



THE FINNISH MEDICAL SOCIETY
DUODECIM



SÜBUTLARA ƏSASLANAN TƏBABƏT

**İlkin səhiyyə xidmətləri göstərən
mütəxəssislər üçün
Klinik Təvsiyələr Topusu**

Bölmə 1. Mama-ginekologiya

Bakı – 2022

SÜBUTLARA ƏSASLANAN TƏBABƏT.

İlkin səhiyyə xidməti göstərən mütəxəssislər üçün
Klinik Təvsiyələr Toplusu.

Bölmə 1. Mama-ginekologiya

Həkim və orta tibb işçiləri üçün rəhbərliklər seriyası

www.ebmq.az

Ümumi redaktor: Qəhrəman Haqverdiyev

Redaktor: Nabil Seyidov

Layihə iştirakçıları: Şəhla İsmayılova, Kamila Kərimova

Mündəricat

Qadınlarda qeyri-iradi sidik ifrazı və ya sidik qaçirtma	4
Xlamidiya uretriti və servisini	13
Qonoreya	19
İnsan Papilomavirus (İPV) infeksiyası	23
Genital herpes.....	31
Yaşlılarda qeyri-iradi sidik ifrazı	35
Hipofizin şişləri	43
Tüklənmə (hirsutizm)	49
Pap (uşaqlıq boynundan) yaxma və endometrinin biopsiyası	53
Qarnın aşağı nahiyəsində ginekoloji mənşəli ağrılar	66
Amenoreya.....	75
Qeyri-normal menstrual qanaxma	80
Dismenoreya.....	93
Premenstrual sindrom (PMS).....	97
Menstruasiya vaxtının dəyişdirilməsi.....	102
Süd vəzilərinin klinik müayinəsi: düyün, ağrı və xoşxassəli dəyişikliklər.....	105
Ginekoloji prolaps	112
Ektopik hamiləlik	118
Hamiləlik zamanı qanaxma (birinci və ikinci trimester, 28 həftəyə qədər).....	123
Təkrari düşük	128
Uşaqlıqdaxili vasitə	133
Postkoital kontrasepsiya	136
Postpartum qanaxma və endometrit	139

Qadınlarda qeyri-iradi sidik ifrazı və ya sidik qaçirtma

(EBM Klinik protokolları, 10.08.2017.

Sonuncu dəyişiklik 05.03.2019.

Müəllif - Beata Stach-Lempinen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ Gərginlik (stress) tipli qeyri-iradi sidik ifrazının digər ginekoloji, uroloji və nevroloji tipli müalicə edilə bilən xəstəliklər nəticəsində yaranan qeyri-iradi sidik ifrazı növlərindən fərqləndirmək vacibdir.
- ▶ Çanaq dibi əzələlərinin fiziki hərəkətlərlə möhkəmləndirilməsi hər növ qeyri-iradi sidik ifrazı (QSİ) üçün effektiv sayılır.
- ▶ Gərginlik (stress) tipli QSİ zamanı konservativ müalicə qeyri-effektiv olduqda mini-invaziv sərbəst slinqin (ilgək) suburetral implantasiyası (TVT əməliyyatı, *suburethral sling*) tətbiq edilir.
- ▶ Bədən çəkisinə nəzarət, çanaq dibi əzələlərinin möhkəmliyinin qorunub saxlanması, siqareti tərgitmək, qəbizliyi müalicə etmək və eləcə də fiziki fəallıq qeyri-iradi sidik ifrazının qarşısını alır.
- ▶ İmperativ tipli QSİ farmakoterapiya ilə müalicə oluna bilər.
- ▶ Lokal estrogen terapiyası (vaginal yeridildikdə) postmenopauzal qadınlarda imperativ tipli QSİ simptomlarının aradan qaldırılmasına kömək edir.

