cinsi inkişafı vaxtında başlayan qadınlardan fərqlənmirlər. Sadəcə, onlarda cinsi yetişkənliyin birinci fazası uzun çəkir. Tam formada isə həm ikincili cinsi əlamətlər inkişaf edir, həm də aybaşı olur. İkincili cinsi əlamətlər cinsi inkişafı vaxtında başlayan qızlarla müqayisədə çox erkən inkişaf edir, amma bu əlamətlərin meydana çıxma ardıcılığı pozulmur. Borulu sümüklərin epifizlərinin sümükləşmə sürəti onların inkişaf sürətini qabaqlayır. Ona görə də VCİ-nin tam formasında qızların boyu 10 yaşa qədər sürətlə artır, 150-155 sm-ə çatır, sonra dayanır. 14-15 yaşlarında belə qızların bədən quruluşu spesifik xüsusiyyətlərə malik olur: bədən uzun olur, əllər və ayaqlar isə nisbətən qısa olur. Bu onunla izah edilir ki, borulu sümüklərin epifizlərinin sümükləşməsi başa çatır, onurğa sütununun inkişafı isə daha sonra dayanır (şəkil 20.2).

Mak-Kyun-Olbrayt-Braytsev sindromu zamanı VCİ həm tam, həm də natamam formada təzahür edə bilər.

VCİ-nin konstitusional formasında hər hansı serebral və ya nevroloji patologiya müşahidə edilmir. İkincili cinsi əlamətlərin meydana çıxması ardıcılığı pozulmur, yalnız menarxe erkən baş verir.

VCI-nin yumurtalıq formasında, əgər səbəb yumurtalığın hormon ifraz edən şişidirsə (feminizasiyaedici şişlər: qranulyozhüceyrəli və tekoma, maskulinizasiyaedici şişlər: androblastoma), nevroloji simptomlar olmur, ikincili cinsi əlamətlər isə çox zəif inkişaf edir. Cinsi yetişkənlik əlamətlərinin meydana çıxması ardıcılığı pozulur: ilkin olaraq atsiklik aybaşıyabənzər ifrazat meydana çıxır. Somatik inkişaf sürətlənmir. Səbəb follikulyar kista olduqda isə cinsiyyət yollarından cüzi selikli-qanlı ifrazat gəlir və süd vəziləri azacıq böyüyür. Bu simptomlar tranzitor xarakter daşıyır və follikulyar kista reqressiyaya uğradıqda tədricən itir.

Diagnostika. VCI-nin diaqnozu anamnez, fiziki və cinsi inkişafın dinamikası və ginekoloji müayinə əsasında qoyulur. Bundan başqa, kiçik çanaq üzvlərinin ultrasəs müayinəsi, qanda estrogenlərin və qonadotropinlərin səviyyəsinin təyini də vacibdir. Lazım gəlsə, laparoskopiya aparılır, həmçinin sümük yaşı təyin edilir və neyrofizioloji müayinə metodlarından (REQ, EEQ) istifadə olunur. Hipofizin şişinə şübhə olduqda, maqnit-rezonans tomoqrafiyası (MRT) aparılır. Belə xəstələrin müayinəsinə endokrinoloq, nevroloq və oftalmoloqları da cəlb etmək lazımdır.

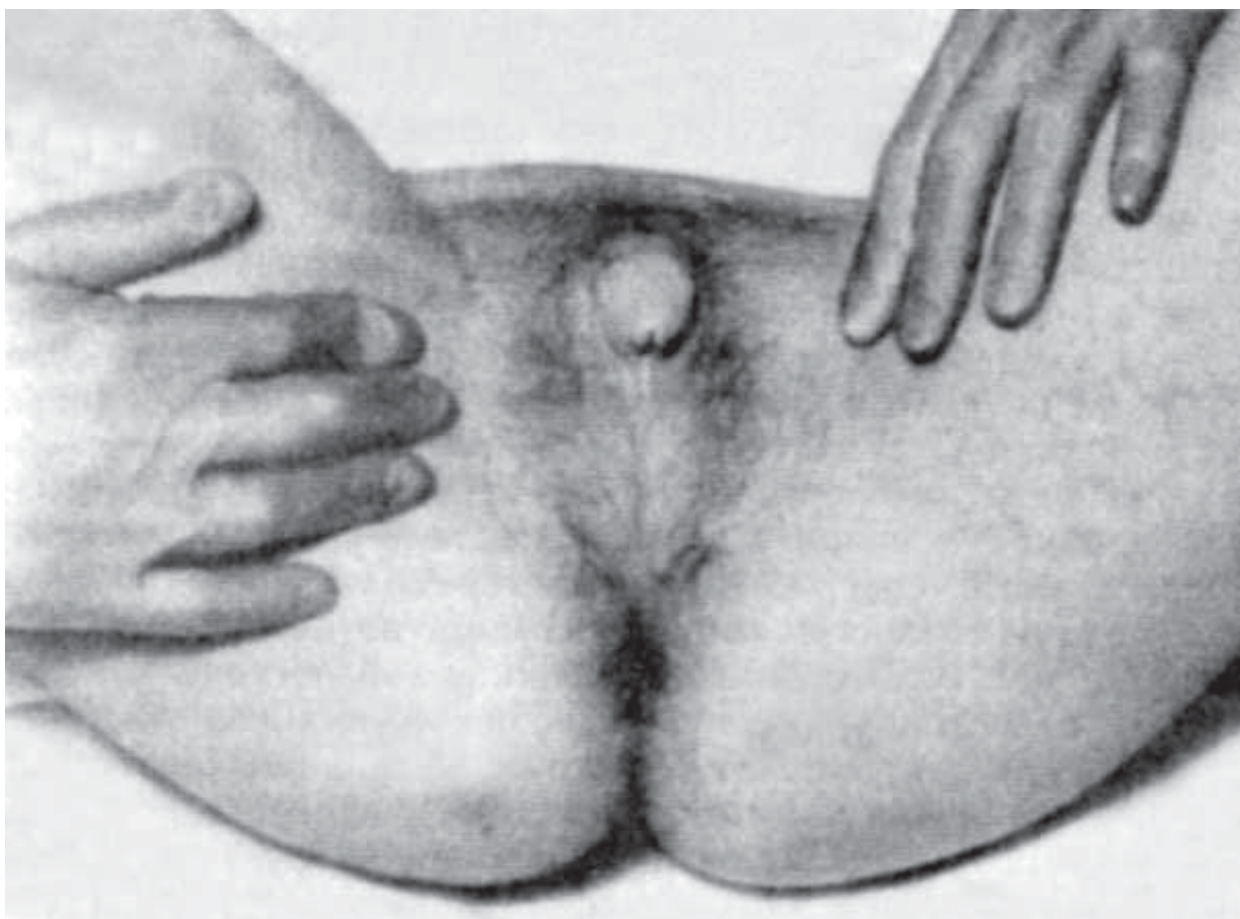
Müalicə. VCI-nin terapiyasına VCI-ni əmələ gətirən və VCI-ni gecikdirən əsas xəstəliyin müalicəsindən başlanmalıdır. Serebral mənşəli VCI-nin müalicəsi nevroloq və neyrocərrahlar tərəfindən aparılır. Cinsi yetişkənliyi dayandırmaq üçün hipotalamik strukturlara təsir edən dərman maddələrindən istifadə edilir (dekapeptil-depo, diferelin, androkur). Çünki məhz hipotalamik strukturlar lyüliberinin sintezini, hədəf üzvlərə hormonların tormozlayıcı təsirini tənzim edir. Konstitusional formalı VCI ilə uşaqlar dinamikada müşahidə olunmalıdırlar. VCI-nin yumurtalıq formasında yumurtalıqların şişləri xaric olunub, histoloji müayinəsi aparılmalıdır. Əməliyyatdan 1,5-2 ay sonra belə xəstələrdə VCI-nin bütün əlamətləri geriye inkişaf edir. Follikulyar kistaları təcili xaric etmək məsləhət görülmür, belə ki, diametri 3-4 sm-dən böyük olmayan kistalar 2-3 ay ərzində geriye inkişaf edir və VCI əlamətləri yox olur.

Heteroseksual tip vaxtından əvvəl cinsi inkişaf androgenlərin hiperproduksiyası ilə əlaqədar olub, böyrəküstü vəzin qabıq

maddəsinin anadangəlmə disfunksiyası (adrenogenital sindrom) və virilləşdirici şişləri ilə əlaqədardır.

Adrenogenital sindromun sadə viril forması genetik şərtlənmiş anadangəlmə xəstəlik olub, böyrəküstü vəzin qabıq maddəsində S_{21} -hidroksilaza ferment sisteminin çatışmazlığı ilə əlaqədardır. Bu qüsür kortizolun çatışmazlığına və adrenokortikotrop hormonun (AKTH) ifrazının artmasına gətirib çıxarır. AKTH öz növbəsində androgenlərin sintezinin artmasına və böyrəküstü vəzin ikitərəfli hiperplaziyasına səbəb olur. Böyrəküstü vəzilərin funksiyasının pozulması bətn daxilində başlayır. Bu, onların endokrin vəzi kimi fəaliyyətə başladığı anla üst-üstə düşür.

Klinika. Uşaq doğulduqdan sonra xarici cinsiyyət üzvlərinin qeyri-düzgün quruluşa malik olması nəzərə çarpır: klitor hipertrofiyalaşmış olur (hətta penisəbənzər ola bilər), bitişmiş böyük cinsiyyət dodaqları xayalığı xatırladır, uşaqlıq yolu və uretra aralığa ümumi bir dəliklə açılır. Virilizasiya güclü təzahür etdikdə cinsiyyətin təyini çətinləşir. Ancaq belə uşaqlarda yumurtalıq və uşaqlıq düzgün inkişaf edib, xromosom dəsti 46XX (yalançı qadın hermofroditizmi) olur (şəkil 20.3).



Şəkil 20.3. Anadangəlmə AGS olan 15 yaşlı qızın xarici cinsiyyət üzvləri

Adrenogenital sindrom olan uşaqların boyları həyatlarının ilk onilliyində sürətlə artır, 10 yaşına yaxın isə sümükləşmə prosesinin tez başa çatması ilə əlaqədar boy inkişafı kəskin yavaşır. Bədən quruluşu displastik xarakter daşıyır: enli çiyinlər, dar çanaq, qısa ətraflar, uzun bədən. Androgenlərin artıq miqdarı viril hipertrixozun inkişafına səbəb olur, səsin tembri dəyişir. Süd vəziləri inkişaf etmir, aybaşı olmur.

Diagnostika. Adrenogenital sindromun ən informativ diaqnostik əlamətləri 17-KS-in ekskresiyasının kəskin artması və qanda kortizolun sələfi – 17-oksiprogesteronun yüksək səviyyəsidir.

Müalicə. Diaqnoz qoyulduğu andan müalicəyə başlanılır. Müalicə qlükokortikoidlərin qəbulundan ibarətdir. Doza yaşdan, bədən çəkisindən və hiperandrogeniyanın dərəcəsindən asılıdır. Vaxtında başlanmış müalicə cinsi inkişafı normallaşdırır, müntəzəm aybaşı və ovulyator tsikl yaradır, gələcəkdə hamiləliyin başa çatmasını və doğuşu təmin edir.

Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə disfunksiyası olan qızların virilləşmiş xarici cinsiyyət üzvlərinin feminizasiyaedici plastikası 3 yaşına qədər aparılmalıdır. Operativ müalicə klitroun mağaralı cisimciklərinin rezeksiyası və uşaqlıq yolunun rekonstruksiyasından ibarətdir.

Cinsi inkişafın ləngiməsi (CİL) serebral, konstitusional və yumurtalıq mənşəli olur.

Cerebral mənşəli CİL-in səbəbləri travma, infeksiya, intoksikasiya, sinir və psixi pozğunluqlar, stress ola bilər. Cerebral CİL-in təzahürü sinir anoreksiyası, yəni yeməkdən imtina ola bilər. Belə xəstələrdə hipofizin qonadotropinləri sintez etmək qabiliyyətinin saxlanmasına baxmayaraq, qanda qonadotropinlərin miqdarı kəskin aşağı düşür.

CİL-in konstitusional forması VCI-də olduğu kimi, irsi xarakter daşıyır.

Yumurtalıq forması çox nadir təsadüf edilir və follikulyar aparatın kiçilməsi ilə müşayiət olunur. Belə yumurtalıqları qonadotrop stimulyasiyaya rezistent, hipoplastik, yaxud qeyri-həssas

adlandırırlar. Bu patologiyanın patogenesində keçirilmiş infeksiya və intoksikasiya böyük rol oynayır.

Klinika. Cinsi inkişafın ləngiməsi olan xəstələr öz yaşlarından ikincili cinsi əlamətlərin kifayət qədər inkişaf etməməsi və aybaşının olmaması ilə fərqlənirlər. Bədən quruluşu yevnuxoid tipdə olur: uca boy, qısa bədən, uzun əl və ayaqlar. Sümük yaşı pasport yaşına ya uyğun gəlir, ya da azacıq geri qalır. Ginekoloji müayinədə xarici və daxili cinsiyyət üzvlərinin hipoplaziyası müşahidə edilir. Kəskin arıqlama aybaşının kəsilməsinə səbəb olur. Əgər menarxe hələ baş verməyibsə, birincili amenoreya müşahidə edilir.

CİL həmişə hər hansı patologiyanın təzahürü olmur. Belə ki, konstitusional forma irsi, ailəvi xarakter daşıyır. Belə qızlarda menarxe 15-16 yaşında baş verir, amma aybaşı və reproduktiv funksiya pozulmur.

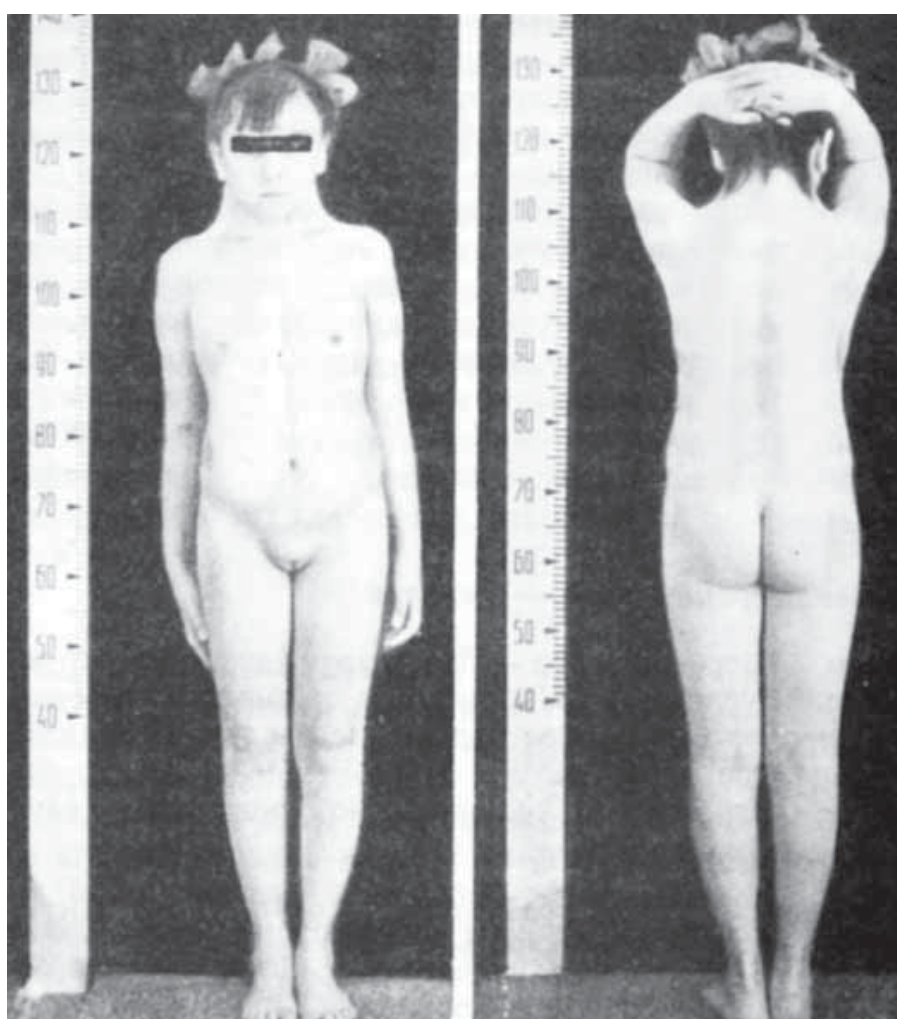
Diagnostika. CİL ilə xəstələrin müayinəsi reproduktiv sistemin hansı səviyyədə zədələnməsini təyin etməyə yönəldilmişdir. Anamnez, bədən quruluşu, ikincili cinsi əlamətlərin inkişafı böyük əhəmiyyət kəsb edir. Serebral mənşəli CİL-ə şübhə olduqda nevroloji müayinənin aparılması vacibdir (EEQ, REQ, ExoEQ). Əlavə metodlardan kəllənin və türk yəhərinin rentgenoqrafiyası, kiçik çanaq üzvlərinin ultrasəs müayinəsi, qanda hormonların səviyyəsinin təyini, həmçinin laparoskopiya (yumurtalıqların biopsiyası və kariotipləşmə ilə) aparılır.

Müalicə. Serebral mənşəli CİL-də müalicə kompleks şəkildə olmalı, diensefal nəhiyənin funksiyasının normallaşmasına doğru yönəlməli, nevroloq və psixiatrlarla birgə aparılmalıdır. Sinir anoreksiyası və arıqlama ilə müşayiət olunan CİL-in müalicəsi rəşional qidalanma rejiminin təşkil olunmasına, ümumi möhkəmləndirici və sedativ terapiyaya əsaslanır. CİL-in yumurtalıq formasında sintetik progestinlərlə əvəzedici hormonoterapiya lazımdır.

Cinsi inkişafın olmaması cinsi xromosomlarda anadangəlmə qüsurun olması ilə əlaqədar, qonadların disgeneziyasının nəticəsidir. Bu patologiyada yumurtalıq toxuması, demək olar ki, olmur, ona görə də cinsi hormonların çatışmazlığı müşahidə edilir.

Qonadların disgeneziyasının tipik forması, yaxud Şerşevski-Terner sindromunun xalis və qarışıq formaları mövcuddur.

Şerşevski-Terner sindromu olan uşaqlar kiçik bədən çəkisi ilə doğulurlar, boynun yan tərəflərində qanadabənzər büküşlər olur, boyun adətən qısa olur, qulaq seyvanları nisbətən aşağıda yerləşir, sərt damaq hündür olur, boynun arxa hissəsində tük örtüyü xətti aşağıda yerləşir, süd vəziləri gilələrinin bir-birindən çox aralı yerləşməsi, həmçinin daxili üzvlərin inkişaf qüsurları müşahidə edilir. Bəzən əl və ayaqda limfatik ödem olur. Belə xəstələrin boyu 150 *sm*-dən çox olmur (şəkil 20.4). Pubertat dövrə ikinci cinsi əlamətlər meydana çıxmır. Uşaqlıq və yumurtalıqların yerində birləşdirici toxumadan ibarət ciyərlər müəyyən edilir. Hormonal müayinələr qanda estrogen və androgenlərin səviyyəsinin kəskin aşağı düşməsinə, LH və FSH-ın miqdarının artmasını göstərir. Kariotip 45X; 45X/46XX olur.



Şəkil 20.4. 16 yaşlı qızda Şerşevski-Terner sindromu (xromosom dəsti – 45X): boyun inkişafdan qalması, ikinci cinsi əlamətlərin olmaması, boynun yan hissələrində enli dəri büküşləri, boynun arxa hissəsində tük örtüyü xəttinin aşağı olması.

Qonadların disgeneziyasının xalis forması olan uşaqlarda qadın fenotipi olur, boy normal, yaxud bir az hündür olur. Cinsi infantilizm müşahidə edilir, somatik anomaliyalar olmur. Kariotip 46XX, yaxud 45XY (Svayer sindromu) olur.

Qonadların disgeneziyasının qarışıq formasında boy normal, bədən quruluşu interseksualdır. Somatik anomaliyalar olmur, amma xarici cinsiyyət üzvlərinin virilizasiya əlamətləri olur (klitorun hipertrofiyası, urogenital sinusun persistensiyası). Ən çox 45X/46XY kariotipi rast gəlinir.

Müalicə qonadların disgeneziyasının formasından və kariotipdən asılıdır. Şerşevski-Terner sindromu zamanı və xalis formada kariotip 46XX olsa, əvəzedici hormonoterapiya aparılır. Qarışıq formada və Svayer sindromu zamanı qonadların malignizasiya riski yüksək olduğundan, ikitərəfli qonadektomiya edilir, sonra sintetik progestinlərlə əvəzedici hormonoterapiya aparılır.

XXI FƏSİL

GİNEKOLOGİYADA “KƏSKİN QARIN”

“Kəskin qarın” termini altında qarın boşluğunda müxtəlif etiologiyalı və klinik gedişli patoloji proseslər başa düşülür. Ginekoloji xəstəliklərin strukturunda bu xəstəliklər xüsusi yer tutur. Ekstremal vəziyyətlərə vaxtında diaqnozun qoyulmaması, gecikdirilmiş yardımın göstərilməsi ağır fəsadlara, hətta letal nəticələrə gətirib çıxara bilər. Başvermə səbəblərinin müxtəlif olmalarına baxmayaraq, ginekologiyada “kəskin qarın”ın simptomlarının ümumi xüsusiyyətləri var:

- ağrıların qəfildən baş verməsi. Ağrılar əsasən qarının aşağı hissəsində başlayıb, tədricən güclənir və bütün qarına yayılır, ağrının irradiasiyası bel nahiyyəsinə, düz bağırsağa, budun iç səthinə olur. Hətta ağrının şiddətindən bayılma da baş verə bilər;
- ürəkbulanma, qusma;
- bağırsaqların funksiyasının pozulması;
- peritonun qıcıqlanma simptomunun qeyd edilməsi.

Ginekologiyada “kəskin qarın”ın səbəblərini şərti olaraq 3 qrupa bölmək olar:

- daxili qanaxma əlamətləri ilə müşayiət olunanlar (uşaqlıq-dankənar hamiləlik, yumurtalığın apopleksiyası, uşaqlığın perforasiyası);
- daxili cinsiyyət üzvlərinin qan təchizatının pozulması ilə müşayiət olunanlar (yumurtalığın şişlərinin ayaqcığının burulması, miomatoz düyünün burulması və ya nekrozlaşması);
- daxili cinsiyyət üzvlərinin kəskin iltihabi xəstəlikləri (endometrit, uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabı, pelvioperitonit, peritonit).

“Kəskin qarın”ı olan bütün xəstələrin təcili hospitala yerləşdirilməyə, düzgün və vaxtında qoyulmuş diaqnoza, təxirəsalınmaz yardıma ehtiyacı vardır.

21.1. EKTOPİK HAMİLƏLİK

Mayalanmış yumurta-hüceyrənin uşaqlıq boşluğundan kənardə implantasiya olunaraq inkişaf etməsi *uşaqlıqdankənar (ektopik) hamiləlik* adlanır. Ektopik hamiləlik ginekologiyanın ciddi problemi olaraq qalır və son 20 ildə hamiləliyin bu ağırlaşmasının rastgəlmə tezliyinin artması müşahidə olunur. Bu, abortların, qadın cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəliklərinin, neyroendokrin pozuntuların, psixososial gərginliklərin, uşaqlıqdaxili kontrasepsiya vasitələrinin istifadəsinin artması ilə şərtləndirilir. Uşaqlıqdankənar hamiləlik stasionarda yatan ginekoloji xəstələrin 1,3-6%-də rast gəlinir. Uşaqlıqdankənar hamiləliyə məruz qalmış qadınlarda növbəti hamiləliyin ektopik olacağı ehtimalı sağlam qadınlarla müqayisədə 7-13 dəfə yüksəkdir. Uşaqlıqdankənar hamiləlik, əsasən, 23-40 yaşlar arasında olan qadınlarda və əksərən sağ boruda rast gəlinir.

ÜST-in təsnifatına əsasən, döl yumurtasının lokalizasiyasına görə ektopik hamiləliyin aşağıdakı formaları ayırd edilir:

000.0. Abdominal (qarın boşluğu) hamiləlik.

000.1. Boru hamiləliyi:

- uşaqlıq borusunda inkişaf edən hamiləlik;
- uşaqlıq borusunun hamiləlik nəticəsində partlaması;
- boru abortu.

000.2. Yumurtalıq hamiləliyi.

000.8. Uşaqlıqdankənar hamiləliyin digər formaları:

- uşaqlıq boynu hamiləliyi;
- uşaqlığın rudimentar buynuzunda inkişaf edən hamiləlik;
- intraliqamentar.

000.9. Dəqiqləşdirilməmiş.

Ektopik hamiləliyin ən çox rast gəlinən forması boru növüdür (98-99%). Mayalanmış yumurta-hüceyrənin borunun hansı hissəsinə nidasiya etməsinə görə aşağıdakı formaları ayırd edilir: *interstisial* (intramural) (şəkil 21.1), *istmik* (şəkil 21.2) və *ampulyar* (şəkil 21.3). Trofoblastın tipik implantasiya yeri uşaqlıq borusunun ampulyar hissəsi (60-95%), nisbətən az istmik (15%),

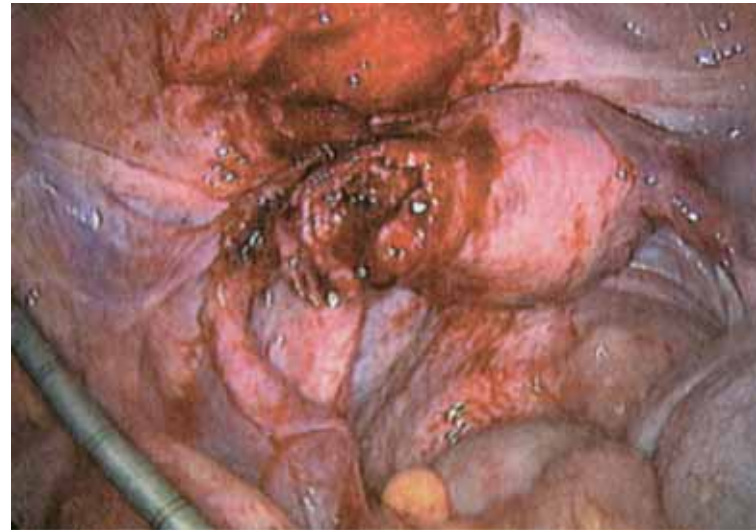
çox nadir hallarda isə interstisial nahiyyə (1%) olur. Ölüm hallarının çox hissəsi interstisial boru hamiləliyi ilə əlaqədardır, belə ki, o, çox vaxt uşaqlıq cırılması ilə nəticələnir. Çoxdöllü və ikitərəfli boru hamiləliyi halları təsvir edilmişdir.

Nadir formalara, həmçinin, qarın boşluğu hamiləliyi aid edilir (0,3-0,4%). Qarın boşluğu hamiləliyi lokalizasiyasına görə piylik, qaraciyər, oma-uşaqlıq bağı, düz bağırsaq-uşaqlıq çalası və s. ola bilər. Birincili və ikincili olur. Əgər implantasiya ilkin olaraq qarın boşluğu orqanlarına olarsa, *birincili qarın boşluğu hamiləliyi* adlanır.

Boru hamiləliyi pozularkən xorial qişası saxlanılan embrion qarın boşluğuna düşə bilər və o zaman ikincili qarın boşluğu hamiləliyi inkişaf edə bilər. Bunun yalnız nəzəri əhəmiyyəti vardır, belə ki, əməliyyat vaxtı boruda makroskopik dəyişiklik aşkarlamaq mümkün olmur və ilkin implantasiyanı yalnız histoloji müayinə ilə təsdiqləmək olur. Çox nadir hallarda qarın boşluğu hamiləliyi sona çatdırılır.

Həmçinin, uşaqlıq və uşaqlıqdankənar hamiləliyin birgə rast gəlinməsi mümkündür.

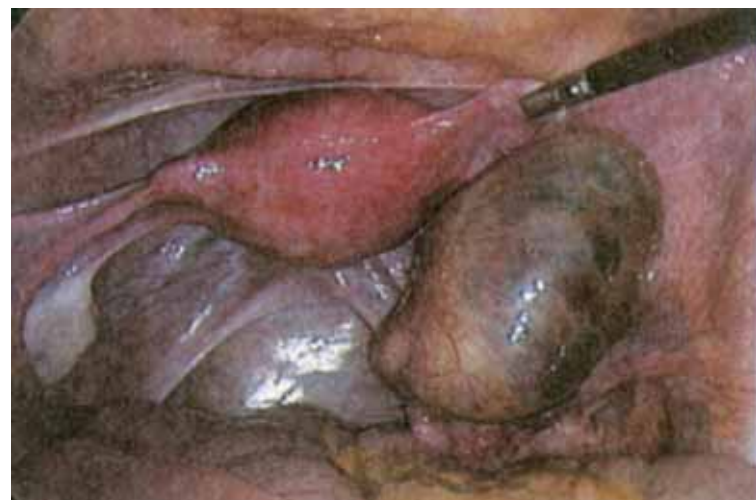
Yumurtalıq hamiləliyi uşaqlıqdankənar hamiləliyin nadir forması olub, 1-8% hallarda rast gəlinir. Onun 2 forması ayırd edilir: intrafollikulyar və epioo-



Şəkil 21.1. Ektopik hamiləliyin uşaqlıq borusunun interstisial hissəsində lokalizasiyası. Laparoskopiya



Şəkil 21.2. Ektopik hamiləliyin uşaqlıq borusunun istmikal hissəsində lokalizasiyası. Laparoskopiya



Şəkil 21.3. Ektopik hamiləliyin uşaqlıq borusunun ampulyar hissəsində lokalizasiyası. Laparoskopiya

foral. Birinci halda mayalanma və implantasiya follikulda, ikinci halda isə yumurtalığın səthində gedir.

Rudimentar buynuzda hamiləlik 0,1-0,9% hallarda rast gəlinir. Anatmik olaraq bu, uşaqlığa aid olsa da, rudimentar buynuzun uşaqlıq yolu ilə əlaqəsi olmadığı üçün klinik olaraq uşaqlıqdankənar hamiləlik kimi keçir.

Etiologiya və patogenezi. Yumurta-hüceyrənin mayalanması borunun ampulyar hissəsində baş verir və o, tədricən boru boyunca irəliləyərək uşaqlığa düşür. Bu borunun selikli qişasının kirpikli epitel hüceyrələrinin hərəkəti hesabına baş verir. Boruların nəqliyyat funksiyası bir sıra faktorlardan – yumurtalığın hormonal funksiyasından, yeridilən ekzogen hormonlardan, boru divarının qatlarının keyfiyyətindən, daxili cinsiyyət üzvlərinin qan təchizatı və innervasiyasından asılıdır. Uşaqlıqdankənar boru hamiləliyinin əsas səbəblərindən biri iltihabi proseslərdir (spesifik və qeyri-spesifik etiologiyalı). Uşaqlıq borusunun iltihablaşması apendiksdən də baş verə bilər ki, boru hamiləliyinin çox vaxt sağ tərəfdə müşahidə edilməsi bununla izah edilir. İltihabi proses nəticəsində ya peritubar bitişmələr əmələ gəlir ki, bu da borunun fiksasiyasına, əyilməsinə və onun hərəkəti aktivliyini pozan normal anatmik quruluşunun dəyişməsinə səbəb olur; ya da borunun mənəfi daralaraq səyirici epitelinin funksiyasını pozur. Boruda iltihabi proses zamanı onun sinir liflərində dəyişikliklər baş verir, hərəkəti aktivliyi pozulur və sinir reseptorlarının estrogen və progesterona həssaslığı pozulmuş olur.

Uşaqlıqdankənar hamiləliyin bir səbəbi də yumurtalıqların funksiyasının pozulmasıdır. Bu, həm neyroendokrin dəyişikliklər, həm də iltihabi proseslər nəticəsində ola bilər. Müəyyən olunmuşdur ki, borunun peristaltikası aybaşı tsiklinin fazalarından asılıdır. Follikulyar fazada uşaqlıq borularının əzələsinin spastik yığılması baş verir ki, bu da ovulyasiya zamanı daha da güclənir və yumurta-hüceyrənin borunun ampulasına keçməsinə şərait yaradır. Lütein fazasında isə əzələlərin tonusu və oyanıqlığı nisbətən zəifləyir, uşaqlıq istiqamətində peristaltik yığılmalar əmələ gəlir və bu da yumurta-hüceyrənin uşaqlığa doğru hərəkətinə im-

kan verir. Borunun selikli qişası da aybaşı tsiklinə uyğun dəyişikliklərə məruz qalır: follikulyar fazada səyirici və sekretor hüceyrələrin sayı artır, lütein fazasında isə yumurta-hüceyrə üçün qidalı şərait yaradan və hərəkətini yaxşılaşdıran sekretor dəyişikliklər gedir. Ona görə də hər hansı səbəbdən yumurtalıqların hormonal funksiyasının pozulması boruların motor funksiyasına təsir edir, yumurta-hüceyrənin transportu çətinləşir və o, uşaqlığa yox, boruya implantasiya olunur.

