

DOI: <http://www.doi.org/10.36719/2707-1146/19/33-37>

Səbinə Vahid qızı Ramazanova

Bakı Slavyan Universiteti
müəllim

sebine.ramazanova.72@mail.ru

Ülkər Əlisəfa qızı Məmmədova

Bakı Slavyan Universiteti
müəllim

ulker078@mail.ru

Fəzilə Ələsgər qızı Məmmədova

Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universiteti
baş müəllim

mamedovafezile@gmail.com

ƏN ÇOX MÜŞAHİDƏ OLUNAN GENEKOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN TƏHLİLİ

Xülasə

Ginekoloji xəstəliklər bir neçə qrupa bölünür. Ən çox rast gəlinən yumurtalıq kistaları (follikulyar, endometrial, paraovarial, dermoid və s) və uşaqlıq miomasıdır. Yumurtalıq kistalarının əsas yaranma səbəbi kiçik çanaq orqanlarında durğunluq hiperemiyasıdır. Belə vəziyyət iltihabi prosesində, hormonal regulasiyanın pozulmasında və s. Baş verir. Dioqnostikası baxış və ultra səs müayinəsində (USM)həyata keçirilir. Uşaqlıq mioması əsasən 30-40 yaşlı qadınlarda rast gəlinir. Normal preparatlar miomanın inkişafını ləngidir, bəzi hallarda isə dayandırır.

Açar sözlər: hormonal pizğunluq, yumurtalıq kistaları, uşaqlıq mioması, diaqnostika

Sabina Vahid Ramazanova

Ulkar Alisafa Mammadova

Fazila Alasgar Mamadova

Analysis of gynecological diseases often observed in women

Abstract

Gynecological diseases are divided into several groups. Now the most common are ovarian cysts and uterine fibroids (follicular, endometrial, paraovarial, dermoids and others) The main cause of ovarian cysts is stagnant hyperemia in the small pelvic organs. Such a situation occurs in inflammatory processes, in violation of hormonal regulation. Diagnosis is carried out by examination and ultrasound examination.

Uterine fibroids are mainly found in women over 30-40 years of age. Hormonal drugs slow down the development of fibroids, and in some cases stop them.

Key words: hormonal disorders, ovarian cysts, uterine fibroids, diagnostics

Giriş

Ginekologiya sahəsi təkcə reproduktiv sistemin xəstəliklərinin müalicəsi ilə deyil, qadının hərtərəfli sağlamlığı ilə məşğul olur.

Ginekoloji xəstəlikləri mənşəyinə görə bir neçə qrupa bölmək olar: iltihabi və infeksiyon xəstəliklər; hormonal pozğunluqlar; hiperplastik proseslər, yəni müxtəlif şiş və kistlər.

Ən çox rast gəlinən xəstəliklərin bəzilərinə nəzər salaq.

Yumurtalıq kistaları .Yumurtalıq kistalarının aşağıdakı növləri ayırd edilir: follikulyar, follikullardan inkişaf edir və 73% halda rast gəlinir; sarı cisim kistası, 5% halda rast gəlinir; endometrioid, anomal yerləşmiş uşaqlığın endometrial hüceyrələrindən inkişaf edir və pasientlərin 10%-ində rast gəlinir; paraovarial, yumurtalıqətrafi toxumalardan inkişaf edir və 10% halda rast gəlinir; tekalütein – nadir rast gəlinir (2% halda), atrofiya olunmuş follikullardan inkişaf edir; dermoid – nadir rast gəlinən anadangəlmə kistalardır /Daubasova I.Sh., 2013/.

Yumurtalıqların kistoz törəmələri hər bir yaşda, hətta yenidöğulmuş qız uşaqlarında da əmələ gələ bilər. Adətən onlar orta yaşlı qadınlarda rast gəlinir. Klimaksda olan hər 100 qadınlardan 15-ində onlar müşahidə olunur.

Etiologiyası. Yumurtalıq kistlərinin əsas yaranma səbəbi kiçik çanaq orqanlarında durğunluq hiperemiyası, yəni onlarda qanın yığılması nəticəsində qandövrənin pozulmasıdır. Belə vəziyyət iltihabi proseslərdə, hormonal reqlulyasiyanın pozulmasında və s. baş verir.

