

DOI: <https://doi.org/10.36719/2707-1146/27/20-24>

Leyla Cəbrayıl qızı Məmmədova

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
leyla.dr@mail.ru

Kəmalə Kərim qızı Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
aliyeva.dr@mail.ru

UŞAQLIĞIN MİOMASININ ASPEKTLƏRİ

Xülasə

Uşaqlığın mioması (fibroma və ya fibromioma da adlanır) – uşaqlığın hormonlardan asılı olan xoşxassəli şişi olub, qadın cinsiyyət üzvlərinin ən çox yayılmış şiş xəstəliklərindən biridir. Mioma xərcəng şişi olmadığı üçün onu xoşxassəli şiş adlandırırlar. Ancaq bəzi hallarda mioma bədxassəli şişə də keçə bilər.

Miomanın yaranmasına və inkişaf etməsinə qadın cinsi hormonları – estrogenlər təsir edir. Bu xəstəlik, reproduktiv (dölyaratma) qabiliyyətli qadınlar (16-45 yaş) üçün xarakterik hesab olunur.

Açar sözlər: *mioma, fibroid, uşaqlıq, submukozal, aybaşı tsikli, menepoz*

Leyla Jabrayil Mammadova

Azerbaijan Medical University
doctor of philosophy in medicine
leyla.dr@mail.ru

Kamala Karim Aliyeva

Azerbaijan Medical University
doctor of philosophy in medicine
aliyeva.dr@mail.ru

Aspects of uterine fibroids

Abstract

Uterine myoma (also called fibroma or fibromyoma) is a hormone-dependent benign tumor of the uterus, one of the most common tumors of the female genital organs. Because myoma is not a cancerous tumor, it is called a benign tumor. However, in some cases, myoma can turn into a malignant tumor.

The formation and development of myoma is influenced by female sex hormones - estrogens. This disease is considered typical for reproductive (fertilizing) women (16-45 years old).

Keywords: *myuoma, fibroid, uterus, submucosal, menstruation, menopause*

Giriş

Uşaqlıq miyomları reproduktiv yaşda olan qadınlarda olduqca geniş yayılmış xoşxassəli neoplazmadır. Onlar xoş xassəli olsalar da, bu vəziyyəti olan qadınların gündəlik fiziki və zehni rifahına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərə bilərlər. Bu fəaliyyət miomanın təqdimatını, qiymətləndirilməsini və idarə olunması variantlarını təsvir edir və bu vəziyyəti olan xəstələr üçün diaqnoz və müalicə seçimlərində səhiyyə qrupunun rolunu nəzərdən keçirir.

Uterus mioması və ya leiomyomata qadınlara təsir edən ən çox yayılmış xoşxassəli şişdir. Baird et al tərəfindən 2003-cü ilin əvvəlində bir araşdırma göstərdi ki, 50 yaşa qədər qadınlarda miyomların təxmin edilən tezliyi ağdərili qadınlarda 70%, qaradərili qadınlarda isə 80%-dən çox olub (Baird, Dunson, Hill, Cousins, Schectman, 2003: 100-7). Miyomalar, böyüməsi ilk növbədə dövrən edən estrogen səviyyələrindən asılı olan uşaqlığın hamar əzələ hüceyrələrindən (miyometrium) əmələ gəlir. Miomaların patogenezi ilə bağlı əlavə məlumatlar zəif başa düşülür. Fibroidlər ya görüntüləmə zamanı asemptomatik təsadüfi tapıntı kimi, ya da simptomatik şəkildə özünü göstərə bilər. Ümumi simptomlara anormal uterin qanaxma, çanaq ağrısı, ətrafdakı çanaq strukturlarının pozulması (bağırsağ və sidik kisəsi) və bel ağrısı daxildir. Uşaqlıq mioması adətən üç əhəmiyyətli yerdə görünür: subserozal (uterusun xaricində), intramural (miyometriumun içərisində) və submukozal (uşaqlıq boşluğunun içərisində). Miyoma klassik olaraq fiziki müayinə və ultrasəs görüntüləmə ilə diaqnoz qoyulur və bu patologiya üçün yüksək həssaslıq daşıyır (Cruz, Buchanan, 2017: 100-107); (Cardozo, Clark, Banks, Henne, Stegmann, Segars, 2012: 1-9).