Uşaqlıqdankənar hamiləlik infantilizmi olan qadınlarda kifayət qədər çox rast gəlinir. Bu qadınların, demək olar ki, əksəriyyətində yumurtalıqların hipofunksiyası və boruların anatomo-fizioloji dəyişiklikləri (uzun, qıvrım, zəif peristaltikalı borular) qeyd olunur. Bu da yumurta-hüceyrənin boruda implantasiyasına şərait yaradır.

Uşaqlıqdankənar hamiləliyin səbəb faktorlarından biri süni abortlardır. Abortların nəticəsi kimi borularda iltihabi dəyişikliklər, yumurtalıqların funksiyasının və uşaqlığın reseptor aparatının pozulması, həmçinin həddən artıq qaşınma nəticəsində borunun interstisial hissəsində mənfəzinin obliterasiyası baş verir.

Uşaqlıq borularının endometriozu zamanı boruların peristaltikası bitişmə proseslərinin hesabına əhəmiyyətli dərəcədə pozulur ki, bu da boru hamiləliyinə gətirib çıxara bilər.

Uşaqlıq və onun artımlarının şişləri nəticəsində kiçik çanaq orqanlarının anatomiyasının pozulması, borunun mənfəzinin sıxılması; qarın boşluğunda aparılan cərrahi əməliyyatlardan sonrakı bitişmələr; boruların spazmına səbəb olan stress vəziyyətlər; uşaqlıq borularının anadangəlmə keçməzliyi və patoloji asimmetriyası; doğuşdansonra uzunmüddətli laktasiya; uşaqlıq borularının polip və şişləri; uşaqlıqdaxili vasitələrdən istifadə, uşaqlıq borularında aparılan plastik və konservativ əməliyyatlar ektopik hamiləliyin etiologiyasında müəyyən rol oynayır.

Klinika. Uşaqlıq borusunda əlverişli şərait olmadığından adətən o, erkən 4-6 həftəlik müddətlərdə və ya az hallarda 7-8 həftələrində pozulur. Xorionun xovları uşaqlıq borularının divarlarına nüfuz edir, onu dağıdaraq əridir, bu isə divarın gərilməsinə

və nazilməsinə və son nəticədə isə qan damarlarının divarlarının açılmasına, sinir liflərinin destruksiyasına səbəb olur. Bütün bunlar boru hamiləliyinin nəticələrini müəyyənləşdirərək onun erkən müddətlərdə pozulmasına gətirib çıxarır.

Boru hamiləliyinin klinik gedişinə görə aşağıdakı formaları vardır:

- 1) progressivləşən boru hamiləliyi;
- 2) borunun partlaması;
- 3) boru abortu.

Nadir hallarda uşaqlıqdankənar hamiləlik böyük müddətlərə çata bilər və bu zaman operativ yolla sağ uşaq doğulma ehtimalı vardır (adətən qarın boşluğu hamiləliyində olur).

Progressivləşən boru hamiləliyi. Klinik simptomatikanın kasadlığına görə erkən mərhələlərdə diaqnoz qoymaq çətinlik törədir. Çünki orqanizmdə uşaqlıq hamiləliyinin erkən müddətlərinə xarakter dəyişikliklər gedir. Hamiləliyin şübhəli əlamətləri (ürəkbulanma, qusma, iybilmə hissiyyatındakı dəyişikliklər, yuxululuq, əsəbilik, zəiflik) və ehtimal olunan əlamətləri (aybaşının ləngiməsi, süd vəzilərində şişkinlik, ağız südünün gəlməsi, uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun selikli qişasının sianotikliyi, uşaqlığın ölçülərinin böyüməsi və yumşalması) qeyd olunur. Uşaqlığın selikli qişası desidual dəyişikliklərə məruz qalır, yumurtalıqda sarı cisim formalaşır, hamiləliyə görə immunoloji reaksiya müsbət olur. Ona görə də inkişaf edən uşaqlıqdankənar hamiləliyə erkən müddətlərdə diaqnoz qoymaq həddən artıq çətindir. Lakin bununla belə, uşaqlıqdankənar hamiləlik üçün daha səciyyəvi olan əlamətlər aşağıdakılardır:

- uşaqlığın böyüməsi hamiləliyin müddətinə uyğun olmur;
- palpasiya zamanı uşaqlıq artımlarının birtərəfli böyüməsi, xəmirvari konsistensiyada və ağırlı olması qeyd olunur;
- xorionik qonadotropinin miqdarı uşaqlıq hamiləliyinin analoji müddətindən aşağı səviyyədə olur;
- dinamik nəzarət və təkrar ginekoloji müayinədə (3-4 gündən gec olmayaraq) uşaqlığın ölçülərinin geri qalması fonunda artımlar nahiyəsində olan törəmənin ölçülərinin böyüməsi qeyd olunur.

Bəzən qarının aşağı hissəsində vaxtaşırı tutmaşəkilli ağrılar, subfebril hərarət, EÇR-in sürətlənməsi qeyd oluna bilər. Diaqnoz qoyulmasına anamnestik məlumatlar (aybaşının gec başlaması, onların qeyri-müntəzəmliyi, uzunmüddətli sonsuzluq, qadın cinsiyyət üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri, endometrioz, fəsadlaşmış abortlar və doğuşların olması və s.) köməklik göstərir.

Proqressivləşən uşaqlıqdankənar hamiləliyə şübhə olan xəstələr mütləq stasionara yerləşdirilməli və dinamik ciddi nəzarət lazımdır. Çünki onun pozulması qəflətən baş verir və qarın boşluğuna qanaxma ilə müşayiət olunur.

Differensial diaqnostikanı artımların iltihabi prosesləri, dis-funksional uşaqlıq qanaxmaları, uşaqlıq hamiləliyinin erkən müddətləri, yumurtalıqların retension kistaları ilə aparmaq lazımdır. XQ-yə reaksiya mənfi olan hallarda belə onu bir neçə dəfə təkrarlamaq lazımdır. İltihabi proseslərlə differensiasiyada iltihab-əleyhinə müalicə ilə sınaq əhəmiyyətlidir. İltihabi proseslər zamanı bu müalicə müsbət effekt verdiyi halda, uşaqlıqdankənar hamiləlikdə yaxşılaşma qeyd edilmir. Çətinlik törədən hallarda endoskopik müayinə metodlarından istifadə olunur.

Uşaqlıq borusunun partlaması. Hamiləlik borunun istmik hissəsində yerləşdiyi hallarda baş verir və massiv qanaxma və şokla müşayiət olunur.

Borunun partlaması – qəflətən, fiziki yük və ya defekasiya aktı zamanı qarının aşağı hissəsinə və düz bağırsağa irradiasiya edən kəskin ağrılar, soyuq tə, anemizasiya və avazıma, AT-nin enməsi, huşun itməsi ilə müşayiət olunur. Nəbz sürətlənir və zəif olur. Frenikus simptom və peritonun qıcıqlanma simptomları müsbət olur. Qarın boşluğunda sərbəst qan olduğu üçün qarının yan hissələrində perkutor səsin kütləşməsi qeyd edilir. Qarın bir qədər köp, qarının ön divar əzələlərinin, xüsusən də boru partlayan tərəfdə ağrılı olması müşahidə olunur. Ginekoloji müayinədə adətən uşaqlığın böyüməsi, uşaqlıq boynunu hərəkət etdirən zaman kəskin ağrılı olması, yan tağlardan artımlar nahiyyəsində aydın konturları olmayan xəmirvari konsistensiyalı törəmənin əllənməsi, arxa tağın hamarlaşması və hətta sallanması qeyd oluna

bilər. Daxili müayinədə arxa tağın palpasiyası kəskin ağrılı olur. Buna “duqlasın qışqırtısı” simptomu deyilir. Sancıdan bir qədər sonra uşaqlıq boynu kanalından tünd-qanlı ifrazat gəlir ki, bu desidual qişanın soyulması ilə əlaqədardır.

Xəstənin vəziyyəti adətən itirilən qanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun olur. Klinik-laborator müayinələr xəstənin ümumi vəziyyətinə uyğun gəlməyə bilər. Hemoqlobin və eritrositlərin aşağı göstəricilərində xəstə özünü kafi hiss edə bilər.

İnformativ diaqnostik üsullardan biri arxa tağın punksiyasıdır. Punksiyanı diaqnoz çətinlik törədən hallarda aparmaq məqsəduyğundur. Punksiya zamanı alınan qan tünd rəngli olub, tərkibində yumşaq laxtalar olur, özü isə laxtalanmır. Punksiyanın nəticələri yalançı-müsbət (0,5-10% hallarda iynə parametriumun, uşaqlığın damarlarına düşdüyü hallarda) və yalançı-mənfi də (3-20% hallarda iynənin mənfəzində qüsurlu olduqda, qarın boşluğunda qan az miqdarda və ya bitişmə prosesləri olduqda) ola bilər. Damardan alınan qan al rəngdə olub, tez laxtalanır. Bəzən punksiya zamanı tünd qan yox, qanlı-serozlu maye alınır ki, bu zaman diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün əlavə müayinələr aparmağa ehtiyac duyulur. Punksiya zamanı qan yumurtalığın apopleksiyası, dalağın partlaması, menstrual qanın refluyusu zamanı da alınır.

Boru abortu. Uşaqlıqdankənar hamiləliyin pozulmasının boru abortu tipi borunun partlamasından daha çox rast gəlinir. Boru abortunun klinik mənzərəsi müxtəlifdir: bəzi xəstələrdə kəskin daxili qanaxma əlamətləri olduğu halda, digərlərində simptomlar o qədər kasad ola bilər ki, diaqnoz qoymaq çətinlik törədir. Xəstələr aybaşının ləngiməsi, ağrılar və cinsiyyət yollarından qanlı ifrazatı həmişə qeyd etmirlər. Subyektiv şikayətlər olmaya bilər. Süd vəzilərindəki dəyişikliklər digər patoloji vəziyyətlərlə şərtlənə bilər.

Adətən aybaşının bir qədər ləngiməsindən sonra qarının aşağı hissəsində (çox vaxt birtərəfli) tutmaşəkilli ağrılar, uşaqlıq yolundan az miqdarda tünd-qanlı ifrazat (desidual qişanın soyulması ilə əlaqədar) qeyd olunur. Boru abortu adətən uzun sürür. Xəstə-

liyin əvvəlində döl yumurtasının soyulması nəticəsində baş verən qan borudan qarın boşluğuna az porsiyalarla tökülür, ona görə də anemizasiya və peritonun qıcıqlanması zəif nəzərə çarpır. Lakin bədən vəziyyətinin dəyişilməsi zamanı nəbzin və AT-nin labiliyi kifayət qədər xarakterik simptomdur. Qarın boşluğuna təkrarlanan qanaxmalar uşaqlıqarxası hematomanın yaranmasına, peritonun qıcıqlanma simptomlarının və anemiyanın inkişafına (dəri örtüklərinin solğunluğu, ovucun və ayağın altının sarılığı, ümumi zəiflik) səbəb olur.

Diagnostika. Ətraflı toplanmış anamnez və klinik əlamətlərə əsaslanır. Klinik əlamətlərin dinamikada izlənilməsinin mühüm əhəmiyyəti vardır. Borunun partlamasında simptomlar kifayət qədər xarakterikdir. Lakin nəzərdən qaçıрмаq lazım deyil ki, posthemorragik və peritoneal şokun səbəbi digər xəstəliklər də (yumurtalığın apopleksiyası, kəskin apendisit və s.) ola bilər. Bu xəstəliklərin fərqi hamiləliyə xas əlamətlərin, ən əsası isə, hamiləliyə görə immunoloji reaksiyanın müsbət olmamasıdır. Apopleksiya zamanı qanaxma aybaşı tsiklinin ortasına təsadüf edir, boru partlamasında isə aybaşı ləngiməsi qeyd edilir, çox vaxt differensiasiyaya ehtiyac olmur, çünki hər 2 halda cərrahi əməliyyat göstərişdir.

Kəskin apendisit zamanı peritonun qıcıqlanma simptomları daha qabarıq olur, yüksək hərarət, leykositoz – leykositar formulanın sola meyilliyi ilə, EÇR-in yüksəlməsi xarakterikdir. Bu göstəricilər dinamikada artır. Ağrılar kəskin apendisitdə getdikcə şiddətlənir və epigastral nahiyyədən sağ qalça çuxuruna lokallaşır. Apendisit zamanı qarının aşağı hissəsinin palpasiya zamanı ağrılı və gərgin olması boru partlamasına nisbətən daha qabarıq nəzərə çarpır. Hemoqlobinin enməsi isə boru partlamasında qabarıq simptom olur. Kəskin apendisitdə xarakterik apendikulyar simptomlar (Rovzinq-Sitkovski, Koxer-Volkoviç, Razdolski və s.) aşkarlandığı halda, uşaqlıqdankənar hamiləlikdə bunlar olmur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə ginekoloji müayinə, arxa tağın punksiyası aparılır.

Pozulmuş uşaqlıqdankənar hamiləliyin boru abortu tipini uşaqlıq hamiləliyi abortundan, xroniki salpinqooforitin kəskinləş-

məsindən, yumurtalığın apopleksiyasından, kəskin apendisitdən diferensiasiya etmək lazımdır (cədvəl 21.1, 21.2, 21.3). Diferensial diaqnostika laborator müayinələr, xəstəliyin klinik mənzərəsi və əlavə müayinə metodlarının nəticələrinə əsaslanır.

Cədvəl 21.1

Boru abortu və uşaqlıq abortunun differensial diaqnostikası

Boru abortu	Uşaqlıq abortu
Adətən hamiləliyin 3-5 həftəliyində baş verir	Adətən hamiləliyin 6-10 həftəliyində baş verir
Ağrılar qəflətən baş verir, kəskin sancı xarakterli olub, huşun itməsi, kollaps, qusma, şokla müşayiət olunur	Ağrılar tədricən inkişaf edir, sancılar müəyyən vaxt intervalı ilə baş verir, qasıqüstü nahiyyədə olur
Frenikus simptom müsbət olur	Frenikus simptom mənfi olur
Qarının ön divarı əzələlərinin gərginliyi olur	Qarının ön divar əzələlərinin gərginliyi olmur
Peritonun qıcıqlanma simptomları müsbət olur	Peritonun qıcıqlanma simptomları mənfi olur
Daxili müayinə kəskin ağrılıdır	Daxili müayinə ağrısızdır
Uşaqlığın ölçüləri hamiləliyin müddətinə uyğun gəlmir, servikal kanal bağlı olur	Uşaqlıq hamiləliyə uyğun böyüyüb, uşaqlıq boynu bir qədər açıqdır
Artımlar birtərəfli böyümüş olur	Artımlar əllənmir
Uşaqlıqdan qanlı ifrazat tünd olub, az miqdardadır	Adətən qan laxtaları ilə al rəngdə gur qanaxma olur
Arxa tağın punksiyasında qarın boşluğunda sərbəst qan aşkar edilir	Qarın boşluğunda sərbəst qan olmur
Uterotonik preparatların yeridilməsi daxili qanaxmanı və ağrı simptomunu gücləndirir.	Uterotonik preparatların yeridilməsi xarici qanaxmanı azaldır
Endometriumun qaşıntısında yalnız desidual elementlər aşkarlanır, xorion xovları qeyd edilmir	Endometriumun qaşıntısında desidual elementlərlə yanaşı xorionun xovları, döl yumurtasının qalıqları aşkarlanır
Laparoskopiya bənövşəyi rəngdə qalınlaşmış boru aşkar edilir	Endoskopiya uşaqlıq artımları normal olur

**Boru abortu və uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabının
differensial diaqnostikası**

Boru abortu	Uşaqlıq artımlarının iltihabı
Aybaşı ləngiməsi qeyd edilir	Aybaşı ləngiməsi adətən qeyd edilmir
Hamiləliyin subyektiv əlamətləri olur	Hamiləliyə xas əlamətlər olmur
Bədən hərarəti adətən normal olur	Bədən hərarəti adətən yüksək olur
Ağrılar kəskin baş verib, tutmaşəkilli olur, bayılma ilə müşahidə olunur	Ağrılar tədricən inkişaf edib, daimi xarakter daşıyır. Huşun itməsi qeyd edilmir.
Frenikus simptom müsbət olur	Frenikus simptom mənfi olur
Qarın köp və gərgin olur. Dərin palpasiyada uşaqlıqdankənar hamiləlik olan tərəfdə ağrılı olur.	Qarın gərgin olur. Qarının aşağı hissəsində hər 2 tərəfdən palpasiyada ağrılıdır.
Uşaqlığın hərəkəti az ağrılıdır	Uşaqlığın hərəkət etdirilməsi kəskin ağrılıdır
Artımların adətən birtərəfli böyüməsi qeyd edilir	Artımların adətən ikitərəfli böyüməsi qeyd edilir
Tünd-qanlı ifrazat olur	Qanlı ifrazat adətən olmur
Arxa tağın punksiyasında sərbəst qan alınır	Arxa tağın punksiyasında adətən seroz, seroz-irinli maye alınır
Hamiləliyə görə immunoloji reaksiyalar müsbətdir	Hamiləliyə görə immunoloji reaksiyalar mənfidir
Qanda mülayim leykositoz və EÇR-in bir qədər yüksəlməsi qeyd edilir	Qanda nəzərə çarpan leykositoz və EÇR-in əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlməsi qeyd edilir
İltihab əleyhinə müalicə effektiv olmur	İltihab əleyhinə müalicə effektivdir
Ümumi intoksikasiya əlamətləri olmur	Ümumi intoksikasiya əlamətləri qeyd edilir

**Boru abortu və kəskin apendisitin differensial
diaqnostik əlamətləri**

Boru abortu	Kəskin apendisit
Hamiləliyə xas əlamətlər olur (aybaşının ləngiməsi, subyektiv şikayətlər)	Hamiləliyə xas əlamətlər olmur
Ağrılar tutmaşəkilli olub, başgicəllənmə, bayılma ilə müşahidə olunur	Epigastral nahiyyədə, sonradan isə sağ qalça çuxuru nahiyyəsində güclənən ağrılar, ürəkbulanma, qusma ilə müşayiət olunur
Bədən hərarəti adətən normal olur	Bədən hərarəti yüksək olur
Frenikus simptom müsbət olur	Frenikus simptom mənfi olur
Qarının ön divar əzələlərinin gərginliyi az nəzərə çarpır	Qarının ön divar əzələlərinin, xüsusən sağda qabarıq nəzərə çarpan gərginliyi
Şotkin-Blumberq simptomu mənfi olur	Şotkin-Blumberq simptomu müsbətdir
Daxili müayinə ağrılıdır	Daxili müayinə ağrısızdır
Uşaqlıq bir qədər böyümüş və yumşalmış olur. Tağlar hamarlaşmış və ya sallanmış olur. Böyümüş uşaqlıq borusu əllənir	Uşaqlıq normal ölçüdədir. Tağlar sərbəstdir. Artımlar adətən böyümüş olur
Uşaqlıq yolundan tünd-qanlı ifrazat olur	Qanlı ifrazat olmur
Arxa tağın punksiyasında tərkibində kiçik laxtalar olan sərbəst qan alınır	Arxa tağın punksiyasında seroz maye alınır
Mülayim leykositoz və EÇR-in yüksəlməsi	Qabarıq leykositoz və EÇR-in yüksəlməsi
Hamiləliyə görə immunoloji reaksiya müsbət olur	Hamiləliyə görə immunoloji reaksiya mənfi olur
Laparoskopiya bənövşəyi rəngli böyümüş boru və qarın boşluğunda sərbəst qan qeyd edilir	Laparoskopiya zamanı artımlar və uşaqlıq dəyişilməmiş olur, qan qeyd edilmir.

Uşaqlıq hamiləliyindən və ya disfunksional uşaqlıq qanaxmalarından differensiasiya çətinlik törədən hallarda uşaqlıq boşluğunun diaqnostik qaşıntısının histoloji müayinəsindən istifadə olunur. Əgər xəstə mümkün ola biləcək uşaqlıq hamiləliyini saxlamaqda maraqlıdırsa, o zaman uşaqlıq boşluğunu qaşımaq olmaz. Uşaqlıqdankənar hamiləlikdə qaşınıda yalnız desidual toxuma, uşaqlıq hamiləliyində isə xorion elementləri, döl yumurtasının qalıqları da aşkarlanır. Uşaqlıqdan özbaşına qopub gələn toxuma hissələri də histoloji müayinə olunmalıdır.

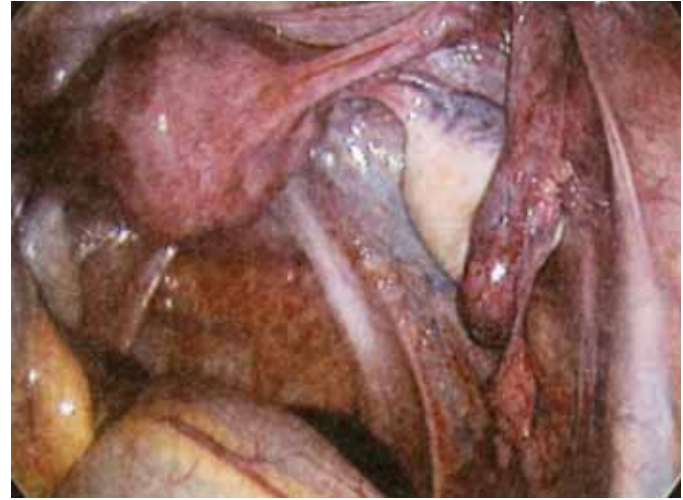
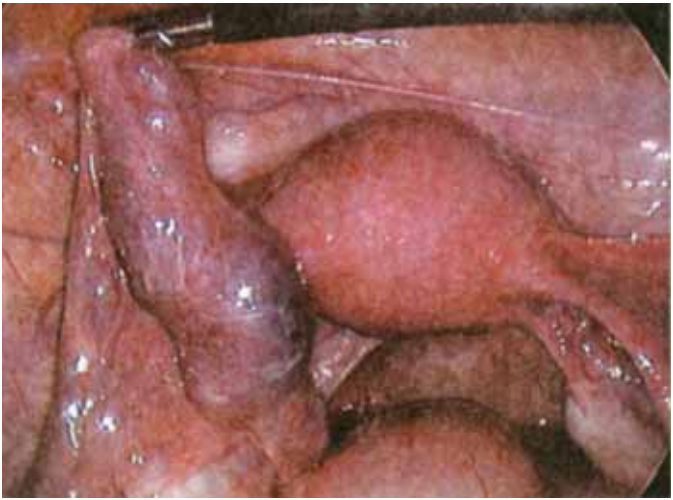
Uşaqlıqdankənar hamiləliyə şübhə olduqda qanda XQ təyin edilir. XQ-nin dinamikada izlənilməsi daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, uşaqlıq hamiləliyində hər iki gündən bir XQ-nin səviyyəsi özündən əvvəlki göstəriciyə görə 66%-dən az olmayaraq yüksəlmiş olduğu halda, uşaqlıqdankənar hamiləlikdə bu göstəricilər xeyli geri qalır. XQ-nin β -subvahidinin 2 dəfə yüksəlməsi uşaqlıqdankənar hamiləlikdə 1 həftədən tez baş vermir. Ona görə də praktikada XQ-nin dinamikada təyininə üstünlük verilir.

Uşaqlıqdankənar hamiləliyin diaqnostikasında kiçik çanaq orqanlarının transvaginal exoqrafiyası və rəngli dopler kartlaşdırmasının mühüm əhəmiyyəti vardır. Exoqrafik əlamətlər 3 qrupa bölünür. Mütləq US əlamətlərinə ektopik yerləşmiş döl yumurtası sağ embrionla; ehtimal olunan US əlamətlərinə uşaqlığın böyüməsi və yanında xorionun tacşəkilli şaxələnməsini xatırladan exopozitiv kistoz törəmə (döl yumurtası), qarın boşluğunda sərbəst mayenin olmasını; güman olunan əlamətlərə isə uşaqlığın böyüməsi, uşaqlığın arxasında əlavə strukturları olmayan sərbəst maye, uşaqlıq artımları nahiyəsində strukturu qarışıq qeyri-həmcins, kənarları hamar və aydın olmayan törəmənin aşkarlanması aid edilir.

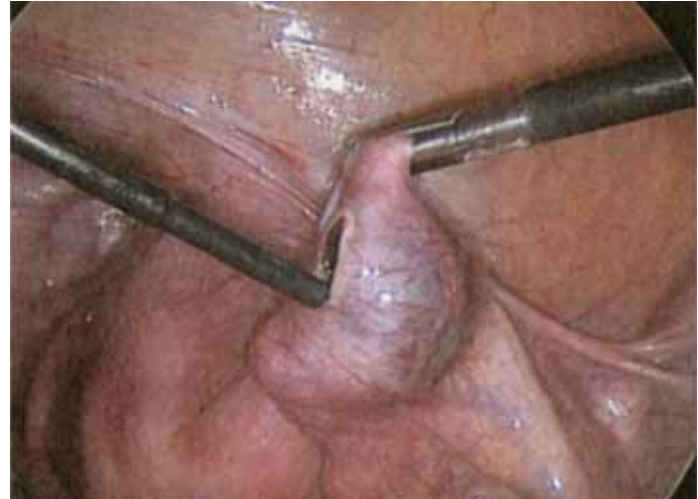
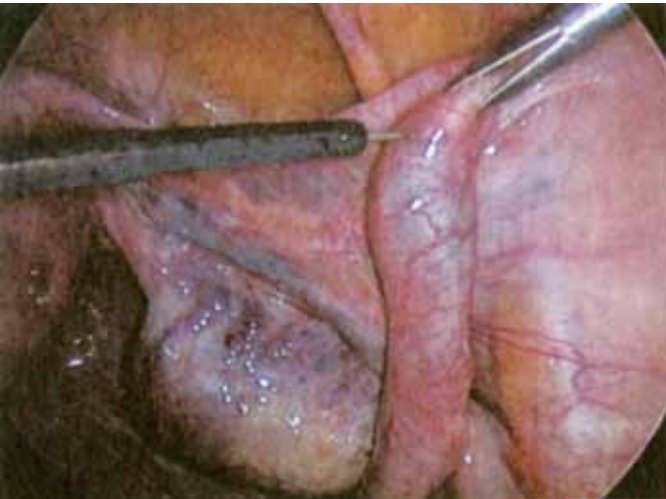
Exoqrafik müayinənin nəticələrini yalnız digər metodlarla yanaşı köməkçi vasitə kimi istifadə etmək olar. Exoqrafiya və hormonal müayinənin birgə tətbiqinin informativliyi 95% təşkil edir.

Laparoskopiyanın diaqnostik imkanları daha genişdir, onun vasitəsi ilə həm proqressivləşən, həm də pozulmuş ektopik hamiləliyə diaqnoz qoymaqla yanaşı, eyni vaxtda müalicə tədbirləri də aparmaq mümkündür.

Uş aqlı q d a n k ə n a r h a m i l ə l i y i n m ü a l i c ə s i.
 Uş aqlı q d a n k ə n a r h a m i l ə l i k t ə c i l i c ə r r a h i ə m ə l i y y a t a g ö s t ə r i ş d i r. Cərrahi müalicə laparotomik və laparoskopik yolla müxtəlif həcmdə aparıla bilər. Konservativ-plastik əməliyyatlara – döl yumurtasının fimbrial hissədə yerləşdiyi hallarda sıxılaraq çıxarılması “milking” (şəkil 21.4), salpinqotomiya (şəkil 21.5), uş aqlı q borusu seqmentinin rezeksiyası (şəkil 21.6), yumurtalığın rezeksiyası; radikal əməliyyatlara isə tubektomiya aiddir.



Şəkil 21.4. Döl yumurtasının fimbrial hissədə yerləşdiyi hallarda sıxılaraq çıxarılması “milking”. Laparoskopiya



Şəkil 21.5. Salpinqotomiya. Laparoskopiya



Şəkil 21.6. Uş aqlı q borusu seqmentinin rezeksiyası. Laparoskopiya

Əməliyyatın növünün seçilməsi klinik mənzərədən, döl yumurtasının ölçüsündən və lokalizasiyasından, bitişmə prosesinin dərəcəsi, cərrahın ixtisaslaşma dərəcəsi və xəstənin reproduktivliyin saxlanılmasında maraqlı olub-olmamasından asılıdır.

Laparotomiya ilə müqayisədə laparoskopianın bir sıra üstün cəhətləri vardır: kəsiyin kiçik olması, əməliyyatın qısa davam etməsi, fəsadların az rast gəlinməsi, orqansaxlayıcı prinsip, xəstənin stasionarda qalma müddətinin qısaldılması, erkən fiziki və sosial reabilitasiya.

Erkən diaqnostika orqansaxlayıcı əməliyyat aparmağa imkan verir.

Qarın boşluğuna massiv qanaxma (500 *ml*-dən az) və döl yumurtasının ölçüsü 2,5-3 *sm*-dən böyük olmadıqda salpinqotomiya əməliyyatı aparılır.

Orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra təkrar ektopik hamiləlik riski yüksək olur (15-38%). Lakin üstün cəhət odur ki, bu əməliyyatlardan sonra uşaqlıq hamiləliyinin mümkünlüyü ehtimalı var və bu, ekstrakorporal mayalanmadan üstün xüsusiyyətlərə malikdir.

Salpinqotomiya əməliyyatı mümkün olmadıqda və bir uşaqlıq borusu olan qadınlarda uşaqlıq borusu segmentinin rezeksiyası aparılır.

Yumurtalıq hamiləliyində yumurtalığın sağlam toxuması həddlərində rezeksiyası aparılır.

Tubektomiyaya göstərişlər: uşaqlıq borusunda təkrar hamiləlik, uşaqlıq borusunda çapıq dəyişiklik, qadının reproduktiv funksiyanı saxlamaqda maraqlı olmaması, uşaqlıq borusunun partlaması, döl yumurtasının 3,0 *sm*-dən böyük olması.

Pozulmuş uşaqlıqdankənar hamiləlikdə cərrahi əməliyyat diaqnoz qoyulan kimi dərhal həyata keçirilməlidir. Bu andan etibarən qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsinə başlamaq lazımdır, çünki belə xəstələrdə qan itkisi ilə əlaqədar hipovolemik şok inkişaf edir. Görülən tədbirlər nə qədər tez və adekvat başlanarsa, xəstələrin reabilitasiyası bir o qədər sürətlə gedər.

Əməliyyat vaxtı autoqanla reinfuziya (qarın boşluğuna toplanmış qan) aparmaq məqsəduyğun sayılır. Bu zaman nəzərə almaq lazımdır ki, qarın boşluğundakı qan köhnə (5 saatdan çox qalmamalıdır) olmamalıdır.

Massiv qanaxması olan qadınlara arterial təzyiqi yüksəldən preparatların təyini daxili qanaxmanı gücləndirmə riski olduğundan yolverilməzdir.

Uşaqlıqdankənar hamiləliyin konservativ müalicə metodları. Ektopik hamiliyin konservativ müalicəsi məqsədilə metotreksat, vinblastin, prostoqlandinlər E_2 və F_{2x} , antiprogesteron preparat olan RU-486, trixosantindən istifadə edilir.

Hal-hazıra kimi bu preparatların təyininə, onların dozalanmasına, təyin olunma müddətinə və yeridilmə üsullarına dair vahid bir fikir yoxdur. Bu preparatlar həm transvaginal ultrasəs monitoringi, həm də dinamik laparoskopik nəzarət altında təyin oluna bilər. Preparat parenteral və yerli təyin oluna bilər. Metodun geniş tətbiq edilməməsinin əsas səbəblərindən biri progressivləşən boru hamiləliyi diaqnozunun qoyulmasının çətinliyidir. Bu üsul həmçinin orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra, qan zərdabında XQ-nin β -subvahidi yüksək olan hallarda istifadə olunur.

Bir çox müəlliflər ektopik hamiləliyin konservativ müalicə metodlarını perspektivli hesab etsələr də, onların daha ətraflı tədqiq olunmasına ehtiyac olduğunu inkar etmirlər. Çünki metotrekstatın mutagen və teratogen təsirlərinin inkar edilməməsi, medikamentoz müalicə üçün konkret göstəriş və əks göstərişlərin müəyyənləşməməsi, dəqiq sxemlərin, optimal və effektiv dozaların mövcud olmaması bu metodun dəyərini xeyli aşağı salır. Ona görə də müasir dövrdə uşaqlıqdankənar hamiləliyin müalicəsinin daha dərin öyrənilmiş və prioritet üsulu cərrahi müalicədir.