Risk amilləri; ovulyasiyaların sayı normal olmayan qadınlar; heç vaxt doğmayan qadınlar; menopauzası gecikmiş (55 yaşdan sonra) qadınlar; ilk menstruasiyanın 12 yaşa qədər başlaması; çoxsaylı abortlar; qalxanvari vəzin funksiyalarının zəifləməsi; piylənmə, (piyin əsasən bədənin yuxarı yarısında toplanması)

Yumurtalıqın follikulyar kistası. Bu törəmə partılmayan follikulun yerində əmələ gəlir. Bu proses estrogenlərin yüksək səviyyəsi və xroniki anovulyasiya fonunda inkişaf edir, yəni follikulda yumurtahüceyrə sona qədər inkişaf edib onu tərk eləmir. Follikulyar kistalar əsasən cavan yaşlarda rast gəlinir, amma döldə, yenidöğulmuşlarda və postmenopauzada olan qadınlarda da olur. Normal yetişmiş follikulu kistadan ölçüsünə görə fərqləndirirlər. Normada follikulun diametri 30 mm-i keçmir. Əgər follikulun mənfəzinə maye toplanarsa, o, kistaya çevrilir. Strukturuna görə follikulyar kista-nazik divarlı törəmədir. Onun divarları follikulyar hüceyrələrlə örtülüdür, xaricdən isə birləşdirici toxuma ilə əhatə olunur. Tədricən follikulyar hüceyrələr quruyur və kistanın daxili səthində yastı hüceyrələr aşkarlanır. Adətən follikulyar kista birkameralı olur. Nadir hallarda bir neçə kista əmələ gəlir və bir-birinə o qədər sıx yerləşir ki, çoxkameralını xatırladır. Belə törəmələrin diametri 60 mm-i keçmir və şəffaf möhtəviyyəti olur. /V.İ.Kulakov, İ.B.Manuxin, Q.M.Savelyeva, 2011, 112/. Əksəriyyət qadınlarda follikulyar kistanın heç bir əlaməti olmur. Yalnız bəzi hallarda aybaşı ləngiməsi ola bilər. Onların əmələgəlməsi vaxtı (tsiklin ikinci yarısı) qarının aşağısında zəif, göynədici ağrı ola bilər.

Follikulyar kista nə ilə təhlükəlidir?

- kistanın ayağcığının burulması;
- mənfəzinə qansızma;
- divarının cırılması.

Kliniki olaraq funksional kistalar özünü adətən, aşağıdakı əlamətlərlə büruzə verir: qarının aşağı nahiyəsində ağrılar (bu, ona görə baş verir ki, kistanın ölçüləri böyüyür və ətraf orqanları sıxır); menstrual tsiklin pozulması; qanaxma və axıntılar.

Diaqnostikası baxış və ultrasəs müayinəsilə (USM) həyata keçirilir. Ginekoloji müayinədə follikulyar kista girdə, hamar, elastik, uşaqlıqdan yan və ya öndə, 6 sm-ə qədər ölçüsü olan, yaxşı hərəkətli, əllədikdə demək olar ki, ağrısız törəmə kimi təyin edilir. Çox vaxt proses birtərəfli, məsələn sağtərəfli olur. İkitərəfli törəmələr adətən ekstrakorporal mayalanma proqramı əsasında yumurtalıqların hiperstimulyasiyası zamanı rast gəlinir.