Qeyri-iradi sidik ifrazının növləri

- ▶ *Stress tipli QSİ-də* sidiyin ifrazı fiziki güc və ya gərginlik (məs. öskürmək və ya asqırmaq) zamanı baş verir və bu hal QSİ-dən əziyyət çəkən yetkin şəxslərin üçdə birindən çoxunda təsadüf edilir.
- ▶ *İmperativ tipli QSİ (urge incontinence)* qəfləti yaranan və məcburedici sidiyə getmə istəyi anında ya da ondan dərhal sonar qeyri-iradi sidik ifrazı ilə xarakterizə olunur. Bu hal

xüsusi olaraq postmenopauza dövründə olan yaşlı qadınlarda və eləcə də cavan qadınlarda müşahidə edilir.

- ▶ *Qarışıq tipli QSİ* yuxarıda qeyd edilmiş iki növün kombinasiyasıdır. Bu növ əsasən 70 yaşdan yuxarı qadınlar arasında geniş yayılmışdır.
- ▶ Sidik kisəsinin natamam boşalması və sidik ləngiməsi (*urinary retention*) xroniki və ya kəskin olmasından asılı olmayaraq *sidik kisəsinin həddindən artıq dolması nəticəsində QSİ-yə* səbəb ola bilər.

Epidemiologiya

- ▶ Epidemioloji tədqiqatlar zamanı yaşlı populyasiyanın qadınları arasında müşahidə edilən qeyri-iradi sidik ifrazının yayılma tezliyi 5-58% təşkil etmişdir (ortalama 28%-dir). 50%-dən çox xəstələr isə problemi gizlədirlər.
- ▶ Populyasiyanın təqribən 6-7%-i həyat keyfiyyətinə təsir edə biləcək səviyyədə qeyri-iradi sidik ifrazından əziyyət çəkirlər.
- ▶ QSİ-nin rast gəlmə tezliyi yaşın artması ilə artır. 70 yaşdan yuxarı təqribən 60% qadınlar bu problemdən əziyyət çəkir.

Etiologiya

- ▶ *Stress tipli QSİ-nin* yaranmasına sidik kanalının saxlayıcı strukturlarının zəifləməsi və ya sfinkter çatışmazlığı səbəb olur. Stress tipli QSİ-nin risk faktorlarına piylənmə (BMI >25), hamiləlik və doğum və eləcə də həddindən artıq çox siqaret çəkmə aid edilir. Birləşdirici toxumanın anadangəlmə zəifliyi də həmçinin stress tipli qeyri-iradi sidik ifrazının risk faktoru ola bilər.
- ▶ *İmperativ tipli QSİ* zamanı sidik kisəsinin əzələləri qeyri-düzgün yığılır. Bunun səbəbləri aşağıdakılar ola bilər:
 - neyrogen (dağınıq skleroz xəstəliyi, yaddaş pozğunluqları, beyin qan dövranında pozulmalar, Parkinson xəstəliyi, diabet)
 - qeyri-neyrogen (kəskin və ya residivləşmiş sidik yolu infeksiyaları, sidik yollarının keçirilmiş ağır infeksiyaları, şiş, sidik kisəsinin divarına təsir edə bilən xəstəliklər, sidik daşı, postmenopausal dövrdə yerli estrogen

çatışmazlığı, sidik kisəsinin tez dolması hissi, diuretiklər, histerektomiya (uşaqlığın çıxarılması əməliyyatı).

- idiopatik: təxminən 80% hallarda patologiyanın səbəbi bilinmir.
- ▶ Sidik kisəsinin həddindən artıq dolması nəticəsində QSİ-nin səbəbi həm sidik ifrazı refleksinin pozulması (məs. neyrogen etiologiyalı, cərrahi əməliyyatdan sonra, dərmanın əlavə təsirləri) və ya mexaniki obstruksiya (şiş, prolaps) ola bilər.