Uşaqlıqdankənar hamiləliyə görə əməliyyat keçirmiş qadınlarda reabilitasion tədbirlər. Boru hamiləliyinə görə əməliyyat keçirmiş qadınlarda menstrual və generativ funksiyanın bərpa-sına ehtiyac vardır. Belə ki, bu qadınların 40-50%-də sonsuzluq, təkrar ektopik hamiləlik, neyroendokrin və vegetativ-damar pozuntular baş verir.

Erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə ümumi qəbul edilmiş müalicə ilə yanaşı bitişmə proseslərinin qarşısını almaq və boruların funksional aktivliyini bərpa etmək məqsədi ilə kompleks müalicə tədbirləri aparmaq tövsiyə olunur.

Əməliyyatdan sonra 6 ay ərzində vaxtaşırı (2-3 kurs) aparılan müalicəvi hidrotubasiyalar (25%-li novokain məhlulu, hidrokortizon, proteolitik fermentlər, antibiotik), fizioterapiya üsulları (ultrasəs, induktotermiya, lazerlə müalicə, ozokeritlə müalicə, palçıqla, naftalanla müalicə və s.), biostimulyatorların, proteolitik fermentlərin təyini əksər xəstələrdə reproduktiv funksiyanı bərpa etməyə imkan verir.

21.2. YUMURTALIĞIN APOPLEKSİYASI

Yumurtalıq apopleksiyası (sinonimləri – yumurtalıq cırılması və ya hematoması) – qəfləti qansızma nəticəsində yumurtalıq toxumasının tamlığının pozulması və qarın boşluğuna qanaxma ilə müşayiət olunan patologiyadır. Daxili qanaxmaların səbəbləri arasında apopleksiyanın payına 0,5-2,5% düşür. Xəstəlik ən çox 20-36 yaş arasında rast gəlinir, bu, sarı cismin hematomasının və ya follikulun hematomasının cırılması ilə əlaqədardır.

Yumurtalıq apopleksiyasına yalnız 4-5% halda düzgün diaqnoz qoymaq olur. Diaqnostik səhvlər xəstəliyin xarakter klinik mənzərəsinin olmaması və qarın boşluğunun digər kəskin xəstəlikləri tipində getməsidir. Əksər hallarda isə uşaqlıqdankənar hamiləlik və apendisitlə diaqnostik səhvlərə yol verilir.

Etiologiya və patogenezi. Yumurtalıqlarda hematomada damarların sklerozlaşması, hiperemiyası, varikoz genəlməsi, iltihabi proseslər, yumurtalıqların kiçik kistozlu dəyişiklikləri və s. fonunda onun damar və toxumalarındakı dəyişikliklər nəticəsində baş verir. Yumurtalıqların apopleksiyasına təkanverici faktorlar travmalar, fiziki gərginliklər, cinsi əlaqə və s. ola bilər. Bir çox hallarda yumurtalıq qanaxmaları təkanverici faktor olmadan da baş verə bilər.

Klinika. Xəstəliyin klinik mənzərəsi daxili qanaxmanın və müşayiət edən xəstəliyin xarakterindən asılıdır. Əgər qanaxma



Şəkil 21.7. Ovulyasiyanın stiqması. Laparoskopiya.



Şəkil 21.8. Sarı cismin “boşalmış” kistası. Laparoskopiya.



Şəkil 21.9. Sarı cismin cırılması və qanaxma. Laparoskopiya.

follikulun cırılması nəticəsində baş verərsə, xəstəlik adətən ay-başı tsiklinin 12-ci və 16-cı günləri arasında inkişaf edir. Bu müddətdə ovulyasiya baş verir və qanaxmanın da bilavasitə səbəbi o olur (şəkil 21.7). Sarı cismin cırılması nəticəsində simptomlar menstrual tsiklin sonunda və hətta menstruasiya zamanı inkişaf edə bilər (şəkil 21.8 və 21.9). Yumurtalıqların apopleksiyası üçün ən səciyyəvi olan simptomlar ağrı və daxili qanaxma əlamətləridir. Bu və ya digər əlamətin üstünlük təşkil etməsindən asılı olaraq xəstəliyin aşağıdakı formaları ayırd edilir:

- ağrı və ya psevdopendikulyar forma. Bu forma üçün ürəkbulanma və hərarətin yüksəlməsi ilə müşayiət olunan ağrı sindromu səciyyəvidir;
- anemik formanın başlıca simptomunu qanaxma təşkil edir.

Bu əlamətlər eyni dərəcədə nəzərə çarpan hallarda yumurtalıq apopleksiyasının qarışıq forması fərqləndirilir.

Yumurtalıq apopleksiyasının bütün formaları üçün müxtəlif dərəcəli qanaxma xarakterik olduğundan yuxarıdakı göctərilən

təsnifat o qədər də məqsəduyğun deyil. Bu məqsədlə də qanaxmanın miqdarından və patoloji simptomların nəzərə çarpma dərəcəsindən asılı olaraq, xəstəliyin 3 ağırlıq dərəcəsi qeyd olunur:

- yüngül forma (qan itkisi 100-150 *ml*);
- orta ağır forma (qan itkisi 150-500 *ml*);
- ağır forma (qan itkisi 500 *ml*–dən çox olarsa).

Bu təsnifat daha qəbul ediləndir, çünki həkimin taktikasını dəqiq müəyyənləşdirməyə imkan verir.

Xəstəlik adətən kəskin (çox vaxt cinsi əlaqədən sonra) başlanır. Qarının aşağı və ya qalça nahiyyəsində (zədələnmiş yumurtalıq tərəfdə) ayağa və düz bağırsağa irradiasiya edən kəskin ağrılar baş verir.

Ağrılar fiziki gərginlik nəticəsində meydana çıxa bilər. Xəstəyə baxış zamanı qarının ön divarının gərginliyi, peritonun qıcıqlanma simptomları qeyd olunur. Xəstəliyin kəskin inkişaf etməsi bütün xəstələrdə müşahidə edilir. Nadir hallarda tutmadan əvvəlki günlərdə xəstələr qalça nahiyyəsində zəif, küt, “iynə sancması” şəkilli ağrılar qeyd edirlər ki, bunu da yumurtalıq daxilinə kiçik qansızmalar və ya yumurtalıqların ödem və hiperemiyası ilə izah etmək olar.

Yumurtalığın apopleksiyasının başlıca simptomları:

- qarının aşağı hissəsində və bəldə olan ağrılar;
- uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın olması. Adətən ağrı keçən kimi qanlı ifrazat dərhal kəsir;
- anemiya ilə müşayiət olunan qarın boşluğuna qanaxma.

D i a g n o s t i k a s ı . Yumurtalığın apopleksiyası diaqnozu anamnez və ümumi baxışın məlumatlarına əsasən qoyulur. Ən informativ metod USM və laparoskopiya hesab edilir. Dopplerografiyanın spesifikliyi 70-75%-dir. Laparoskopik diaqnostika yüksək dəqiqliyə (98%) malikdir. Endoskopiya zamanı diaqnostik səhv uşaqlıqdankənar hamiləliklə oxşar əlamətlərin (kiçik çanaqda qanın olması, artımlar nahiyyəsində tünd-qırmızı rəngli törəmənin qeyd edilməsi) olması ilə izah olunur. Bundan başqa, hər iki patoloji proses uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəlikləri, kiçik çanaqda çoxsaylı bitişmələrin olması ilə müşayiət olunur ki, bu da

daxili orqanların endoskopik müayinə zamanı baxışını çətinləşdirir.

Yumurtalıqların apopleksiyasını aşağıdakı patologiyalardan fərqləndirmək lazımdır:

- pozulmuş boru hamiləliyi;
- kəskin apendisit;
- yumurtalığın kistasının ayaqcığının burulması;
- bağırsaq keçməzliyi;
- mədənin perforativ xorası;
- kəskin pankreatit;
- böyrək sancısı;
- piosalpinks.

Adətən xəstəliyin anemik formasını boru hamiləliyindən, ağrı formasını isə apendisitdən fərqləndirmək lazımdır. Son diaqnoz isə çox vaxt əməliyyat vaxtı dəqiqləşdirilir. Adətən yumurtalıq qanaxmalarında aybaşı ləngiməsi olmur. Hamiləliyə xas olan ürəkbulanma, qusma, süd vəzilərinin şişkinləşməsi, onları sıxarkən ağız südünün gəlməsi, hamiləliyə xas immunoloji reaksiyaların müsbət olması və s. kimi əlamətlər qeyd edilmir. Əgər qarın boşluğuna massiv qanaxma varsa, o zaman ikincili anemiya, kollaps, şok simptomları inkişaf edir. Dəri və selikli qişalar kəskin azaşır, arterial təzyiq enir, nəbz sürətlənir. Qarın palpasiya zamanı ağrılı olur. Hətta patoloji proses baş verən tərəfdə qarının ön divarının gərginliyi və peritonun qıcıqlanma simptomları qeyd edilə bilər. Ginekoloji müayinə zamanı hamiləliyin ehtimal olunan əlamətləri (selikli qişaların sianozu, uşaqlığın böyüməsi və s.) qeyd olunmur. Zədələnmə olan tərəfdə artımların palpasiyası kəskin ağrılı olur. Əgər xəstədə daxili qanaxma və şok əlamətləri varsa, bu zaman apopleksiya və uşaqlıqdankənar hamiləliyi differensiasiya etməyin elə bir praktiki əhəmiyyəti yoxdur, çünki hər iki halda təcili cərrahi müdaxilə tələb olunur. Əgər apopleksiyanın əlamətləri az nəzərə çarpırsa, onda bu iki xəstəlik arasında differensiasiya aparılması lazımdır, çünki uşaqlıqdankənar hamiləlik zamanı cərrahi müdaxilə mütləq göstəriş olduğu halda, simptomları az nəzərə çarpan yumurtalıq apopleksiyası zamanı

əvvəlcə konservativ müalicə aparmaq olar (stasionar şəraitdə xəstənin vəziyyətinə ciddi nəzarət etmək şərti ilə).

Diagnozu dəqiqləşdirməyə çox vaxt hamiləliyə xas immunoloji və ya bioloji reaksiyaların müsbət olması imkan verir. Reaksiyanın müsbət olması adətən uşaqlıqdankənar hamiləliyin olmasına dəlalət edir.

Sağ yumurtalıqdan az miqdarda qanaxma çox zaman kəskin apendisit tutmalarını xatırlada bilər. Apendisitdə palpasiya zamanı ən ağrılı nöqtə göbəklə sağ ön – üst qalça tinini birləşdirən düz xəttin ortası, apopleksiyada isə bundan aşağıda olur. Apendisitdə ağrı göbək və epigastral nahiyyəyə, yumurtalıq qanaxmasında isə ayağa və düz bağırsağa yayılır.

Bəzi hallarda diagnozu dəqiqləşdirmək üçün laparoskopiya aparılır. Qanın laborator müayinəsinin də mühüm əhəmiyyəti var. Belə ki, leykositlərin miqdarının və EÇR-in artması apendisit üçün xarakterikdir.

Yumurtalığın apopleksiyasının piosalpinksdən differensiasiyasına gəlcə, əksər xəstələrdə irinli iltihab əvvəllər mövcud olan iltihabi prosesin qəflətən kəskinləşməsi nəticəsində meydana çıxır. Klinik mənzərə ilk növbədə kiçik çanaqda irin ocağının olması ilə şərtləndirilir (dilin quru olması, yüksək hərarət, titrətmə və s.).

Müalicə. Müalicə metodunun seçilməsində differensial yanaşma vacibdir. Xəstəliyin cüzi qanaxma ilə müşayiət olunan yüngül formasında konservativ müalicə tətbiq etmək (sakitlik, qarnının aşağı hissəsinə buz) mümkündür. Lakin nəzərdən qaçırmmaq lazım deyil ki, konservativ müalicə zamanı qarın boşluğu qan laxtalarından təmizlənmədiyi üçün 85,7% halda kiçik çanaq orqanlarında bitişmə proseslərinə, 42,8% halda sonsuzluğa, 16,3% halda isə yumurtalığın apopleksiyasının residivinə səbəb ola bilər. Müasir dövrdə xəstəliyin yüngül formasında qadın əgər reproduktiv sağlamlığın saxlanılmasında maraqlıdırsa, laparoskopiya aparılması tövsiyə olunur.

Yumurtalığın apopleksiyasının cərrahi tapıntısı bir sıra meyarlarla xarakterizə olunur:

- kiçik çanaqda laxtalarla qanın olması;
- hamiləlik olmadıqda uşaqlıq böyüməmiş olur və onun seroz qişası çəhrayı rəngdə olur;
- uşaqlıq borularında çox vaxt xroniki iltihabi proses əlamətləri, peritubar bitişmələr qeyd olunur;
- zədələnmiş yumurtalıq baxış zamanı ya normal ölçüdə, ya da kistanın hesabına bir qədər böyümüş (diametri 7-10 *sm*-dən böyük olmamaqla), tünd-qırmızı rəngdə olur;
- yumurtalığın və ya kistanın kənarında 1,5 *sm*-dən böyük olmayan cırılma qeyd olunur. Zədələnmə sahəsində baxış zamanı ya qanaxma olur, ya da o qan laxtaları ilə tutulur.

Əməliyyatı maksimal dərəcədə konservativ aparmaq lazımdır. Yumurtalığın çıxarılması əməliyyatı yalnız yumurtalıq toxumasını tamamilə zədələyən massiv qanaxmalar zamanı aparılır. Əksər hallarda yumurtalığın rezeksiyası və zədələnmiş nahiyyənin tikilməsi həyata keçirilir.

Hamiləlik zamanı sarı cismin cırılmasında hamiləliyin pozulmasının qarşısını almaq üçün zədələnmiş nahiyyə tikilir.

Bəzən apopleksiya uşaqlıqdankənar hamiləlik və kəskin apendisitlə birgə müşahidə edilir. Apopleksiya ikitərəfli də ola bilər. Ona görə də əməliyyat zamanı hər iki yumurtalığın, uşaqlıq borularının və apendiksin reviziyası vacibdir.

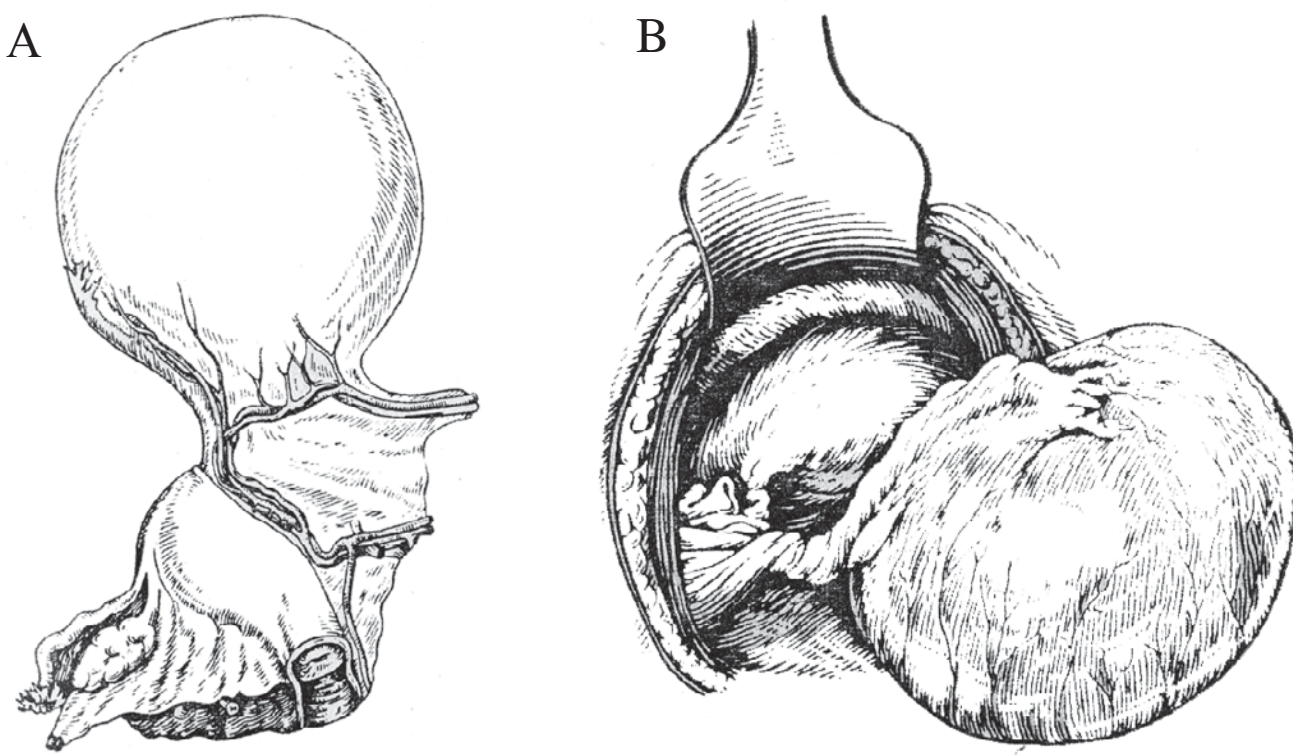
21.3. YUMURTALIQ ŞİŞLƏRİNİN AYAQCIGININ BURULMASI

Uşaqlıq artımlarının burulması kəskin ginekoloji xəstəliklərin strukturunda tez-tez rast gəlinməsə də, çox təhlükəli patologiyadır. Burulmaya yumurtalığı qidalandıran uşaqlıq arteriyalarının şaxələri, yumurtalıq arteriya və venaları cəlb olunur. Şişdə əvvəlcə qan dövrəni pozulur, sonra nekrozlaşma və periton boşluğuna yayılan aseptik iltihab baş verir. Ən çox yumurtalıq şişinin ayaqcığının burulması baş verir.

Yumurtalıq şişinin ayaqcığı anlayışına anatomik strukturlar – yumurtalıq müsariqəsi (mezovarium), yumurtalığın xüsusi bağı və

yumurtalıq asılan bağ aiddir. Bu sadalananlar – yumurtalıq arteriyası, yumurtalıq venaları, onun uşaqılıq arteriyası ilə anastomozları, limfa damarları və sinirlərlə birlikdə anatomik ayaqcığı əmələ gətirir.

Cərrahi ayaqcıq isə şişin çıxarılması əməliyyatı zamanı kəsilməli olan törəmədir. Adətən cərrahi ayaqcığa anatomik ayaqcıqla yanaşı uşaqılıq borusu daxil olur. Cərrahi ayaqcığa uşaqılıq borusundan başqa bağırsaq ilgəyi, piylik də aid ola bilər (şəkil 21.10, 21.11).



Şəkil 21.10. A. Kistanın anatomik ayaqcığı;
B. Kistanın cərrahi ayaqcığı (burulma)



Şəkil 21.11. Yumurtalıq törəməsinin ayaqcığının burulması.
Laparoskopiya

Etiologiya və patogenezi. Yumurtalıq şişinin ayaqcığının burulmasının səbəbləri həmişə aydın olmur. Qarının ön divarı sallaq olan, çox doğmuş qadınlarda burulmaya daha çox təsadüf olunur. Bəzən şişin ayaqcığının burulması bədənə fırlanma hərəkətinin qəflətən dayandırılması (gimnastika zamanı, rəqs zamanı, çarpayıda gövdənin döndərilməsi və s.), fiziki gərginlik nəticəsində baş verir.

Klinikası. Şişin ayaqcığının burulması zamanı ilk növbədə onun qidalanması pozulur və buna xarakter əlamətlər meydana çıxır. Şişin ayaqcığının burulması tədricən və sürətlə gedə bilər. Əgər burulma 360° və daha çoxdursa *tam*, 360° -dən az olarsa, *hissəvi burulma* adlanır. Burulmanın dərəcəsindən asılı olaraq klinik mənzərə müxtəlif cür olur. Əgər burulma tədricən gedirsə, əvvəlcə nazik divarlı və tez sıxılan venalarda durğunluq baş verir, arteriyalar vasitəsilə şişin qidalanması davam edir. Şişdə venoz durğunluq baş verir, onun ölçüləri böyüyür, qansızma baş verir və hətta qarın boşluğuna qanaxma ilə müşayiət olunan şişin kapsulunun cırılması da baş verə bilər. Şişin rəngi əvvəlcə tünd-qırmızı, sonra isə qəhvəyi olur. Şişin ayaqcığının tam burulması zamanı isə venalarla yanaşı arteriyaların da sıxılması baş verdiyi üçün şişin qidalanması tam pozulur və onda nekrotik dəyişikliklər baş verir. Bəzən vaxtında cərrahi yardım göstərilməzsə, ağır septiki ağırlaşmalara gətirib çıxara bilər. Burulmaya adətən uzun ayaqcığı olan dermoid kistalar, nisbətən az isə paraovarial kistalar, yumurtalığın fibroma və kistomaları məruz qalır.

Şişin ayaqcığının tam burulması zamanı kəskin qarın mənzərəsi müşahidə olunur:

- qəflətən kəskin ağrıların meydana gəlməsi;
- qarının ön divarının gərginliyi;
- müsbət Şotkin-Blumberq simptomu;
- ürəkbulanma və qusma;
- bağırsaqların parezi;
- qəbizlik, nadir hallarda ishal;
- bədən temperaturunun yüksəlməsi;
- nəbzin sürətlənməsi;

- dəri örtüklərinin və selikli qişaların avazıması;
- soyuq tər;
- daxili müayinə zamanı artımlar nahiyyəsində tərpətdikdə kəskin ağrılı olan şişin əllənməsi qeyd olunur.

Kistomanın ayaqcığının burulmasında klinik əlamətlər o qədər səciyyəvidir ki, diaqnoz çətinlik yaranmadan qoyulur.

Xarakterik klinik əlamətlər:

- ağrı sindromunun tədricən güclənməsi (70%);
- ürəkbulanma və qusma (50%);
- dizurik əlamətlər və bağırsaqların disfunksiyası (33%);
- cinsiyyət yollarında qanlı ifrazatın olması (21%);
- daxili müayinə zamanı xəstələrin 90%-də kəskin ağrılı olan, ölçüləri 7-8 *sm*-dən böyük olmayan sərt elastik konsistensiyalı törəmənin əllənməsi.

Diaqnostik çətinliklər klinik mənzərə az nəzərə çarpan hamilələr, yaşlı xəstələr və qız uşaqlarında, şişin hissəvi burulmasında meydana gəlir.

Diaqnostika. Şişin ayaqcığının kəskin burulmasında çətinlik törətmir. Bu xəstələrin anamnezində kistanın və ya şişin olması qeyd olunur. Xəstəlik tutmaşəkilli kəskin ağrılarla başlanır: ağrılar qəflətən baş verir və ayağa və belə irradiasiya edir. Sonradan ürəkbulanma, qusma, defekasiya aktının və qazın ləngiməsi, nəbzin sürətlənməsi baş verir, hərarət ya normal, ya subfebril olur, bəzi hallarda şok vəziyyəti yarana bilər. Qarın köp olur, palpasiya zamanı qarının ön divarının rigidliyi və peritonun qıcıqlanma simptomlarının müsbət olması aşkarlanır. Ginekoloji müayinədə uşaqlıq artımları nahiyyəsində məhdud hərəkətli və kəskin ağrılı sərt elastik oval formalı törəmə qeyd olunur. Uşaqlıq və əks tərəfdə artımlar dəyişiksiz olur. Qarının ön divarı gərgin və ağrılı olduğu üçün çox vaxt şişi əlləmək mümkün olmur. Əgər burulma tədricən baş verirsə simptomlar az nəzərə çarpır, ağrılar gah sakitləşir, gah yenidən başlayır.

USM 80-90% hallarda yumurtalıq şişini aşkarlamağa imkan verir. Ayaqcığın burulması zamanı şişin konturları bir qədər yayıl-

mış, kistanın divarları qalınlaşmış olur. Bəzən kapsulun ödemini göstərən konturun ikiləşməsi müşahidə edilir.

Differensial diaqnostika çox vaxt pozulmuş boru hamiləliyi və kəskin apendisitlə aparılmalıdır. Ətraflı toplanmış anamnez, hamiləlik əlamətləri, daxili qanaxma mənzərəsi, cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat, XQ-yə müsbət reaksiyanın olması, arxa tağın punksiyası zamanı qanın aşkarlanması uşaqlıqdankənar hamiləliyə düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir.

Yumurtalıq şişinin ayaqcığının hissəvi burulmasını kəskin salpinqooforitlə differensiasiya etmək lazımdır. Bu xəstəliklər üçün ümumi olan simptomatika qarının aşağı hissəsində olan ağrılar, ağrının tədricən güclənməsi, bədən temperaturunun yüksəlməsi, qarının palpasiyasının nəticələri, qanda leykositlərin sayının artmasıdır. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsində ginekoloji müayinə və dinamik nəzarət (kompleks iltihabəleyhinə müalicənin effektiv olmaması) mühüm rol oynayır. Bir çox hallarda əlavə müayinə metodlarının – exoqrafiya və laparoskopiyanın aparılması lazım gəlir.

Kəskin apendisitlə differensial diaqnostika apendiksin çanaq boşluğunda yerləşdiyi hallarda daha çox çətinlik törədir. Bu zaman ginekoloji müayinənin mühüm əhəmiyyəti var.

Şişin ayaqcığının burulmasının böyrək sancılarından differensiasiyasında əlavə müayinə metodları – qarın boşluğu orqanlarının rentgen müayinəsi, qarın boşluğu və peritonarxası orqanların USM və ginekoloji müayinənin böyük rolu var.

Müalicəsi. Müalicəsi cərrahi yolla (laparoskopik və ya laparotomik). Son zamanlara kimi əsas cərrahi müalicə adnektomiya hesab edilirdi. Bəzi müəlliflərin fikrincə, burulmuş cərrahi ayaqcıq açılmadan kəsilməlidir, belə ki, yumurtalıqı əvvəlki vəziyyətinə qaytarmağa cəhd olsa, orada tromblanmış damarlardan emboliya baş verə bilər. Ona görə də sıxaclar qoyulub onların arasında ayaqcıq kəsilir. Peritonizasiya enli bağın səhifələri hesabına aparılır. Şiş xaric edilən kimi onun boşluğu açılmalıdır. Daxili səthin hamar olması şişin xoşxassəli olduğunu göstərir. Əgər müxtəlif bərkimələr, kövrək məməciklər, beyinbənzər möh-

təviyyat aşkar edilərsə, təcili preparatın histoloji müayinəsi aparılmalı və cərrahi əməliyyatın həcmi müəyyənləşdirilməlidir.

Hazırda laparoskopıyanın inkişafı və geniş tətbiqi ilə əlaqədar olaraq orqansaxlayıcı əməliyyatlar (törəmənin ayaqcığının detorsiyası) icra etmək mümkündür.

Şişin ayaqcığının burulmasının klinik mənzərəsi belədir:

- göyümtül-tünd qırmızı rəngli burulmuş törəmənin olması;
- seroz və ya seroz-hemorragik mayenin qeyd olunması;
- törəmənin ölçüləri 6-10 *sm*-dən böyük olmur.

Törəmənin xarici görkəmi burulmanın dərəcəsindən, burulmadan cərrahi əməliyyatın keçirildiyi vaxta qədər olan müddətdən və şişin növündən asılıdır.

Əgər vizual olaraq nekroz əlamətləri yoxdursa, törəmənin ayaqcığı burularaq açılır (detorsiya) və toxumaların qan təchizatının bərpa olunması izlənilir. Əgər işemiya və venoz durğunluq əlamətləri keçərsə (sianozun keçməsi, mezovariumun rənginin normallaşması), əvvəllər qəbul olunmuş uşaqlıq artımlarının xaric olunması əvəzinə yumurtalığın rezeksiyası əməliyyatı aparılır (əgər yumurtalıq şişinin xarakteri imkan verərsə).

Laparoskopiya zamanı orqansaxlayıcı əməliyyatları 80% hallarda aparmaq mümkün olur. Beləliklə, bu patologiya zamanı endoskopik əməliyyatların üstünlüyü göz qabağındadır. Bu, xüsusən qız uşaqları və yeniyetmələr üçün daha aktualdır, çünki menstrual və reproduktiv funksiya üçün vacib olan orqanın saxlanılmasına imkan verir.

21.4. MİOMATOZ DÜYÜNÜN NEKROZLAŞMASI

Uşaqlığın mioması – daxili cinsiyyət üzvlərinin ən çox rast gəlinən xoşxassəli şişidir. Miomatoz düyünlərin nekrozlaşması miomalı xəstələrin 7%-də baş verir. Çox vaxt hamiləlik, doğuşdan və abortdansonrakı dövrlərdə baş verə bilər.

Etiologiya və patogenezi. Miomatoz düyünün nekrozlaşması subseroz lokalizasiya zamanı onun ayaqcığının burulması və ya vaskulyarizasiyasının kifayət dərəcədə olmaması

nəticəsində baş verir. Hamiləlik zamanı düyünün nekrozlaşmasına şərait yaranır: venoz durğunluq baş verir, hamilə uşaqlıq böyüdükcə miomatoz düyün də böyüyür. Nekrozlaşma düyündə ödem, qansızma, aseptik iltihabın inkişafı ilə müşayiət olunur. Xəstəlik progressivləşdikcə peritonit inkişaf edə bilər.

Klinikası. Miomatoz düyünün ayaqcığının burulması zamanı xəstəlik kəskin inkişaf edir:

- qarının aşağı hissəsində tutmaşəkilli ağrılar baş verir;
- ürəkbulanma, qusma, titrətmə;
- ağızda quruluq;
- subfebril hərarət;
- bağırsağın funksiyasının pozulması;
- ginekoloji müayinədə uşaqlığın böyümüş və ağrılı olması;
- qanda leykositlərin sayının artması və leykositar formula-nın sola meyilliyi, EÇR-in yüksəlməsi qeyd olunur.

Miomatoz düyünün qan təchizatının nisbətən pozulmasında (qidalanma pozulması) klinik mənzərə qabarıq olmur, simptomlar tədricən inkişaf edir.

Xəstəni bəldə və qarının aşağı hissəsində ara verməyən ağrılar narahat edir. Ağrılar periodik güclənir, zəifləyir və tamamilə keçib gedə bilər. Tutma zamanı həmçinin ürəkbulanma, titrətmə, hərarətin yüksəlməsi, taxikardiya ola bilər.

Diagnostikası anamnestik məlumatlara (anamnezində uşaqlığın miomasının olması, xarakterik şikayətlər, klinik təzahürlər) əsaslanır. Baxış zamanı dəri örtüklərinin solğun, dilin quru, ərplə örtülü olması, qarında köp, gərginlik, palpasiya zamanı aşağı hissələrində ağrı və peritonun qıcıqlanma simptomunun müsbət olması qeyd edilir. Ginekoloji müayinədə uşaqlığın böyük, miomatoz və ağrılı olması aşkar edilir. Bəzən miomatoz düyünü yumurtalığın şişindən ayırd etmək mümkün olmur. Diaqnozun qoyulmasında USM əhəmiyyətlidir. Daha xarakterik akustik əlamətlərə aiddir:

- uşaqlığın, xüsusən də ön-arxa ölçüsünün böyüməsi;
- konturların deformasiyası, az exogen və səskeçiriciliyinə malik oval və ya girdə strukturların meydana gəlməsi;

- düyünün daxili strukturu ödem nəticəsində heterogen olur, “udma” effekti itir, əvəzinə “güclənmə” effekti meydana gəlir. Belə hallarda tez-tez uşaqlıq və artımların törəmələrinin differensiasiyasında səhvlərə yol verilir;
- miomada nekrotik dəyişikliklər baş verdikdə exoqrafik mənzərə daha əhəmiyyətli dəyişir. Şişin daxilində nekroz zonalarına uyğun exoneqativ və exopozitiv sahələr qeyd olunur.

İnformativ diaqnostika metodlarından biri laparoskopiyadır. Kiçik çanaq orqanlarına vizual baxış zamanı miomatoz uşaqlıq və onun subseroz düyününün ayaqcığının nekroz əlamətləri ilə burulması (ödem, qansızma, göyümtül-tünd qırmızı rəngdə) təyin olunur (şəkil 21.12).



