

DOI: <https://doi.org/10.36719/2663-4619/87/63-68>**Gülzar İlham qızı Babayeva**

Azərbaycan Tibb Universiteti

təbb üzrə fəlsəfə doktoru

gulnar.dr@mail.ru

**Günay Hikmət qızı Məmmədli**

Azərbaycan Tibb Universiteti

təbb üzrə fəlsəfə doktoru

mammadli.doctor@mail.ru

**Məhbubə Eldar qızı Əzizova**

Azərbaycan Tibb Universiteti

təbb üzrə fəlsəfə doktoru

azizova@mail.ru

**Qubaxanım Hüseyn Hacızadə**

Azərbaycan Tibb Universiteti

təbb üzrə fəlsəfə doktoru

hacizade@mail.ru

**Ülviyyə Məmməd qızı Siracılı**

Azərbaycan Tibb Universiteti

təbb üzrə fəlsəfə doktoru

dr.ulya@mail.ru

## ENDOMETRİOZ

### Xülasə

Son illərdə ginekoloji xəstəliklərin strukturunda aparıcı yerlərdən birini tutan və ambulator həkimlərin qarşılaşdığı endometrioz hallarının artması istiqamətində aydın tendensiya müşahidə olunur. Endometrioz qadınları həyatlarının ən yaxşı illərində vurur! Tez-tez endometrioz digər hormonal səbəb olan xəstəliklərlə birləşdirilir. Məqalədə endometriozlu qadınların reproduktiv sağlamlığının qorunması problemi vurğulanır, endometriozun inkişafı üçün risk faktorları, diaqnozun əsas prinsipləri, həmçinin endometrioz üçün dərman müalicəsi prinsipləri vurğulanır.

*Açar sözlər: endometrioz, reproduktiv sağlamlıq, dərman müalicəsi, dienogest, uşaqlıq*

**Gulnar İlham Babayeva**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

gulnar.dr@mail.ru

**Gunay Hikmat Mammadli**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

mammadli.doctor@mail.ru

**Mahbuba Eldar Azizova**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

azizova@mail.ru

**Gubakhanım Hüseyn Hajizadə**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

hacizade@mail.ru

**Ulviyyə Məmməd Siracılı**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

dr.ulya@mail.ru

## Endometriosis

### Abstract

In recent years, there has been a clear trend to increased frequency of endometriosis, which occupies a leading position in the structure of gynecological diseases, and experienced doctors ambulatory practices. Endometriosis affects women in the best years of their lives! Endometriosis is often combined with other hormone-related diseases. The article highlighted the problem of preserving reproductive health of women with endometriosis, highlights risk factors for endometriosis, basic principles of diagnosis, as well as the principles of drug therapy of endometriosis.

**Keywords:** *endometriosis, reproductive health, drug treatments, dienogest, uterus*

### Giriş

Son illərdə endometriozun tezliyinin artmasına doğru aydın bir tendensiya vardır və endometrioz ginekoloji xəstəliklərin strukturunda aparıcı yerlərdən birini tutur. Xəstəlik struktur və funksiyalarına görə endometrioid toxuma ilə oxşar olan endometrium vəziləri və uşaqlıq yolundan kənar stroma şəklində endometrioid heterotopiyanın böyüməsi ilə xarakterizə olunur, buna görə də bu xəstəliyin adı bu cür adlanır. Endometriozun ocaqlarında menstruasiya dövrünün fazalarına uyğun dəyişikliklər baş verir, endometriozun mürəkkəb patogenezi tam açıqlanmır (Leyland, Casper, Laberge, 2010: 1-27).

Elmi ədəbiyyatda xəstəliyin ən çox istifadə edilən bir neçə tərfi var. Endometrioz, morfoloji və funksional xüsusiyyətlərinə görə endometriuma bənzər toxumaların xoşxassəli böyüməsidir.