Müayinə

Anamnez

- ▶ Hansı hallarda qeyri-iradi sidik ifrazı müşahidə olunur?
 - Klinik praktikada simptomlar üzrə standartlaşdırılmış sorğu anketlərindən (*standardised symptom questionnaire*) yararlanmaq mümkündür.
- ▶ Neçə müddətdir qeyri-iradi sidik ifrazı başlayıb?
 - Kifayət qədər qəfil başlanğıcılı orta ağır imperative tipli QSİ-də üzvi etiologiyadan şübhələnmək olar, məsələn, sidik kisəsi xəstəlikləri, iltihab və ya çanaq orqanlarının şişləri.
- ▶ Ağırliq dərəcəsi?
 - Xəstədə həftədə neçə dəfə qeyri-iradi sidik ifrazı aktı müşahidə edilir, xəstə qoruyucu bezlərdən istifadə etməyə ehtiyac duyurmu və QSİ-nin onun həyatına təsiri?
- ▶ Tezlik /həcm cədvəli sidik kisəsinin funksiyasını izləmək və qeyri-iradi sidik ifrazının növünü və ağırliq dərəcəsini təyin etmək üçün istifadə edilən sadə bir üsuldur.
- ▶ Ginekoloji anamnez: doğuş, cərrahi əməliyyat, menstrual tsikl
- ▶ Sidik kisəsinin funksiyasının pozulmasına gətirib çıxara bilən system xəstəlikləri və dərman preparatları (məsələn, diuretiklər, antixolinergiklər, mərkəzi təsirli analgetiklər, kalsium kanal blokatorları).

Klinik müayinələr

- ▶ Ümumi klinik müayinələr: ümumi sağlamlıq vəziyyəti, mobilliyi, çəkisi, nevroloji pozulmalar.
- ▶ Ginekoloji müayinələr: selikli qişanın müayinəsi, prolapsın müəyyən edilməsi, şişi inkar etmək üçün palpasiyanın həyata keçirilməsi, öskürək stress testi, çanaq dibi əzələlərinin vəziyyətinin barmaqla qiymətləndirilməsi (*digital assessment*) və nataman sidik ifrazı hallarında qalığ sidiyin ölçülməsi (150 ml-dən az normaldır).

Laborator müayinələr və funksional diaqnostika üsulları

- ▶ İmperativ və ya qarışıq tipli qeyri-iradi sidik ifrazı hallarında sidiyin kimyəvi analizi, hüceyrələrin sayılması və sidiyin əkilməsi həyata keçirilməlidir
 - Təsadüfi mikroskopik hematuriya fiziki aktivlik, menstruasiya, cinsi əlaqə və ya kiçik travmalar nəticəsində yarana bilər.
 - Təkrarlanan mikroskopik hematuriya zamanı daha dərin müayinələrin aparılması tələb olunur (Qeyd: yalnız test-zolaq üsulu ilə /*reagent strip test*/ kifayət etmir).

Mütəxəssis müayinəsinə göstərişlər

- ▶ Hematuriya və ya sidik kisəsi xəstəliklərindən şübhələnmək (sidik ifrazı aktının çətinliyi, qeyri-iradi sidik ifrazı ağrı ilə müşayiət olunur)
- ▶ Qalığ sidiyin miqdarının 300 ml-dən çox olması
- ▶ Simptomatik prolaps
- ▶ Çanaq orqanlarının törəməsi (şişi)
- ▶ Nevroloji problemlər
- ▶ Cərrahi əməliyyatla artıq müalicə edilmiş ağır qeyri-iradi sidik ifrazı
- ▶ Fistula şübhəsi
- ▶ Müalicəyə rezitent imperative tipli QSI
- ▶ Ağır stress tipli qeyri-iradi sidik ifrazı və ya fizioterapiyanın kifayət qədər effektiv olmadığı hallarda
- ▶ Differensial diaqnostikada problemlər yarandıqda