Şəkil 21.12. Miomatoz düyünün burulması.
Laparoskopiya

Müalicəsi. Təcili cərrahi əməliyyat aparılmalıdır (laparotomik və ya laparoskopik yolla). Əməliyyatın həcmi düyündəki nekrotik dəyişikliklərin dərəcəsindən, peritonun prosesə cəlb olunmasından (peritonit əlamətləri), xəstənin yaşından asılıdır. Belə ki, qız uşaqlarında, reproduktiv yaş dövründə olan qadınlarda, həmçinin hamilələrdə miomatoz düyünün nekrozlaşması baş versə (peritonit əlamətləri olmadıqda), konservativ miomektomiya ilə kifayətlənərək, orqansaxlayıcı əməliyyata üstünlük verilir. Pre-

və postmenopauzada olan qadınlarda isə uşaqlığın uşaqlıqyolu-üstü amputasiyası və ya ekstirpasiyası aparılır.

Miomatoz düyünün qidalanmasının pozulmasında təxirəsalınmaz yardımını intoksikasiyanı azaltmaq və su-duz balansını normallaşdırmaq məqsədi ilə infuzion müalicədən başlamaq lazımdır. Mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdıran vasitələr, spazmolitiklər və iltihabəleyhinə preparatlardan istifadə olunur. Konservativ müalicənin effektivliyi 24-48 saat ərzində qiymətləndirilir. Vəziyyətin pisləşməsi, simptomların güclənməsi, peritonit əlamətlərinin meydana gəlməsi qeyd edilərsə, təcili əməliyyat aparılmalıdır. Əməliyyatın həcmi isə fərdi olaraq müəyyənləşdirilir.

21.5. UŞAQLIQ ARTIMLARININ KƏSKİN İLTİHABI XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ ONLARIN AĞIRLAŞMALARI

Qadın cinsiyyət üzvlərinin iltihabı ən geniş yayılmış patologiyalardandır.

Klinik əlamətlərin atipikliyi və az qabarıq olması diaqnozun düzgün qoyulmasında müəyyən çətinliklər törədir. Xəstəliyin kəskin başlanması 36%, latent və silinmiş formaları 64% xəstələrdə təsadüf olunur.

Xəstəliyin daha xarakterik klinik əlamətləri bunlardır:

- çanaq ağrıları (97,8%);
- febril və hektik hərarət (74,5%);
- peritonun qıcıqlanma simptomları (34,8%);
- ürəkbulanma, titrətmə, ağızda quruluq, zəiflik, sidik ifrazının ağrılı olması (34,8%);
- bağırsaqlarda köp (40,5%).

Uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabi xəstəliklərinin aşağıdakı formaları vardır:

- kəskin kataral salpingit;
- kəskin irinli salpingit;
- tuboovarial törəmənin formalaşması ilə kəskin salpinqooforit;
- kəskin irinli salpingit və pelvioperitonit.

Uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabi xəstəliklərinin ağırlaşmaları aşağıdakılardır:

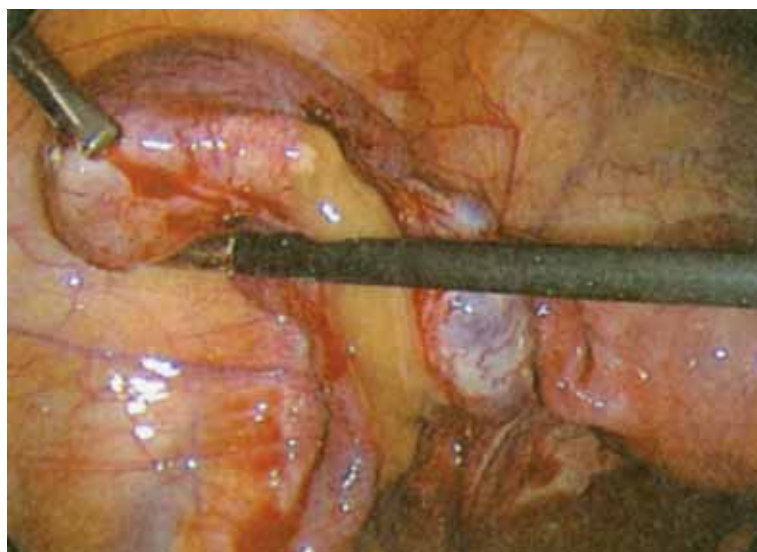
- tuboovarial absesin partlaması və peritonitin, ilgəklərarası absesin inkişafı;
- absesin qonşu çanaq orqanlarına perforasiyası ilə genital svişlərin formalaşması.

Diagnostika anamnestik (xəstənin yaşı, meyillik yara-
dan amillər və s.), subyektiv və obyektiv məlumatlara əsaslanır.
Skrining metod kimi USM-dən istifadə edilir.

Əvvəllər belə bir fikir mövcud idi ki, laparoskopiya irinli infeksiyanın yayılması və dəyişikliyə uğramış bağırsağ ilgəklərinin perforasiyası təhlükəsi nöqteyi-nəzərindən əks göstərişdir. Lakin indi laparoskopiyanın diagnostika və müalicə məqsədilə erkən müddətlərdə mütləq aparılması tövsiyə olunur.

Xəstəliyin differensiasiyasını apendisitlə, endometroid və ya sarı cismin kistasının partlaması ilə, uşaqlıqdankənar hamiləliklə, Kron xəstəliyi ilə, siqmayabənzər bağırsağın xərçəngi ilə aparmaq lazımdır.

Laparoskopiya zamanı kataral və irinli salpingitdə uşaqlığın hiperemiyasını, onun damar şəbəkəsinin güclənməsini, uşaqlıq borularının hər iki tərəfdən qalınlaşmasını, hiperemiyasını aşkarlamaq olur. Borunun mənfəzindən kataral salpingitdə seroz, irinli salpingitdə isə bulanıq-irinli möhtəviyyat xaric olunur. Yumurtalıqlar girdə formada olub, səthi qeyri-şəffaf, damar şəbəkəsi qabarıq nəzərə çarpır (şəkil 21.13).



Şəkil 21.13. Kəskin salpingit.
Laparoskopiya.

Xəstələrin 15%-də kəskin salpingooforit tuboovarial törəmənin formalaşması ilə xarakterizə olunur. Bu zaman prosesə uşaqlıq borusundan əlavə yumurtalıq da cəlb olunur, bu törəmənin ölçüsü 5-6 sm-dən böyük olmur. Yumurtalıqla uşaqlıq borusu arasındakı sərhəd aydın seçilmir; boru genişlənmiş, hiperemiya-

laşmış, yumurtalığın üzərinə “sərilmiş” şəkildə olur. Bəzən tuboovarial törəmə uşaqlıqla, parietal peritonla, piyliklə, bağırsaq ilgəkləri ilə bitişmiş olur. Xəstəliyin gecikmiş formalarında bitişmələr intim, bəzən fibrin ərplə örtülür.

Müalicəsi. Müalicə taktikası haqqında fikirlər müxtəlifdir. Bir sıra müəlliflər təcili cərrahi əməliyyat və infeksiya mənbəyi kimi uşaqlıq borusunun çıxarılmasını təklif edirlər. Digərləri isə əvvəlcə konservativ müalicə, yalnız bu effekt vermədikdə cərrahi əməliyyat aparılmasını tövsiyə edirlər.

Bəzi müəlliflər isə müalicəni arxa tağın punksiyası və oradan dərman vasitələrinin yeridilməsi ilə başlamaq, müalicə effekt vermədikdə isə cərrahi taktika seçməyə üstünlük verirlər.

Razılaşmaq lazımdır ki, irinli törəmələr zamanı konservativ müalicə və arxa tağın punksiyası məqsəduyğun deyil, çünki onların müalicəvi effekti aşağıdır. Dünyanın aparıcı klinikalarında laparoskopiya arxa tağın punksiyasını tamamilə sıxışdırıb aradan çıxarmışdır.

Cərrahi əməliyyatın həcmi fərdi həll etmək lazımdır. Əməliyyat zamanı aşağıdakı amilləri nəzərə almaq lazımdır:

- qadının yaşı;
- uşağının olub-olmaması;
- xəstənin reproduktiv funksiyasını saxlamaq istəyi;
- iltihabi prosesin təsirindən kiçik çanaq orqanlarının zədələnmə dərəcəsi;
- cərrahın təcrübəsi;
- cərrahi blokun texniki təchizatı.

Bu kriterilərə əsasən cərrahi taktikanın iki əsas istiqaməti var: birincisi, orqansaxlayıcı; ikincisi, radikal, yəni dəyişilmiş orqanların tamamilə xaric edilməsi.

Birinci variantda çanaq orqanları maksimal saxlanılır, onların anatomik münasibətləri bərpa edilir və qarın boşluğunun ətraflı sanasiyası aparılır.

Kiçik çanağın drenajı məqsədi ilə müxtəlif üsullardan – passiv drenaj, peritoneal dializ və aspirasion – yuyucu drenajdan istifadə edilir.

Passiv drenajın çatışmazlığı ondan ibarətdir ki, 24 saatdan çox qarın boşluğunda qaldıqda fibrinlə tutulur və öz funksiyasını itirir. Digər tərəfdən, drenaj yerləşdiyi nahiyədə bitişmə prosesinin inkişafına səbəb olur, ona görə də passiv drenajı 1 sutkadan çox saxlamaq məsləhət görülmür.

Uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabı zamanı laparoskopik taktika. Kataral və irinli salpingitdə bitişmə prosesləri olmazsa, əməliyyatın həcmi xəstənin yaşından, ailə anamnezindən asılıdır. Belə ki, reproduktiv funksiyanın saxlanması arzusu olduqda qarın boşluğu 3-5 litr natrium-xlorid və ya furasilin məhlulu ilə yuyulur və orada olan ekssudatın bakterioloji müayinəsi aparılır. Belə xəstələrə erkən əməliyyatdansonrakı dövrdə dinamik laparoskopiya tövsiyə edilir. Əgər xəstənin yaşı 35-dən yuxarı, evdə uşağı varsa və orqansaxlayıcı əməliyyata ehtiyac duyulmadıqda, tubektomiya əməliyyatı aparılır, bitişmələr qeyd edilərsə, məqsəd onun aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir.

Piosalpinks zamanı tubektomiya əməliyyatı aparılır.

Yumurtalıqın absesi sarı cismin irinləməsi fonunda (uşaqlığa heç bir invaziv müdaxilə olmadan baş verərsə) inkişaf edərsə, orqansaxlayıcı əməliyyat aparılır.

Yumurtalıqın absesi hər hansı invaziv müdaxilənin ağırlaşması kimi inkişaf edərsə, adneksektomiya əməliyyatı aparılır.

İrinli tuboovarial törəmələr zamanı xəstəliyin davamiyyəti 7-10 gündən çox olmayan hallarda bitişmələr küt üsulla ayrılır və kiçik çanaq orqanlarının anatomiyası bərpa edilir. Nəzərə çarpan destruktiv dəyişikliklər olmayan gənc qadınlarda orqansaxlayıcı əməliyyatlar aparmağa cəhd olunur. Qalan hallarda iki-tərəfli tubektomiya aparılır. Absesləşmə olmadıqda yumurtalıq saxlanılır. Artımların toxumalarını fərqləndirmək mümkün olmadıqda və kiçik çoxsaylı abseslər qeyd edildikdə, adneksektomiya aparılır.

Bəzi hallarda laparoskopiyadan laparotomiyaya keçid məcburiyyəti yaranır. Belə hallara göstəriş:

- yayılmış peritonit;

- bağırsaq ilgəklərinin də prosesə cəlb olunması ilə yayılmış bitişmə prosesidir.

Beləliklə, uşaqlıq artımlarının kəskin iltihabı zamanı əməliyyatın həcmi ola bilər:

- patoloji ekssudatın evakuasiya olunması və qarın boşluğunun sanasiyası (furasilinlə 1:5000; 0,05%-li xlorheksidinlə; natrium-xloridin izotonik məhlulu ilə, antibiotiklərlə, imidazol preparatları ilə) 100% bütün xəstələrdə aparılır;
- uşaqlıq boruları, yumurtalıqlar və ətraf toxumalar arasında bitişmələrin ayrılması (86% xəstələrdə); irinli tuboovarial törəmələrin boşluğunun açılması, irinin evakuasiyası, patoloji törəmənin boşluğunun sanasiyası (37%);
- tuboovarial törəmənin xaric edilməsi (25%);
- uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası (1%).

Kəskin irinli salpingit və pelvioperitonit zamanı bitişmələrin ayrılması, irinli törəmənin tam mobilizasiyası və irinin xaric edilməsi aparılır. Orqansaxlayıcı əməliyyatın aparılması hər bir halda fərdi həll edilir. Əməliyyat vaxtı qarın boşluğu 2-3 litr dioksidin məhlulu və antibiotiklərlə yuyulur, arxa duqlasa ikidəlikli drenaj qoyulur və əməliyyatdan sonra hər gün, 2-3 gün ərzində qarın boşluğunun yuyulması həyata keçirilir.

İrinli ocağı təyin etmək mümkün olmadıqda və qabarıq bitişmə prosesi olduqda, cərrahla birlikdə laparotomiya aparılır, bağırsaqlarla bitişmələr aralanır və artımlar xaric edilir.

Beləliklə, laparoskopiya zamanı 60-70% hallarda orqansaxlayıcı əməliyyat aparmaq mümkün olur, laparotomiya zamanı isə, bir qayda olaraq, radikal əməliyyat aparılır.

Uşaqlıq artımlarının irinli iltihabının ağırlaşmaları *pelvioperitonit* və yayılmış peritonitdir.

Qalxan ginekoloji peritonit zamanı çox zaman dispeptik pozuntular qeyd edilmir. Yalnız irin bağırsaq mənfəzinə açıldıqda tenezmlər, tez-tez sidik ifrazı ola bilər.

Ginekoloji peritonitin nəticələri digər etiologiyalı peritonitlərlə müqayisədə daha qənaətbəxşdir. Lakin kriminal abortlardan sonra, anaerob infeksiyalar zamanı, doğuşdansonrakı dövrdə ağır gedişə malik olur.

Peritonitin diaqnostikası gedişinin atipik və silinmiş əlamətlərlə getməsinə görə çətinlik törədir. Peritonitin tipik mənzərəsi ginekoloji xəstələrdə praktiki olaraq rast gəlinmir. Bunu orqanizmin reaktivliyinin aşağı olması və antibiotiklərin qəbulu ilə izah etmək olar.

Diaqnoz anamnestik məlumatlar, klinik (xəstəyə baxış, palpasiya), ginekoloji və laborator müayinələrin məlumatlarına əsasən qoyulur.

Başlanğıc peritonitin diaqnostikasında bağırsaqların motor funksiyasının pozulması və aparılan tədbirlərə baxmayaraq (simpatolitiklər, parasimpatomimetiklər, uzunmüddətli peridural anesteziya, sifon imalələri, hipertonik məhlulların yeridilməsi və s.) onun bərpasının mümkün olmaması xarakterikdir. Aparılan müalicə müvəqqəti peristaltikanın güclənməsinə səbəb olur, sonradan yenidən sakitlik, köp və bağırsaqların parezinin güclənməsi baş verir. Qarın boşluğunda eksudat yığılır. Bunu perkussiya, daxili müayinə (arxa tağın hamarlaşması), həmçinin USM-ə əsasən təyin etmək olur.

Pelvioperitonit və yayılmış peritonitin müalicə prinsipləri. Uşaqlıq artımlarının irinli törəmələrinin, kəskin irinli salpingit və ya xroniki salpingitin kəskinləşməsinin, həmçinin kista və ya kistomanın irinləməsinin nəticəsində inkişaf edən progressivləşən pelvioperitonit, yayılmış peritonit zamanı təcili cərrahi müalicə göstərişdir.

Yayılmış irinli proseslərdə radikal əməliyyatların aparılması tövsiyə olunur.

Xəstəliyin lap erkən mərhələlərində laparoskopiya vasitəsilə orqansaxlayıcı əməliyyatlar yerinə yetirilə bilər, çünki bu zaman bitişmələr kövrəkdir, manipulyatorla asanlıqla aralanır.

Prosesin 3-5 gündən artıq davam etdiyi hallarda sərt bitişmələr əmələ gəlir (uşaqlıqla, bağırsaqla, piyliklə, kiçik çanaq peritonu ilə), ona görə də laparoskopiyanın effektivliyi kəskin aşağı düşür.

XXII FƏSİL

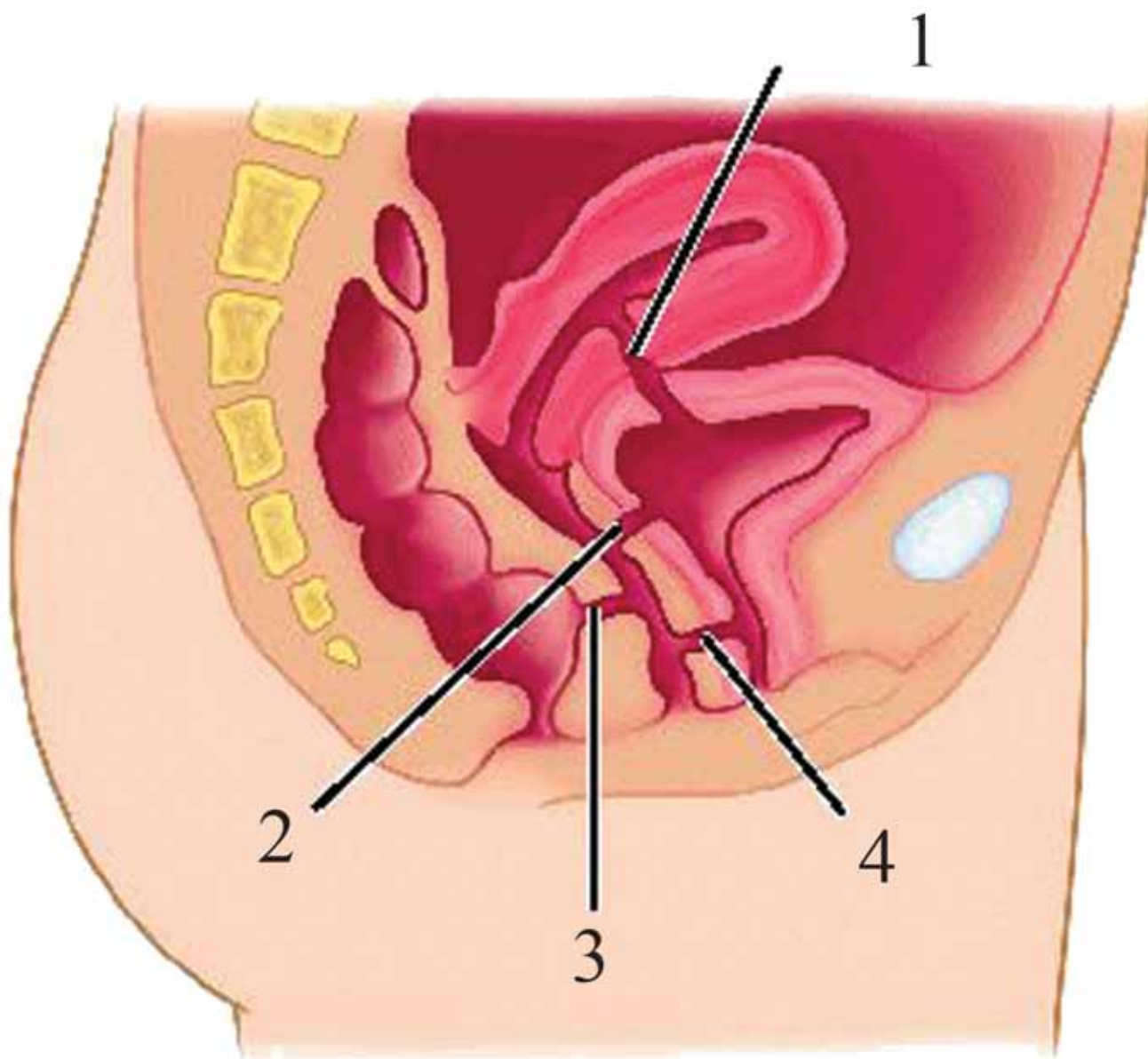
GENİTAL FİSTULALAR

Genital fistulalar qadınlarda poliorqan pozulmalara, əmək qabiliyyətinin uzunmüddətli itirilməsinə, menstrual və reproduktiv funksiyaların pozulmasına gətirib çıxaran, ağır mənəvi və fiziki əziyyət verən, sosial fəallığı məhdudlaşdıran xəstəliklərdir.

Genital fistulalar – mürəkkəb bir patologiya olub, cinsi orqanlar və çanaq toxumasının fistulalarını bağırsaq, sidik sistemi, qarnın ön divarı ilə birləşdirir. Bunlar ginekoloji və mamalıq müdaxilələrin nəticəsində, uşaqlıq artımlarının irinli-iltihabi xəstəliklərinin və ya cərrahi əməliyyatların fəsadlarının nəticəsində əmələ gələ bilər. Bu patologiyanın həqiqi tezliyi tam məlum deyil, çünki belə xəstələrin müalicəsi müxtəlif stasionarlarda (uroloji, proktoloji, ümumi cərrahi, ginekoloji) aparılır.

Anatomik-funksional xüsusiyyətlərinə görə genital fistulaları aşağıdakı qruplara bölmək olar:

1. Düz bağırsaq-genital fistulaları.
2. Sidik-cinsiyyət fistulaları:
 - sidik fistulaları (sidiklik-uşaqlıq yolu, sidiklik-uşaqlıq, sidiklik-uşaqlıq artımları);
 - sidik axarları fistulaları (sidik axarı-uşaqlıq yolu, sidik axarı-uşaqlıq);
 - uretra-uşaqlıq yolu, sidiklik-uretra-uşaqlıq yolu fistulaları;
 - kombinəedilmiş fistulalar: sidik-cinsiyyət və sidik-bağırsaq;
 - mürəkkəb sidik-cinsiyyət fistulaları.
3. Xüsusi genital fistulalar.
4. Qarın divarı fistulaları.



Şəkil 22.1. Genital fistulalar:

1 – sidiklik-uşaqıq; 2 – sidiklik-uşaqıq yolu;
3 – düz bağırsaq-uşaqıq yolu; 4 – uretra-uşaqıq yolu

Düz bağırsaq-uşaqıq yolu fistulaları toxumaların travmatik zədələnməsi, patoloji doğuşlar (iri döl, dar çanaq və s.), mamalıq əməliyyatları (maşaların qoyulması, dölparçalayıcı əməliyyatlar), ginekoloji əməliyyatlar zamanı zədələnmələr nəticəsində əmələ gəlir; bəzi hallarda isə keçirilmiş paraproktit və şüa terapiyasından sonra yarana bilər.

Düz bağırsaq-uşaqıq yolu fistulaların klinik təzahürləri kifayət qədər səciyyəvidir. Xəstələr əsasən uşaqıq yolundan qazların, irinin, bəzən isə nəcisin xaric olmasından şikayətlənirlər. Ginekoloji baxış zamanı uşaqıq yolunun selikli qişasının və xarici cinsiyyət üzvlərinin dərisində hiperemiya və maserasiya qeyd olunur. Güzgülərlə baxış zamanı uşaqıq yolunun arxa divarında fistulanın müxtəlif diametrə malik olan (1-2 *mm*-dən bir neçə

sm-ə qədər) xarici dəliyi aşkar olunur. Düz bağırsağın ön divarında yerləşən fistulanın daxili dəliyinin ölçüsünü xarici dəliyə salınmış düyməli zondla, eyni zamanda düz bağırsağın barmaqla müayinəsini aparmaqla təyin etmək olar.

Fistulalar müxtəlif formada ola bilər. Əksər hallarda silindrik formaya rast gəlinir (fistula bütün uzunluğu boyu eyni diametrə malikdir). Nadir hallarda fistulanın qıfəbənzər formasına rast gəlinir (dəliklərin birinin diametri digərinə nisbətən böyükdür). Fistulanın mürəkkəb forması da mümkündür – xarici və daxili dəlik eyni diametrdə olub, mərkəzi hissədə isə fistula daha böyük ölçüdə boşluq əmələ gətirir.

Rektovaginal fistulalar olduqda diaqnoz anamnestik məlumatlara, şikayətlərə və ginekoloji müayinənin nəticələrinə əsaslanır. Diaqnostika çətin olan hallarda (fistulanın xarici dəliyinin diametri çox kiçik ölçüdə olduqda) düz bağırsağa rəngli mayeni yeridib onun uşaqlıq yolundan xaric edilməsini müşahidə edirlər. USM, kolonoskopiya, rektoromanoskopiya, fistuloqrafiya və kompyuter tomoqrafiyadan da istifadə edilir.

Müalicə cərrahi yollaadır.

Sidik-cinsiyyət fistulaları. Bu qadının nisbətən cavan yaşda əlilliyinə gətirib çıxaran sidik orqanlarının zədələnmələri nəticəsində və ya patoloji doğuşlar, mamalıq və ya ginekoloji əməliyyatlar zamanı trofik pozulmalar nəticəsində əmələ gələn ağır və nisbətən tez-tez təsadüf edilən xəstəlikdir. Trofik fistulaların əsas səbəbi – doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, uzunmüddətli susuz dövr fonunda anatomik və klinik dar çanaq zamanı baş verən doğuşdur. Nəticədə qan və limfa dövranı pozulur, sidik və cinsiyyət üzvlərinin toxumalarının nekrozu baş verir. Fistulalar mamalıq məşalarının tətbiqindən, dölün vakuum-ekstraksiyasından, embriotomiyadan, kəsar kəsiyindən, histerektomiyadan sonra, süni abort zamanı sidik orqanlarının zədələnməsi aşkar edilmədikdə əmələ gəlir.

Sidik-cinsiyyət fistulalarının əmələ gəlməsinin digər səbəblərinə aşağıdakılar aiddir: xərçəngin unudulmuş formalarında əmələ gələn onkoloji fistulalar, şüa fistulaları (rentgen şüaları artıq do-

zada olanda), sidikliyin yad cisimləri (masturbasiya zamanı daxil olanlar), zor tətbiq edilən cinsi əlaqə, kimyəvi yanıq, genital orqanların vərəmlə zədələnməsi, məişət travması.

Travmatik və ya trofik mənşəli sidiklik və ya uretral fistulaların cərrahi müalicəsi üçün optimal müddət – onların əmələ gəlməsindən sonra 4-6 ay təşkil edir. Fistulaların residivlərindən sonra da eyni müddət ərzində cərrahi əməliyyat aparılır.

Sidik axarı-uşaqılıq yolu fistulaları zamanı orqansaxlayıcı əməliyyatları böyrəyin funksiyası tam pozulmamış, yəni 5-6 gündən sonra yerinə yetirirlər.

Sidikliyin və sidik axarının kombinəedilmiş zədələnməsi olduğu halda korreksiyaedici əməliyyat 2 aya qədər müddət ərzində yerinə yetirilməlidir.

Şüalanmadan sonrakı və kimyəvi yanıqlarla şərtlənən fistullar əmələ gələndən 1 il sonra əməliyyat olunur.

Əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq sidik-cinsiyyət üzvlərinin iltihabi proseslərinin müalicəsindən, vulva və budlar nahiyyəsində dəri örtüklərinin sanasiyasından (gigiyenik vannalar, antiseptik kremlər, prednizolon məlhəmi) ibarətdir. Uşaqılıq yolunun və uşaqılıq boynunun sanasiyası vaginal şamların, vaginal şırıncqların, simptomisin emulsiyası ilə tamponların, müalicəvi palçıqın tətbiqi ilə aparılır. Sidikliyin antiseptiklərlə yuyulması, sidiyin turşulaşdırılması, medikamentoz terapiya aparılır. Böyrəklərin funksiyası mütləq öyrənilməlidir. Əməliyyatdan 3-4 gün əvvəl bulyon və meyvə şirələrini daxil edən pəhriz təyin edilir. Son 2 gün ərzində gündə 2 təmizləyici imalə edilir. Xoş psixoloji mühit əməliyyatın uğurla nəticələnməsinə inam yaradırlar.

Əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılması. Fistuloplastikadan sonra əmələ gələn ən ciddi fəsadlar peritonit və böyrək çatışmazlığıdır. İlk növbədə diqqəti kateterlərin funksiyasına yönəltmək lazımdır ki, onlar sidiyi sərbəst evakuasiya etsin. Əməliyyatdan sonrakı ilk həftə ərzində pəhriz toyuq bulyonundan, limonlu çaydan ibarət olmalıdır. Defekasiya aktını tiryək cövhəri ilə ləngitmək lazımdır (7-8 damcı gündə 3 dəfə). Antibakterial terapiyanı sidik florasının həssaslığından asılı olaraq təyin edirlər. Fiziotera-

pevtik prosedurların aparılması məqsədəuyğundur. Yataq rejimi istənilən vəziyyətdə 5-6 sutka (10-a qədər) gözlənilməlidir. Sərbəst sidik ifrazı hər 30-40 dəqiqədən bir, sonra isə hər 2-3 saatdan bir olmalıdır. Sidik ifrazı ləngidikdə hər 4-5 saatdan bir sidikliyi kateterizasiya edib, antiseptik məhlullarla yuyurlar. Daimi kateter qoyulduqda seliyn və duzların mexaniki xaric edilməsi məqsədilə sidikliyi daim damcı üsulu ilə yumaq məsləhətdir.

Sidiklik-uşaqlıq yolu fistulaları sidikliyin divarının dölün başı ilə sıxılması zamanı işemiyanın nəticəsində, vaginal doğuş-həlləddici əməliyyatlar zamanı (mamalıq maşalarının tətbiqi, dölün vakuum-ekstraksiyası, embriotomiya) əmələ gəlir.

Əsas simptom sidiyin qeyri-iradi ifrazıdır. Travma olduqda əməliyyatdan sonrakı ilk günlər ərzində, sidikliyin trofik pozulmaları olduqda isə daha gec müddətlərdə əmələ gəlir. İtirilən sidiyin həcmi fistulanın kalibrindən asılıdır. Fistulalar tək və çoxsaylı ola bilər. Fistulanın formasının da əhəmiyyəti var (dairəvi, oval, aypara şəkilli). Əgər fistulanın qapağı varsa, müəyyən vəziyyətdə sidiyi saxlamaq olur. Fistulanın lokalizasiyasının da müəyyən rolu vardır: fistula sidikliyin zirvəsində yerləşdiyi halda xəstələr şaquli vəziyyətdə sidiyi itirmirlər. Xəstəlik duzların çökməsi və daşların əmələ gəlməsi ilə şərtlənən sistit və ağrılarla müşayiət olunur.

Diagnostika baxışın, palpasiyanın, laborator, endoskopik və rentgenoloji müayinələrin nəticələrinə əsaslanır. Fistulaların aşkarlanmasına aşağıdakılar kömək edir: uşaqlıq yoluna güzgülərlə baxış, sidikliyə yeridilən rəngli mayenin uşaqlıq yolunda aşkar olunması; sidikliyə metallik kateter və eyni zamanda fistuladan zond yeridilərkən onlar bir-birinə toxunduqda metallik səs əmələ gəlir. Sistoskopik müayinə fistulaların lokalizasiyasını, onların formasını, ölçüsünü və sidik axarlarının dəliyinə münasibətini təyin etməyə imkan verir.

Konservativ müalicə sidiyi uretral kateterlə xaric edib, eyni zamanda uşaqlıq yoluna məlhəmtərkibli tamponların qoyulmasından ibarətdir; bu müalicə 10-12 gündən çox aparılmaz.

Cərrahi müalicənin mahiyyəti təbii yolla iradi sidikxaricətməni bərpa etməkdən ibarətdir; bu məqsədlə sidiklik və uşaqlıq yolu arasında əlaqəni kəsmək məqsədilə onların divarlarının bir-birindən ayrılması aparılır. Fistulanın kənarlarını dartılmadan birləşdirmək üçün onun çapıq toxumasını kəsib götürmək mütləqdir. Əgər fistulaların kənarlarını bir-birinə yaxınlaşdırmaq mümkün olursa, böyük defektləri sintetik materialla, piyliklə, nazik bağırsaqla, beynin sərt qişası ilə, konservləşdirilmiş perikardla, qızıl lövhələrlə örtürlər.

Fistuloplastikanın effektivliyi fistulorafianın metodikasından və cərrahi yanaşmadan asılıdır. Cərrahi yanaşmanın aşağıdakı üsulları mövcuddur: uşaqlıq yolundan, sidiklikdən, abdominal və kombinəedilmiş. Bu yanaşma sidikliyi uşaqlıq yolunun divarından ayırmağa imkan yaradıb fistulanın kənarlarının hərəkətliliyini təmin etməlidir. Digər tərəfdən, sidikliyin və uşaqlıq yolunun tikişləri üst-üstə düşməməlidir.

Uşaqlıq yolu vasitəsilə yanaşmaya göstərişlər – sidik axarlarının dəliklərindən uzaqlıqda və ya onlarla sərhəddə yerləşib, lakin sidiklik və uşaqlıq yolu tərəfindən kateterizasiya oluna bilən fistulaların olmasıdır.