Uşaqlıq miomasının inkişafının dəqiq patofiziologiyası aydın deyil (Okolo, 571-88). Tədqiqatlar göstərir ki, miyomanın inkişafı üçün başlanğıc patologiya uşaqlığın tək hamar əzələ hüceyrəsi (miyometrium) ilə başlayır ki, bu da hüceyrə bölünməsinin normal siqnal yollarından səpmələrlə müşayiət olunur (Townsend, Sparkes, Baluda, McClelland, 1970: 1168-73). Miyomalar estrogendən asılı şişlər hesab olunur və leiomyomaların ətrafdakı normal miometriumla müqayisədə müəyyən estrogen və progesteron reseptorlarını həddindən artıq ifadə etdiyinə dair sübutlar var (Benassayag, Leroy, Rigourd, Robert, Honore, Mignot, Vacher-Lavenu, Chapron, Ferre, 1999: 1112-8).

Statistik məlumatlara görə uşaqlığın miomasının inkişaf etmə təhlükəsi cənub bölgələrində - Qafqazda – demək, Azərbaycanda da daha çoxdur. Uşaqlığın mioması əksər hallarda qadına heç bir narahatlıq vermir və adətən, həkim-ginekoloq tərəfindən profilaktik müayinə zamanı təsadüfən aşkar edilir (Kim, Kurita, Bulun, 130-62). Digər hallarda isə uşaqlığın mioması yaranmış olduqda, qadında qarının aşağı hissəsində, belində ağrı hissiyyəti, qanaxma, cinsi əlaqə zamanı ağrı, aybaşı tsiklinin pozulması, qarın ölçüsünün xeyli böyüməsi kimi əlamətlər əmələ gələ bilər. Uşaqlığın miomasının ölçüləri müxtəlif ola bilər – çox kiçik ölçülərdən çox böyük ölçülərədək.

Yetkinlik yaşına çatmamışdan əvvəl miyomlar nadir rast gəlinir və alimlərin məqaləsində deyilir ki, yetkinlik yaşına çatmamışdan əvvəl fibroma halları yoxdur (Kim, Kurita, Bulun, 130-62). Onların ehtimal edir ki, qadınlar yaşlandıqca bu problem artır və yuxarıda qeyd edildiyi kimi, menopozdan əvvəl bəzi qadınlarda 80%-ə çata bilər.

Müəyyən risk faktorlarına ilkin mensturasiyanın gec başlaması, hormonal disbalans, stress, hipodinamiya, ailədə uşaqlıq miomasının bir necə nəfərdə olması aiddir. Həmçinin miomanın əmələ gəlməsinə, uşaqlığın və onun artımlarının kəskin və xroniki xəstəlikləri, yumurtalıqların kistası və kistomaları, abortlar (süni uşaqsalmalar) və digər bu kimi patoloji hallar təkan verə (aktivləşdirə) bilər. Məhz buna görə mövcud olan ginekoloji xəstəliklərin vaxtında aşkar edilərək müalicə olunması çox vacib hesab edilir. Miyomalar uşaqlığın hamar əzələ toxumasının və ya miyometriumun uyğun olmayan böyüməsinin nəticəsidir. Onların böyüməsi estrogen və progesteron səviyyələrindən asılıdır. Əsas patofiziologiya qeyri-müəyyəndir. Bəzi növ miomaların inkişafına uşaqlıqdaxili vasitələr (spirallar) də təsir edə bilər. Doğmayan qadınlarda uşaqlığın miomasına daha çox təsadüf edilir. Belə bir fikir də mövcuddur ki, uşaqlığın miomalarının əmələ gəlməsinə meyllik irsi olaraq anadan qızına ötürülür (Purohit, Vigneswaran, 2016; 81-88). Ancaq əvvəlki dövrdə nəslə uşaqlığın mioması olan qadınların olması, heç də o demək deyil ki, hamıda mütləq bu xəstəlik inkişaf edəcək.