Endometrioz, uşaqlığın xaricində endometriuma bənzər toxumanın olması, xroniki iltihablı reaksiya ilə müşayiət olunan bir xəstəlikdir (Nnoaham, Hummelshoj, Webster, 2011: 366-73). Endometrioz paradoksal ilə xarakterizə olunan həll edilməmiş elmi və klinik problem olaraq qalır (BSP Women's Health Survey, 2009).

**Yayılma və tezliyi.** Endometrioz qadınların həyatlarının ən yaxşı illərində rast gəlinir (Rogers, 2009: 46-58). Belə ki, əsasən reproduktiv yaşda olan hər 10 qadınlardan biri endometriozdan əziyyət çəkir. Xəstəlik irqindən, sosial-iqtisadi vəziyyətindən və yaşından asılı olmayaraq qadınlara təsir göstərir. Çox vaxt qadının məzun olduğu, karyera haqqında düşündüyü və ailə həyatı qurduğu illərdə xəstəliyin ortaya çıxan əlamətləri mövcud planların həyata keçirilməsinə mane olur. Endometriozun simptomları ilə bağlı həkimə ilk müraciət yaşı 64% hallarda 30 yaşdan çox deyil (Fertil, 2008: 111). Diaqnoz müddəti orta hesabla 7 ildir: simptomların ilk təzahürü anından ilk məsləhətləşməyə qədər orta hesabla bir il, ilk məsləhətləşmədən yekun diaqnoza qədər isə altı il keçir. Qadın Sağlamlığının Qlobal Tədqiqatına (GSWH) görə, ginekoloqa yalnız altıncı gəliş endometrioz diaqnozu ilə müşayiət olunur (Abbott, Hawe, Clayton, Garry, 2020: 26-98).

Endometriozun bəzi spesifik əhali qrupları arasında yayılması dərəcəsinə dair məlumatlar olsa da, onun ümumi əhali arasında yayılması faizinə dair dəqiq məlumat yoxdur. Xəstəliyin simptomları qeyri-spesifik və müxtəlif olduğundan, həmçinin bir çox qadınlarda asimptomatik kliniki gedişata malik olduğundan, endometriozun əhali arasında yayılması dərəcəsinin dəqiq müəyyən edilməsi mümkün deyil.

Çoxsaylı doğuşlar, laktasiyanın uzun müddət davam etməsi və menarxenin gec başlanması (14 yaşdan sonra) endometriozun baş verməsi riskini azaltmış olur. Əksinə, anamnezdə hamiləliyin olmaması, menarxenin erkən və ya menopauzanın gec başlanması, menstrual sikllərin qısa olması və mullerian axarlarının anomaliyaları endometriozun yaranması riskini artırmış olur. Endometrioz həm də hündür, arıq bədən quruluşuna malik qadınlarda daha çox təsadüf edir. Maraqlıdır ki, ağ dərilili və asiyalılarla müqayisədə ispan etnik qrupu və afrikalılarda endometrioz daha az müşahidə edilir (Kennedy, Bergqvist, Chapron, 2005: 20, 2698-704).

Endometrial toxumanın uşaqlıqdankənar implantasiya olunması, daimi qalması və böyüməsi yumurtalıqların ifraz etdiyi steroidlərdən asılıdır. Buna görə də endometrioz, adətən ən aktiv reproduktiv dövrdə – 25-35 yaşlı qadınlarda daha çox müşahidə edilir. Menarxedən öncə və

menarxedən dərhal sonra qızlarda endometrioz çox nadir haldır. Postmenopauzada olan qadınlarda da (hormonal preparatlar qəbul etməyənlərdə) endometrioz nadir hallarda müşahidə edilir (Sasagawa, Shimizu, Nagaoka, Dienogest, 2008: 31, 636-41).