Sidiklik vasitəsilə yanaşmaya göstərişlər: sidik axarlarının dəliklərinə yaxın yerləşən fistulaların olması, dar, stenozaşmış uşaqlıq yolu.

Abdominal periton vasitəsilə yanaşma fistulanı geniş mobilizasiya etməyə və onu tikməyə imkan yaradır.

Sidiklik-uşaqlıq fistulaları aşağı seqmentdə aparılan kesar kəsiyindən, doğuş zamanı uşaqlığın cırılmasından sonra çanaq gəlişlərində, süni abortdan sonra kiçik çanağın absesi olduqda əmələ gəlir. Əsas simptomlar sidiyin uşaqlığa daxil olması ilə şərtlənən qarnın aşağı nahiyyəsində güclənən ağrılar, sidiyin qeyri-iradi xaric olunması, tsikliki menouriya (Yussif simptomu), yalançı amenoreyadan ibarətdir.

Diagnostika uşaqlıq yoluna güzgülərlə baxış (uşaqlıqdan sidiyin axması aşkar edilir), uşaqlığın zondla yoxlanılması, sistosko-

piya, metrosalpinqografiya, ultrasəs müayinəsi zamanı əldə edilən məlumatlara əsaslanır.

Müalicə əsasən cərrahi yolla aparılır – uşaqlıq yolu, sidiklik, abdominal yolla.

Cərrahi yanaşmanın seçimi fistulanın lokalizasiyasından, ölçülərindən və sidik axarlarının dəliklərinə münasibətindən asılıdır. Sidiklik-uşaqlıq fistulalarının cərrahi müalicəsinin mahiyyəti toxumaların bir-birindən ayrılmasından, orqanların hərəkətliliyinin bərpasından və ayrı-ayrılıqda sidikliyin (ikiqat fasiləsiz və ya düyünlü tikişlər) və uşaqlığın (ikiqat fasiləsiz tikişlər) defektinin tikilməsindən ibarətdir. Bu zaman 7-8 gün ərzində qarın boşluğunun, sidikliyin və uşaqlıq boşluğunun drenajı mütləqdir. Fistuloplastikadan sonra 3-4 ay ərzində cinsi əlaqədən çəkinmək, sonra isə hamiləlikdən qorunmaq tövsiyə olunur. Doğuş ekstrapéritoneal kesar kəsiyi ilə başa çatır.

Sidiklik-uşaqlıq artımları fistulaları irinli tuboovarial törəmələrin, dermoid kistaların sidikliyə açılması nəticəsində əmələ gəlir. Aparıcı simptom – daima irinli sidiyin axması.

Diagnoz sistoskopiyanın, irinli boşluğun rentgenkontrast maye ilə doldurulması ilə aparılan sistoqrafiyanın əsasında qoyulur.

Müalicə irinli ocağın xaric edilməsi və sidikliyin tamlığının bərpa edilməsindən ibarətdir.

Sidik axarı-uşaqlıq yolu və sidik axarı-uşaqlıq fistulaları vaskulyarizasiya pozulduqda və ya ginekoloji əməliyyatlar zamanı (xüsusilə bədxassəli yenitörəmələrlə, uşaqlıq boynunun fibromioması ilə, endometriozla, intraliqamentar kistalarla əlaqədar) sidik axarlarının zədələnməsi olduqda əmələ gəlir.

Klinik olaraq sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulalarının formalaşmasından əvvəl qızdırma, bel nahiyyəsində ağrılar, dizurik hallar, leykosituriya, eritrosituriya müşahidə olunur. Cərrahi əməliyyatdan dərhal sonra (travmatik fistulalar) və ya bir neçə gün sonra (trofik fistulalar) normal sidik ifrazı ilə yanaşı uşaqlıq yolundan da sidiyin daimi axması səciyyəvidir. Tədricən böyrək parenximasının dağılması ilə əlaqədar uşaqlıq yolundan xaric olan sidiyin miqdarı azalır. Sidiyin axması kəsildikdən sonra

hidroureteronefrozun inkişafı ilə bağlı ağrılar və qızdırma əmələ gəlir.

Sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulaları böyrəklərin funksiyası üçün hər zaman təhlükə təşkil edir. Fistula nahiyyəsində çapıqlaşma ilə əlaqədar böyrəkdən sidiyin axması pozulur, qoşulan infeksiya isə böyrək parenximasını sürətlə parçalayır və nəticədə böyrək çatışmazlığı inkişaf edir.

Diagnostika məqsədilə əvvəlcə sidiklik-uşaqlıq yolu fistulasını inkar edib, sonra uşaqlıq yolunu güzgülərlə müayinə edərkən ritmiki sidik ifraz edən fistulanı aşkar etmək olur. Sistoskopiya da “lal” və ya “ölü” dəliklər (Virgel simptomu) aşkar olunur, böyrəklərin funksiyası saxlanıldıqda indiqokarminlə sınaq aparılır. Sidik axarının kateterizasiyası, ureteropieloqrafiya sidik axarının zədələnməsinin səviyyəsini təyin etməyə imkan yaradır.

Ekskretor uroqrafiya vasitəsilə zədələnmiş tərəfdə böyrəyin funksiyasının zəifləməsi, böyrək kasacığının və sidik axarının ektaziyası aşkar edilir.

Konservativ müalicə (6-8 sutka ərzində daimi kateterin qoyulması) fistulanın formalaşmasının yalnız ilk günlərində, yəni çapıq toxuması hələ formalaşmamış effektivdir. Cərrahi müalicə funksiya etməyən böyrəyin xaric edilməsindən və ya sidik axarlarının plastikasından ibarətdir, böyrəyin autotransplantasiyası da (qalça nahiyyəsinə köçürülməsi və sidik axarının sidikliklə birləşdirilməsi) mümkündür.

Sidik axarı-uşaqlıq fistulalarına çox nadir hallarda rast gəlinir və süni abortdan və ya aşağı seqmentdə kesar kəsiyindən sonra əmələ gəlir. Klinik gedişatı və müalicəsi sidik axarı-uşaqlıq yolu fistulaları ilə eynidir.

Uretra-uşaqlıq yolu fistulaları doğuşhəlləddici və ya ginekoloji əməliyyatlar (kolporrafiya, histerektomiya, parauretral kistaların xaric edilməsi) zamanı sidik kanalının zədələnməsi nəticəsində, şüa terapiyasından sonra əmələ gəlir.

Xəstələrin şikayətləri sidiyin tamamilə və ya hissəvi saxlanılmamasından ibarətdir. Onlar uşaqlıq yolunun güzgülərlə müayinəsi, sidik kanalının kateterizasiyası zamanı və sidikliyə rəngli

maye yeridildikdə aşkar olunur. Uretrosistoskopiya və vaginoqrafiya diaqnozun qoyulmasına kömək edir.

Müalicə cərrahi yolla aparılır və mahiyyəti fistula dəliyinin kəsilib götürülməsindən, uretranın və uşaqlıq yolunun divarlarının bir-birindən ayrılmasından və sonra uretraya yeridilmiş kateterin üzərində onların ayrı-ayrılıqda tikilməsindən ibarətdir. Cərrahi müalicəyə qədər dimeksid və atriikanla uşaqlıq yolu və sidiklik daxili instillyasiyalar, furasilinlə şırıncalar vasitəsilə sanasiya aparılır.

Kombinəedilmiş fistulalara patoloji prosesə sidik sisteminin bir neçə şöbəsi daxil olan hallar (sidik axarı – sidiklik – uşaqlıq yolu fistulaları, sidik-cinsiyyət orqanlarının və bağırsağın müştərək zədələnməsi) aiddir. Bu zaman sidik axarının bağırsağa köçürülməsi, dəri stomasının əmələ gətirilməsi və s. istifadə edilir.

Fistuloplastikadan sonra uşaqlıqdoğma funksiyası mümkündür. Böyrəklərin funksiyasının qabarıq pozulmaları və sidik-cinsiyyət sistemində iltihabi dəyişikliklər hamiləliyə əks göstəriş təşkil edir. Doğuşu başa çatdırmağın yolu hər bir konkret halda fərdi olaraq seçilir.

Sidik-cinsiyyət fistulalarının profilaktikası dar çanağı, iri döl və s. olan qadınlara doğumyardımın düzgün təşkil edilməsindən, sidik və cinsi orqanların topoqrafik anatomiyasını bilməsindən, doğuşdan və ginekoloji əməliyyatlardan əvvəl sidik sisteminin öyrənilməsindən ibarətdir.

XXIII FƏSİL

AİLƏ PLANLAŞDIRILMASI VƏ MÜASİR KONTRASEPSİYA ÜSULLARI

“Ailə planlaşdırılması” termini dedikdə ayrı-ayrı fərdlərə və ya ailə cütlüklərinə arzuolunmaz hamiləlikdən qorunmaq, hamiləliklər arasında fasilələri tənzimləmək, dünyaya uşaq gətirməyin vaxtına nəzarət etmək və ailədə uşaqların sayını təyin etməyə kömək edən fəaliyyət növləri nəzərdə tutulur.

Süni abortla nəticələnən arzuolunmaz hamiləliklər, həmçinin planlaşdırılmamış uşaqların dünyaya gəlməsi sosial və tibbi problem təşkil edir.

Müasir kontrasepsiya üsulları müxtəlif hormonal kontraseptivləri (kombinə edilmiş estrogen-hestagen və yalnız progestin tərkibli üsullar), uşaqlıqdaxili, cərrahi, baryer kontrasepsiyası, spermisidləri və qadının fertil günlərinin təyin edilməsinə əsaslanan üsulları daxil edir.

Kontrasepsiya üsullarının seçimində bir neçə meyarlar nəzərə alınır: effektivlik (və ya səmərəlilik), konkret pasiyent üçün təhlükəsizlik, kənar təsirlər, qeyri-kontraseptiv effektlər, üsulun təsirinə geri yədənən olması, qiyməti və digər sosial və şəxsi xarakter daşıyan meyarlar.

Üsulun effektivliyini qiymətləndirmək məqsədilə *Perl* indeksi istifadə edilir – üsulun 1 il istifadəsi ərzində baş verən hamiləliklərin faizi.

Nəzərə almaq lazımdır ki, somatik problemləri olan qadınların kontrasepsiyaya xüsusilə ehtiyacı var. Belə hallarda kontrasepsiya üsulunun seçiminin məhdudluğuna baxmayaraq nəzərə almaq lazımdır ki, kontraseptivin istifadəsi ilə bağlı risk hamiləliklə bağlı risklə müqayisə olunmalıdır. Ekstragenital patologiyası olan qadının sağlamlığı və həyatı üçün kontraseptiv qorunmanın olmaması daha böyük təhlükə təşkil edir.

Kontrasepsiya üsulunu seçərkən, onun qeyri-kontraseptiv təsirlərini də nəzərə almaq lazımdır. Hormonal kontrasepsiya üsulları ən geniş qeyri-kontraseptiv təsirlərə malikdir. Bu preparatları uzun müddət qəbul etdikdə endometriumun xərçənginin, yumurtalıqların xoşxassəli və bədxassəli şişlərinin, uşaqlığın miomasının, endometriozun əmələgəlmə riski azalır. Hormonal kontraseptivlər, həmçinin kiçik çanaq orqanlarını kəskin iltihabi xəstəliklərinin əmələ gəlməsindən qoruyur. Profilaktik təsirlərdən əlavə, bu preparatlar anemiya, aybaşıönü sindrom, disfunksional uşaqlıq qanaxmaları zamanı müalicəvi təsir göstərir.

Baryer üsulların vacib qeyri-kontraseptiv effekti CYYİ-dən, həmçinin süzənək, xlamidioz, mikoplazmoz, trixomoniaz, herpes və sitomeqalovirus infeksiyası, QİÇS-dən qorunmadan ibarətdir. Baryer üsulları etiologiyasında virus infeksiyasının rolu vacib olan uşaqlıq boynunun bədxassəli yenitörəmələrindən də qoruyur.

Üsulun təsirinin geriylədən olması ailə cütlüyünün reproduktiv planları ilə əlaqədar nəzərə alınır. Təsiri geriylə dönməyən üsullara cərrahi kontrasepsiya aiddir. Digərləri isə geriylədənəndir və adətən, fertillik nisbətən tez bir müddətdə bərpa olunur.

Hormonal kontrasepsiya məqsədlə qadın cinsi hormonların – estrogen və progesteronun analoqlarından istifadə olunur. Tərkibindən və istifadə üsulundan asılı olaraq, hormonal kontrasepsiyanın aşağıdakı növləri ayırd edilir:

1. kombinəedilmiş (estrogen-hestagen) kontraseptivlər:
 - oral kontraseptivlər;
 - inyeksion kontraseptivlər;
 - vaginal həlqə.
2. yalnız hestagen tərkibli kontraseptivlər:
 - oral hestagen kontraseptivlər (mini-həblər);
 - inyeksion kontraseptivlər;
 - implantasion kontraseptivlər;
 - hestagen tərkibli UDV-lər.

Hazırda effektivliyinin və istifadədə sadəliyin hesabına hormonal kontraseptivlərdən dünyada 150 mln.-dan çox qadın istifadə edir.

İlk sintetik oral kontraseptiv – Enovid (1960) – tərkibində estrogenin və hestagenin dozasının yüksək olması ilə (15 *mq* noretinodrel və 0,15 *mq* mestranol) səciyyələnirdi. Belə kontraseptivlərin istifadəsi ürək-qan damar sisteminin xəstəliklərinin və tromboemboliyanın əmələgəlmə riskini artırırdı.

Müasir hormonal kontraseptivlərdə həm estrogenin, həm də progestin komponentinin dozası xeyli azaldılmışdır.

Son nəsil (üçüncü) prohestagenlər – dezogestrel, hestoden və norgestimat – progesteron reseptorlarına yüksək dərəcədə, androgen reseptorlarına isə minimal meyillik göstərərək, kiçik dozada səmərəli kontrasepsiya təmin edir və metabolik göstəricilərə təsiri kəskin azaldır.

Müasir oral kontraseptivlər minimal kənar təsir göstərir və onların uzunmüddətli qəbulu təhlükəsizdir.

Kombinə edilmiş oral kontraseptivlər (KOK). Bu növ kontraseptivlər yüksək dərəcədə effektivdir (Perl indeksi 0,05-1,0 təşkil edir) və təsiri geri dönəndir. Hazırda dünyada fazalığına, tərkibi və hestagen komponentinə görə fərqlənən 500-dən çox müxtəlif KOK-lar mövcuddur. Monofazalı (bifazalı) preparatlarda (*Rigevidon*, *Femoden*, *Marvelon*, *Novinet* və s.) həblərin tərkibi eynidir. İkifazalı kontraseptivlərin (*Anteovin*) tərkibində estrogenin dozası daimidir, hestagen komponentin dozası isə menstrual tsiklin fazasına müvafiq dəyişir. Üçfazlı preparatlar (*Tri-regol*, *Trikvilar*, *Triziston*) bir-birindən həm estrogen, həm də hestagen komponentin dozası ilə fərqlənən 3 növ həblərdən ibarətdir.

Müasir dövrdə istifadə olunan KOK-lar kiçik (estrogenin dozası 30-35 *mkq*) və mikrodozalı (estrogenin dozası 20 *mkq*) preparatlarla təqdim olunmuşdur.

Təsir mexanizmi fazalığından, hestagen komponentdən, dozadan asılı olmayaraq bütün KOK-lar üçün eynidir. Əsas yeri ovulyasiyanın blokadası tutur. Bunun baş verməsinin səbəbi hipotalamusda qonadotropin rili-



Şəkil 23.1. Kombinə edilmiş oral kontraseptivlər

zinq-hormonun sekresiyasının tormozlanması nəticəsində hipofizdə FSH və LH-nin hasilinin ləngiməsi, LH-nin miqdarının “zirvə nöqtəsinə” çatmamasından ibarətdir. Bundan əlavə, KOK-lar servikal seliyn qatılaşmasına və endometriumun atrofiyasına gətirib çıxardır. Nəticədə spermatozoidlərin keçməsinə və mayalanmış yumurta hüceyrənin implantasiyasına şərait olmur.

Üsulun üstünlüyü yüksək dərəcədə effektiv, istifadəsi sadə, qadın reproduktiv sistemində və bütövlükdə orqanizminə müsbət təsirin olmasından ibarətdir. KOK-ların müntəzəm və uzunmüddətli qəbulu endometriumun və yumurtalıqın xərçənginin, yumurtalıqın xoşxassəli şişlərinin, uşaqlığın miomasının, endometriozun, kiçik çanaq orqanlarının kəskin iltihabı xəstəliklərinin, fibrokistoz mastopatiyanın, revmatoid artritin, mədənin peptik xorasının və postmenopauzal osteoporozunun əmələgəlmə riskini azaldır.

KOK-lar müalicə məqsədilə disfunksional uşaqlıq qanaxmalarında, gur və ağrılı aybaşılarında, aybaşıönü sindrom, dəmirdefisitli anemiya zamanı istifadə edilir.

Əks-göstərişlər aşağıdakılardan ibarətdir:

1. hamiləlik;
2. hazırda və ya anamnezdə ağır hipertenziya, tromboz, ürəyin ishemik xəstəliyi kimi büruzə olunan damar pozulmaları;
3. 35 yaşdan yuxarı siqaret çəkən qadınlar;
4. hazırda və ya anamnezdə qaraciyərin funksiyasının pozulması ilə müşayiət olunan qaraciyərin xəstəlikləri;
5. süd vəzisinin, endometriumun xərçəngi kimi hormondan asılı, xüsusilə də estrogenasılı şişlər;
6. etiologiyası məlum olunmayan vaginal qanaxmalar;
7. nəzərəçarpan piylənmə (bədən kütləsinin normadan 50% çox olması).

Yuxarıda qeyd olunan vəziyyətlərdən başqa bir sıra əks-göstərişlər də mövcuddur ki, KOK-ların istifadəsi zamanı qadına əlavə müayinə tələb olunur. Bu nisbi əks-göstərişlərə aşağıdakılar aiddir:

1. qeyri-orqanik mənşəli miqren;
2. ocaqvari-hüceyrəli anemiya;

3. qadının uzunmüddətli immobilizasiyası (travmadan və ya böyük cərrahi əməliyyatlardan sonra);
4. ağır psixi depressiya;
5. xroniki sistem xəstəliklər (şəkərli diabet, böyrək xəstəlikləri);
6. KOK-ların səmərəliliyini endirən preparatların qəbulu (antibiotik rifampisin, barbituratlar, tutmaəleyhinə preparatlar) və ya KOK-ların sorulmasına təsir edən şəraitin olması (vegetarian pəhrizi, mədə və bağırsaqda cərrahi əməliyyatlar, ishal və s.).

Beləliklə, nisbi əks-göstərişlərin olması pasiyentin əlavə müayinəsini, onların qəbulu zamanı bəzi göstəricilərə nəzarəti tələb edir.

KOK-ların istifadə qaydaları. Üsulun istifadəsinə aybaşı tsiklinin ilk 5 günü ərzində başlamaq məsləhət olunur. Qadının hamilə olmadığına əmin olduqda KOK-un istifadəsinə istənilən vaxt başlamaq olar. Süni abort və ya düşükdən sonra KOK-dan dərhal və ya 7 gün ərzində istifadəyə başlamaq olar. Döşlə əmizdirən qadınlar doğuşdan 6 ay sonra KOK-ların istifadəsinə başlaya bilər, döşlə əmizdirməyən qadınlar isə doğuşdan 21 gün sonra həbləri qəbul edə bilər.

Adətən hər gün eyni vaxtda 1 həb qəbul edilir. 28 həblik bağlamanın (belə bağlamada axırkı 7 həb qeyri-aktiv olur) istifadəsi zamanı növbəti bağlamanın həblərinin qəbuluna dərhal, yəni fasiləsiz başlamaq lazımdır. 21 həblik bağlama qurtardıqdan sonra 7 gün fasilə verməli və sonra növbəti bağlamanın qəbuluna başlamaq lazımdır.

Aybaşı qanaxmasının vaxtını gecikdirmək zəruriyyəti yaranarsa (məzuniyyət, tətil, idman yarışmaları zamanı və s.), birfazlı KOK-ların qəbuluna 7 günlük fasilə vermədən başlamaq lazımdır. Analoji vəziyyətdə üçfazlı preparat qəbul edildisə, növbəti bağlamadan yalnız 3-cü fazanın həblərini qəbul etməklə aybaşı qanaxmasını 7-8 gün ləngitmək olar. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, üçfazlı kontraseptivlərin qəbulu arasında 7 günlük fasilə mütləqdir, çünki hormonların səviyyəsinin dəyişməsi qanaxmaya gətirib çıxara bilər.

Bəzi hallarda birfazlı KOK-ların 3 tsikli qəbul rejimi tövsiyə olunur: KOK-un 3 bağlaması ardıcıl fasiləsiz qəbul edilir,

sonra 4-7 gün fasilədən sonra yenidən 3 bağlama ardıcıl qəbul edilir. Nəticədə, qadında il ərzində cəmi 4 dəfə aybaşıyabənzər reaksiya (aybaşı qanaxması) qeyd olunur.

KOK-ların bu rejimdə istifadəsi qadında aybaşılar gur olduqda, endometrioz, miqren, epilepsiya (stabil hormonal fonda klinik təzahürlər azalır) olduqda və ya qadının arzusu ilə qəbul edilir.

Həblərin qəbulu unudulduqda bir sıra qaydalara riayət edilməlidir:

- 1-2 aktiv həbin qəbulu unudulubsa, əlavə qorunma tələb olunmur, unudulmuş həbi mümkün qədər tez qəbul edib, hər gün 1 həb qəbul etməklə üsulun istifadəsini adəti qaydada davam etmək;
- 3 və ya daha çox həbin qəbulu 1-2-ci həftə ərzində unudulubsa, yaddan çıxan 1 həbi mümkün qədər tez qəbul etmək, hər gün 1 həb olmaqla üsulun istifadəsini davam etdirmək, 7 gün ərzində əlavə kontrasepsiya üsulundan istifadə etmək və ya cinsi əlaqədən çəkinmək; axırındı 5 gün ərzində cinsi əlaqə olmuşdursa, təcili kontrasepsiyadan istifadə etmək;
- 3 və ya daha çox həbin qəbulu 3-cü həftə ərzində unudulubsa, yaddan çıxan 1 həbi mümkün qədər tez qəbul etmək, hər gün 1 həb qəbul etməklə üsulun istifadəsini davam etdirmək, aktiv həblərin qəbulunu başa çatdırmaq və bağlama 28 həblikdirsə, aktiv olmayan həbləri ləğv etmək, növbəti gün adəti qaydada yeni bağlamadakı həblərin qəbuluna başlamaq; belə halda növbəti aybaşı qanaxması olmaya bilər; 7 gün ərzində əlavə kontrasepsiya üsulundan istifadə etmək və ya cinsi əlaqədən çəkinmək; axırındı 5 gün ərzində cinsi əlaqə olmuşdursa, təcili kontrasepsiyadan istifadə etmək.

Kombinə edilmiş inyeksion kontraseptivlər (KİK) – KOK-larla analogi olaraq bunların da tərkibində həm estrogen, həm də progestin komponent təqdim olunmuşdur. Təsir mexanizmi, göstərişlər və əks-göstərişlər də KOK-larla eynidir. Bu preparatlar satışa *Cyclofem, Mesigyna və s.* kimi xüsusi şprislərdə daxil olur. Kon-

traseptiv ayda 1 dəfə əzələ daxilinə yeridilir, inyeksiya 1 həftə gec və ya tez də vurula bilər (bu müddətdən artıq gecikdirilərsə, TK-nın istifadəsinə zəruriyyət yaranır).

Kombinəedilmiş uşaqlıq yolu həlqəsi (*Nova Ring* tərkibində 15 mkq etinilestradiol və 120 mkq etonoqestrel olan uşaqlıq yoluna 3 həftəlik müddətə yeridlən həlqə şəkilli kontraseptivdir. Hər menstrual tsikl ərzində 3 həftə müddətində uşaqlıq yolunda yerləşən 1 vaginal həlqə istifadə olunur, sonra o xaric edilir və 1 həftəlik fasilədən sonra yeni vaginal həlqə yeridilir.



Şəkil 23.2. Kombinəedilmiş uşaqlıq yolu həlqəsi

Üsul yüksək dərəcədə effektivdir – Perl indeksi 0,4 təşkil edir.

Hormonların uşaqlıq yolu vasitəsilə yeridilməsi onların qaraciyər və mədə-bağırsaq traktından keçməsinə istisna edir və beləliklə, KOK-larla müqayisədə, kontraseptiv effekt hormonların gündəlik daha kiçik dozada daxil olunması ilə əldə edilir. *Nova Ring* həlqəsinin istifadəsinə əks-göstərişlər KOK-larla eynidir.

Kombinəedilmiş dəri plastırı (*Evra*) – sistem qan dövranına hormonların (norelgestramin 150 mkq/gündə və etinilestradiol 20 mkq/gündə) daimi konsentrasiyada dəridən keçməsinə təmin edən hormonal kontrasepsiya üsuludur. Transdermal sistem 3 nazik plastırdan ibarətdir, həftədə 1 plastır istifadə edilir, 3 həftədən sonra 7 günlük fasilədən sonra, aybaşının ilk günündən yeni plastırın istifadəsinə başlayırlar. Plastır bədən müxtəlif yerlərində istifadə etmək tövsiyə olunur.



Şəkil 23.3. Kombinəedilmiş dəri plastırı

Yalnız progestin tərkibli kontraseptivlər (YPTK). Bu qrup hor-

monal kontrasepsiyaya mini-həblər, inyeksiyalar, dərialtı implantlar və hormon hasil edən UDV-lər aiddir.

Bu növ kontrasepsiya yüksək dərəcədə səmərəlidir.

YPTK üstünlüyü onların yaxşı keçirilməsindən, qəbuletmə qaydalarına riayət etdikdə yüksək səmərəlilikdən ibarətdir. Bu qrup preparatlar karbohidratların və lipidlərin mübadiləsinə minimal təsir göstərirlər, ürək-qan damar sisteminin xəstəliklərinin inkişaf riskini artırmırlar. Bu preparatların qəbulu ağrılı və gür aybaşılar, mastalgiya, aybaşıönü sindrom, dəmirdefisitli anemiya zamanı müsbət təsir göstərir. Hestagen tərkibli oral kontraseptivlərin digər üstünlüyünə onların laktasiya dövründə də qəbuledilmə mümkünlüyü aiddir.

YPTK-nın *təsir mexanizmi* aşağıdakılardan ibarətdir:

1. anovulyasiya (60% hallarda) – LH-nin “zirvə” sekresiyasının tam və ya hissəvi ləngiməsi;
2. servikal seliyn dəyişməsi (qatılaşması) – spermatozoidlərin uşaqlıq boşluğuna keçməsinə mane olur;
3. endometriumun morfoloji dəyişiklikləri – endometrium nazıqlaşaraq mayalanmış yumurta hüceyrənin implantasiyası üçün əlverişsiz şərait yaradır;
4. uşaqlıq borularının yığılma qabiliyyətinin dəyişməsi – güman edilir ki, mayalanma prosesinə təsir göstərir.

YPTK-nın istifadəsi üçün aşağıdakı hallar *göstərişdir*:

1. 35 yaşdan yuxarı siqaret çəkən qadınlar;
2. laktasiya dövründə;
3. müalicəyə tabe olan hipertenziya, oraqvari hüceyrəli anemiya, şəkərli diabeti olan qadınlar;
4. estrogenləri qəbul edə bilməyən və ya estrogenlərin qəbulu ilə bağlı kənar təsirləri olan qadınlar.

Əks-göstərişlərə aiddir:

- hamiləliyin olması;
- hazırda və ya anamnezdə ağır ürək-qan damar sisteminin xəstəlikləri;
- aybaşı tsiklinin naməlum etiologicalı pozulmaları;
- beçəxordan sonrakı vəziyyət (XQ-nin səviyyəsi normallaşana qədər).

Bunlardan əlavə, bir sıra nisbi əks-göstərişlər də mövcuddur ki, onlar hər bir konkret situasiyada fərdi qiymətləndirilməlidir. Bunlara asiklik qanlı ifrazatın olmasının qadın tərəfdən qəbul edilməməsi (hestagen tərkibli oral kontraseptivlərin qəbulu zamanı belə aybaşarası qanlı ifrazat tez-tez olur); anamnezində ektopik hamiləlik olan qadınlar (bu preparatlar ovulyasiyanı 60% hallarda ləngidir); bəzi preparatlar qəbul etdikdə (barbituratlar, rifampisin, tutmaəleyhinə dərmanlar) bu kontraseptivlərin effektivliyini azaldır. Nisbi əks-göstərişlərə yeniyetmə yaşı aiddir (KOK-lara nisbətən effektivliyin az olması, qəbul rejiminə dəqiq riayətedilmə zəruriyyəti, asiklik qanlı ifrazatın olması).

Yalnız progestin tərkibli oral kontraseptivlərə – mini-həblər – tərkibində estrogen komponenti olmayan, 1 mq və ya daha az dozada progestin olan preparatlar aiddir (*Continuin, Excluton, Mikronor, Charozetta*). Progesteron komponent 19-nortestosteronun törəmələri ilə təqdim olunmuşdur (*noretisteron, linestrenol, levonorgestrel*).

Bunlar yüksək dərəcədə səmərəli preparatlardır (Perl indeksi 0,3). Maksimal kontraseptiv təsir həbin qəbulundan 3-4 saat sonra başlayıb, 24 saatdan sonra bitməsilə əlaqədar preparatın qəbul rejiminə ciddi riayət etmək vacibdir.

Qəbul qaydaları. Həblər gündə 1 dəfə aybaşı tsiklinin 1-ci günündən etibarən, eyni vaxtda, fasiləsiz rejimdə qəbul edilir. Abortdan sonra – 1-ci sutkadan, doğuşdan sonra əmizdirməyən qadınlar üçün zahılıq dövrünün 21-28-ci günündən sonra, döşlə əmizdirən qadınlar isə 6 həftədən sonra qəbul olunur. Növbəti həbin qəbulu 3 saatdan çox gecikdirildiyi halda əlavə qorunma üsullarından istifadəyə zəruriyyət yaranır (təcili kontrasepsiya, kondomlardan istifadə).



Şəkil 23.4. Yalnız progestin tərkibli oral kontraseptivlər

Progestin tərkibli inyeksion kontraseptivlər (*Depo-Provera*, *NET-EN*). Bu qrup kontraseptivlər yüksək dərəcədə effektivliyə malikdir (Perl indeksi 1,0-dən azdır), onların kontraseptiv effekti preparat yeridildikdən 24 saat sonra başlayır.



Şəkil 23.5. Progestin tərkibli inyeksion kontraseptivlər

Bu üsuldən istifadə zamanı müsbət qeyri-kontraseptiv təsirlər də müşahidə olunur. Belə ki, aybaşı zamanı ağrının və qanaxmanın miqdarının azalması, aybaşıönü sindromun və dəmir-defisitli anemiyanın təzahürlərinin azalması, endometriumun

xərçənginin, kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin profilaktikası.

Üsulun istifadəsini məhdudlandıran bir sıra çatışmayan cəhətləri də məlumdur. Bunlara aybaşı tsiklinin pozulmaları, bədən kütləsinin artması, fertilliyin bərpasının 1-1,5 ilə qədər gecikməsi aiddir. Bəzi hallarda ürəkbulanma, baş ağrısı, yuxusuzluq, əsəbilik kimi kənar təsirlər müşahidə oluna bilər.

İstifadə qaydası. Depo-provera – hər 3 ayda 1 dəfə, NET-EN isə hər 2 ayda 1 dəfə əzələ daxilinə yeridilir. İlk inyeksiya aybaşı tsiklinin ilk 7 günü ərzində və ya doğuşdan 6 həftə sonra yeridilir. Bu müddət ərzində hamiləliyin baş verməsi mümkün deyil. İnyeksiyanın 2 həftəyə qədər gecikdirilməsi üsulun kontraseptiv effektini azaltmır.