Yumurtalıq kistalarının əsas müayinəsi USM -dir. USM dinamikada aparılır, hansı ki, follikulyar kistanı seroz sistadenomadan-təhlükəli şişdən fərqləndirməyə imkan verir. Doppler müayinəsi zamanı törəmənin ətrafında orta intensivlikli qandövrəni aşkarlanır. Əgər follikulyar kista aşkarlanan zaman fəsadları yoxdursa, 6-8 həftə müddətində qeyri-steroid iltihab əleyhinə vasitələr, əsasən şamlar şəklində təyin olunur. Bəzən hormonal preparatlar da təyin olunur. Adətən onun ölçüləri tədricən azalır və 2-3 aybaşı tsiklindən sonra tam itir. Əgər konservativ tədbirlər nəticə verməsə və törəmə sovrulmursa, kistanın laparoskopik çıxarılması icra edilir. Qadının həyatı və sağlamlığı üçün proqnoz əlverişlidir. Kista xərçəngə çevrilmir və adətən sovrulub gedir. Bu növ törəmələr funksional adlanır, yəni patoloji proseslə əlaqədar deyil, orqanizmin normal həyat fəaliyyəti əsnasında yaranır /Q.M.Savelevoy, Q.T.Suxix, V.H.Serova, V.E.Radzinskoqo, İ.B.Manuxina, 2017, 84/.

Sarı cisim kistası. Ovulyasiyadan sonra follikul partlayır, ondan yumurtahüceyrə çıxır, partlamış follikulun yerində isə sarı cisim formalaşır. Qan və ya limfadövrənin pozulması nəticəsində onda sarı cisim kistası yaranır. O, 16-dan 45 yaşına qədər qadınlarda yaranır. Bu tip törəmələr də funksionallara aiddir, yəni orqanın ağır xəstəliklərilə əlaqədar deyil. Sarı cisim kistasının daxili səthi lütein və ya tekalütein hüceyrələrilə örtülüdür. Bu səbəbdən ayrı morfoloji forma kimi tekalütein kistaları ayırd edilir. Bu kistaların da adətən heç bir əlaməti olmur. Nadir hallarda menstruasiyanın ləngiməsi ola bilər. Onun yaranması zamanı (ovulyasiyadan sonra), bəzən pasientləri qarının aşağısında ağrılar narahat edir.

Ən çox rast gəlinən xoşagəlməz fəsadları-kistanın mənfəzinə qansızma və ya qanaxmadır. Əgər o intensiv olarsa, qan qarın boşluğuna axar və "kəskin qarın" əlamətləri verə bilər -qarının aşağısında

qəflətən güclü ağrılar, arterial təzyiqin düşməsi, dərinin avazıması, ətrafların soyuması, cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat və digərləri. Bu vəziyyətə diaqnoz qoymağa USM və duqlas boşluğunun punksiyası kömək edir, hansında ki, kiçik çanaq boşluğunda qan tapılır /Al-Mahrizi S., Tulandi T. , 2007; 995/.

Əksər qadınlarda sarı cismin kistoz törəməsi tədricən kiçilir. Lütein hüceyrələri birləşdirici toxuma hüceyrələri ilə əvəz olunur, kistoz toxuma praktiki olaraq yoxa çıxır. Onun diaqnostikası baxışa, USM-ə, rəngli doppler müayinəsinə və laparoskopiyaya əsaslanır. İkiəlli ginekoloji müayinədə törəmə adətən uşaqlıqdan yanda və ya onun arxasında əllənir. O, elastiki, girdə, hamar səthli, 8 sm-ə qədər ölçüdə, bir qədər ağırlı ola bilər. Kistanın dərman müalicəsi təyin olunmur. Əgər 3 menstrual tsikl ərzində sarı cisimdə olan proses itməzsə, kistanın laparoskopik üsulla xaric olunması-onun sağlam yumurtalıq toxumasından soyulub çıxarılması əməliyyatı aparılır. Bu cür kistalarda proqnoz yaxşıdır.

Paraovarial kista. Paraovarial kistoz proseslər də yumurtalıqları əmələgətirən toxumalardan yaranır. Onlar uşaqlığın yan kənarları ilə borulara doğru uzanan enli bağın səhifələri arasında yerləşir. Bu törəmələr adətən 40 yaşına qədər qadınlarda rast gəlinir. Lakin onlar tez-tez cavan qızlarda da müşahidə olunur. Kista 5 sm-dən bütün qarın boşluğunu tutan gıqant ölçülərə qədər çata bilər.