Klinik təzahürlər – Endometriozun təzahürləri müxtəlifdir – asimptomatikdən dismenoreyaya, xroniki çanaq ağrılarına, disparuniyaya, menstrual disfunksiyaya, sonsuzluq və s. xəstələrin əksəriyyətinin əsas şikayəti ağrıdır.

Ağrı sindromu – cinsi əlaqə zamanı ağrı – menstrual funksiyanın pozulması – menstruasiyalar arası qanlı ifrazat – sonsuzluq.

Xəstəliyin əsas simptomu menatruasiyadan əvvəl güclənən və menstruasiyadan sonra zəifləyən güclü ağrıdır. Defekasiya zamanı (düz bağırsağ zədələndikdə) və sidiyə gedərkən (sidik kisəsi zədələndikdə) ağrı ola bilər. Bəzi pasiyentlər cinsi əlaqə zamanı ağrı və diskomfortdan şikayətlənirlər. Bu, sağrı-uşaqlıq bağları, rektovaginal arakəsmələr, düz bağırsağ-uşaqlıq sahəsi və uşaqlıq yolu zədələnmələri olan qadınlarda rast gəlinir. Menstrual funksiyanın pozulması menstruasiyanın ağrılı, çox qan itirmə və uzun müddətli olmaqla dövriliyin pozulması ilə özünü büruzə verir. Menstruasiyadan əvvəl və bilavasitə sonra menstruasiyalar arası ifrazatın olması mümkündür.

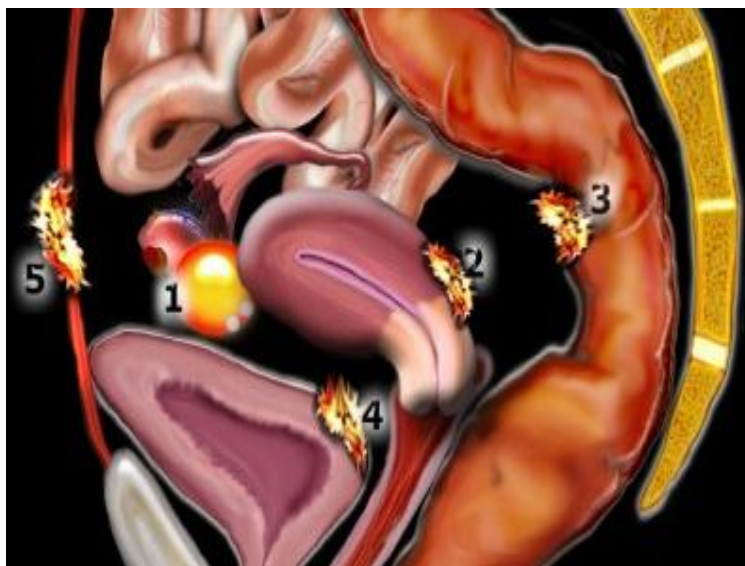
Endometriozu olan qadınlardan təxminən yarısı sonsuzluqdan əziyyət çəkir. Sonsuzluğu yaradır: – ovulyasiya prosesinin pozulması – keyfiyyətsiz endometriya – kiçik çanaqda bitişmələrin yaranması – rotoqlandınların izafilliyi (yüksək olması) – ümumi və yerli immunitetin dəyişməsi.

Bu xəstəliyə uzun müddətli və progressiv gediş xarakterdir. Xəstə nə qədər həkimə tez müraciət etsə, reproduktiv funksiyanın bərpa olunma şansı bir o qədər çoxdur.

**Endometriozun diaqnostikası.** Bu xəstəliyə diaqnoz qoyaraq müalicəni yalnız həkim təyin edə bilər. Özünü müalicə yolverilməzdir. Endometriozun digər ginekoloji xəstəliklərlə oxşar simptomlarına görə bəzi qadınlar dərmanlar qəbul edirlər ki, bu işə həm kömək etmir, həm sağlamlığa zərər vurur, eləcə də, xəstəliyin progressivləşməsinə təkan verir (Fu, Osuga, Morimoto, 2008: 89, 1344-7). Yalnız mütəxəssis baxışı və müvafiq müayinələrdən sonra endometroz diaqnozunu qoya bilər.