Qadını preparatın istifadəsinin əvvəlində qeyri-müntəzəm qanlı ifrazatla təzahür olunan aybaşı pozulmaları haqqında xəbərdar etmək lazımdır. Bu üsulu uzun müddət istifadə etdikdə (1 ildən çox) bu əlamətlər azalır və hətta amenoreya inkişaf edə bilər. Uzunmüddətli və gur qanlı ifrazat olduğu halda qanaxmanı dayandırmaq məqsədilə aşağıdakılar istifadə olunur:

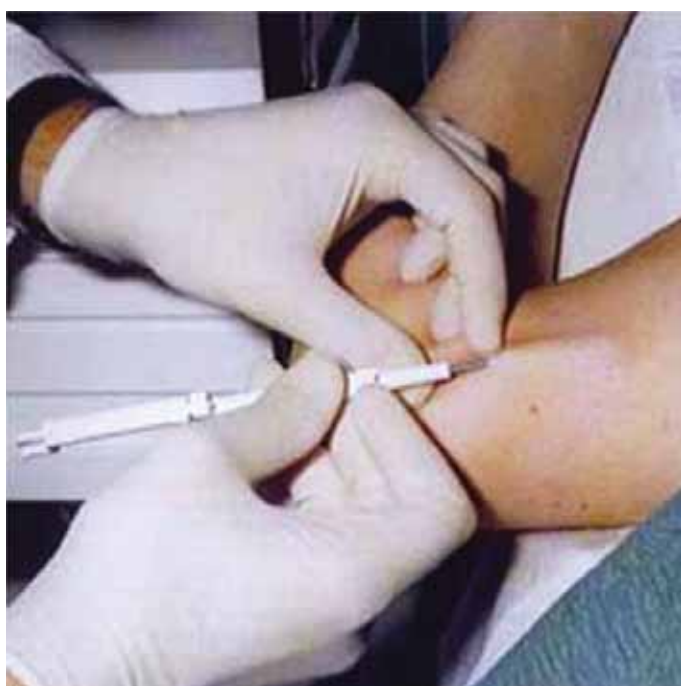
- 1) kiçik dozalılı KOK-lar (14-21 gün ərzində);
- 2) estrogen preparatlar;

- 3) Depo-Provera və ya NET-EN inyeksiyasının mümkün qədər tez yeridilməsi (lakin əvvəlkindən 4 həftə tez olmamaq şərtlə);
4) qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar.

Bu sxemləri müvəqqəti və simptomatik kimi qiymətləndirmək lazımdır. Müvafiq müalicədən sonra qanaxma davam edərsə, kontrasepsiya üsulunu dəyişmək haqqında düşünmək lazımdır. Aybaşı tsiklinin pozulmasına səbəb olan patologiyaya şübhə yaranarsa, diaqnostik məqsədlə histeroskopiya, zəruriyyət yaranarsa, endometriumun hədəfli biopsiyası aparılır. Çox nadir hallarda uşaqlıq boşluğunun diaqnostik qaşınmasına ehtiyac yarana bilər.

Hestagen tərkibli dərialtı implant. Bazunun yuxarı hissəsinə dəri altına yeridilən hestagen tərkibli çöp və ya kapsul şəklində olan uzunmüddətli təsirə malik olan kontraseptivdir. Hazırda aşağıdakılardan istifadə olunur:

- *Jadelle*: 2 çöp – 5 il;
- *Implanon*: 1 çöp – 3 il;
- *Norplant*: 6 kapsul – 3 il;
- *Sinoplant*: 2 çöp – 5 il təsir göstərir.



Şəkil 23.6. Hestagen tərkibli dərialtı implantın yeridilməsi



Şəkil 23.7. Hestagen tərkibli implantın dərialtında yerləşməsi

İmplantların təsir mexanizmi digər hestagen tərkibli kontraseptivlərlə eynidir.

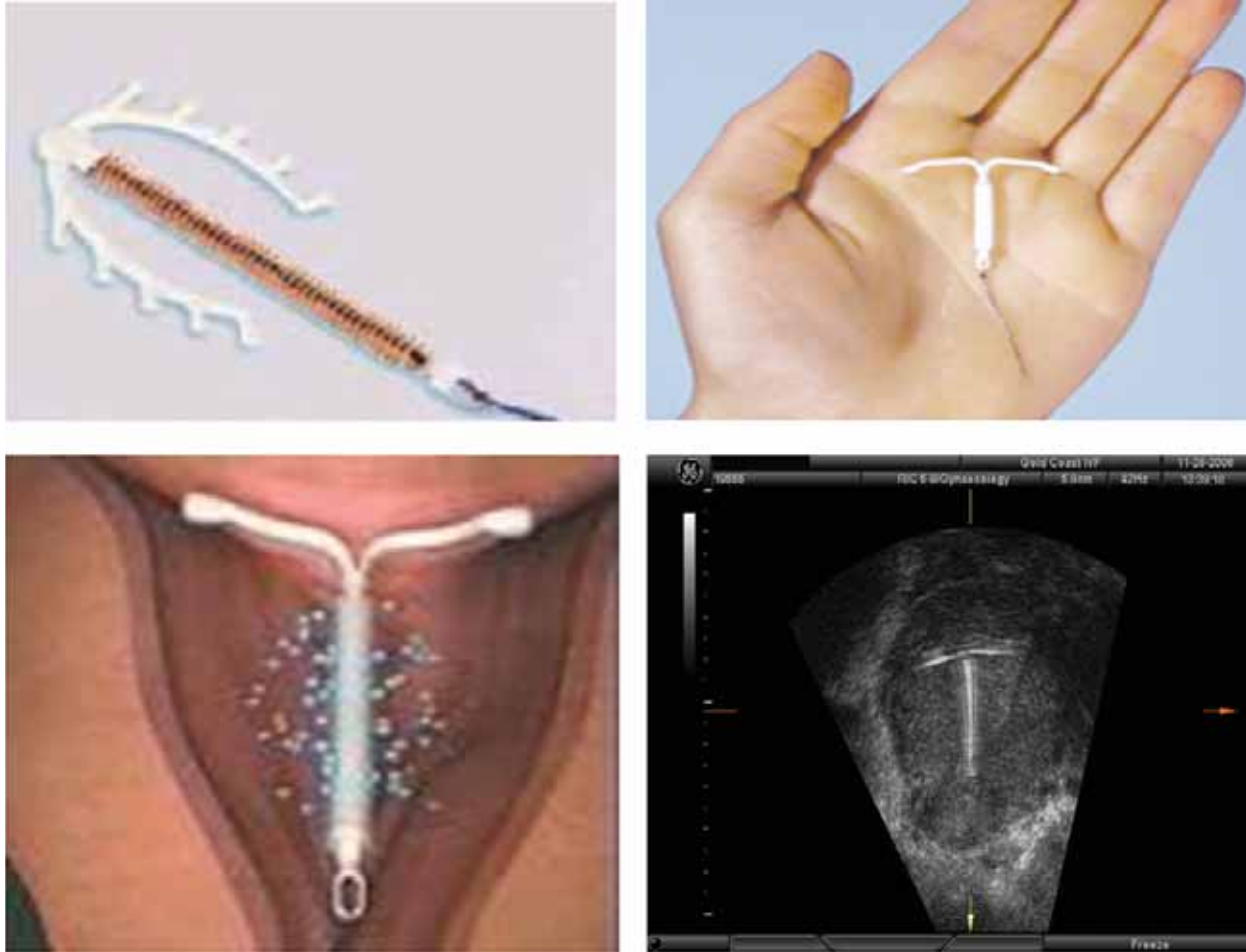
Üsulun üstünlüyü təsirin uzunmüddətli olmasından, laktasiyaya təsirin olmamasından, hestagenlə bağlı müsbət qeyri-kontraseptiv effektlərdən ibarətdir.

Üsulun çatışmayan cəhətlərinə digər hestagen preparatların qəbulunda müşahidə olunan kənar təsirlər aiddir – aybaşı tsiklinin pozulması, bədən kütləsinin artması, başağrıları, ürəkbulanma. Bundan başqa, implant yeridib xaric etmək üçün xüsusi təlim keçmiş mütəxəssis tələb olunur.

Əks-göstərişlərə hamiləlik və ya hamiləliyə şübhə, aybaşı tsiklinin pozulmaları, süd vəzisinin xərçəngi, beyin qan dövrəsinin pozulmaları, şəkərli diabet, qaraciyər xəstəlikləri aiddir.

Kapsullar menstrual tsiklin ilk 7 günü ərzində bazunun iç tərəfinin dərialtı nahiyyəsinə xüsusi troakar vasitəsilə yelpik şəklində yeridilir, əməliyyat infiltrasion anesteziya altında dəridəki kiçik yarıqdan aparılır.

Uşaqlıqdaxili vasitələr (UDV) – xüsusi vasitələrin köməyi ilə uşaqlıq boşluğuna yeridilən hamiləlikdən qorunma üsuludur. Bu yüksək dərəcədə effektiv üsuldur – Perl indeksi 2,0 təşkil edir. Hazırda mистərkibli və hormonal UDV-lər istifadə olunur. Hazırda ən çox yayılmış T-şəkilli UDV-lərdir. Onlardan TCu-380A 12 il; Nova-T 5 il təsir göstərir. Hormon hasil edən UDV-lərdən “Mirena” çox yayılmışdır (sutka ərzində 20 *mkq* levonorgestrel hasil edir) – 5 il təsir göstərir.



Şəkil 23.8. Uşaqlıqdaxili vasitələr

UDV-lərin təsir mexanizmi aşağıdakılardan ibarətdir:

1. mayalanmanın qarşısını alınması:

- tərkibində mis ionlarının olması spermatotoksik effekt göstərir;
- yad cismin mövcudluğu endometriumda leykositar reaksiyanı əmələ gətirərək lizosimin və onun parçalanma məhsullarının miqdarının artması ilə şərtlənən endometriumun seliyyinin spermisid effektinin artmasına gətirib çıxarır.

2. mayalanma baş verərsə:

- boruların peristaltikasının artması ziqotanın blastosist mərhələsinə çatmamış mərhələdə implantasiyaya hələ hazır olmayan endometriuma düşməsinə gətirib çıxarır;
- endometriumda baş verən aseptik iltihab fosfatazaların aktivliyinin artmasına, qlikogenin konsentrasiyasının dəyişməsinə gətirib çıxarır, bu da implantasiyanı imkansız edir.
- Hormon hasil edən UDV-lərin təsir mexanizmi hestagenlərin mütəmadi (20 *mkq* levonorgestrel/sut) surətdə hasil olunması ilə bağlıdır. Endometiumun proliferasiyası azalır, hətta atrofiyası əmələ gəlir, nəticədə aybaşı qanaxması 80%-ə qədər azalır, qadınların 15%-də isə amenoreya olur, 60% hallarda ovulyasiya tormozlanır.

UDV-lərin üstünlüklərinə onların yüksək dərəcədə effektivliyi, təsirinin uzunmüddətli olması, istifadədə sadə olması, fertilliyin tez bərpa olunması, laktasiya dövründə istifadənin mümkünlüyü, təsirinin geridönən olması aiddir.

Çatışmayan cəhətlərinə UDV-lərin yeridilmə zamanı baş verən fəsadlar (uşaqlığın perforasiyası), kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin riskinin artması, aybaşı tsiklinin pozulmaları (aybaşıdan əvvəl və sonra yaxmaşəkilli qanlı ifrazatın olması, aybaşı vaxtı ağrıların olması), UDV-nin ekspulsiyası (özbaşına xaric olması) aiddir.

Qəti əks-göstərişlərə aşağıdakılar aiddir:

- hamiləlik və ya ona şübhə;

- aybaşı tsiklinin qeyri-müəyyən mənşəli pozulması;
- uşaqlıq boynunun xərçəngi;
- endometriumun xərçəngi;
- hazırda və ya son 3 ay ərzində kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri;
- trofoblastik xəstəlik;
- cinsiyyət orqanlarının vərəmi;
- uşaqlığın inkişaf anomaliyaları.

Nisbi əks-göstərişlərə aybaşı qanaxmasının gur, uzunmüddətli və ağrılı olması, CYYİ-in riskinin yüksək olması, endometrioz, anamnezdə doğuşun olmamasıdır.

Qadında anemiya, endometrioz, uşaqlığın mioması olduqda hormon hasil edən UDV-lər məsləhət olunur.

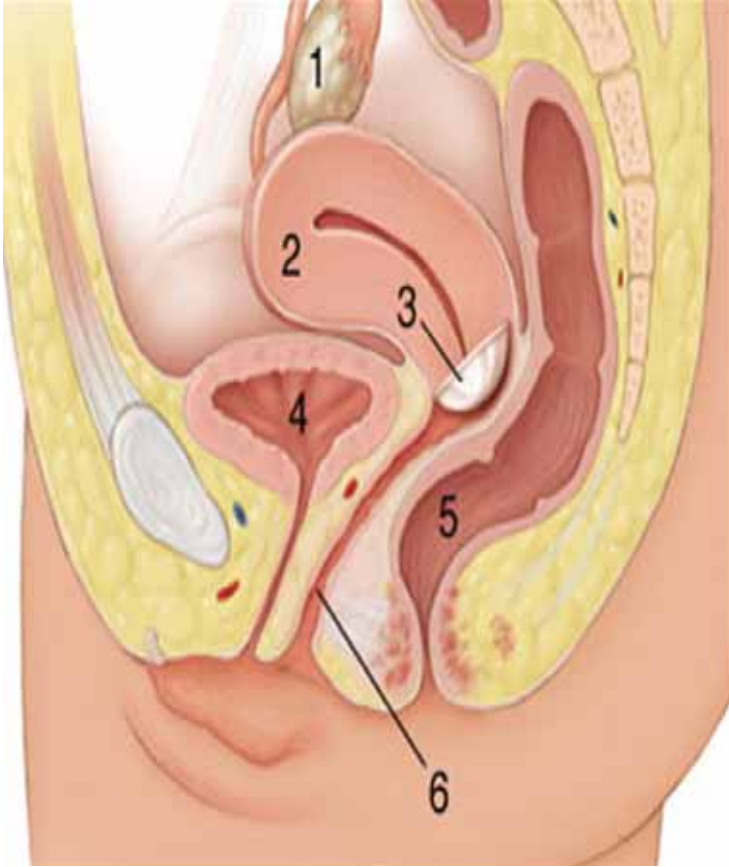
UDV-lərin istifadəsinə başlama vaxtı:

- 1) menstrual tsiklin ilk 12 günü ərzində istənilən vaxt;
- 2) hamiləliyin olmamasına tam əminlik varsa, aybaşı tsiklinin istənilən günü;
- 3) digər üsulun istifadəsini dayandırdıqdan sonra;
- 4) doğuşdan sonrakı ilk 48 saat ərzində xüsusi təlim keçmiş tibb işçisi tərəfindən qoyula bilər;
- 5) mистərkibli UDV-lər doğuşdan sonrakı 48 saat ərzində qoyulmazsa, doğuşdan sonrakı 4-6 həftə arasında qoyula bilər;
- 6) laktasiya dövründə;
- 7) özbaşına düşükc və ya süni abortdan sonra ilk 12 gün ərzində;
- 8) qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra təcili kontrasepsiya məqsədilə UDV ilk 5 gün ərzində qoyula bilər;
- 9) təcili kontrasepsiya həblərinin qəbulundan sonra.

UDV-nin yeridilməsi aseptik şəraitdə uşaqlığın zondla müayinəsindən sonra aparılır. UDV uşaqlıq boşluğuna xüsusi applikator vasitəsilə yeridilir.

UDV-nin xaric edilməsi onun istifadə müddəti bitdikdən sonra, kiçik çanaq orqanlarının kəskin və ya xroniki iltihabi prosesi kəskinləşdikdə, menstrual tsiklin pozulmasında, menopauzadan 1 il sonra aparılır.

Kontrasepsiyanın baryer üsulları. Bu üsullara aşağıdakılar aiddir: qadın və kişi kondomları, uşaqlıq yolu diafraqmaları, servikal qapaqcıqlar və spermisidlər.



Şəkil 23.9. Kontrasepsiyanın baryer üsulları (qapaqcıq və diafraqma)

Baryer kontraseptivlərin təsir mexanizmi spermanın uşaqlıq yoluna (kondomlar) və servikal kanala (uşaqlıq yolu diafraqmaları və servikal qapaqcıqlar) düşməsinin qarşısını almaqdan və ya onun inaktivasiyasından (spermisidlər) ibarətdir. Bu üsulun istifadəsi zamanı Perl indeksi 4-12 arasında tərəddüd edir.



Şəkil 23.10. Kontrasepsiyanın baryer üsulları (kişi və qadın kondomları)

Qeyd etmək lazımdır ki, kondomlar cinsi yolla yoluxan infeksiyalardan da etibarlı qoruyur və buna görə də, xüsusilə yoluxma riski yüksək olan pasientlərə məsləhət olunur.

Qadın kondomları, diafraqmalar, servikal qapaqcıqların istifadəsi narahat olduğundan onlardan az istifadə olunur.

Spermisidlərin tək istifadəsi az etibarlı kontrasepsiya üsulu hesab olunur, onlar digər baryer üsullarla birgə daha effektiv təsir edir. Onlar müxtəlif formalarda istehsal olunur – şamlar, həblər, tamponlar, süngərlər, köpük əmələ gətirən həblər, diyircəklər və s. Onların əksəriyyətinin tərkibini nonoksinol-9 təşkil edir.

Qadının fertillik əlamətlərinə əsaslanan üsullar. Bu qrup üsullara aşağıdakılar aiddir:

1. *Selik üsulu.* Bu üsul ovulyasiya zamanı uşaqlıq boynu seliyinin miqdarının ovulyasiya zamanı nəzərə cəpacaq dərəcədə artmasına əsaslanır. Uşaqlıq boynu seliyinin miqdarının artması qadının fertil olmasını bildirir, seliyin miqdarının maksimuma çatması (“zirvə nöqtəsi” – bu zaman selik şəffaf, duru, sürüşkən və dartılan olur) ovulyasiyaya dəlalət edir və bu gündən etibarən 4 gün ərzində ya cinsi əlaqədən qorunmalı, ya da kondomdan istifadə edilməlidir; lakin qeyd etmək lazımdır ki, kolpit və ya servisit olarsa, bu üsulun istifadəsi məhdudlaşır.

2. *Bazal bədən temperaturu (BBT) üsulu.* Gündəlik bədən temperaturunu ölçüb ovulyasiya gününü təyin etdikdən sonra 3 gün ərzində qadın fertil hesab olunur və bu müddət ərzində ya cinsi əlaqədən qorunmalı, ya da kondomdan istifadə edilməlidir; 4-cü gündən etibarən növbəti aybaşıya qədər hamiləlikdən qorunmağa ehtiyac yoxdur. Lakin, qadında yüksək hərarət olarsa, bu üsuldan istifadə etmək məsləhət olunmur.

3. *Simptotermal üsul* – bu əvvəlki sadalanan üsulların kombinasiyasıdır (BBT+Selik üsulu+digər fertillik əlamətləri).

Təqvimə əsaslanan üsullar. Bu üsullara standart günlər və təqvim (ritm) üsulu aiddir.

Standart günlər üsulundan menstrual tsikli müntəzəm (26-32 gün) olan qadınlar istifadə edə bilərlər. Belə halda 8-19-cu günlər fertil günlər hesab olunur.

Təqvim və ya ritm üsuluna görə son 6 ay ərzində aybaşı tsikllərinin davamiyyəti məlum olmalıdır və bunların əsasında fertil günlər hesablanır; belə ki, ən qısa aybaşı tsiklinin müddətindən 18 gün çıxmaqla fertil günlərin başlanmasını, ən uzun tsiklin müddətindən isə 11 gün çıxmaqla fertil dövrün sonunu hesablamaq olar. Məsələn, son 6 ay ərzində qadında aybaşı tsikllərin davamiyyəti aşağıdakı kimi olub: 27, 30, 28, 29, 28, 32. Burada ən qısa tsikl 27, ən uzun isə 32 gün təşkil edib. $27-18=9$; $32-11=21$. Beləliklə, bu qadında fertil günlər 9-21 olacaqdır. Son aybaşı tsikllərinin müddətini nəzərə alaraq fertil dövr hər ay yenidən hesablanmalıdır.

Lakin, bu üsulun istifadəsinə dair bəzi məhdudiyyətlər mövcuddur. Belə ki, menarxedən sonra 1 il ərzində və ya premenopauza dövründə olan qadınlarda aybaşı tsiklləri qeyri-müntəzəm olduqda fertil günlərini təyin etmək çətin ola bilər, doğuşdan sonra üsuldan istifadə 3 müntəzəm tsikldən sonra məsləhət olunur, abortdan və ya düşükdən sonra növbəti aybaşını gözləmək lazımdır, ovulyasiyaya təsir edən bəzi dərman preparatlarının (sedativ, antidepressant, antibiotik, qeyri-steroid iltihabəleyhinə) qəbulu zamanı üsulun istifadəsi məsləhət olunmur.

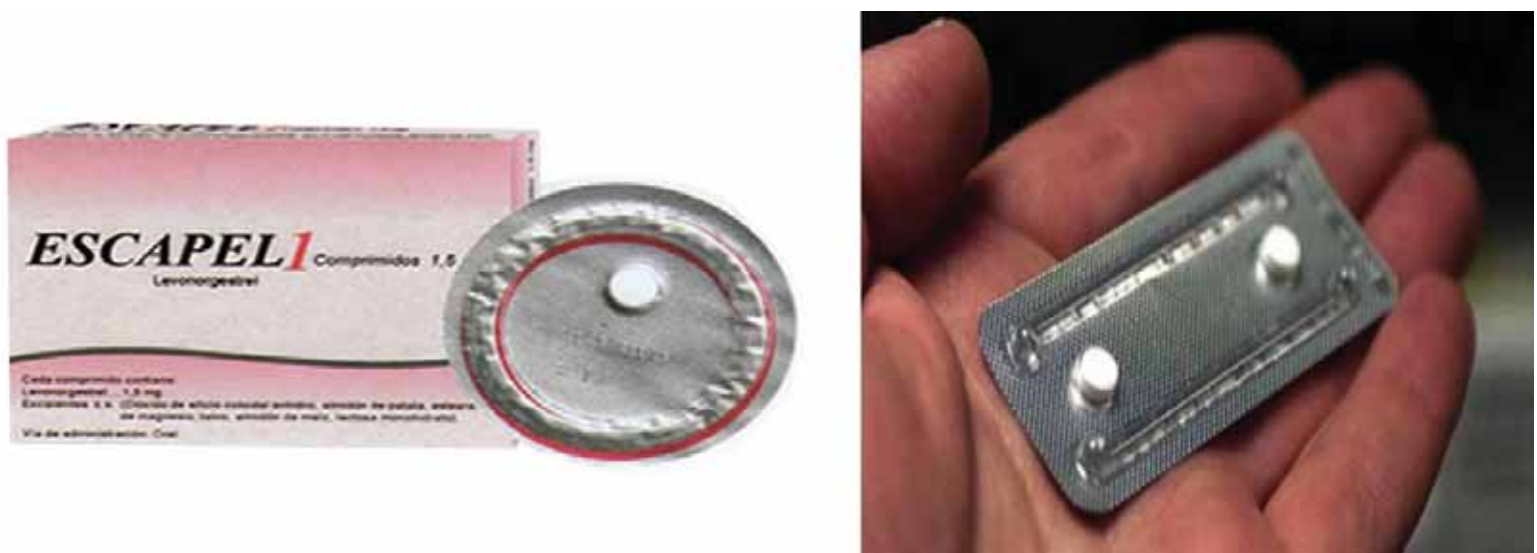
Təcili kontrasepsiya (TK). Bu üsul qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra arzuolunmaz hamiləliyin qarşısını almaq məqsədilə ilk 72-120 saat ərzində istifadə olunur. Təcili kontrasepsiya məqsədilə aşağıdakı vasitələr istifadə olunur:

- progestinlər qrupundan olan levonorgestrel tərkibli xüsusi TK həbləri – postinor və eskapel;
- kombinəedilmiş oral kontraseptivlər (Yuzpe üsulu);
- yalnız progestin tərkibli mini-həblər;
- mis UDV-lər.

Təsir mexanizmi ovulyasiyanın və sarı cismin funksiyasının tormozlanmasından, spermatozoidlərin miqrasiyasının pozulmasından və implantasiyanın qarşısını alan endometriumun dəyişikliklərindən ibarətdir. Bu həblərin istifadəsi zamanı hormonal yük yüksək olduğundan üsul müntəzəm istifadə olunmamalıdır. Üsul aşağıdakı hallarda istifadə edilir:

- zorlama hallarında;
- kontraseptiv üsul düzgün istifadə edilmədikdə (həblərin qəbulu unudulduqda və ya qəbulu gec başladıqda, UDV düşdükdə, inyeksiyanın vaxtı gecikdirildikdə, fertil günlər düz hesablanmadıqda).

Levonorgestrel tərkibli həblər. Bu həblərə Postinor (0,75 *mq* levonorgestrel) və Eskapel (1,5 *mq* levonorgestrel) aiddir.



Şəkil 23.11. Təcili kontrasepsiya həbləri

Postinor 2 rejimdə qəbul olunur:

1) 1-ci həb qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra ilk 72 saat ərzində (həb nə qədər tez qəbul olunarsa, o qədər effektivliyi yüksək olar), ikinci həb isə birinci dozanın qəbulundan 12 saat sonra istifadə olunur;

2) iki həbi (yəni 1,5 *mq* levonorgestrel) bir dəfəyə qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra 120 saat ərzində qəbul etməli (həb nə qədər tez qəbul olunarsa o qədər effektivliyi yüksək olar).

Eskapel bir dəfəyə qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra 120 saat ərzində qəbul etməli (həb nə qədər tez qəbul olunarsa, o qədər effektivliyi yüksək olar).

KOK-lardan təcili kontrasepsiya məqsədilə istifadə Yuzpe üsulu adlanır. Bu məqsədlə tərkibində progestin komponenti levonorgestrel, noretindron və ya norgestrellə təqdim olunan KOK-lar istifadə olunur. İstifadə rejimi – qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra ilk 72 saat ərzində birdəfəyə 3 və ya 4 həb qəbul etməli

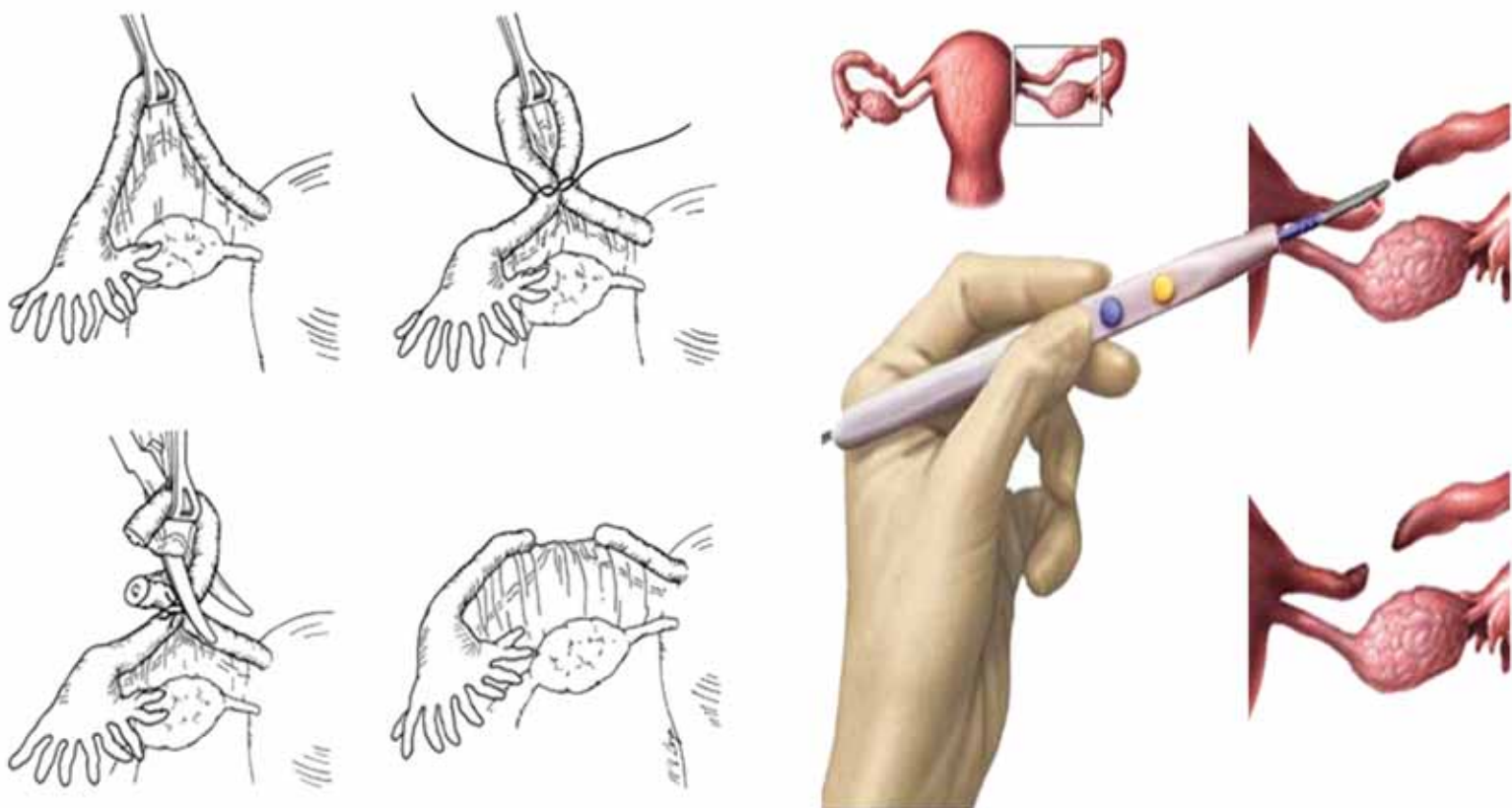
(həb nə qədər tez qəbul olunarsa, o qədər effektivliyi yüksək olar), 12 saatdan sonra isə yenə 3-4 həb qəbul etmək lazımdır. Həblərin sayı estrogenin dozasından asılıdır, belə ki, etinilestradiol 0,3 *mq* olarsa, o zaman 4 həb qəbul etmək lazımdır, əgər 0,35 *mq* olarsa, 3 həb qəbul olunmalıdır.

TK həblərinin tərkibində progestinin dozası yüksək olduğundan, onları müntəzəm istifadə etdikdə aybaşı funksiyasının ağır pozulmaları baş verir və buna görə də onları yalnız nadir hallarda istifadə etmək tövsiyə olunur.

UDV – təcili kontrasepsiya məqsədilə onun istifadəsinə əks-göstərişi olmayan və müntəzəm kontrasepsiya məqsədilə UDV-ni nəzərdə tutan qadınlara qorunulmamış cinsi əlaqədən sonra 120 saat ərzində yeridilir.

Cərrahi kontrasepsiya dedikdə könüllü qadın və kişi sterilizasiyası nəzərdə tutulur. Bunlar təsiri geri dönməyən, yəni daimi olan üsullara aiddir.

Qadın sterilizasiyası uşaqlıq borularının keçiriciliyinin pozulması (kəsilməsi və ya tikilməsi) ilə həyata keçirilir və nəticədə mayalanma mümkün olmur. Bu əməliyyat minilaparotomiya və ya laparoskopiya üsulu ilə aparılır.



Şəkil 23.12. Qadın sterilizasiyası

Kişi sterilizasiyası – vazektomiya. Əməliyyat zamanı xayalıq dərisində kiçik kəsik və ya punksiya vasitəsilə toxumdaşıyıcı axarlar kəsilir və bağlanır. Beləliklə, spermatozoidlərin toxum mayesinə düşməsinin qarşısı alınır. Əməliyyatdan sonra 3 ay ərzində toxumda spermatozoidlər aşkar oluna bilər, ona görə də 3 ay ərzində əlavə kontrasepsiya üsulundan istifadə etmək lazım olur.

Laktasion amenoreya metodu (LAM). Laktasion amenoreya üsulu doğuşdan sonra ilk 6 ay ərzində istifadə oluna bilən müvəqqəti bir üsuldur. Təsir mexanizmi prolaktinin yüksək səviyyəsi ilə şərtlənən anovulyasiya ilə bağlıdır. Üsul yalnız müəyyən meyarların eyni vaxtda mövcud olması zamanı effektiv (99%) ola bilər:

- doğuşdan sonra aybaşı tsikli bərpa olunmayıb;
- doğuşdan sonra 6 aydan az vaxt keçib;
- yenidoğulmuşun tələbatına uyğun olaraq o, tez-tez (ən azı 4 saatdan bir), gecə və gündüz, demək olar ki, yalnız ana südü ilə (qidanın $\frac{3}{4}$ hissəsindən çoxunu ana südü təşkil edir) qidalandırılır.

XXIV FƏSİL

QADIN SEKSOPATOLOGİYASI MƏSƏLƏLƏRİ

Seksopatologiya klinik təbabətin cinsi pozulmaları, onların mənşəyini, diaqnozunu və müalicə üsullarını öyrənən bir bölməsidir.

