

DOI: <http://www.doi.org/10.36719/2707-1146/14/29-32>

Səbinə Vahid qızı Ramazamova

Bakı Slavyan Universiteti

müəllimə

sebine.ramazanova.72@mail.ru

Ülkər Əlisəfa qızı Məmmədova

Bakı Slavyan Universiteti

müəllimə

Quliyeva Nuranə Adil qızı

Bakı Slavyan Universiteti

müəllimə

DİSFUNKSIONAL UŞAQLIQ QANAXMALARININ DİFFERESASIYASI

Xülasə

Uşaqılıq qanaxmaları menstruasiya ilə müqayisədə uzun müddətli olması, qan itkisinin həcmi və qatılığı ilə fərqlənən anormal ifrazatlardır. Uşaqılıq qanaxmaları follikulların persistensiyası və atreziyası fonunda əmələ gəlir. Bu zaman estrogenlərin sabit, monoton ifrazı təmin edilir. Yəni, ovulyasiya olmur, sarı cism əmələ gəlmir, estrogenlərin uzun müddətli təsiri nəticəsində isə endometriyada hədsiz miqdarda proliferasiya baş verir. Bu da endometriyanın ayrıca hissələrə bölünməsinə səbəb olur və qanaxmaların müddəti uzanır. Qadının həyatının müxtəlif yaş dövrlərində anormal uşaqılıq qanaxmalarının diaqnostik meyarları, müasir müayinə üsulları haqqında biliklər vaxtında diaqnoz qoymağa və müvafiq müalicəyə imkan verir.

Açar sözlər: uşaqılıq, qanaxam, menstruasiya, qan itkisi, yaş dövrləri, diaqnostika, müalicə

Differentiation of dysfunctional uterine bleeding

Summary

Uterine bleeding is an abnormal secretion characterized by a longer duration than menstruation, the volume and intensity of blood loss. Uterine bleeding occurs against the background of persistence and atresia of the follicles. This ensures a stable, monotonous secretion of estrogen. That is, there is no ovulation, no corpus luteum is formed, and as a result of long-term exposure to estrogens, excessive proliferation occurs in the endometrium. This causes the endometrium to divide and prolongs the bleeding. Diagnostic criteria for abnormal uterine bleeding at different stages of a woman's life, knowledge of modern examination methods allows timely diagnosis and appropriate treatment.

Key words: uterine, bleeding, menstruation, blood lost, age periods, diagnosis, treatment

Giriş

Menstruasiya (aybaşı) – hər bir qadın orqanizmi üçün çox vacib prosesdir. Menstrual siklin məğzi ondan ibarətdir ki, ovulyasiya vaxtı follikuldan spermatozoidlə birləşməyə hazır olan yetişmiş yumurtahüceyrə çıxır, onun yerində isə sarı cism əmələ gəlir. Sonuncu qadın cinsi hormonlardan olan – progesteron sintez edir.

Uşaqılıq qanaxmaları menstruasiya ilə müqayisədə uzun müddətli olması, qan itkisinin həcmi və qatılığı ilə fərqlənən anormal ifrazatlardır.

Uşaqılıq qanaxmaları follikulların persistensiyası və atreziyası fonunda əmələ gəlir. Bu zaman estrogenlərin sabit, monoton ifrazı təmin edilir. Yəni, ovulyasiya olmur, sarı cism əmələ gəlmir, estrogenlərin uzun müddətli təsiri nəticəsində isə endometriyada hədsiz miqdarda proliferasiya baş verir. Bu da endometriyanın ayrıca hissələrə bölünməsinə səbəb olur və qanaxmaların müddəti uzanır. Həmçinin yetkinlik yaşlı yeniyetmələr arasında ən geniş yayılan ginekoloji patologiya uşaqılıq qanaxmalarıdır. Onlar yetkinlik yaşlı yeniyetmələr arasında rast gəlinən ginekoloji xəstəliklərin 20-30 % təşkil edərək onların ginekoloqa müraciətinin əsas səbəbini təşkil edir. yetkinlik yaşında rast gəlinən

uşaqlıq qanaxmaları polietoloji xəstəlikdir. Əsas uşaqlıq qanaxmaları isə disfunksional uşaqlıq qanaxmalarıdır (1).