Diaqnostika qayda üzrə anamnez toplamaqdan başlayır ki, anamnez və şikayətlər əsasında həkim sonrakı müayinələri təyin edir. *Diaqnostikaya daxildir:* ginekoloji baxış, transvaginial datçikdən istifadə etməklə USM diaqnostika, histeroskopiya (diaqnostik qaşınma ilə), rentqenoloji müayinələr (histerosalpinqoqrafiya), kolposkopiya, laparoskopiya, qanın hormonal fona müayinəsi, endometrioz hüceyrələrə xarakter markerlərin aşkar olunması. Bu müayinələr endometriozun yayılma, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirməyə imkan verir.

**Lokalizasiyalar.** Endometrioz daha çox aşağıdakı orqanlarda təsadüf edilir – yumurtalıqlar, ön və arxa cul-de-sac (Duqlas boşluğu), arxa enli bağlarda (lig.latum uteri), uterosakral bağlarda, uşaqlıqda, uşaqlıq borularında, siqnavari bağırsağ və appendiksdə və uşaqlığın girdə bağı (lig.teres uteri). Daha az hallarda endometriozun təsadüf etdiyi sahələrə uşaqlıq yolu, uşaqlıq boyunu, rektovaginal septum, kor bağırsağ, qalça bağırsağ, qasıq kanalları, abdominal və ya perineumda olan çapıqlar, sidik kisəsi, sidik axarları və göbək aiddir (Shimizu, Mita, Takeuchi, 2011: 76, 60-7; Katayama, Katayama, Uematsu, 2010: 25, 2851-8). Nadir hallarda is endometrioz süd vəzi, mədəaltı vəz, qaraciyər, öd kisəsi, böyrək, sidik kanalı (uretra), ətraflar, onurğa, sümüklər, periferik sinirlər, ağciyərlər, dalaq, diafraqma və mərkəzi sinir sistemində də müşahidə edilə bilər. Əksər xəstələrdə endometrioz diaqnozu qoyulduqda xəstəlik bir neçə lokalizasiyalarda mövcud olur. Xəstəliyin kliniki mərhələsi endometrioz sahələrinin sayı və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi əsasında müəyyən edilir.



**Şəkil. Endometriozun ən çox təsadüf etdiyi lokalizasiyalar: çanaq, utero-rektal boşluq, utero-vesical sahə, yumurtalıqlar və abdominal divar**

Nadir hallarda endometriomalar abdominal divarda, adətən cərrahi kəsik yerləri ətrafında inkişaf edir. Bu cür lokalizasiyalarda endometriomaların əmələ gəlməsinin patogenezi adətən ya qan damarları, ya da limfatik damarlarla baş verən miqrasiya, hüceyrə metaplaziyası və yatrogen yayılma ilə əlaqələndirilir. Abdominal divar endometriozunda adətən xəstələr abdominal divarda ağrılı kütlədən şikayətlənir. Ağrı bəzən menstruasiya ilə əlaqələndirilir və ya davamlı da ola bilər. Qanaxmanın baş verməsi də mümkündür. Dəri altında inkişaf edən endometriomalar adətən qəhvəyi, mavi, qırmızı və ya qara rəngdə ola bilər. Abdominal divarın endometriomasına şübhə olduqda diaqnostika üçün US müayinəsi və ya MRT və ya KT görüntüləməsi istifadə edilə bilər. Bəzi hallarda (abdominal divarın yırtığı riski olmadıqda) kütlənin incə iynə aspirasiyası da aparıla bilər. Bütün hallarda abdominal divarda kütlə/törəmə müəyyən edildikdə differensial diaqnostikada yırtıq, hematoma, qranuloma, abses və törəmə də nəzərdən keçirilməlidir.