Konservativ müalicə üsulları

- ▶ Həyat tərzi dəyişiklikləri həm imperativ, həm də stress tipli QSİ-ni yüngülləşdirə bilər.
 - Çəkinin azalması (5-10%) qeyri-iradi sidik ifrazı simptomlarını azaldır və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır.
 - Artıq miqdarda maye qəbul edənlərə maye qəbuluna məhdudiyət qoyulması (adətən 1.5-2 L/gün kifayət edir).
 - Qəbizliyi müalicə etmək
 - Siqareti tərgitmək
- ▶ Çanaq dibi əzələlərinin fiziki hərəkətlərlə möhkəmləndirilməsi
 - 2-6 ay müddət ərzində çanaq dibi əzələlərinin möhkəmləndirilməsi bütün qeyri-iradi sidik ifrazı tiplərinə uyğun bir terapiya növü sayılır. Bu, daha sonra isə dəstəkləyici məşq şəklində həftədə iki və ya üç dəfə davam etdirilməlidir.
 - Çanaq dibi əzələlərinin fiziki hərəkətlərlə möhkəmləndirilməsi həmçinin doğuşdan sonra meydana gəlmiş QSİ hallarında da faydalı sayılır.
 - Əgər 2 ay davam edən nəzarət altında aparılan məşqlərin nəticələri qənaətbəxş olmazsa, xəstə müvafiq hazırlıq keçmiş fizioterapevtə göndərilməlidir.
- ▶ İmperativ tipli QSİ-də sidik kisəsinin hiperaktivliyini azaltmaq məqsədilə qamış sinirinin (lat. nervus tibialis) və ya pudental sinirin elektrik stimulyasiyası və eləcə də sidik kisəsinin məşq etdirilərək möhkəmləndirilməsi.

Farmakoterapiya

- ▶ Gərginlik (stress) tipli QSİ: dərman terapiyasının faydası çox azdır
- ▶ İmperativ tipli QSİ:
 - Yerli estrogen terapiyası postmenopauza dövründə olan qadınlarda simptomları müalicə edə və ya azalda bilər. Urogenital atrofiya aradan qaldırıldıqca və sidik kanalının infeksiyası azaldıqca sidik kisəsinin qıcıqlanması da azalır. Müalicənin başlanğıcında

qaşınma və yanğı hissini yarana biləcəyi barəsində xəstə əvvəlcədən məlumatlandırılmalıdır.

- Antixolinergik dərman preparatları imperativ tipli QSI-nin müalicəsində geniş şəkildə tətbiq edilir. Bu qrup dərman preparatlarına *oxybutynin*, *tolterodine*, *trospium chloride*, *solifenacin*, *darifenacin* və *fesoterodine* aid edilir.
 - Əks göstərişlər: sidik ləngiməsi (sidiyə çıxa bilməmək), dar bucaqlı nəzarət edilə bilinməyən qlaukoma, miasteniya qravis, ağır kolit
 - Dərmanların qarşılıqlı təsirləri nəzərə alınmalıdır.
 - Ən çox təsadüf edilən əlavə təsirlərə aiddir: quru ağız, dumanlı görmə, postural hipotenziya, qəbizlik və sidik ləngiməsi. Əlavə olaraq onu da qeyd etmək lazımdır ki, bu dərman preparatları xəstənin mərkəzi sinir sisteminə də təsir göstərə bilər (koqnitiv pozulmalar və çaşqınlıq). Bu da xüsusilə yaşlı xəstələrdə problemlərin yaranmasına səbəb ola bilər.
 - Dərman preparatlarının effektivliyi vaxtaşırı qiymətləndirilməlidir (təxminən 2 aydan sonra), çünki müalicədən yalnız xəstələrin bir qismi faydalanacaqdır və digər tərəfdən də bu yolla əlavə təsirlərin az olduğu hallarda dozanın artırılması da mümkündür.
 - Müxtəlif preparatlar arasında effektivlik fərqinə təsadüf edilmir. Əlavə təsirləri isə fərdi xarakter daşıyır: fərqli preparatları sınaqdan keçirin.
- Beta-3 aqonisti olan mirabeqron-un antixolinergik dərman preparatları üçün xarakterik sayılan ağız suyu vəziləri və mədə-bağırsaq traktına hər hansı bir əlavə təsiri müşahidə edilmir. Böyrək və qaraciyər funksiyalarının normal olduğu halda adi doza gün ərzində bir dəfə 50 mq olmaqla peroral yolla təyin edilir. Mirabeqron qan təzyiqini qaldıra və taxikardiyaya səbəb ola bilər. Tənzimləne bilinməyən ağır hipertenziya halları (sistolik təzyiq ≥ 180 mm c.süt. və/və ya diastolik

təzyiq ≥ 110 mm c.süt.) və eləcə də uzanmış QT intervalı dərman qəbulu üçün əks göstəriş hesab olunur.