Anormal aybaşı qanaxmaları dedikdə aşağıdakılar nəzərdə tutulur:

- Aybaşı dönməsi arası (28 günün içində) qanaxmalar
- Cinsi əlaqədən sonra qanaxma
- Aybaşı dönməsinin hər hansı bir vaxtında damlama şəklində olan qanaxmalar
- Aybaşı qanamasının normadan çox və ya uzunmüddətli olması
- ər Anormal qanaxmalar:
- Hamiləlik
- İnkişafdan geri qalan hamiləlik
- Uşaqlıqdan kənar hamiləlik
- Hamiləlikdən qorunma metodlarına bağlı olan qanaxmalar (spiral, hormonal dərmanlar və s.)
- Uşaqlıq və ya uşaqlıq boynu iltihabları
- Uşaqlıq miomaları
- Laxtalanma pozğunluqları
- Poliplər
- Müxtəlif tip bəd xassəli törəmələr (uşaqlıq-uşaqlıq boynu-vagina)
- Xroniki xəstəliklər (tiroid, şəkər) zamanı olan qanaxmaları qeyd etmət olar.

Bundan başqa, mütəxəssislər tərəfindən uşaqlıq qanaxmaların aşağıdakı şəkildə yaş kateqoriyaları üzrə qruplaşdırılması təklif olunur:

Yuvenil (puberat) dövrdə uşaqlıq qanaxmaları digər ginekoloji patologiyalarla müqayisədə daha çox (təxminən 20%) rast gəlinir. Bu yaşda hormonal tənzimin pozulmasına fiziki və psixi travmalar, əlverişsiz məişət şəraiti, yorğunluq, hipovitaminoz, böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin və ya qalxanabənzər vəzin disfunksiyaları səbəb olur. Həmçinin uşaq infeksiyaları (suçiçəyi, qızılca, epidemik parotit, göy öskürək, məxmərək), KRX, xroniki tonzillit, ananın hamiləlik və doğuş fəsadları və s. yuvenil uşaqlıq qanaxmalarına gətirib çıxara bilər.

Reproduktiv dövr. Onlar 18 ilə 45 yaş arası qadınlarda qeyd olunur. Reprodaktiv dövrdə disfunksional uşaqlıq qanaxmaları bütün ginekoloji xəstəliklərin 4-5%-ni təşkil edir. Yumurtalıqların disfunksiyası və uşaqlıq qanaxmalarına səbəb olan amillərə sinir-psixi reaksiyalar (stress, yorğunluq), iqlim dəyişikliyi, peşə zərərləri, infeksiya və intoksikasiyalar, abortlar, hipotalamus-hipofiz sistemi səviyyəsində ilkin dəyişiklikləri ilə nəticələnən bəzi dərman maddələrinin qəbulu aiddir. Bununla yanaşı yumurtalıq kapsulunun qalınlaşmasına və yumurtalıq toxumasının qonadotropinlərə həssaslığının azalmasına gətirib çıxaran infeksiya-iltihabi proseslər də yumurtalıqlarda gedən dəyişikliklərə səbəb olur.

Menopauzdan əvvəlki dövr. 46 ilə 55 yaş arası xəstələrdə təsbit edilir

Klimakterik dövrün disfunksional uşaqlıq qanaxmaları

Premenopauzal uşaqlıq qanaxmaları klimakterik dövrdə qadınlarda rast gəlinən ginekoloji patologiyaların 15%-ni təşkil edir. Yaşla əlaqədar hipofiz tərəfindən sintez olunan qonadotropinlərin miqdarı azalır, onların ifrazı qeyri-müntəzəm olur, bu da yumurtalıq siklinin (follikulogenez, ovulyasiya, sarı cismin inkişafının) pozulmasına səbəb olur. Progesteron çatışmazlığı hiperestrogeniyanın inkişafına və endometriyumun hiperplastik çoxalmasına gətirib çıxarır. 30% hallarda klimakterik uşaqlıq qanaxmaları klimakterik sindrom fonunda baş verir.