Paraovarial kistalar girdə və ya oval formada, elastiki konsistensiyada, şəffaf möhtəviyyətli olur. Çox vaxt, o, birkameralı törəmə olub, uşaqlığın yanlarında və ya üstündə yerləşir. Yuxarı hissəsilə deformasiya olunmuş uşaqlıq borusuna söykənir. Onun bir kənarı yumurtalıqla təmasda olur. Beləliklə, yumurtalıq və boru uşaqlığa çatmaq üçün kistanın yuxarisından hərlənir. Onun divarları birləşdirici və əzələ toxumalarından təşkil olunur, içəridən isə müxtəlif növ epitel hüceyrələri ilə örtülür. Törəmə böyüdükdə, önə çıxaraq enli bağın səhifəsini qabardır. Bu üsulla ayaqcıq yaranır, hansına ki, yumurtalıqın xüsusi bağı və ya uşaqlıq borusu qatıla bilər /Carpenter T. T., Walker W. J. , 2005, 321/. Belə proseslər kliniki olaraq uzun müddət özünü heç nə ilə göstərməyə bilər. Bəzən pasientlər qarının aşağısında ağrılardan şikayətlənirlər. Törəmənin böyük ölçülərində qarın böyüyür. Nadir hallarda paraovarial kista menstrual tsiklin pozulmasına və sonsuzluğa səbəb olur. Əsas fəsadı "kəskin qarın" əlamətləri ilə gedən, kistanın ayağının burulmasıdır.

İkiəlli ginekoloji müayinə zamanı uşaqlığın yanında və ya üstündə ağrısız, 5-15 sm diametrlı, hamar, bərkəlastik konsistensiyalı, azhərəkətli törəmə təyin olunur.

USM-də birkameralı törəmə təyin olunur, yumurtalıq isə ayrı vizualizə olunur. Bu, paraovarial kistaları digər proseslərdən fərqləndirən əsas əlamətdir. Rəngli dopplerografiya zamanı onun toxumasında qandövrəni təyin olunmur. Kistanın müalicəsi laparoskopik üsulla xaric edilməsindən ibarətdir. Bu əməliyyat kiçik çanaqda bitişmə prosesi və yumurtalıq kistalarının xoşagəlməz nəticələrindən olan, ikincili sonsuzluqdan qaçmağa kömək edir. Proses residivləşmir. Həyat və sağlamliq proqnozu yaxşıdır /Duhan N., 2011, 231/.

Endometrioid kista. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində boşluqlar olmur, endometrioz yumurtalıqların səthində kiçik ocaqlar şəklində olur. Sonralar yumurtalıqın birində ölçüsü 6 sm-ə çata bilən kista yaranır. Zəif bitişmə prosesi ola bilər. Xəstəliyin progressivləşməsi zamanı kistoz törəmələr hər iki yumurtalıqda yaranır, onlar gıqant ölçülərə çata bilər, kiçik çanaqda güclü bitişmələrlə müşayiət olunur.

Kiçik ölçülü endometrioid kistalar kliniki olaraq özünü heç nə ilə göstərməyə bilər. Sonra pasientlərin əksəriyyətində ağrılı menstruasiya olur. Ağrılar düz bağırsağa, bel-oma nahiyəsinə verir. Ağrı fiziki gərginlikdə, cinsi akt zamanı güclənir. Belə kista partlaya bilərmi? Bəli və əgər bu baş verərsə – kəskin qarın klinikası inkişaf edir. Endometrioid zədələnmənin ən çox rast gəlinən fəsadı sonsuzluqdur.

Endometrioid kista bir və ya hər iki yumurtalıqda yerləşə bilər. Ölçüsü 10 sm-ə qədər olur. Onun səthi hamar və bərk olur, ətraf toxumalarla bitişmələr əmələ gətirir. Möhtəviyyəti hemorragikdir, buna görə də qəhvəyi rəngdə ("şokalad kistaları") olur. Divarın mikrozədələnməsi zamanı ağrı sindromu qəflətən güclənir, daha sonra qonşu orqanlarla bitişmələr inkişaf edir. Endometrioid kistaların bəzi formaları (vəzli, vəzli-kistoz endometrioz) bədləşməyə meyillidir. Endometrioid kistaların diaqnostikası rəngli dopplerografiya ilə USM və laparoskopiya ilə aparılır./ Horak P., Mara M., Dundr P., Kubinova K., Kuzel D., Hudecek R., Chmel R., 2012; 17/.