- Antixolinergik dərman preparatları ilə beta-3 aqonistinin səmərəliliyində ciddi fərqlər yoxdur.

Cərrahi müalicə

► Konservativ terapiyanın müvafiq nəticə göstərməməsi hallarında uroginekoloqun göstərişi ilə **gərginlik (stress) tipli QSİ** cərrahi yolla müalicə edilə bilər.

- Mini-invaziv slinqin (ilgək) suburetral (*suburetral sling*) implantasiyası prosedurları effektiv sayılır və yerli anesteziya altında həyata keçirilə bilər.
 - Sərbəst vaginal sintetik ilgək (*Tension-free vaginal tape - TVT*) polipropilen tordan düzəldilmişdir və onun qasığın arxa nahiyəsindən (*retropublically*) uretranın orta hissəsinin (*midurethral region*) altından yerləşdirilməsi mümkündür.
 - Transobturator slinq prosedurlarında (TOT, TVT-O) ilgək, vaginadan budun yuxarı istiqamətinə və ya əksinə (budun yuxarı tərəfindən vaginal istiqamətdə) keçirilir.
 - Əməliyyatdan sonra müayinə yalnız vacib göstəriş olduqda həyata keçirilir.
 - Xalis gərginlik (stress) tipli qeyri-iradi sidik ifrazında uzunmüddətli nəticə qənaətbəxş sayılır.
 - TVT əməliyyatından 11 il sonra 84-90% qadınlarda obyektiv, 77% isə subyektiv olaraq gərginlik (stress) tipli qeyri-iradi sidik ifrazı problemi aradan qaldırılmışdır.
 - Qarışıq tip qeyri-iradi sidik ifrazında nəticələr qənaətbəxş sayılmır.
 - Ciddi əməliyyat riski olan və gərginlik (stress) və ya qarışıq tip qeyri-iradi sidik ifrazından əziyyət çəkən xəstələr üçün *polyacrylamide hydrogel-in* uretranın ətrafına inyeksiya edilməsilə aparılan müalicə üsulu münasib ola bilər.

► **İmperativ tipli qeyri-iradi sidik ifrazı.**

- Ən son halda botulinum toksin A-nın intradetruzor (sidik kisəsinin yığılmasını təmin edən əzələ) yeridilməsi (inyeksiya), oma sinir kökünün neyromodulyasiyası və ya sidik kisəsinin həcmnin artırılması üçün sistoplastika (*augmentation cystoplasty*) həyata keçirilə bilər.
- Həqiqi imperativ tipli QSİ hallarında cərrahi əməliyyat effektiv olmaya bilər. Digər müalicə üsullarına rezistent olan bəzi ağır QSİ hallarında sidik kisəsinin divarına botulinum toksin A-nın (*botulinum toxin type A*) inyeksiya edilməsilə perspektivli nəticələr əldə etmək olar.
 - Müalicə ambulator şəraitində aparıla bilər; ilk əvvəl sidik kisəsinin daxilinə lidokain məhlulunu yeridərək yerli anesteziya aparılır və daha sonra isə sistoskopiya ilə yeridilən endoskopik iynə ilə inyeksiya vurulur. Botulinum toksin A inyeksiyası təqribən xəstələrin 50%-də sidik saxlama qabiliyyətini bərpa edir və təsiri təxminən 6 ay ərzində davam edir. Həqiqi imperativ tipli QSİ-də cərrahi əməliyyat faydalı sayılmır.
- Oma sinir (lat. sacral nerve) kökünün neyromodulyasiyası
- Ən son halda sistoplastika həyata keçirilə və ya urostoma qoyula bilər.
- Qarışıq tipli QSİ hallarında müalicə dominantlıq təşkil edən tipə qarşı təyin edilir.