Xəstəlik tarixi və fiziki müayinə anormal qanaxmanın vaxtını, miqdarını və hər hansı potensial ağırlaşdırıcı faktorları müəyyən etmək üçün hərtərəfli menstruasiya tarixini əhatə edir. Ümumi təqdim olunan simptomlara metrorragiya, menorrageya və ya hər ikisinin birləşməsi daxildir (Sabry, Halder, Allah, Roshdy, Rajaratnam, Al-Hendy, 2013: 93-100). Daha az rast gəlinən simptomlara

disparuniya, çanaq ağrısı, bağırsaq problemləri, sidik ifrazı simptomları və ya anemiya ilə bağlı əlamət və simptomlar daxildir. Daha az rast gəlinən simptomların əksəriyyəti leyomiomaların ətrafdakı strukturlara yaratdığı kütləvi təsirin əksidir. Həmçinin ultrasəs müayinə zamanı təsadüfən miomanın aşkarlanması ilə tamamilə asemptomatik ola bilər (Donnez, Dolmans, 2016: 665-686).

Hər hansı bir vaginal və ya servikal patologiyayı istisna etmək, həmçinin qadın reproduktiv orqanlarının ölçüsünü və formasını qiymətləndirmək üçün bimanual müayinə ilə spekulum müayinəsi aparılmalıdır.

Transvaginal ultrasəs uşaqlıq fibromalarının təsviri üçün qızıl standartdır. Uşaqlıq miomasının aşkarlanması üçün təxminən 90-99% həssaslığa malikdir. Ultrasəs, serozaltı və intramural fibromaların aşkarlanması üçün həssaslığı artırmağa kömək edən şoran məhlulu ilə infuziya edilmiş sonoqrafiyanın istifadəsi ilə yaxşılaşa bilər. Ultrasəsdə dəyişkən miqdarda kölgə var və kalsifikasiyalar və ya nekroz ekojenliyi poza bilər (Wozniak, Wozniak, 2017: 113-117).

Histeroskopiya, həkimin uşaqlığın içini görüntüləmək üçün bir histeroskopdan istifadə etdiyi yerdir. Bu görüntüləmə üsulu uşaqlıq boşluğunda olan miomaların daha yaxşı vizuallaşdırılmasına imkan verir. Bu üsul prosedur zamanı intrauterin böyümlərin birbaşa çıxarılmasına imkan verir.

Maqnit Rezonans MRT-nin çanaq sümüyünə aid olduğu üçün fibroidlərin sayı, ölçüsü, damar təchizatı və sərhədləri haqqında daha yaxşı təsviri təmin etmək faydası var. Buna baxmayaraq, fibroidlərdən şübhələndikdə müntəzəm diaqnozun aparılmasına ehtiyac yoxdur. Leiomyosarkomanı leyomiomadan fərqləndirmək üçün göstərilməmişdir (Venkatachalam, Bagratee, Moodley, 2004: 798-800).

Uşaqlıq mioması üçün müalicə variantlarına qərar verərkən, xəstənin yaşı, simptomlar və məhsuldarlığın qorunması arzusu nəzərə alınmalıdır. Miomaların yerləşdiyi yer və ölçüsü həm mövcud müalicə variantlarını müəyyən edəcək. İdarəetmə variantlarını üç kateqoriyaya bölmək olar ki, müşahidədən başlayaraq tibbi idarəetməyə və ya simptomların artan şiddəti ilə cərrahi müalicəyə keçmək.

Müşahidə: Bu, asemptomatik mioması olan qadınlarda üstünlük verilən üsuldur. Mövcud tövsiyələr bu xəstələri izləyərkən ardıcıl görüntüləmə tələb etmir.