Uşaqlıq qanaxmalarının diaqnostikası zamanı cinsiyyət orqanlarının üzvi patologiyalarını (şişlər, endometrioz, travmatik zədələnmələr, özbaşına (spontan) düşüklər, uşaqlıqdan kənar hamiləlik və s.), qanyaradıcı orqanların, qaraciyər, endokrin vəziləri, ürək və damar xəstəlikləri istisna edilməlidir (2; 3; 4)

Uşaqlıq qanaxmalarının ümumi klinik diaqnostik üsullarından (anamnezin toplanması, ginekoloji baxış) əlavə histeroskopiya, diaqnostik qaşınma, materialın histoloji müayinəsi aparılır. Sonrakı diaqnostik tədbirlər yuvenil uşaqlıq qanaxmaları zamanı aparılan metodlarla eynidir.

Qaşınmadan sonra uşaqlıq boşluğunun müayinəsi zamanı endometrioz sahələri, kiçik ölçülü submukoz miomalar, uşaqlığın polipləri izlənilə bilər. Nadir hallarda uşaqlıq qanaxmalarına yumurtalıqın hormonal-aktiv şişləri səbəb olur. Bu patologiya USM, nüvə-mağnit və ya kompüter tomoqrafiya vasitəsilə aşkar edilir. Uşaqlıq qanaxmalarının diaqnostik metodları onun müxtəlif formaları üçün ümumi sayılır və həkim tərəfindən fərdi qaydada təyin olunur.

Hər bir qadında menstrual qanın miqdarı və günü fərqlidir. Təxmini, menstruasiya 6 gün davam edərsə (bəzən laxta şəklində gələ bilər) və gündə 5 peddən artıq istifadə olunarsa, bu qanama kimi qiymətləndirilməlidir. Bundan artıq olarsa, bunu normal hesab etmək olmaz və mütləq həkimə müraciət etmək lazımdır, çünki bu vəziyyət adi hormonal pozulmadan uşaqlıq boşluğunun bəd xassəli xəstəliyinə kimi uzana bilər. bundan başqa mioma, polip, hiperplaziya (uşaqlıq boşluğunun qalınlaşması), uşaqlıq daxili spiral, laxtalanma pozğunluğu və s. də səbəb ola bilər. Nəticədə sizdə qan azlığı, yorğunluq, halsızlıq, yuxululuq və s. əlamətləri yarana bilər. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün bəzən uşaqlıq boşluğundan biopsiya almaq lazım gəlir. (6)

Aybaşı qanaması ən az 2 gün davam etməsi və gündə ən az 2 ped dəyişdirilməsi normal olaraq qəbul edilir, bundan daha az miqdarda aybaşı qanaması hipomenoreya olaraq qəbul edilir. Çox vaxt aybaşının azlığı şikayəti ilə müraciət edən qadınların əslində menstruasiyaları normal sərhədlərdədir. Hər qadının 5-7 gün menstruasiya görməsi şərt deyil, 2-3 günlük qanamalar da qısa deyil və normal qəbul edilir.

Hormonal səbəblər: başda gələn səbəbdir, qadınların yaşı artdıqca və menopauza yaşına yaxınlaşdıqca və ya bəzi qadınlarda erkən yaşda menopauzaya girmək kimi bir vəziyyəti ola biləcəyindən, estrogenlərin azalması nəticəsində qanama da azalır. Başqa bir hormonal səbəb isə hipotiroiddir, yəni tiroid vəzi hormonlarının azalmasıdır. (7)

Hamiləlik və doğuş zamanı qanaxma xüsusi diqqətə layiqdir. Hamiləliyin ilk aylarında ortaya çıxan qanaxma uşaqlıqdankənar hamiləliyin və ya spontan abort təhlükəsinin bir əlamətidir. Belə şəraitdə qadınlar qarın altındakı ağrıdan şikayət edirlər. DUQ hamilə bir qadında başlamışsa, dərhal tibbi yardım alınmalıdır. Müalicəyə vaxtında başlasa, dölü saxlaya və qadının reproduktiv funksiyasını qorumaq olar.