Qeyri-iradi sidik ifrazının profilaktikası

- Vaginal konuslar (çanaq və uşaqlıq yolu əzələlərinin məşqi üçün nəzərdə tutulmuşdur) və tamponlar qısa müddətli fiziki məşqlər zamanı qeyri-iradi sidik ifrazının qarşısını alır.
- Hopdurucu bezlər, tumanlar və qoruyucu yataq ləvazimatları qorumanı təmin edir. Davamlı və ağır qeyri-iradi sidik ifrazı hallarında xəstə ictimai qurumlardan köməkçi cihaz və/və ya bezlər və böyüklər üçün pampers (*diapers*) kimi baxım vasitələri əldə etmək hüququna malik ola bilər. QSİ üzrə ixtisaslaşmış tibb bacısı xəstənin maarifləndirilməsinə və müvafiq məhsullarla təmin edilməsinə cavabdeh olacaqdır.

Bibliografiya

1. Cheater FM, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000 Apr;14(2):183-205. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10897319>
2. Olsson I, Abrahamsson AK, Kroon UB. Long-term efficacy of the tension-free vaginal tape procedure for the treatment of urinary incontinence: a retrospective follow-up 11.5 years post-operatively. *Int Urogynecol J* 2010;21(6):679-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069417>
3. Apostolidis A, Dasgupta P, Denys P et al. Recommendations on the use of botulinum toxin in the treatment of lower urinary tract disorders and pelvic floor dysfunctions: a European consensus report. *Eur Urol* 2009;55(1):100-19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18823697>

Xlamidiya uretriti və servisit

(EBM Klinik protokolları, 11.04.2017.

Sonuncu dəyişiklik 20.12.2021.

Müəllif - Eija Hiltunen-Back, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Uzanmış gedişli və ya residivləşən infeksiyanın ciddi ağırlaşmalarına (çanağın iltihabi xəstəliyi, sonsuzluq, ektopik hamiləlik) yol verilməməsi üçün, infeksiya vaxtında diaqnostika və müalicə edilməlidir.
- ▶ Xlamidiya infeksiyasının yayılmasının qarşısı, yoluxmuş pasiyentlərin cinsi partnyorlarının müayinə və müalicəsi yolu ilə alınmalıdır.

Cinsi yolla ötürülən xəstəliyə (CYÖX) şübhə zamanı müayinələr

- ▶ Cinsi yolla ötürülən xəstəliyə (CYÖX) şübhə zamanı müayinələrin miqyası ilə bağlı qərar, pasiyentin verdiyi anamnestik məlumatlara əsasən verilir.
 - Risk amilləri: təsadüfi partnyorla qorunmamış cinsi əlaqə; partyorda CYÖX-nin diaqnostika olunması və ya ona şübhənin mövcudluğu; infeksiyaya xarici ölkədə yoluxma ehtimalı; xarici partnyor; kişilər arasında cinsi əlaqə.
- ▶ Simptomsuz pasiyentdə aparılacaq təməl müayinələrə ən azından xlamidiya və İİV daxil olmalıdır.
- ▶ Pasiyent simptomlara, risk amillərinə və ya diaqnostika olunmuş digər CYÖX-lərə malik olduqda, müayinələrə xəstəliyə potensial cəlb olunmuş anatomik nahiyələrdən (sidik kanalı, uşaqlıq boynu, boğaz və ya anus) xlamidiya və süzənək testləri, həmçinin İİV və sifilis, eyni zamanda, zəruri hesab olunduqda hepatit sınaqları daxil olur.
- ▶ Klinik təzahürlərə əsaslanaraq süzənək şübhəsi varsa və ya süzənəyə görə nuklein turşusu analizinin nəticəsi müsbətdirsə, müayinəyə başlamazdan əvvəl antimikrob həssaslığını dəyərləndirmək məqsədilə bakterial əkmə nümunəsi əldə edilir.