Tibbi idarəetmə: Əsasən qanaxma və ağrı simptomlarının şiddətini azaltmaq ətrafında fırlanır. Hormonal kontraseptivlər: Bu müalicə qrupuna oral kontraseptiv həb və levonorgestrel uşaqlıq daxili spiral daxildir. Oral kontraseptiv həblər simptomatik fibroidlərlə əlaqəli anormal uşaqlığın qanaxmasının idarə edilməsində ümumi seçimdir. Bununla belə, onların uşaqlıq miomasında effektivliyini göstərən məhdud məlumatlar var və daha böyük randomizə edilmiş nəzarətli sınaqlar lazımdır (Lewis, Malik, Britten, San Pablo, Catherino, 2018).

Qeyri-steroid iltihabəleyhinə dərmanlar: İltihab əleyhinə dərmanların ağır menstrual qanaxması olan qadınlarda yüksələn və menstruasiya zamanı yaşanan ağrılı kramplardan məsul olan prostaglandin səviyyələrini azaltdığı göstərilmişdir. Onların miyomaların ölçüsünü azaltdığı göstərilməmişdir (Friedman, Hoffman, Comite, Browneller, Miller, 1991: 720-5).

Cərrahi müalicə:

Miomanın cərrahi üsulla xaric edilməsi - onun sürətlə böyüyərək qonşu orqanlara təzyiq etməklə onların funksiyasını pozduqda, onun bədxassəli şişə keçə bilməsinə şübhə olduqda və s. bu kimi hallarda aparıla bilər. Sonsuzluğa görə müayinə olunarkən onun səbəbinin uşaqlığın mioması olması aşkar edildiyi hallarda da miomanı cərrahi yolla xaric edirlər. Belə xəstələrdə əməliyyatdan 6 ay sonra hamiləliyi planlaşdırmağa icazə verilir. Bu zaman hamiləliyi ləngitmək də məsləhət görülmür. Çünki əks təqdirdə miomalar bir müddətdən sonra yenidən əmələ gələ bilər. Buna səbəb isə miomaların hormonal yaranma səbəbinin cərrahi əməliyyat nəticəsində heç də aradan götürülməməsidir. Bəzi hallarda, miomanın ölçüləri çox böyük olduqda və ya onun çox sayda düyünləri olduqda, əməliyyat zamanı həkimlər uşaqlığı, bəzən isə yumurtalıqları da xaric etməli olurlar. Bu halda qadın gələcəkdə uşaq olmasını arzu etdikdə, yalnız süni mayalanma üsullarından

istifadə etmək lazım gələcək. Bəzən isə əməliyyat zamanı uşaqlığı tam şəkildə deyil, hissəvi olaraq xaric edirlər. Bu halda isə qadın gələcəkdə uşaq olmasını arzu edərsə, o, adi yolla da hamilə olaraq öz körpəsini dünyaya gətirə bilər (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008: 387-400).