Müalicə cərrahi yolla aparılır, əsasən laparoskopik üsulla. Laparotomiya yəni açıq üsulla kistanın çıxarılması böyük ölçülərdə, çoxlu bitişmələr olduqda, adenomioz, uşaqlıq mioması və ya daxili orqanların digər xəstəlikləri ilə birgə rast gəlinəndə mümkündür. Əməliyyatdan sonra residivlərin qarşısını almaq üçün hormonal terapiya təyin olunur. Endometriozun müalicəsində istifadə olunan preparatlar:

progesteragenlər (məsələn Düfaston), estrogen-gestagenlər, qonadotropin rilizinq-faktorun aqonistləri, antiqonadotropinlərdi.

Dermoid kistalar. Dermoid kistanın möhtəviyyəti-piy, qığırdaq, sümük toxumaları, bəzən saç, dırnaq və hətta diş olur. O, bətdaxili inkişaf düzgün getmədikdə yaranır. Belə boşluq tədricən böyüyərək, heç bir əlamət verməyə bilər. Fəsadları-ayaqcığın burulması və törəmənin iltihabıdır. Yaxşı proqnoza baxmayaraq dermoid kistalar laparoskopiyaya vasitəsilə xaric edilməlidir. Yumurtalıq kistalarının başqa vəziyyətlərlə birgə rast gəlinməsi / Kudrina E.A., Baburin D.V.,2016, 85/.

Yumurtalıq kistası olan qadınların çoxunu bu xəstəlik zamanı hamilə qalmaq maraqlandırır. Təəssüflər olsun ki, hamilə qalmaq ehtimalı azalır, böyük endometrioid kistalarda və güclü bitişmə prosesində isə ümumiyyətlə sonsuzluq inkişaf edir.

Buna görə də kista gıqant ölçülərə çatana qədər vaxtında cərrahi müalicə məsləhət görülür. Bu, orqansaxlayıcı əməliyyatlar aparmağa imkan verir. Laparoskopik üsulla çıxarıldıqdan sonra hamiləlik normal keçir. Əgər hamiləlik kistoz proses fonunda baş vermişsə, bu təhlükəli deyil. Yumurtalıqda olan funksional törəmələr adətən hamiləliyin ortasında sovrulur. Hamiləlik zamanı yumurtalıq kistası ilk dəfə birinci trimestrdə yarana bilər. Buna sarı cisim kistası deyilir. Əksəriyyət hallarda onlar özbaşına sovrulub gedir. Uşaqlığı çıxarılmış pasientlərdə də yumurtalıq kistaları yarana bilər. Normal hormonal funksiyalar saxlanılırsa, bu orqanda sağlam qadınlarda rast gəlinən eyni törəmələr yarana bilər.

Uşaqlıq mioması. Mioma uşaqlığın düz əzələ toxumasından əmələ gələn xoş xassəli şişdir. Miomanın xərçəngə çevrilmə riski 1% təşkil edir. Mioma çox rastlanan ginekoloji xəstəliklər içərisində xüsusi yer tutur. Miomanın daha gənc yaşlarda rast gəlmə tezliyi çox nadir hallarda olur. Mioma əsasən 30-40 yaş qruplarında olan qadınlarda rastlanır. Miomalara menopauza dövründə yəni menstruasiya bitdiyi dövrdə də rast gəlinir, ancaq bu dövrdə qadın hormonu olan esterogenin azalması ilə əlaqədar olaraq miomaların ölçüsündə kiçilmələr baş verir, hətta tamamilə yox ola bilər. Lakin bəzən əksi olaraq miomalar menopauza dövründə böyüməyə baş verə bilər ki, bu vəziyyətdə ciddi kontrol tələb edir. Çünki bu dövrdə sürətlə böyüyən miomalar bədxassəli ola bilər. Bütün ginekoloji xəstəliklərin 12-15%-ni təşkil edir./ McCarthy-Keith D. M., Armstrong A. Y. ,2011, 189/.