Üçüncü trimestrdə inkişaf edən qanaxma xüsusilə təhlükəlidir. Patoloji vəziyyət plasenta gəlişinin və ya qopması fonunda baş verə bilər.

Bəzi hallarda DUQ doğuş zamanı da olur. Səbəblərinə plasenta gəlişi, qan laxtalanmasının pozulması, ilişib qalmış plasenta və uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin zəifləməsi aiddir.

Disfunktional uşaqlıq qanaxmalarının kompleks müalicəsi simptomların ağırlığını, pasientin yaşını, xəstəliyin səbəb (mümkünsə) və inkişaf mexanizmini nəzərə almalıdır. Müalicəsi üç istiqamətdə aparılır:

1. Qanaxmanın dayandırılması və ümumi gücləndirici terapiya.
2. Menstrual siklin bərpa edilməsi.
3. Ovulyasiyanın stimulyasiyası və ya cərrahi müalicə.

Reproduktiv və klimakterik dövrlərdə olan qadınlarda qanaxmanın dayandırılması məqsədilə uşaqlıq boşluğunun qaşınması aparılır, hansı ki, həm də diaqnostik əhəmiyyət daşıyır. Yeniyetmələrdə qanaxmanın müalicə üsulu, intensiv hormonal terapiyanın aparılmasıdır. Bu məqsədlə, inyeksiya və ya tablet şəklində estrogen kursu təyin olunur. Əgər qanaxma zəifdirsə və anemiya əlamətləri yaxdursa, estrogen terapiyasından sonra, bir həftə ərzində sutkada 10 ml-lik dozada progestron təyin olunur.

Yuvenil yaşlarda menstrual sikli bərpa etmək üçün normal estrogen fonunda tək cə progestron, azalmış olduqda isə – progestron-estrogen kompleksi təyin olunur. (8) Reproduktiv yaşda olan qadınlara adətən 1 il ərzində kombinə olunmuş oral kontraseptivlər, klimakterik yaşda olanlara isə – fasiləsiz rejimdə progestron təyin olunur.

Reproduktiv yaşlarda ovulyasiyanı stimulyasiya etmək üçün Klomifen tətbiq edilir. Əgər, premenopauzada aparılan müalicəyə baxmayaraq DUQ təkrarlanarsa və ya adenomatoz poliplər, ocaqlı adenomatoz və ya endometriyumun ocaqlı hiperplaziyası aşkarlanarsa – uşaqlığın ekstirpasiyası məsləhət görülür.

Baş beyində və digər səviyyələrdə patologiya aşkarlanarsa, uyğun müalicə aparılır və ya qanaxmaya səbəb olan amillər aradan qaldırılır.

Disfunktional uşaqlıq qanaxmalarının profilaktikası

Disfunktional uşaqlıq qanaxmalarının profilaktikasına hələ dölün bəndaxili inkişaf dövründən, yəni hamiləliyin apapılmasından başlamaq lazımdır. Uşaqlıq və yeniyetmə dövrlərində ümumi möhkəmləndirmə və ümumi sağlamlaşdırma tədbirlərinə, xəstəliklərin (xüsusən cinsiyyət sisteminin) vaxtında qarşısının alınması və ya müalicəsinə, abortların profilaktikasına diqqət yetirmək lazımdır. Disfunksiya və uşaqlıq qanaxmaları aşkar olunduqda tədbirlər aybaşı siklinin müntəzəmliyinin bərpası və qanaxmanın residivlərinin profilaktikasına yönəldilir. Bu məqsədlə oral

estrogen-gestagen kontraseptivlərə xüsusi sxem üzrə: ilk 3 sikldə – aybaşıabənzər qanaxmanın 5-25-ci günlərində, sonrakı 3 sikl müddətində isə 16-25-ci günlərdə qəbul edilir. Təmiz gestogen preparatlardan (norkolut, düfaston) aybaşı siklinin 16-25-ci günlərində 4-6 ay ərzində istifadə olunur (9).