Uşaqlıq miomasının xaric edilməsi əməliyyatı laparoskopik yolla, uşaqlıqdan olmaqla və ya histeroskopun (uşaqlığın vəziyyətini və uşaqlıq boruları keçiriciliyinin müayinəsi üçün istifadə olunan aparat) köməkliyi ilə yerinə yetirilir. Miomanı qeyri-cərrahi yolla da (yəni, dərman preparatlarının köməkliyi ilə) müalicə etmək olar. Bu zaman əsas şərtlər - onun ölçüsünün 2,5 sm-dən böyük olmaması, kəskin ağrıların, xeyli dərəcədə menstrual və uşaqlıq qanaxmalarının olmamasıdır. Ancaq onu da qeyd etmək lazımdır ki, dərman preparatlarının tətbiq edilməsi ilə aparılan müalicə, miomanın heç də tam şəkildə sorulmasına səbəb olmur. Belə müalicə ilə yalnız onun inkişafını ləngitmək və ağrılı əlamətləri aradan götürmək mümkün olur (Lethaby, Duckitt, Fərquhar, 2013). Mioma hormon asılılıqlı olduğu üçün, dərmanla müalicə üsulunda, əsasən hormonlardan istifadə edilir. Belə hallarda, adətən, qanda estrogen hormonların səviyyəsini azaldan, progesteron hormonunun səviyyəsini isə artıran dərman preparatları tətbiq edilir. Həkim tərəfindən bu preparatların təyin edilməsindən qabaq, müvafiq laborator müayinəsi aparılmalı, xəstənin qanında hormonların səviyyəsi müəyyən edilir. Mioması olan qadınlar zülali pəhriz saxlamalı, yağlı qidaların qəbulunu məhdudlaşdırmalı, artıq çəkini azaltmalı, düzgün həyat tərzini (yuxunu, qida qəbulunu normallaşdırmaq, yüngül fiziki hərəkətlərlə məşğul olmaq, pis vərdislərdən imtina etmək, streslərdən uzaq olmağa çalışmaq) formalaşdırmalıdır (Surrey, Hornstein, 2002: 709-19). Mioma xəstəliyi olan qadınlarda hamiləliyin tam normal şəkildə sona çatdırılması halı da mümkündür. Hər şey miomanın ölçüsündən və onun yerləşməsindən asılıdır. Bir çox qadınlarda, ölçüsü böyük olmayan miomalar olduqda, hamiləlik zamanı heç bir fəsad baş vermir. Əgər miomanın ölçüsü artmaqda davam edərsə, uşaqlıqda döl ilə miomanın eyni zamanda olması səbəbindən xeyli dərəcəli yaranmış olur ki, bu da gələcəkdə uşaqsalmaya və ya vaxtından qabaq doğuşa səbəb ola bilər. Məhz bu səbəbdən belə şəraitdə doğulan uşaqların ümumi çəkisi də normadan az ola bilər. Əlbəttə ki, mioma fonunda hamiləliyin gedişi əvvəldən-axıradək həkim-ginekoloq tərəfindən çox diqqətlə aparılmalıdır. Belə halda doğuş bir qədər uzun sürsə də, təbii yolla aparıla bilər. Bir çox hallarda isə həkimlər hamilə qadına Keysər kəsiyi əməliyyatı aparılmasına daha çox üstünlük verirlər. Keysər kəsiyi əməliyyatı zamanı bəzi hallarda miomatoz düyün də xaric edilə bilər.

Uşaqlıq Arteriyasının Embolizasiyası. Məhsuldarlığı qorumaq istəyənlər üçün minimal invaziv yanaşma. Bu üsul uşaqlığa ümumi qan tədarükünü azaltmaqla işləyir, bununla da miyomlara axını azaldır və qanaxma simptomlarını minimuma endirir. Prosedura menorragiya ilə mübarizədə təsirli olduğunu göstərdi (Gonzalez-Barcena, Alvarez, Ochoa, Cornejo, Comaru-Schally, Schally, Engel, Reissmann, Riethmüller-Winzen, 1997: 2028-35).

Miyomektomiya. Miyomektomiya, uşaqlıq yolunu qoruyarkən fibromaların çıxarılması əməliyyatıdır (Purohit, Vigneswaran, 2016: 81-88). Miyoma simptomları olan və gələcəkdə uşaq sahibi olmaq istəyən qadınlar üçün miyomektomiya ən yaxşı müalicə üsuludur (Cruz, Buchanan, 2017: 100-107; Donnez, Dolmans, 2016: 665-686).

MRT rəhbərliyi ilə fokuslanmış ultrasəs əməliyyatı. Bu müalicə variantı miyom üzərində fokuslanmaq üçün MRT və ultrasəs dalğalarından istifadə edir, nəticədə koterizasiya olur. Nisbətən yeni bir müalicə olaraq, hazırda onun uzunmüddətli effektivliyini dəstəkləmək üçün kifayət qədər klinik sübut yoxdur.

Nəticə

Histerektomiya. Mioma üçün qəti müalicə olaraq qalır.