Xəstəliyin ilkin mərhələlərində, təcili cərrahi müdaxilə üçün mütləq əlamətlər olmadıqda, dərman müalicəsi ən azı 3 ay müddətində, adətən ağrıları azaltmaq üçün sınaq alternativ terapiya kimi başlana bilər. Dünyanın aparıcı ginekoloji icmalarının tövsiyələri bildirir ki, endometriozun diaqnozunu təsdiqləmək üçün menstrual qanaxmaların tezliyini azaltmağa yönəlmiş hormon terapiyasının aparılması arzuolunandır (Nakamura, Katsuki, Shibusaki, Oikawa, 1999: 386, 33-40).

**Endometriozun müalicəsi.** Endometriozun müalicəsində dərman, cərrahi üsullar, eləcə də bu üsulların kombinasiyasından istifadə olunur. Erkən diaqnostika yalnız dərmanlarla müalicə olunmaqla cərrahi müdaxilədən qaçmağa imkan verir.

Endometriozun dərman müalicəsinə pasientin uzun müddət qəbul etdiyi hormonal preparatların təyini daxildir. Bunlar yumurtalıqların işini normallaşdırmaqla yeni ocaqların yaranmasının qarşısını alır (Köhler, Faustmann, Gerlinger, 21-5; Strowitzki, Faustmann, Gerlinger, Seitz, 2010: 151, 193-8; Cosson, Querleu, Donnez, 2002: 77, 684-92). Lakin bu üsul, xəstəliyin kistalar hələ yaranmamış ilkin mərhələsində effektivdir. Qeyd etmək lazımdır ki, retroservikal endometriozda hormonal terapiya effektivdir. Bundan əlavə, onun tətbiqinə bir sıra əks göstərişlər mövcuddur: – allerqiya; – şəkərli diabet; – qan və ürək-damar sistemi xəstəlikləri; – mədə-bağırsaq sistemi xəstəlikləri.

### Nəticə

Yumurtalıqın endometrioid kistasını kəsib çıxarmaq və ya konservativ müalicə nəticə vermədikdə onun cərrahi yolla müalicəsi aparılır. Hazırda elektrokoagulyasiya və ya lazerin köməyi ilə kiçik kəsikdən cərrahi əməliyyatı aparmağa imkan verən laparoskopiyaya əsaslanan üsul geniş tətbiq olunur. Belə müdaxilədən sonra menstrual tsiklin normallaşdırılması üçün dərman

müalicəsi və fizioterapiya kursu keçmək vacibdir. Xəstəliyin ağır formasında, əgər qadın daha uşaq dünyaya gətirməyi planlaşdırmırsa, uşaqlıq tam kəsilib çıxarılır.

Yüngül dərəcəli xəstəliklərdə qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman preparatları ilkin seçimdir. Kombinə olunmuş oral kontraseptiv preparatlar, həmçinin kontraseptiv vaginal halqalar və dəri plastırları yumurtalıq fəaliyyətini supressiya edir. Bu vasitələr tsiklik olaraq və ya 3-6 ay müddətində fasiləsiz (*continuously without a break*) istifadə edilə bilər. Yalnız progestin tərkibli həblərin (mini həblər) və ya digər progestin (norethisterone 5-10 mq/gün, dienogest 2 mq/gün, medroxyprogesterone acetate 10-50 mq/gün, lynestrenol 5-10 mq/gün) preparatlarının fasiləsiz tətbiqi yumurtalıqın aktivliyini supressiya edir. Levonorgestrel-ıfraz edən uşaqlıq daxili vasitə (UDV) endometriyumun, qismən də yumurtalıqların aktivliyini supressiya edir. QnRH-in (qonadotropin-rilizing hormonunun) aqonistləri menopauzaya müvafiq olan hipoestrogen bir mühit yaradırlar, lakin menopauza simptomlarının və osteoporozun qarşısının alınması üçün müalicəyə estrogen-progestin əvəzləyici və ya kombinə olunmuş oral kontraseptiv preparatları da əlavə olunur.