Uşaqlıq miomasının yaranma səbəbləri. Xəstəliyin yaranma səbəbləri sonadək məlum deyil. Lakin müəyyən olunmuşdur miomanın əmələ gəlməsinə, əsasən, hormonlar, xüsusən də estrogenlərin izafi sekresiyası təkan verir. Başqa sözlə desək, estrogenlər miomanın inkişafını, progesteronlar isə əks-prosesi stimullaşdırır. Lakin bu, heç də o demək deyil ki, estrogen və progesteronların normal balansını birmənalı olaraq, miomanın olmamasından xəbər verir. Estrogenlərin uşaqlıqdakı yerli səviyyədə dəyişikliyi adətən, onların qandakı miqdarına o qədər də təsir göstərmir və ya ümumiyyətlə, təsir göstərmir. Bir çox hallarda uşaqlıq divarında bir yox, müxtəlif ölçülü bir neçə şiş əmələ gəlir. Risk faktorları: irsi meyillilik; menstrual tsikllə bağlı problemlər; sonsuzluq və yarımçıq hamiləlik; maddələr mübadiləsinin pozulması (şəkərli diabet, piylənmə); çoxsaylı abortlar.

Son zamanlar alimlər müəyyənləşdiriblər ki, uşaqlıq mioması və streslər arasında birbaşa əlaqə var. Miomalar yerləşməsinə görə üç qrupa ayrılır. Ən çox miomaların intramural formasına, yəni uşaqlığın düz əzələ qatının içərisində yerləşən formasına rast gəlinir. /Parker W. H., 2007, 725/. Daha sonra rastgəlmə tezliyinə görə uşaqlığın xaricinə doğru böyüyən subseroz formasına rast gəlirik. 3-cü yerdə uşaqlıq boşluğuna doğru böyüyən submukoz formaya rast gəlirik. Bundan başqa uşaqlıqdan kənarında bağlar arası sahədə – intraligamentar miomaya da rast gəlirik.

Uşaqlıq miomasının əlamətləri. Uşaqlıq mioması adətən simptomuz gedişata malik olur. Lakin bəzi əlamətlər bu xəstəlikdən xəbər verə bilər. Buraya aiddir: menstrual dövrdə qanaxmanın həddindən artıq olması; menstrual tsiklin pozulması; qarnın aşağı nahiyəsində və ya bəldə ağrıları.

Uşaqlıq miomasının diaqnostikası. Miomanı aşkar etmək üçün ən etibarlı vasitə - ildə bir dəfə, profilaktika məqsədilə həkim-ginekoloqun müayinəsindən keçməkdir. Təcrübəli mütəxəssis miomanı əl ilə müayinə edib, aşkara çıxara bilər. Lakin dəqiq diaqnoz üçün mütləq USM müayinəsi təyin olunmalıdır. Şübhə qalarsa, laparoskopiyaya və histeroskopiyaya tələb oluna bilər.

Uşaqlıq miomasının müalicəsi. Miomanın müalicəsi pasiyentin yaşından və planlarından asılıdır. Əgər şişin ölçüləri uzun illər dəyişməz qalarsa və qadın hamiləlik planlaşdırmırsa, həkimlər çox vaxt medikamentoz müalicə təyin edirlər. Hormonal preparatlar miomanın inkişafını ləngidir, bəzi hallarda isə dayandırır.

Hamiləlik arzusunda olan gənc qadınlara həkimlər təxirəsalınmaz əməliyyat tövsiyə edirlər. Onlardan ən yüngülü - miomektomiyadır - yalnız düyünlərin kəsilib götürülməsi. Bu zaman uşaqlıq demək

olar ki, zədələnmir. Şişlər çox böyük, sayı isə çox olduqda uşaqlığın tam çıxarılması zərurəti yaranır. Fibromiomas (fibromalar, leyomiomas) reproduktiv yaşda olan qadınlarda tez-tez rast gəlinir və aybaşı zamanı ağır qanaxmaya səbəb ola bilər. Fibromaların effektiv müalicəsi histerektomiyadır, lakin hazırda uşaqlığın saxlanması ilə aparılan cərrahi müdaxilələrin sayı da artmaqdadır və onlar xəstə ilə müzakirə edilməlidir /Stewart E. A., Rabinovich J., Tempany C. M. 2006; 22/.