Uşaqlığın mioması sonsuzluğa da səbəb ola bilər. Belə ki, şiş uşaqlıq boşluğunun formasını dəyişərək mayalanmış yumurta hüceyrəsinin uşaqlığın daxili səthinə bitməsinə mane olur.

Ədəbiyyat

1. Baird, D., Dunson, D., Hill, M., Cousins, D., Schectman, J. (2003). High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol.* Jan; 188(1):100-7.
2. Cruz, M., Buchanan, E. (2017). Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* Jan 15; 95(2):100-107.
3. Cardozo, E., Clark, A., Banks, N., Henne, M., Stegmann, B., Segars, J. (2012). The estimated annual cost of uterine leiomyomata in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* Mar; 206(3): 211. 1-9 s.
4. Okolo, S. (2008). Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Aug; 22(4): 571-88.
5. Townsend, D., Sparkes, R., Baluda, M., McClelland, G. (1970). Unicellular histogenesis of uterine leiomyomas as determined by electrophoresis by glucose-6-phosphate dehydrogenase. *Am J Obstet Gynecol.* Aug 15; 107(8):1168-73.
6. Benassayag, C., Leroy, M., Rigourd, V., Robert, B., Honore, J., Mignot, T., Vacher-Lavenu, M., Chapron, C., Ferre, F. (1999). Estrogen receptors (ERalpha/ERbeta) in normal and pathological growth of the human myometrium: pregnancy and leiomyoma. *Am J Physiol.* Jun; 276(6):E1112-8.
7. Kim, J., Kurita, T., Bulun, S. (2013). Progesterone action in endometrial cancer, endometriosis, uterine fibroids, and breast cancer. *Endocr Rev.* Feb; 34(1):130-62.
8. Purohit, P., Vigneswaran, K. (2016). Fibroids and Infertility. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 5:81-88.
9. Sabry, M., Halder, S., Allah, A., Roshdy, E., Rajaratnam, V., Al-Hendy, A. (2013). Serum vitamin D3 level inversely correlates with uterine fibroid volume in different ethnic groups: a cross-sectional observational study. *Int J Womens Health.* 5:93-100.
10. Donnez, J., Dolmans, M. (2016). Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update.* Nov; 22(6):665-686.
11. Wozniak, A., Wozniak, S. (2017). Ultrasonography of uterine leiomyomas. *Prz Menopauzalny.* Dec; 16(4):113-117.
12. Venkatachalam, S., Bagratee, J., Moodley, J. (2004). Medical management of uterine fibroids with medroxyprogesterone acetate (Depo Provera): a pilot study. *J Obstet Gynaecol.* Oct; 24(7):798-800.
13. Lewis, T., Malik, M., Britten, J., San Pablo, A., Catherino, W. (2018). A Comprehensive Review of the Pharmacologic Management of Uterine Leiomyoma. *Biomed Res Int:* 2414609.
14. Friedman, A., Hoffman, D., Comite F, Browneller, R., Miller, J. (1991). Treatment of leiomyomata uteri with leuprolide acetate depot: a double-blind, placebo-controlled, multicenter study. The Leuprolide Study Group. *Obstet Gynecol.* May; 77(5):720-5.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). ACOG practice bulletin. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *Obstet Gynecol.* Aug; 112 (2 Pt 1):387-400.
16. Lethaby, A., Duckitt, K., Farquhar, C. (2013). Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* Jan 31; (1):CD000400.
17. Surrey, E., Hornstein, M. (2002). Prolonged GnRH agonist and add-back therapy for symptomatic endometriosis: long-term follow-up. *Obstet Gynecol.* May; 99(5 Pt 1):709-19.
18. Gonzalez-Barcena, D., Alvarez, R., Ochoa, E., Cornejo, I., Comaru-Schally, A., Schally, A., Engel, J., Reissmann, T., Riethmüller-Winzen, H. (1997). Treatment of uterine leiomyomas with luteinizing hormone-releasing hormone antagonist Cetrorelix. *Hum Reprod.* Sep; 12(9):2028-35.

Göndərilib: 25.09.2022

Qəbul edilib: 04.12.2022