Qadınlarda cinsi fəaliyyətin patologiyası sinir sisteminin və daxili orqanların funksional pozulmalarının səbəblərindən biridir və məhz bu səbəbdən bu sahə təkcə seksopatoloqlar, nevropatoloqlar, psixiatrlar və ginekoloqlar üçün deyil, eləcə də başqa ixtisaslı həkimlər üçün maraq doğurur. Cinsi funksiyanın pozulması ailə münasibətlərinin pisləşməsinə, bəzən isə onun dağılmasına gətirib çıxarır, buna görə də göstərilən pozulmaların profilaktikası və müalicəsi yalnız tibbi deyil, eləcə də sosial məzmunu malikdir.

Qadınlarda seksual pozulmalar qədim zamanlardan məlumdur. Onlara Qədim Misir papiruslarında, İncildə, hətta əsatir və rəvayətlərdə təsadüf olunmasına baxmayaraq, alimlər bu məsələ ilə təxminən yüz il bundan əvvəl maraqlanmağa başlamışlar.

Qadın seksual disfunksiyası bioloji və psixoloji amillərin birgə təsiri nəticəsində üzə çıxan geniş yayılmış haldır.

National Health and Social Life Survey məlumatlarına əsasən, il ərzində qadınların 43%-i seksual funksiyanın bu və ya digər pozulmalarından əziyyət çəkir (kişilərdə bu göstərici 31% təşkil edir). Anonim anketləşmə göstərmişdir ki, 18-59 yaşlı qadınlar arasında 27-32% hallarda seksə olan marağın itməsi, hər 4 nəfərdən birində (22-40%) anorqazmiya, 17-22% qadınlarda seksin həzz verməməsi, 8-12% qadınlarda isə cinsi akt zamanı ağrıların olması müşahidə olunur. Seksual funksiyanın pozulmaları istənilən yaş dövründə təsadüf olunur, lakin bu, pre- və postmenopauza üçün daha xarakterikdir.

Polietioloji və polisindromik əlamətlər bir sıra seksual pozulmaların xarakterik xüsusiyyətləridir, lakin zədələnmə dərəcəsi konkret halların hər birində eyni deyildir. İndiyə qədər qadınlarda seksual pozulmaların ümumi qəbul olunmuş təsnifatı mövcud deyildir. Onları etioloji prinsiplərə görə təsnif etmək çətinliklər törədir, belə ki, cinsi soyuqluq (frigidlik) və ya homoseksualizm kimi hallar müxtəlif etiologiyalı olur, seksual pozulmaların ənənəvi “formaları” isə müxtəlif xəstəliklərin sindromlarıdır.

Eynitipli klinik təsvirə baxmayaraq, qadınlarda seksual pozulmaların çoxsaylı müxtəlif formaları müşahidə olunur. Qadınlarda klinik prinsiplər əsasında qurulan və cinsi pozulmaların tarixən qəbul olunmuş formalarını nəzərə alan aşağıdakı işçi qruplaşmaları mövcuddur:

I. Libido və orqazm pozulmaları:

- 1) alibidemiya;
- 2) anorqazmiya;
- 3) hiperseksuallıq.

II. Vaginizm

III. Genitalgiya

IV. Cinsi perversiyalar:

- 1) seksual oriyentasiyanın pozulması (autoerotizm, homoseksualizm, pedofiliya, herontofiliya, transvestizm, zoofiliya);
- 2) cinsi marağın realizasiyası şərtlərinin pozulması (fetişizm və sadizm, eksgibisionizm)

Qadınların seksual funksiyasının fiziologiyası

Qadın cinsiyyət sistemi 3 əsas tərkib hissədən ibarətdir:

1) *Humoral* – dərin beyin strukturunun və endokrin vəzilərin bütün sisteminin fəaliyyəti ilə əlaqədardır. O, cinsi fəallığı tənzimləyən sinir sisteminin bütün şöbələrinin müvafiq oyanmasını və cinsi marağın təzahürünü təmin edir.

2) *Psixi* – böyük beyin qabığının fəaliyyəti ilə əlaqədardır və cinsi fəallığın insan üçün spesifik təzahür formalarının, o cümlədən davranış reaksiyalarının mənəvi-etik tələblərə uyğunluğunu təmin edir.

3) *Genitosegmentar* – substratı qadın cinsiyyət orqanları və onları tənzim edən sinirlər, sinir kəməfləri və mərkəzləridir.

Patogen amillərin təsiri altında tərkiblərdən hər biri spesifik sindromlarla təzahür edən patoloji dəyişikliklərə məruz qala bilər. Bunun nəticəsində, cinsi meylin istiqaməti, intensivliyi və onun təmin olunma üsulların ağır pozuntuları meydana çıxır.

Qadınlarda funksional seksual pozulmalar

Anorqazmiya cinsi akt zamanı orqazmın olmamasıdır. 3 ildən az olmayaraq cinsi həyat keçirən qadınlar arasında onun rast-gəlmə tezliyi 18-40% təşkil edir. Bundan fərqli olaraq keçirilmiş sorğu zamanı 500 kişinin heç birində anorqazmiya halı müşahidə olunmamışdır.

Niyə görə anorqazmiyaya qadınlarda kişilərdən daha çox təsadüf olunur? Bu, bioloji amillərlə izah olunur: kişilərdə, bir qayda olaraq, orqazm ejakulyasiya zamanı baş verir. Qadınlarda orqazm yumurta hüceyrə azad olunması ilə (ovulyasiya) əlaqədar deyildir (hamiləlik cinsi həzzalmanın mövcudluğundan asılı olmayaraq baş verir). Onlar cinsi fəaliyyətə qabildirlər və orqazmın başlanmasından və cinsi marağın mövcudluğundan asılı olmayaraq nəslin davam etdirmək iqtidarındadırlar. Cinsi maraq, ereksiya və ejakulyasiya yaranmayan kişiler nəsil vermirlər və beləliklə, təbii seçim nəticəsində kənarlaşdırılırlar. Anorqazmiya həm müvəqqəti, həm də daimi xarakter daşıya bilər. Cinsi fəaliyyətin əvvəlində baş verən anorqazmiya birincili, əvvəllər orqazm hissi keçirmiş qadınlarda bu proses ikincili sayılır.

Alibidemiya cinsi marağın azalması və ya olmamasıdır; 90% hallarda anorqazmiya və alibidemiya əlaqəlidir. Onların əsas prinsipləri neyroendokrin pozulmalar, infeksiyalar, narkotiklərlə, yuxu dərmanları ilə, neyroleptiklərlə, trankvilizatorlarla intoksikasiyalar, beyin travmaları, streslər, depressiv vəziyyətlər, disqamiyalardır. Anorqazmiya cinsi soyuqluğun (frigildiyin) və yaxud ər-arvad arasında cinsi münasibətlərin disharmoniyasının (uyğunsuzluğun) nəticəsi ola bilər.

Cinsi soyuqluq (frigidlik – latınca *frigidus* – soyuq deməkdir) anlayışı altında cinsi marağın tam etinasızlıq həddinə qədər azalması və hətta cinsi yaxınlığa nifrət hissləri nəzərdə tutulur. Belə qadınlarda cinsi oyanma səviyyəsi olduqca aşağıdır. Söhbət daha çox cinsi marağın azalmasından və ya anorqazmiyadan gəlir. Cinsi soyuqluğun (frigidliyin) 4 forması ayırd edilir:

1. *Retardasiya forması* müvəqqəti xarakter daşıyır və psixoseksual inkişafın gecikməsi, temperamentin, tərbiyənin xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Retardasiya formalı cinsi soyuqluq (frigidlik) zamanı cinsi maraq ya olmur, ya da çox zəif olur. Erogen zonalar areaktivdir və ya zəif reaktivdir, cinsi akta maraq yoxdur.

2. *Simptomatik forma* baş və onurğa beyninin orqanik xəstəlikləri, qurğuşunla, narkotiklərlə xroniki intoksikasiyalar, endokrin pozulmalarla (cinsi orqanların hipoplaziyası), uşaqlığın qeyri-düzgün vəziyyətləri, ginekoloji xəstəliklərlə, avitaminozlarla, infeksiyadan sonrakı asteniyalarla, həddindən artıq yorulmalarla və s. şərtləndirilir.

3. *Psixogen cinsi soyuqluq* (frigidlik) seksual funksiyaların psixi amillərlə zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir (sevmədiyi şəxslə nikah, ailə həyatında məyusluq, birinci cinsi akt zamanı kobudluqlar, isteriyalar, nevrozlar). Buraya qorxu nəticəsində üzə çıxan, dəhşət dərəcəsinə keçən və orqazmın yaxınlaşması ilə cinsi aktı dayandıran fobik anorqazmiya da daxildir.

4. *Konstitusional cinsi soyuqluğun* (frigidlik) əsasını psixoseksual funksiyaların anadangəlmə çatışmazlığı təşkil edir. Səbəbi aydın deyildir. Güman edilir ki, konstitusional cinsi soyuqluq (frigidlik) gizli, dərk edilməmiş homoseksual formada təzahür edir. Cinsi soyuqluq (frigidlik) nadir hallarda nikahın pozulmasına səbəb olur. Əksinə kişi potensiyası aşağı olduğu zaman nikahın stabilliyini artıran amil ola bilər.

Disqamiya qadının seksual tələbatlarını nəzərə almadan cinsi aktın yerinə yetirilməsi ilə əlaqəli olan cinsi münasibətlərin disharmoniyasıdır. Bu zaman qadın cinsi həzz almır, çox vaxt ailə münasibətləri pozulur və nevroz yaranır. Disqamiyanı yaradan səbəblər aşağıdakılardır: kişi cinsi orqanının böyük və ya kiçik

ölçüləri, cinsi akt texnikasının qeyri-mükəmməlliyi, yarımçıq kəsilmiş cinsi əlaqənin hamiləlikdən qorunma vasitəsi olaraq istifadə olunması, vaxtından əvvəl ejakulyasiya. O, cinsi əlaqədən uzunmüddətli uzaqlaşma (fizioloji), yaxud nevrasteniya, nevroz, nikotin intoksikasiyası zamanı patoloji proseslərlə əlaqəli ola bilər.

Hiperseksuallıq cinsi marağın patoloji güclənməsi (seksomaniya, nimfomaniya) və orqazm keçirmək qabiliyyətinin yüksəlməsidir (hiperpotensemiya).

Nimfomaniya olduqca nadir təsadüf olunan pozulmadır. Statistikaya görə, qadınlar arasında 2500 nəfərdən orta hesabla yalnız biri bu patologiyadan əziyyət çəkir. Nəzərə almaq lazımdır ki, isti iqlimi olan ölkələrdə nimfomanlara daha çox rast gəlinir. Nimfomaniyanı yaşından, cinsindən, xarici görünüşündən asılı olmayaraq istənilən şəxslə seksual kontakta can atmağa yönəldilmiş, nəzarətsiz davranışa malik sindrom kimi qiymətləndirmək olar. Onun əsas səbəbləri aşağıdakılardır: neyroinfeksiyalar (ensefalit), travmalar, baş-beynin damar pozulmaları və şişləri nəticəsində hipotalamik strukturların və limbik sistemin fəaliyyətinin pozulması; MSS-nin xəstəlikləri (şizofreniya, epilepsiya, maniakal – depressiv psixoz), böyrəküstü vəzi qabığının hiperfunksiyası (şişləri).

Vaginizm cinsi akt və ya ginekoloji müayinə qarşısında qorxunun təsiri altında çanaq dibinin (bəzən bud, qarın divarı əzələlərinin), uşaqlıq yolu əzələlərinin qeyri-ixtiyari qıcolma şəkilli yığılmasıdır. Patologiya psixogen amillərlə, ilk cinsi yaxınlıqda deflorasiya zamanı ağrılarla şərtlənə bilər. Vaginizmin 3 dərəcəsi vardır:

1-ci dərəcə – cinsiyyət üzvünün və ya ginekoloji alətin uşaqlığa daxil edilməsi ilə yaranan reaksiya;

2-ci dərəcə – cinsiyyət orqanlarına toxunarkən yaranan reaksiya;

3-cü dərəcə – cinsi akt və ya ginekoloji müayinə haqqında düşünərkən yaranan reaksiya.

Cinsiyyət orqanlarına toxunarkən zaman və ya hətta bu barədə düşünərkən spazm baş verirsə, onda uşaqlıq yoluna giriş qapanır

və *koitus* (cinsi əlaqə) və ya uşaqlıq yolunun müayinəsi tamamilə qeyri-mümkün olur. Cinsiyyət üzvü uşaqlıq yoluna daxil olduqdan sonra baş verən spazm zamanı penisin zədələnməsi mümkündür.

Patologiya isterik və fobik formalarda ola bilər. İsterik formaya az hallarda təsadüf olunur. Onun əsasında xəstənin konkret şəxslə şüurlu olaraq cinsi münasibətdə olmamaq arzusu dayanır. Fobik forma (*koitofobiya*) cinsi akt qarşısında şiddətli qorxudur. Vegetativ-labil və həddən bədgüman qadınlar buna meyillidirlər. Qadında uzunmüddətli vaginizm çox vaxt kişi potensiyasının zəifləməsinə, gözləmə nevrozuna, prostat vəzidə durğunluq hallarının inkişaf etməsinə gətirib çıxarır.

Virqoqamiya – “bakirə” nikah. Patologiyanın 3 forması vardır:

1. Fobik forma – ağrılı deflorasiya və ya *koitus* (cinsi əlaqə) qarşısında beyində yaranmış qorxu ilə xarakterizə olunur. O, bəzi hallarda vaginizm ilə müştərək olur.

2. İqnorakt forma ərlə arvadın təcrübəsizliyi, məlumatsızlığı, genital üzvlərin topoqrafiyası haqqında lazımi məlumatla malik olmamaları səbəbindəndir.

3. İmpotent forma kişidə cinsi funksiyanın pozulması ilə əlaqədardır.

Genitalgiya (latınca *genitus* – cinsi, *algia* – ağrı) cinsiyyət orqanları nahiyyəsində ağrı hissinin olmasıdır. Bu ağrılar somatogen olduqları kimi, psixogen mənşəli də ola bilər. Birinci halda onların səbəbi, hər şeydən əvvəl, iltihabi proseslər və ya cinsiyyət orqanlarının travması, ikinci halda psixi amillərdir. Ağrı daha çox uşaqlıq yolu nahiyyəsində, qarnın aşağı hissəsində, bəzən isə xarici cinsiyyət orqanları nahiyyəsində hiss olunur, tez-tez paresteziyalarla müşayiət olunur. Onlar cinsi aktın başlanması ilə əmələ gəlir və xəstənin cinsi aktdan canını qurtarmaq üçün özünü-təlqinlə izah olunur.

Autoerotizm, narsissizm özü özünə cinsi marağın yönəldilməsidir.

Masturbasiya (onanizm) özü özünə cinsi ehtiraslanmadır. Bu, qadın və kişilər arasında geniş yayılmışdır. Yaşla əlaqəli olaraq onun rastgəlmə tezliyi də artır, belə ki, 35 yaşına yaxın qadınların

65%-i masturbasiya ilə məşğul olurlar. Fizioloji nöqteyi-nəzərdən masturbasiya qadın orqanizminə patoloji təsir göstərmir. Lakin bu masturbasiyanı psixi xəstəliklərin (şizofreniya, ensefalit, maniakal-depressiv vəziyyətlər) nəticəsi olan, güclü cinsi maraqla müşayiət olunan masturbasiyadan fərqləndirmək lazımdır.

Homoseksualizm cinsi marağın eynicinsli şəxslərə yönəldilməsidir. Bu patologiyanın səbəbləri çoxdur. O, genetik cəhətdən qadın və kişi cinsi davranış mərkəzlərinin differensiasiyası prosesinin pozulmaları və həqiqi hermafroditizmlə əlaqədardır. Hamiləlik zamanı hormonlarla müalicə nəticəsində yalançı hermafroditizmin inkişafı mümkündür ki, bu da homoseksualizmin səbəbi ola bilər. Homoseksualizmin aktiv və passiv formaları ayırd edilir. Aktiv formada pasiyent özünü kişiyyə (davranışı, geyimi, işi və s.), passiv formada isə qadına oxşadır.

“İnsest” termini altında (latınca *incestus* – əxlaqsız) qan qohumları ilə cinsi əlaqə nəzərdə tutulur. Ailə və nikah haqqında qanunlara əsasən, bir çox ölkədə ana və ata tərəfdən olan qohumlar arasında, oğulluğa götürənlər və götürülənlər arasında nikaha icazə verilmir. Qan nikahlarına qadağaya, demək olar ki, bütün xalqlarda və bütün mədəniyyətlərdə rast gəlinir. Qan nikahlarına olan belə münasibət onunla izah olunur ki, ailə üzvləri arasında cinsi əlaqə ailə həyatında intizamsızlığa gətirib çıxarar. Genetik nöqteyi-nəzərdən bu arzuolunmazdır, çünki nəsildə resessiv anomaliyaların yaranması şansı getdikcə artar. Bu qadağa çar Edip haqqında qədim yunan əfsanəsində öz əksini tapmışdır. Valideynləri olduqlarını bilməyən Edip, atasını öldürmüş və öz anası ilə evlənmişdir. Həqiqəti bildikdə o, özünü cəzalandıraraq gözlərini çıxarmışdı.

İnsest çox nadir hallarda müşahidə olunur. Bu, təkcə mənəvi qadağa ilə izah olunmur, eyni zamanda erkən yaş dövründən uzun müddət birlikdə yaşadığın insana alışma, ona qarşı cinsi marağın yaranmasına, onun seksual obyekt kimi seçilməsinə mane olur.

İnsest münasibətləri ağır psixi travmanın nəticəsi də ola bilər.

Sadizm patrnyorla kobud münasibətlərdən zövq alınmasıdır. Bu hal daha çox fəal homoseksualistlərdə müşahidə olunur.

Mazoxizm partnyorun verdiyi əziyyətlərdən cinsi məmnunluq hissi keçirməsidir. “Sadizm” və “mazoxizm” terminləri yazıçılar markiz de Sad və Zaxer-Mazoxanın adları ilə bağlıdır.

A.Eulenburq (1902) sadizmi aktiv, mazoxizmi isə passiv al-qolaqniya (yunancadan *algos* – ağrı, *lagneia* – şəhvət, ehtiras) adlandırmağı təklif etmişdi.

Zoofiliya və ya sodomiya (İncildə göstərilmiş Sodoma şəhərinin adı ilə adlandırılmışdır) heyvanlara qarşı yönəldilmiş cinsi maraqdır.

Heyvanlarla cinsi əlaqələr əsatirlərdə və incəsənətdə öz geniş əksini tapmışdır. Antik dövrdə onlara münasibət normal idi. Qədim yəhudi qanunlarına əsasən insanın heyvanla cinsi əlaqəsi ölüm hökmü ilə cəzalandırılırdı. Orta əsrlərdə heyvanla cinsi əlaqəyə girməkdə günahlandırılan adamları tonqalda yandırılma cəzası gözləyirdi. Müasir dövrdə zoofiliya cinayət cəzası ilə cəzalandırılmır, lakin əxlaqi düşüncələrə görə mühakimə olunur. Zoofiliya, başlıca olaraq, kənd yerlərində debil və ya intellektual səviyyəsi məhdud olan yeniyetmələrdə təsadüf olunur. Adətən, insanda heyvana qarşı davamlı cinsi maraq olmur və əlaqə ilk normal cinsi tələbatın ödənilməsindən sonra kəsilir.

Transvestizm – əks cinsin roluna girmək və ya onun əşyalarını geyinməyə can atmaq deməkdir. O, cinsiyyət mərkəzlərinin differensiasiyasının pozulmaları nəticəsində seksual oriyentasiyanın dəyişilməsidir və çox vaxt homoseksualizm ilə müşayiət olunur, lakin müstəqil olaraq da meydana çıxa bilər. Transvestizmi fətişizmdən fərqləndirmək lazımdır. Fətişizmdə özünün əks cinsə mənsub olması hissiyyəti yoxdur.

Fetiş (fr. *fetich* – sitayiş etmə obyekt) mövhumatçı adamların təsəvvüründə fəvqəltəbii, sehrli qüvvəyə malik əşyalardır. Əsasən cansız əşyalar, məsələn, kəsilmiş hörük, qadın alt paltar, ayaqqabısı, burun dəsmalı, rezin örtüklü plaşlar fetiş sayılır, lakin bu əşyalar mütləq əvvəllər istifadə olunmalı və ya əks cinsin əyninə geyilib yoxlanmış olmalıdır. Belə əşyalar yaxın qohumlara aid olmamalıdır. Bu səbəbdən belə əşyaları naməlum şəxslərdən və ya geyinilib yoxlandıqdan sonra mağazalardan (məsələn, ayaqqabı) oğurlamaq arzusu yaranır. Şəkil və ya heykəl, müəyyən

qoxu, həmçinin səslər (səs tembri və s.) fətiş ola bilər. Fetişizm, demək olar ki, çox halda kişilərdə və son dərəcə az hallarda qadınlarda təsadüf olunur.

Vuayerizm (fr. *voyeur* – tamaşaçı), **vizionizm** (latıncadan *visionis* – baxış, nəzər) və ya **skoptofiliya** (lat. *scope* – müşahidə) cinsi akta və ya çılpaq cinsiyyət orqanlarına tamaşa etmə həvəsidir. Vuayerizmin əksinə olaraq **eksgibisionizm** (lat. *exhibitum* – nümayiş etdirmək, göstərmək) əks cinsdən olan şəxslərə öz çılpaq cinsiyyət orqanlarını nümayiş etdirmək yolu ilə cinsi həzzəlmədir.

Pedofiliya kiçik yaşlı uşaqlara qarşı yönəldilmiş cinsi maraqdır.

Gerontofiliya yaşlı şəxslərə qarşı yönəldilmiş cinsi maraqdır.

Diagnostika. Əksər hallarda ginekoloq pasiyentlərin (qadınların) seksual həyatı onların şəxsi seksual disfunksiyası kimi deyil, fertil kontekstdə və ya cinsi yolla yayılan xəstəliklərin təhlükəsi baxımından maraqlandırır. Bununla belə, həkim tərəfindən təşəbbüs olmadıqda, qadınlar özləri çox incə və tamamilə məxfi münasibətlər tələb edən bu məsələnin müzakirəsinə həvəslə qoşulmurlar. J.Marvikin fikrinə görə, 25 yaşından yuxarı pasiyentlərin 85%-i seksual problemləri həkimlərlə müzakirə etmək istədilər, lakin dindirilmiş qadınların 70%-i hesab edir ki, həkim belə məsələlərə əhəmiyyət vermir. Təəssüf ki, seksual disfunksiyanın geniş yayılmasına baxmayaraq, 20%-dən az qadın (yaşından asılı olmayaraq) seksual sahədə olan problemlərin mütəxəssislərlə müzakirə olunmasının mümkünlüyü və məqsədə uyğunluğu məsələsində tərəddüd edirlər. Bundan nəticə çıxaraq ginekoloqun və görünür, ümumi praktik həkimin vəzifəsi seksual disfunksiyanın müxtəlif formada təzahürünü fəal surətdə aşkar etməkdən ibarətdir. Bir çox müəlliflərin fikrincə, anamnezin öyrənilməsi aşağıdakı zəruri məsələlərin aşkara çıxarılmasını nəzərdə tutmalıdır:

- pasiyentin cinsi həyatının nüanslarının konkretləşdirilməsi;
- cinsi fəaliyyətin xüsusiyyətləri haqqında onun subyektiv fikirləri;
- xəstəliyin başlanması və dinamikasının ətraflı təsviri;
- seksual disfunksiya əlamətlərini doğuran və ya ağırlaşdıran amillərin müəyyənləşdirilməsi;

- mövcud seksual problemlərin ətrafdakıların (ilk növbədə, cinsi partnyorla) münasibətlərinə təsirinin olub-olmamasının müəyyənləşdirilməsi;
- əvvəlki müalicənin (əgər o, olmuşdursa) və onun nəticələrinin təfərrüatları;
- pasiyentin müalicəyə olan ümidləri.
- Pasiyentlə ilk söhbət zamanı onda öz-özünə və ya dərman terapiyasının nəticəsində müxtəlif qəbildən olan seksual pozulmalara səbəb olan somatik, endokrin və ya nevroloji xəstəliklərin mövcudluğunu aşkar etmək lazımdır.

Cədvəl 24.1

Bir sıra somatik, endokrin və nevroloji xəstəliklər zamanı seksual funksiyaların pozulmalarının patogenetik əsası

Xəstəliklər və sindrom vəziyyətlər	Seksual funksiyanın pozulmalarının patogenetik əsası
1	2
<p>Ürək-damar:</p> <p>Ateroskleroz</p> <p>Arterial hipertoniya</p> <p>ÜİX</p>	<ul style="list-style-type: none"> • klitor və uşaqlıq yolu qanla təchizatının pozulması + hipotenziv preparatların mənfi təsiri
<p>Nevroloji:</p> <p>İnsult</p> <p>Onurğa beyninin zədələnməsi</p> <p>Periferik neyropatiya</p> <p>Parkinsonizm</p> <p>Dağınıq skleroz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beynin fəal mərkəzinin zədələnməsi zamanı libidonun azalması, təkrari insult (iflic), depressiya qorxusu, bəzi hallarda hərəkət fəaliyyətinin azalması • Cinsiyyət orqanlarının innervasiyasının pozulması, hərəki fəaliyyətin pozulması • Cinsiyyət orqanlarının innervasiyasının pozulması, hərəki fəaliyyətin pozulması
<p>Cinsiyyət orqanlarında əməliyyatlar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cinsiyyət orqanlarının qan təchizatının və innervasiyasının pozulması, psixoloji problemlər
<p>Oynaq xəstəlikləri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hərəkət fəaliyyətinin məhdudlaşdırılması

1	2
Endokrin xəstəliklər və hormonal amillər Şəkərli diabet	<ul style="list-style-type: none"> Cinsiyyət orqanlarının qan təchizatının (angiopatiyalar zamanı) və innervasiyasının pozulması (periferik neyropatiyalar zamanı)
Hiperprolaktinemiya	<ul style="list-style-type: none"> prolaktinin yumurtalıqların androgen və estrogen sekresiyasına təsiri, beynin dopaminergik sistemində hiperprolaktinemiya gətirib çıxaran pozulmalar
Qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri	<ul style="list-style-type: none"> İlkin hipotireoz hiperprolaktinemiya ilə müşayiət olunur (bax yux.)
Postmenopauza Cərrahi və ya medikamentoz axtalanma Yumurtalıqların vaxtından əvvəl fəaliyyətinin enməsi	<ul style="list-style-type: none"> estrogenin və androgenin səviyyəsinin azalması, uşaqlıq yolunun atrofiyası, dispareuniya, çanaq dibi əzələlərinin tonusunun aşağı düşməsi, libidonun azalması
Autoimmun xəstəliklər	<ul style="list-style-type: none"> uşaqlıq yolunun quruluğu, atrofik vaginit, dispareuniya bu xəstəliklərin müalicəsi üçün istifadə olunan ekzogen qlükokortikoidlərin mənfi təsirləri
Sidik axarlarının və sidik kisəsinin xəstəlikləri	<ul style="list-style-type: none"> sıxılma və diskomfortla müşayiət olunan sidik saxlaya bilməmək seksual fəallığı məhdudlaşdırır
Xroniki böyrək çatışmazlığı	<ul style="list-style-type: none"> Hiperprolaktinemiya, estrogenlərin və androgenlərin səviyyəsinin enməsi

Seksual disfunksiyanın diaqnostikasının mühüm mərhələsi ginekoloji müayinədir. Bu proses zamanı qasıq tüklənməsinin mövcudluğu və onun növü müəyyənləşdirilir, vulvanın, klitorun, uşaqlıq yolu dəhlizinin, bartolin vəzilərinin axacaqlarının əsaslı müayinəsi aparılır. Vizual olaraq selikli qişaların eroziyası, çatların mövcudluğu müəyyənləşdirilir, uşaqlıq yolunun büküşlərinin (relyefin) ifadə olunma dərəcəsi qiymətləndirilir. Bimanual müayinə zamanı uşaqlıq yolunun arxa tağında (retroservikal endometrioz) bərkimənin olub-olmamasına, uşaqlığın vəziyyətinin dəyişməsinə (retrodeviasiya), daxili cinsiyyət orqan-

larının hərəkətliliyinə (daxili genital endometrioz, kiçik çanaq üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri zamanı meydana çıxır, cərrahi müdaxilədən sonra bitişmə prosesi, şüa terapiyası və s.) diqqət yetirmək lazımdır.

Seksual disfunksiyanın simptomu olan orqazm və oyanma pozulmaları olan qadınlarda ginekoloji müayinə zamanı çanaq dibi əzələlərinin tonusunun qiymətləndirilməsi vacibdir.

Müalicə patogenetik, kompleks şəkildə, fərdi olmalıdır. Cinsi funksiyanın pozulmalarının müalicəsi zamanı mütləq xəstə ilə təmas yaratmaq, əsas xəstəliyin müalicəsini aparmaq, əmək, istirahət rejimini normallaşdırmaq, emosional gərginliyi aradan qaldırmaq lazımdır. Müalicəvi İdman Kompleksi, idmanla məşğələlər məsləhətdir. Zülallar və vitaminlərlə (E) zəngin pəhriz məsləhət görülür. Yadda saxlamaq lazımdır ki, qırmızı bibər, hil, cövüz, darçın və kərəviz cinsi fəallığı yüksəldir.

Medikamentoz vasitələrdən hormonal preparatlar (frigidlik zamanı estrogenlər, androgenlər), neyroleptiklər (gündə 50-150 mq aminozin yeməkdən sonra, 0,025 q amitriptilin gündə 1-2 dəfə), trankvilizatorlar, antiandrogenlər (hiperseksuallıq, homoseksualizm zamanı), prednizolon gündə 1-3 dəfə 0,01 q-dan (böyrək-üstü vəzilərin xəstəlikləri zamanı) istifadə olunur.

Cinsiyyət orqanlarının anatomik çatışmazlıqları və çapıq dəyişiklikləri zamanı çox vaxt **cərrahi müalicə** aparılır.

Seksopatoloji pozulmalar zamanı həm də fizioterapevtik müalicə məsləhət görülür. Fizioterapevtik proseduralardan hidroterapiya (isti və soyuq vannalar), elektrostimulyasiya və çanaq dibi əzələlərinin vibromasajı və s. istifadə olunur. Seksual pozulmaların müalicəsi seksopatoloqlar, psixiatrlar, ginekoloqlar və uroloqlar tərəfindən ixtisaslaşdırılmış kabinetlərdə aparılır. Seksual disfunksiyanın problemlərinin incəliyini nəzərə alaraq, PLISSIT adını almış pilləli terapiya modeli təklif olunmuşdur. Bu model tədricən, bir neçə mərhələ ərzində həkimlə xəstə arasında etimadlı münasibətlərin yaranmasına, xəstənin seksual həyatının fərdi xüsusiyyətlərini aşkar etməyə və daha effektiv müalicə aparmağa imkan verir.

PLİSSİT terapiyasının pilləli modeli

P (*permission*) – bu mərhələdə həkim seksual funksiyalar probleminə toxunur və pasiyentə bu mövzunu müzakirə etməyi təklif edir.

Lİ (*limited information*) – həkim pasiyentə onda olan somatik və ginekoloji xəstəliklər, onların seksual funksiyaya təsiri haqqında məlumat verir.

SS (*specific suggestion*) – həkim pasiyentə və onun partnyoruna keçirdikləri xəstəliklər nəticəsində seksual həyatda baş verə biləcək dəyişikliklər barədə ətraflı məlumat verir və onların xüsusiyyətlərindən asılı olaraq “seksual təmin olunmanın” müxtəlif variantlarını təklif edir.

İT (*intensive therapy*) – bu mərhələdə müalicəyə başqa mütəxəssislər də (psixiatr, endokrinoloq, seksopatoloq və b.) cəlb olunurlar.

Profilaktika aşağıdakı prinsiplərə riayət olunmasına əsaslanır:

1. Hamiləlik zamanı kritik müddətlərdə (hamiləliyin 4-6 və 10-12 həftələrində) hormonal preparatların və neyroleptiklərin təyin olunmasından uzaqlaşmaq lazımdır.

2. Düzgün cinsi tərbiyə cəmiyyətin əxlaq normaları, cinsi məsələlərə sərbəst, təbii münasibətlərin formalaşması, uşaqlarda öz cinsi mənsubluğu haqqında təsəvvürlər yaratmaqla həyata keçirilməlidir. Əks cinsdən olan şəxslərə qarşı təbii maraq hisslərini yatırtmaq doğru deyildir.

3. Masturbasiyanın qarşısını almaq üçün cinsiyyət orqanlarının qıcıqlanmasını yaradan bütün səbəblərdən (dar alt paltar, velosiped sürmək, at sürmək) uzaq olmaq lazımdır.

4. Qurd invaziyasının profilaktikası və müalicəsi.

5. İntoksikasiyaların, infeksiyaların, travmaların profilaktikası.