Hormonal kontraseptivlərin istifadəsi nəinki abortların tezliyinin və hormonal disbalans hallarının azalmasına gətirib çıxarır, həm də gələcəkdə anovulyator formalı sonsuzluğun, endometriyumun adenokarsinoması, süd vəzilərinin xərçənginin yaranmasının qarşısını alır. Disfunksional uşaqlıq qanaxması olan qadınlar ginekoloqun müşahidəsi altında olmalıdır (11).

Mamalıq qanaxma hələ də ana itkilərinin əsas səbəbi olaraq qalır, xüsusən də ana ölümünün yüksək və orta səviyyədə olduğu ölkələrdə. Doğuş qanaxmasının səbəbləri yaxşı müəyyən edilmişdir, lakin klinik vəziyyətlərin təhlili zamanı qanaxmanın inkişafına meyilli olan hamiləlik ağırlaşmalarının, həmçinin inkişaf etmiş hemorragik şokun və yayılmış damardaxili laxtalanmanın diaqnozu və müalicəsində tez-tez səhvlərə yol verilir.

Postpartum dövrdə qanaxma azalmağa meyilli deyil, əksinə, onların tezliyi artır və uzun müddət yüksək səviyyədə qalacaq. Kanada, ABŞ, Avstraliya və Böyük Britaniya kimi ölkələrdə son 10 ildə mamalıq qanaxmalarında artım müşahidə olunub. Onların klinik və nəzəri müzakirəsi üçün T adətən istifadə olunur – abreviatura, fikrimizcə, əlavə müzakirə tələb edir (12).

Nəticə

Müasir ədəbiyyatda disfunksional uşaqlıq qanaxmalarının diaqnostik və terapevtik tədbirlərin optimallaşdırılması nəqsədi ilə xəstələrə tibbi xidmətin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına yönəlmiş aparıcı mama-ginekoloq cəmiyyətlərinin kifayət qədər tövsiyələri mövcuddur. Anormal uterin qanaxması olan xəstə təcili olaraq xəstəxanaya yerləşdirilməlidir. Statistika görə, reproduktiv yaşda qadınların 65% -ə qədəri ağır menstrual qanaxma üçün həkimə müraciət edir 8. Yeni yetmə qızlar arasında vaginal qanaxma ginekoloqa edilən bütün ziyarətlərin 50%-dən çoxunu təşkil edir ki, bunun da demək olar ki, 95%-i anormal uşaqlıq qanaxması ilə əlaqədardır. Beləliklə, qadının həyatının müxtəlif yaş dövrlərində anormal uşaqlıq qanaxmalarının diaqnostik meyarları, müasir müayinə üsulları haqqında biliklər vaxtında diaqnoz qoymağa və müvafiq müalicəyə imkan verir.

References

1. L.F. Mozheiko, I.A. Guzei. Uterine bleeding during puberty: diagnosis, treatment, rehabilitation. Minsk, BSMU, 2016.
2. Modern aspects of diagnostics and treatment of obstetric bleeding Methodical recommendations Ulyanovsk, 2008.
3. Abnormal uterine bleeding. Tutorial. Irkutsk, 2020.
4. <https://polyclin.ru/articles/matochnoe-krovotечение/>
5. Reproductive health. Collection of guidelines. Krasnoyarsk, 2018
6. <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%B0-2019/16441>.
7. https://www.health-ua.com/pics/pdf/ZU_2014_Akusher_1/33-35.pdf.
8. Gurkin Yu.A. Pediatric and adolescent gynecology. Moscow: MIA, 2009, p. 560.
9. Gynecology. Textbook fourth edition. Geotar-Media Publishing Group, 2012.
10. N.A. Zharkin. Bleeding in obstetric practice // Bulletin of the Volgograd State Medical University, 2013, no. 3 (47).
11. M.N. Surina, T.Yu. Marochko. Obstetric bleeding as the main cause of critical conditions and maternal mortality // Fundamental and clinical medicine, vol. 1, № 3 81.
12. https://isim.az/upload/File/reports/46_Zahiliq_dovrunun_qanaxmalari_W.pd.

Rəyçi: dos. N.Sultanova

Göndərib: 24.10.2021

Qəbul edilib: 15.11.2021