Nəticə

Fibromalar ağır və ya uzunmüddətli menstrual qanaxmaya səbəb olur. Bu isə öz növbəsində reproduktiv yaşlı qadınlarda anemiya ilə nəticələnir. Fibromalar səbəbindən qanaxma həm də menopauza keçirən qadınlarda müşahidə edilə bilər. Lakin bu yaşda olan qadın əhalisində cinsiyyət yollarından qanaxma ciddi müayinənin aparılmasını və endometrial hiperplaziya, karsinoma (bədəxassəli törəmə) və digər bu kimi xəstəliklərin istisna edilməsini tələb edir. Böyük ölçülü fibromalar və böyümüş uşaqlıq özü özlüyündə "böyük kütlə" nəticəsində qarındaxili simptomlara səbəb ola bilər. Həmin simptomlar arasında mədə-bağırsaq və sidik ifrazı sistemlərinin funksiyasının pozulması tez-tez rast gəlinir. Ağrılı aybaşılar, aybaşılarla bağlı olmayan çanaqdaxili ağrı, sonsuzluq və təkrarlanan spontan abort halları da fibromioma səbəbindən yarana bilən simptomlardır. Lakin qeyd edilməlidir ki, fibromiomasların bir çoxu asimptomatik olur. Simptomatik fibromiomasları olan bəzi qadınlarda fibromiomas səbəbindən baş verən ağır menstrual qanaxmalar menopauza başladıqdan sonra aradan qalxmış olur. Həmçinin menopauza keçirən qadınlarda fibromalar çox vaxt büzüşür, kiçilir və fibromiomasların səbəb olduğu simptomların yaxşılaşması müşahidə edilir. Endometrioz endometrial vəzlər və stromanın (yəni uşaqlıq boşluğuna xas endometrial toxumanın) uşaqlıqdan kənar orqan və toxumalarda rast gəlməsinə deyilir. Endometrial toxumanın bu cür ektopik implantasiyası adətən çanaqda rast gəlinir, lakin insan bədəninin istənilən yerində də müşahidə edilə bilər.

Ədəbiyyat

1. Daubasova I.Sh. Ovary cyst: symptoms, diagnostics, methods, treatment// Vestnik Kaz.NMU, №3, 2013.
2. V.I.Kulakov, İ.B.Manuxin, Q.M.Savelyeva. Ginekologiya nasionalnoe rukovodstvo, Moskva, 2011.
3. Q.M.Savelevoy, Q.T. Suxix, V.H.Serova, V.E.Radzinskoqo, İ.B.Manuxina. Ginecoloqiya, Moskva, 2017.
4. Q.M.Savelyeva, L.C.Sicina. Akusherstvo I ginecoloqiya, Moscow,2003.
5. Al-Mahrizi S., Tulandi T. Treatment of uterine fibroids for abnormal uterine bleeding: myomectomy and uterine artery embolization // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007; 21: 995–1005.
6. Carpenter T. T., Walker W. J. Pregnancy following uterine artery embolisation for symptomatic fibroids: a series of 26 completed pregnancies // BJOG. 2005; 321–325.
7. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma — an update // International Journal of Women's Health. 2011; 3: 231–241.
8. Horak P., Mara M., Dunder P., Kubinova K., Kuzel D., Hudecek R., Chmel R. Effect of a selective progesterone receptor modulator on induction of apoptosis in uterine fibroids In vivo // International Journal of Endocrinology 2012; Article ID436174, 6.
9. Kudrina E.A., Baburin D.V. Uterine myoma. 1-th Moscow State Medical University, Moscow, 2016; 85-91.
10. McCarthy-Keith D. M., Armstrong A. Y. Innovations in uterine fibroid therapy // Therapy 2011; 8: 2: 189–200.
11. Parker W. H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas // Fertil Steril. 2007; 87, 725–736.
12. Stewart E. A., Rabinovich J., Tempany C. M. Clinical outcomes of focused ultrasound surgery for the treatment of uterine fibroids // Fertil Steril 2006; 22–29.

Rəyçi: dos. N. Sultanova

Göndərib: 27.02.2022

Qəbul edilib: 02.04.2022