Yuxarıda qeyd edilən bütün hormonal müalicələr ağrının aradan qaldırılmasında eyni dərəcəli təsirə malikdir. Müalicə fərdi şəkildə seçilir və bununla əlavə təsirlərdən yayınmaq mümkün olur. Aromataza inhibitorları yumurtalıqdan kənar estrogen sintezinin qarşısını alır və cavan pasiyentlərdə oral kontraseptiv/progestin/QnRH aqonisti preparatları ilə birlikdə, həmçinin radikal cərrahi əməliyyatdan və ya menopauzadan sonra təklidə də istifadə edilə bilər.

### Ədəbiyyat

1. Leyland, N., Casper, R., Laberge, Ph et al. (2010). Endometriosis: Diagnosis and Management. Clinical Practice Guideline. JOGC; 32 (7): 1-27.
2. Nnoaham, K.E., Hummelshoj, L., Webster, P et al. (2011). On behalf of the World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium, 2011. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertilityl Steril; 96 (2): 366-73.
3. BSP Women's Health Survey. (2009).
4. Rogers et al. (2010). Reprod Sci 2009; 16: 335-46. World Bank. Population Projection Tables by Country and Group.
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Fertil Steril; 90: 260-9.
6. Abbott, J.A., Hawe, J., Clayton, R.D., Garry, R. (2003). The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. Hum Reprod; 18: 1922-7.
7. Vercellini, P., Crosignani, P.G., Abbiati, A et al. (2009). The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. Hum Reprod; 15: 177-88.
8. Shakiba, K., Bena, J.F., McGill, K.M., Minger, J., Falcone, T. (2008). Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. Obstet Gynecol; 111: 1285-92.
9. Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C et al. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod; 20: 2698-704.
10. Sasagawa, S., Shimizu, Y., Nagaoka, T et al. (2008). Dienogest, a selective progestin, reduces plasma estradiol levels through induction of granulosa cells in the ovarian dominant follicle without follicle-stimulating hormone in monkeys. J Endocrin Invest; 31: 636-41.
11. Fu, L., Osuga, Y., Morimoto, C et al. (2008). Dienogest inhibits BrdU uptake with G(0)/G(1) arrest in cultured endometriotic stromal cells. Fertil Steril; 89: 1344-7.
12. Shimizu, Y., Mita, S., Takeuchi, T et al. (2011). Dienogest, a synthetic progestin, inhibits prostaglandin E2 production and aromatase expression by human endometrial epithelial cells in a spheroid culture system. Steroids; 76: 60-7.

13. Katayama, H., Katayama, T., Uematsu, K et al. (2010). Effect of dienogest administration on angiogenesis and hemodynamics in a rat endometrial autograft model. *Hum Reprod*; 25: 2851-8.
14. Nakamura, M., Katsuki, Y., Shibutani, Y., Oikawa, T. (1999). Dienogest, a synthetic steroid, suppresses both embryonic and tumor-cell-induced angiogenesis. *Eur J Pharmacol*; 386: 33-40.
15. Köhler, G., Faustmann, T.A., Gerlinger, C et al. (2010). A dose-ranging study to determine the efficacy and safety of 1, 2 and 4 mg of dienogest daily for endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet*; 108: 21-5.
16. Strowitzki, T., Faustmann, T., Gerlinger, C., Seitz, C. (2010). Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 151: 193-8.
17. Cosson, M., Querleu, D., Donnez, J et al. (2002). Dienogest is as effective as triptorelin in the treatment of endometriosis after laparoscopic surgery: results of a prospective, multicenter, randomized study. *Fertil Steril*; 77: 684-92.

Göndərildi: 22.11.2022

Qəbul edildi: 02.02.2023