6. Siqaretdən, spirtli içkilərdən, narkotik maddələrdən istifadəyə qarşı mübarizə aparılması.

7. Seksual pozulmaları əmələ gətirən patologiyanın vaxtında aşkar olunması.

XXV FƏSİL

GİNEKOLOGİYADA DEONTOLOGİYA

XIX əsrin əvvəllərində ingilis filosofu Bentam “deontologiya” termininin izahını hər hansı peşə sahibinin davranışı haqqında elm kimi vermişdi. Deontologiya vəzifə borcu haqqında elm sayılaraq (*deon* – vəzifə borcu, *logos* – söz, elm) təbabətdə həkimlik vəzifəsi borcu haqqında təlim kimi qəbul edilir. Deontologiya, sözün əsl mənasında, həkimlə xəstə, həkimlə həkim və həkimlə cəmiyyət arasındakı qarşılıqlı münasibətləri müəyyənləşdirən davranış qaydalarıdır.

İlk dəfə olaraq Hippokrat əsas deontoloji prinsipi belə ifadə etmişdir: “İstifadə olunan hər bir şeyin səmərə gətirəcəyinə diqqət yetirmək lazımdır”.

Əxlaq normalarına riayət olunması ictimai təsir, ənənələr və insanın mənəviyyatından asılıdır.

Müxtəlif sinfi bərabərsizliklərə baxmayaraq, tibbi etika bütün zamanlarda tibb peşəsinin insanpərvər mahiyyətini əks etdirən – xəstə insana kömək etmək və onun çəkdiyi əzabları yüngülləşdirmək kimi ümuminsani prinsiplərə əsaslanır. Əgər həkimlik peşəsinin bu ilkin mütləq əsası yoxdursa, o zaman heç mənəvi normalara riayət haqqında danışmağa dəyməz. 1941-1945-ci illər müharibəsi zamanı faşist Almaniyası və Yaponiyada həkim və alimlərin fəaliyyəti buna sübutdur. Onların kəşflərindən insanlar bu gün də yararlanır. Lakin eksperimental material kimi onlar canlı insanlardan istifadə edirdilər. Məhz bunun nəticəsində beynəlxalq məhkəmələrin qərarları ilə onların adları həm həkim, həm də alim kimi unudulmuşdur (“Nürnberg kodeksi”, 1947; Xabarovskda beynəlxalq məhkəmə, 1948).

Xüsusi tibbi biliklərdən başqa, həkim hər zaman xəstəyə maksimal fayda gətirəcək qarşılıqlı münasibətlər yaratmağı bacarmalıdır. Deontologiyanı etika və əxlaqla eyniləşdirmək olmaz.

Etika və əxlaq cəmiyyətdə insan davranışının prinsiplərini müəyyənləşdirən kateqoriyalardır. Həkimlik etikasını həkimin fəaliyyəti sahəsində əxlaqi siması və davranışı haqqında elmdir. Həkimlik sənəti başqa peşələrin etik qaydalarından fərqlənən və xəstəyə qarşı insani münasibətlərə əsaslanan özünəməxsus etik normalara malikdir. Deontologiya isə həkimlik etikasının bir hissəsidir.

Lap qədimdən belə qəbul olunmuşdur ki, həkim xəstənin yaşından, xəstəliyindən, cinsindən, cəmiyyətdəki yerindən asılı olmayaraq onun köməyinə çatmalıdır. Təcrübi təbabətin təkzib edilməz qaydası (postulatu) belədir. Bunu XVI əsrdə məşhur saray həkimi Ambruaz Pare demişdi. IX Karl ona müraciət edərək: “Güman edirəm ki, sən kralı kasıblardan daha yaxşı müalicə edəcəksən?” – soruşduqda, o: “Xeyr, əlahəzrət, bu, mümkün deyil, – deyə cəsarətlə cavab vermişdi. – Mən kasıbları da kralı müalicə etdiyim kimi eyni diqqət və səylə müalicə edirəm!” N.İ.Piroqov da eyni qaydanın tərəfdarı idi: “Generalı əsgər kimi, əsgəri isə general kimi müalicə etmək lazımdır”.

Həkimlik peşəsi xüsusi peşədir. Tibbi yardım göstərərkən vaxtında diaqnoz qoymaq və lazımi müalicəni təyin etmək fikrinə əsaslanmaq lazımdır. Bundan başqa uğurlu müalicədə həkimlə xəstənin qarşılıqlı münasibətləri – insana məhəbbət və ədəb, bəzən isə həkimin özünü peşəsinə, sənətinə həsr etmək xüsusiyyətləri böyük rol oynayır.

Çoxdan məlum və qəbul olunmuş bir faktdır ki, həkimin sözü xəstənin təkcə psixikasına deyil, eyni zamanda bir çox hallarda onun fiziki vəziyyətinə böyük təsir göstərir. Xəstənin həkimin biliyinə və düzgün işinə inamı heç bir şərtlə qırılmamalıdır.

Həkimin avtoriteti, şəxsiyyət kimi rolu, ona inam, etibar məsələləri lap qədimdən həkimləri narahat edir. V.N.Sirotinin xatirələrində S.P.Botkinin konsultativ söhbətlərindən sonra xəstələrin vəziyyətində heyranlıq doğuracaq dəyişikliklərin müşahidə olunduğu qeyd edilmişdir. Xəstələrin əvvəllər qəbul etdikləri dərmanlar məhz S.P.Botkinin təyinatından sonra yüksək göstəricilər nümayiş etdirmişdir. Onun özünəməxsus, xəstələrin ürəyinə yol tapan və yalnız özünə məlum olan “açarları” var idi.

Həkimlik vəzifəsinin nə olduğunu anlamaq üçün bu peşənin lazımı keyfiyyətlərini bilmək lazımdır. Yəqin ki, Hippokratın bu fikrini daha qədim və daha düzgün hesab etmək olar: “Özünü təbabətə həsr etmiş şəxs təmənnasızlıq, ciddilik, qüsursuzluq, geyimdə sadəlik, sağlam beyin, soyuqqanlılıq kimi keyfiyyətlərə malik olmalı, fırıldaqçılıqdan, acgözlük və xəsislikdən uzaq olmalıdır”. Başqa sözlə, həkimi yüksək professionallığı ilə yanaşı, həm də mənəvi keyfiyyətləri xarakterizə edir. Bu xüsusiyyətlər bəzən tərbiyəçi, bəzən məsləhətçi, bəzən dost rolunda çıxış edən həkimin ictimai fəaliyyəti ilə sıx əlaqəli olmalıdır.

Mamalıq və ginekologiyada əxlaqi problemlərin hansı fərqləndirici xüsusiyyətləri vardır? Əlbəttə ki, ana, döl və ailənin başqa üzvləri arasındakı qarşılıqlı münasibətlər. Həkimin birinci dərəcəli vəzifəsi xəstəni daha yaxşı müalicə etməkdir. “Xəstənin əzablarını yüngülləşdirmək” – bu qanun Hippokrat dövründən qalan əsl həqiqətdir. Mamalıqda döl üçün “hüquqlar” anlayışı müəyyənləşdirilmişdir və həkim onları nəzərə almalıdır. Mama-ginekoloqların Amerika kolleci qeyd edir ki, tibbi etikanın inkişafı tarixində elə bir hal olmamışdır ki, dölün rifahı ananın rifahından üstün olsun. Bunu istənilən hər bir problemin həlli zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Hamiləlik və doğuş qadının həyatında təsadüf olunan aktual psixoloji problemlərdəndir. Mayalanma vaxtı doğulacaq uşağın taleyi üçün narahatlıq yaranır: uşaq sağlam olacaqmı? Onun fiziki və psixi inkişafında hər hansı bir anomaliya meydana çıxmıyacaq ki? Hamiləliyin sonuna doğru gözlənilən doğuşla əlaqədar olaraq (ağrı qorxusu, müxtəlif iltihablardan ölümün baş verəcəyi qorxusu, aralığın cırılması ehtimalı və s.) həyəcan, təlaş, narahatlıq yaranır. Hamiləlik zamanı psixi pozulmalar, hər şeydən əvvəl, qadının şəxsi xüsusiyyətlərindən, ictimai-məişət şəraitindən və başqa amillərdən asılıdır. Bu amillər haqqında qadın məsləhətxanası həkiminin və tibb bacısının müəyyən təsəvvürü olmalı və onlar müvafiq psixoterapiya aparmalıdırlar. Mamalıq-ginekologiya təcrübəsində qadınlarda hamiləlikdən qorxu hissi kimi vacib problem vardır. Gənc qadınlara izah etmək lazımdır ki, hazırda

hamiləliyin qarşısını alan çoxsaylı vasitələr vardır. Onlar məlumatlı olmalıdır ki, hamiləliyə qarşı dərman preparatlarının qəbul edilməsindən sonra yarana bilən damar-vegetativ əlavə təsirlət (ürəkbulanma, iştahın azalması, ağızda xoşagəlməz dad, arzuolunmaz köklük və s.) sağlamlığa ziyan vurmur.

Qadınlarda xüsusi çətin psixoloji narahatlıqlar nikahdankənar əlaqələrdən olan hamiləliklər zamanı (mövhumatçılıq, uşağın atasız tərbiyə edilməsi problemi və s.) yaranır. Belə qadınlar qadın məsləhətxanası işçilərindən xüsusi diqqət tələb edirlər. Qadında hamiləliyin, doğuşun və sonrakı həyatın yaxşı sonluğu fikrinin formalaşdırılması qadın məsləhətxanaları və doğum evləri işçilərinin, həkim və mamaçaların nəcib və insani vəzifəsidir.

Doğuş prosesində meydana çıxan ağrı hər zaman mamalıqın ən mürəkkəb problemlərindən biridir. Bir çox tədqiqatçıların fikrincə, doğuşun mütləq ağrı ilə olacağı təsəvvürü artıq çoxdan kök salmış bu fikri formalaşdırmışdır. Doğuşa hazırlıq zamanı əsas məqsəd hamilə qadınların gözlənilən doğuşla əlaqədar keçirdikləri qorxu hisslərinin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Bundan ötrü qadınlara mühazirələr oxunur, kurslar keçirilir, fərdi və ya qrupla məşğələlər aparılır, doğuşlar haqqında kinofilmlər nümayiş etdirilir, tənəffüsün normallaşdırılması üçün əzələlərin boşalmasına təsir göstərən gimnastik təlimlər göstərilir. Bundan başqa, psixoprofilaktikanın müxtəlif metodlarından (autogen məşqlər, rəşional psixoterapiya, hipnoterapiya və s.) istifadə olunur. Qadına mütləq başa salmaq lazımdır ki, doğuş vaxtı həkimin və mamaçanın bütün göstərişlərinə əməl etsə, özü özünə mühüm köməklik göstərə bilər.

Ginekoloji xəstəlikləri olan qadınların müalicəsi zamanı intim-seksual, psixoloji, sosial və etik xarakterli çoxsaylı problemlər meydana çıxır ki, onlar da tibb işçilərinin işini çətinləşdirir. Ginekoloji müayinə zamanı qadınlarda utancaqlıq hissinin yaranması tamamilə təbiidir və buna görə də belə psixoloji hallara hörmətlə yanaşılmalıdır. Xəstələrlə yaxşı münasibət yaratmaq üçün söhbət və müayinə zamanı nəzakətlik və ehtiyatlılıq tələb olunur. Manipulyasiyaların keçirilməsi zamanı tibb bacısının həkimə, xüsusən

əgər həkim kişi olarsa, yardım etməsi vacibdir. Bu, sosial-psixoloji nöqteyi-nəzərdən çox mühümdür.

Həkimin xəstə ilə ilk görüşü mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Həkimin xəstəyə bacarıqla yanaşmasından çox şey asılıdır, belə olduqda həkim diaqnoz qoymaq üçün öz xəstəsindən faydalı məlumat alar, sonra isə məqsədyönlü müalicə proqramı işləyib hazırlaya bilər.

Bəzən qadınlar həkimlərə demədiklərini tibb bacılarına söyləyirlər. Açıq söhbət zamanı alınan məlumatlar daha dəqiq diaqnostikaya və adekvat müalicənin seçilməsinə təsir göstərir.

Sorğu-sual prosesində xəstənin mədəni səviyyəsini, intellektual inkişaf dərəcəsini, peşəsini və başqa keyfiyyətlərini hər zaman nəzərə almaq lazımdır, yəni həkimin pasiyentlə danışığı standart formada olmamalıdır. Bəzi xəstələr yalnız işgüzar xarakterli sorğu-suala, digərləri lazımi məlumatlar əldə etmək üçün mehriban yanaşmaya, üçüncüləri isə quru danışiq tərzinə üstünlük verirlər.

Sorğu-sual forması son dərəcə sadə olmalıdır. Həkimin fikrini yalnız xəstənin özü məşğul etməlidir. Elmi-kütləvi ədəbiyyatın yayılması, əhali üçün tibbi mövzulu mühazirələrin və söhbətlərin aparılması sayəsində bir çox qadınlar tibb elminin və sağlamlığın mühafizəsi təcrübəsinin məsələləri ilə tanışdırlar. Qadını ona aid olan dərəcədə xəstəliyin mahiyyəti ilə tanış etdikdən sonra həkim nikbin tonla onda xəstəliyin xoş sonluğuna inam yaratmalıdır.

Diaqnostikada və nəzərdə tutulmuş müalicənin münasibliyində tərəddüd və inamsızlıq hər zaman mənfi qəbul olunur. Xəstədə həkimin kifayət qədər biliyə malik olmaması haqqında təsəvvür formalaşır, xəstənin həkimə inamı itir, bu isə öz növbəsində sonrakı müalicəvi və profilaktik tədbirlərin effektivliyini aşağı salır.

Hazırda bir çox cavan həkimlər təbabətin əsasını lazımi dərəcədə mənimsəməyərək “dar” ixtisaslı mütəxəssis olmaq istəyirlər. Lakin belələri çox vaxt “dar” deyil, “daralmış” mütəxəssislər olurlar. Belə ki, təbabətin yalnız endokrinologiya hissəsini bilən

ginekoloq uşaqlığın tipik fibromasını yumurtalığın kistasından ayıra bilmir. Ümumi həkim hazırlığı və təbabətin digər sahələri haqqında biliyə malik olmadan ixtisaslı mütəxəssis olmaq qeyri-mümkündür.

Elə həkimlər vardır ki, onlar laborator və aparat tədqiqatlarına üstünlük verir və klinik mütəxəssis kimi fikir yürüdə bilmirlər. Fizika, kimya, elektronika sahəsindəki uğurlar həddindən artıq genişdir. Onlar tibbi praktikada istifadə olunmaq üçün daha geniş perspektivlərə meydan açırlar. Bunun sayəsində biz orqanizmdə baş verən ən incə dəyişiklikləri öyrənə bilirik. Bu, müasir dövrün böyük nailiyyətidir. Lakin diaqnoz qoyarkən və xəstənin vəziyyətini müəyyənləşdirərkən yalnız aparat və laborator tədqiqatların nəticələri əsasında mexaniki olaraq, klinik təfəkkür olmadan fikir yürütmək düzgün deyildir. Hər bir xəstəyə fərdi yanaşma və fərdi təsiretmə tədbirlərindən istifadə etmək lazımdır. Həkimə etibar etmək müalicənin uğurlu zamanətlərindən biridir. Xəstə ilə münasibətdə həkim çalışmalıdır ki, ehtiyatsız sözlərlə xəstənin ona olan etimadını qırmasın.

Təbabətin hər bir sahəsində deontologiyanın öz spesifik metod və üsulları hazırlanır. Mamalıq-ginekologiyada bu metodlar ailəyə aid olan sirlərin gizli saxlanması ilə əlaqəli olub, anaya və uşağa qayğının göstərilməsinə doğru istiqamətlənmişdir.

Mamalıq təcrübəsində bəzən elə hallara rast gəlinir ki, qadın özünün cinsi funksiyasına təsir göstərən fiziki nöqsanlarını bilir və onları təkcə ətrafdakılardan deyil, həm də qohumlarından gizlədir.

Tibbi deontologiyada həkimlə xəstənin qohumları arasındakı münasibətlər ən mürəkkəb problemdir. Əgər xəstəlik adıdırsa və müalicə yaxşı gedirsə, xəstə ilə açıq münasibət tamamilə mümkündür. Ağırlaşmalar olduqda isə yaxın qohumlarla söhbətlər aparılmalıdır.

Mamalıq təcrübəsində sonsuz ər-arvadların uşaqları övladlığa götürmə hallarına da təsadüf olunur. Övladlığa götürmə sirlərinin yayılması, əsl valideynlər haqqında xəbər verilməsi və ya əksinə, əsl valideynlərə uşağı qəbul edən ailə haqqında xəbər verilməsi

həkimlik sirrinin pozulması deməkdir. Eləcə də əgər ikinci dəfə nikahda olan qadın ərinin onun birinci nikahı zamanı keçirdiyi hamiləlikləri haqqında bilməsini istəmirsə, həkim söhbət zamanı onun ərinə bu məlumatları verməməlidir.

Ginekoloji praktikada tez-tez elə hallara təsadüf olunur ki, xəstə qadın aldığı xəbərin onu ərinin gözündən salacağını düşündüyü üçün, əməliyyatdan sonra yumurtalığının və uşaqlığının çıxarılması haqqında ərinə məlumat verilməsini istəmir. Belə hallarda həkim qadının həyat yoldaşına ətraflı məlumat verməməli, ona qadının cinsiyyət orqanlarında patoloji dəyişikliklər olduğu üçün əsas funksiyalara toxunmadan bəzi hissələrinin çıxarıldığını bildirməlidir. Hətta cinsiyyət nahiyəsində uşaqlığın və uşaqlıq yolunun aplaziyası kimi anadangəlmə anomaliyalar zamanı, menstrual və cinsiyyət fəaliyyətini bərpa etmək halları mümkün olmadıqda, cinsi fəaliyyət üçün yalnız şərait yaratmaq (süni uşaqlıq yolu) mümkün olduğu halda belə həkimin bu barədə qadının ərinə heç bir məlumat verməyə haqqı yoxdur. Bütün bu hallarda ər və arvad özləri bir-birlərini sağlamlıqları haqqında xəbərdar etməlidirlər və əgər onlardan hər hansı biri nəyə görə bunu etmirsə, həkim onların münasibətinə qarışmamalıdır. Ər-arvaddan birinin zöhrəvi xəstəliyə yoluxduğu və müalicə kursunun hələ tam bitməməsi həkimə məlum olarsa, o zaman bu qaydadan kənara çıxmaq olar.

Həkim qadının xəstəliyi, onun həyatının intim və ailə tərəfləri haqqında məlumatların gizli saxlanması üçün məsuliyyət daşıyır. Bəzi hallarda əmək qabiliyyətini itirmə vərəqələrində “ikincili sonsuzluq”, “uşaqlıq yolunun aplaziyası” və s. kimi ailə həyatına təsir etməyəcək başqa xəstəlik diaqnozları yazıla bilər. Lakin belə hallarda xəstəyə verilən xəstəlik tarixindən çıxarışlarda, müalicə müəssisəsinin arayışlarında dəqiq diaqnoz, bütün diaqnostik müayinələr və onların nəticələri göstərilməlidir. Xəstə növbəti dəfə həkimə xəstəxanaya yerləşdirilməsi və s. üçün müraciət etdiyi zaman bu lazım ola bilər. Həkimlik sirrinin qorunması üçün əmək qabiliyyətini itirmə vərəqələri ilə işləyən şəxslərin sayının maksimum dərəcədə məhdudlaşması vacibdir. Əmək qabi-

liyyətini itirmə vərəqələrində diaqnozu əvəz etmək üçün xüsusi şifrələrin işlənilib hazırlanması təklif olunmuşdur. Tibbi sənədlər üzərində cavabdehliyin gücləndirilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Kollektivdə düzgün tərbiyəvi işin aparılması sirlərin qorunmasının vacib şərtidir. Məlumdur ki, həkimlik sirlərini bəzən həkimlər özləri deyil, xəstəxana və poliklinikaların tibb bacıları, xadimələr və başqa əməkdaşları yayırlar. Buna görə də müvafiq işin aparılması, qohumlara, xəstənin tanışlarına və ya palata qonşularına hər hansı bir lazımsız məlumatın çatdırılmasının qarşısının alınması həkimlik sirrinin qorunub saxlanmasına təsir göstərən amillərdəndir. Belə bir kəlam var: “Söz müalicə edir, amma söz şikəst də edə bilər”. Bəzən həkim xəstəyə cərrahi müdaxilə zamanı onda bir daha aybaşının olmayacağı və yaxud onun sonsuz olacağı haqqında xəbərləri vermək məcburiyyətində qalır. Cinsiyyət sisteminin normal funksiyasının pozulması faktı hər bir qadın tərəfindən (əgər qadın 40-45 yaşına çatmamışdırsa) qadınlıq tərəvətini itirməsi, qocalığın yaxınlaşması fikri kimi qəbul edilir və ona görə də psixoloji cəhətdən əzablı sayılır. Belə məlumatları verən həkim həmişə xəstənin fiziki və psixi sağlamlığını nəzərə almaqla etməlidir.

Xəstəyə uşaqlığın və onun artımlarının radikal çıxarılması haqqında məlumat əməliyyatdan 7-8 gün sonra, xəstə fiziki və mənəvi cəhətdən kifayət qədər möhkəmləndikdən sonra verilməlidir. Söhbət zamanı kənar şəxslərin, eləcə də otaq yoldaşının iştirakı yolverilməzdir.

Ərli qadınları əməliyyatın təkəcə özünün deyil, eləcə də ərinin cinsi hisslərinə necə təsir edəcəyi maraqlandırır. Uşaqlığın, onun artımlarının, uşaqlıq yolunun bir hissəsinin çıxarılması zamanı keçmişdə formalaşmış və möhkəmlənmiş şərti-reflektor əlaqələr fəaliyyətə başlayır və cinsi funksiyalar normal səviyyədə saxlanılır. Partnyorların cinsi harmoniyalarına, xüsusilə kişilərin hisslərinə gəldikdə nə kastrasiya, nə də uşaqlığın çıxarılması onlara təsir etmir.

Yüksək cərrahi texnika və anesteziologiya sayəsində operativ ginekologiya və onkoginekologiya sahəsində böyük uğurlar əldə

edilmişdir. Müalicəvi profilaktik kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsi və cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri zamanı cərrahi əməliyyat geniş istifadə olunan metod hesab olunur. Lakin əməliyyatların çoxu qadın orqanizmində bu və ya digər orqanın və ya onun hissəsinin çıxarılması ilə əlaqədar baş verən əhəmiyyətli dəyişikliklərin səbəbi olur ki, bu da menstrual və ya cinsiyyət funksiyasının pozulmasına, bəzi hallarda isə cinsi həyatın qeyri-mümkünlüyünə gətirib çıxarır.

Ciddi əməliyyatdan (uşaqlığın amputasiyası, yumurtalıqların çıxarılması və s.) əvvəl xəstə ilə böyük psixoterapevtik iş aparılmalıdır. Qadının şəxsi xüsusiyyətlərinin və ailə münasibətlərinin xarakterinin qiymətləndirilməsi vacibdir. Bundan sonra xəstə ilə qarşıda duran əməliyyat haqqında söhbət aparmaq və onda əməliyyatın xoş sonluqla bitəcəyinə inam yaratmaq lazımdır.

Məhz elə buna görə də cərrahi müalicəni müzakirə edərkən əməliyyat üçün göstərişləri və əks göstərişləri, operativ müdaxilənin metodikasını, eləcə də bu və ya digər orqanın çıxarılmasından sonra qadının orqanizmində baş verəcək dəyişiklikləri nəzərə almaq lazımdır.

Əsasən uşaqlıqda və yumurtalıqlarda operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsi zamanı əsassız radikalizmdən qaçmaq lazımdır. Gənc qadınlarda fibromatoz düyünlərini, eləcə də kiçik retension kistalar zamanı yumurtalıqların çıxarılması zamanı ayrı-ayrı hallarda uşaqlığın amputasiyası və hətta ekstirpasiyası halları olur.

Mama-ginekoloqun cərrahi fəaliyyəti çıxarılan orqanların sayı ilə deyil, texniki çətinliklərə baxmayaraq qadın orqanizminin funksiyalarını qorumağa və ya bərpa etməyə müvəffəq olan əməliyyatların sayı ilə qiymətləndirilməlidir.

Cərrahın biliyindən və bacarığından yalnız ananın deyil, həm də doğulacaq körpənin həyatı asılıdır. Bütün xəstələr gələcək əməliyyatı gözləyərək öz həyatları üçün qorxu hissi keçirirlər, əməliyyatın xoşagəlməz sonluqla qurtaracağından, əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonrakı mərhələdə ağrı keçirəcəklərindən qorxurlar. Bu hal bu və ya digər orqanın çıxarılması, orqanizmin hər hansı bir funksiyasının pozulması ilə əlaqədar keçirilən nara-

hatlıqlarla daha da güclənir. Qadın məsləhətxanasında və ya poliklinikada başlanan və stasionarda başa çatmalı olan psixoprofilaktik hazırlıq böyük əhəmiyyət kəsb edir. Xəstəni həm əməliyyata, həm də cərrahi müdaxilə zamanı ağrısızlaşdırmaya hazırlamaq lazımdır. Psixoprofilaktik hazırlığın vəzifəsi mənfi emosiyaların aradan qaldırılması və ya çarəsiz qaldıqda azaldılmasından ibarətdir. Xəstələrin bir qismi ağrıdan qorxaraq narkoza üstünlük verirlər, digər qismi isə əksinə, narkozdan ayılmayacaqlarından qorxaraq yerli anesteziyanı seçirlər. Xəstəni onun üçün seçilmiş ağrısızlaşdırma metodunun məqsədəuyğunluğuna inandırmaq lazımdır. Əgər o, razılaşmırsa, xəstənin arzusuna əməl etmək lazımdır, çünki hər hansı zorakılıq əlaməti əlavə psixi travmaya səbəb ola bilər. Operativ müdaxiləni gözləyən xəstələrdə əməliyyat qarşısındakı qorxu və onun nəticələri üçün narahatlıq bu və ya digər dərəcədə özünü büruzə verir. Mənfi emosiyalar yuxusuzluğa, əsəbiliyə gətirib çıxarır, orqanizmin müqavimətinə öz təsirini göstərir.

Müalicə həkimi ilə xəstə arasında sıx əlaqə yaratmaq, onun etibarını qazanmaq, xəstəni narahat edən səbəbləri aradan qaldırmaq, əməliyyatdan əvvəl qorxu hissini xeyli azaltmaq və ya aradan qaldırmaq, əməliyyatın xoş sonluqla qurtaracağına onda inam yaratmaq – əməliyyatdanqabaqkı dövrdə psixoprofilaktik hazırlığın əsas vəzifəsidir. Bu vəzifəni operativ müdaxilənin təhlükəsiz olduğunu nəzərə çarpdıraraq xəstə ilə söhbət zamanı həyata keçirmək lazımdır. Söhbət palata yoldaşlarının keçirdikləri əməliyyatların uğurlu sonluqlu nümunələri ilə möhkəmləndirilməlidir.

Radikal müdaxilə tələb edən gənc qadınlarda bədxassəli şişlərin əməliyyatı zamanı xüsusi nəzakət və qayğıkeşlik nümayiş etdirmək lazımdır. Hər bir konkret hadisə zamanı nə söyləmək lazım olduğunu qabaqcadan bilmək olmur, lakin hər zaman qadının psixikasını qorumaq lazım gəldiyini xatırlamaq lazımdır.

Mürəkkəb əməliyyatlar zamanı onun insanın həyatını qorumaq məqsədi ilə labüd olduğunu qeyd etmək lazımdır. Əgər qadın operativ müdaxilənin nədən ibarət olduğunu bilmirsə, bu və ya digər orqanın çıxarılması onun üçün gözlənilməzdirsə, həkim

xəstəyə son dərəcə həssaslıqla yanaşmalı, azacıq məlumatlarla kifayətlənərək xəstəyə son izahatı tam sağalandan sonra verməlidir.

Əməliyyatdan sonrakı mərhələdə əməliyyatın qadının ailə həyatına və cinsi fəaliyyətinə təsir edəcəyi, onu qadınlıq təravətindən məhrum edəcəyi haqqındakı əsassız fikirlərini dağıtmaq lazımdır. Cərrahi müdaxilədən sonra xəstələrdə psixonevrotik pozulmaların əmələgəlmə ehtimalı tibb bacılarını uzunmüddətli hazırlıq işi aparmağa məcbur edir.

Mamalıq-ginekologiya yardımının hər bir bölməsində bütün kollektivin nizamlı, məqsədyönlü işi, hər şeydən əvvəl, müəssisənin tibb işçilərinin və xidmətçi personalın düzgün davranışı ilə müəyyənləşdirilir. Təkcə həkimin, tibb bacısının, mamaçanın və ya xadimənin peşəkarlığının deyil, həm də qarşılıqlı münasibət zamanı pasiyentin və onun qohumlarının rəğbət və etimadını qazanmalarının rolu böyükdür. Orta və kiçik tibbi personal diaqnozu və xəstəliyin nəticələrini müzakirə etməməli, proseduralar təyin etməməlidir. Bu, həkimin vəzifəsidir.

Bütün suallara verilən düzgün cavab budur: “Mən heç nə bilmirəm, müalicə həkimindən soruşun”.

Deontologiyaya kolleqalarla olan münasibət də daxildir. Xəstənin yanında həmkarını tənqid etmək və ya onun hərəkətlərinə qiymət vermək olmaz. İradları mütləq təklikdə həkimin nüfuzuna toxunmadan etmək lazımdır. Həkim böyük və ya kiçikliyindən asılı olmayaraq heç kimin məsləhətini özünə ayıb bilməməlidir. Əgər müayinə zamanı həmkarları ilə hər hansı fikir ayrılığı yaranmışdırsa, onları mütləq həkim otağında həll etmək, sonra isə həqiqəti müəyyənləşdirərək ümumi fikri xəstəyə bu tərzdə çatdırmaq lazımdır: “Biz müzakirə etdik və qərara gəldik ki...” Diaqnoz qoyarkən, göstərişləri və əks göstərişləri müəyyənləşdirərkən, əməliyyat metodunu seçərkən həkim başqaları ilə məsləhətləşməlidir. Təsadüfi deyildir ki, bütün gələcək əməliyyatlar kollegial olaraq müzakirə olunur.

Operativ müdaxilə metodlarının və vasitələrinin seçilməsi zamanı yaranan çətinliklər son qərar qəbul edilənə qədər xəstəyə məlum olmamalıdır. Son qərar xəstənin sağlamlığı marağında

nəzərdə tutulmuş tədbirlərin münasibliyini və vacibliyini izah edərək ona inadlı tövsiyə formasında çatdırılmalıdır.

Tibbi personalın xəstənin yanında aparatların nasazlığı, dərman preparatlarının olmaması və s. haqqında işgüzar xarakterli söhbətlər aparması yersizdir. Hətta xəstənin müayinəsi üçün lazım olan aparat sıradan çıxmışdırsa və ya yararsızdırsa, bu barədə pasiyentə məlumat verilməməlidir.

Müalicə işi xüsusi bir işdir. O, öz həyatını bu işə həsr etmiş insandan xəstənin sağlamlığı naminə tam gücünü, biliyini, enerjisini verməyini tələb edir. Həkimin xarakteri, onun bütün şəxsi keyfiyyətləri xəstəyə qarşı qayğıkeşlik və insanpərvərlik ifadə etməlidir. Hər bir həkim məşhur həkimlərin ideyalarını əldə rəhbər tutmalıdır. Ən kiçik ümid qaldıqda belə həkim hər bir xəstənin həyatı və sağlamlığı uğrunda mübarizə aparmalıdır.



“Şərq-Qərb” Nəşriyyat evində çapa hazırlanmışdır

Buraxılışa məsul:	<i>Sevil İsmayılova</i>
Kompyuter səhifələnməsi:	<i>Ələkbər Kərimov</i>
Üz qabığının dizaynı:	<i>Elşən Qurbanov</i>
Korrektor:	<i>Pərinaz Səmədova</i>
Nəşriyyat direktoru:	<i>Rasim Müzəffərli</i>

Çapa imzalanmışdır 30.03.2012
Formatı 60×90 $\frac{1}{16}$. Fiziki çap vərəqi 37,5
Sifariş N210. Tiraj 1000

“Şərq-Qərb” Nəşriyyat evinin mətbəəsində çap olunmuşdur
AZ 1123, Bakı, Aşıq Ələsgər küçəsi, 17
Tel.: (+99412) 370 68 03; 374 83 43
Faks: (+99412) 370 68 03; 370 18 49
www.eastwest.az