- ▶ Nümunələri götürdükdə, müxtəlif xəstəliklərin inkubasiya dövrləri nəzərdə saxlanılmalıdır: xlamidiya və süzənək 1-2 həftə, sifilis 1-2 ay və İİV 1-3 ay.

Epidemiologiya

- ▶ Xlamidiya (*Chlamydia trachomatis*) tərəfindən törədilən cinsi yolla ötürülən xəstəliklər ictimai səhiyyə üçün ciddi problem təşkil edir.
- ▶ Xlamidiya infeksiyaları xüsusilə cavan yaşlı böyüklərdə diaqnostika olunur.
 - Epidemiologiyası ölkələr arasında dəyişkəndir, məs., Finlandiyada diaqnostika olunan infeksiyaların dördüdə bir hissəsi 20 yaşdan cavan insanların payına düşür.
- ▶ Asimptomatik infeksiyalar xəstəliyin yayılması üçün şərait yaradır. Yoluxmadan diaqnoz qoyulana kimi müddət ortalama 4 həftədir, lakin bir neçə aya qədər ola bilər. Diaqnoz qoyulanadək, hər üç pasiyentdən biri artıq yeni partnyoru yoluxdurmuş olur, bu da infeksiyanın yayılmasını izləmək üçün problem təşkil edir.

Erkən simptomlar

- ▶ Xlamidiyaya yoluxduqdan simptomların meydana çıxmasına qədər inkubasiya dövrü 1-3 həftədir, yeni süzənəklə müqayisədə daha uzundur. Yoluxmuş insanların əksəriyyəti asimptomatiktir.
- ▶ Kişilərdə uretrit sidik kanalından cüzi, sulu (daha sonra selikli) ifrazat və dizuriya ilə özünü göstərir. Qadınlarda dizuriya, pollakiuriya və yüngül leykoreya olur. Servisit nisbətən tez-tez aşkarlanan əlamətdir. O selikli-irininli ifrazat və ödem və ya uşaqlığın əsnəyinin qanaxmaya meylliyi şəklində təzahür edir.

Gecikmiş simptomlar və ağırlaşmalar

- ▶ Qadınlarda uzanmış gedişli xlamidiya infeksiyası endometrit və salpingitlə nəticələnə bilər. Bu vəziyyətlər həmişə ağır simptomlarla assosiasiya olunmur; pasiyentdə yalnız yüngül hərərət və ya qarının aşağısında bir qədər

ağrı ola bilər. Endometrit, eyni zamanda, qeyri-requlyar uşaqlıq qanaxmasına səbəb ola bilər.

- ▶ Çanağın iltihabi xəstəliyi (ÇİX) gecikmiş ağırlaşmadır və adətən stasionar müalicə tələb edir. Perihepatit xlamidiya infeksiyasının nadir ağırlaşmasıdır.
- ▶ Geniş miqyaslı və xüsusən də, residivləşən xlamidiya infeksiyasının gecikmiş ağırlaşmalarına həmçinin uşaqlıq borularının zədələnməsi daxildir ki, bu da öz növbəsində sonsuzluq və ektopik hamiləliklərə səbəb olur.
- ▶ Kişilərdə xlamidiya infeksiyası epididimitin vacib törədicisi amildir, Abununla bərabər, prostatın yaranmasında etioloji amil kimi xlamidiyanın rolu kiçik hesab edilir.
- ▶ Xlamidiya infeksiyası, həm kişilər, həm qadınlarda, A reaktiv artrit inkişafına təkan verə bilər (uroartrit, Reyter xəstəliyi).

Diaqnostika

Klinik simptomlar və əlamətlər

- ▶ Tək simptomatikaya dayanmaqla, xlamidiya infeksiyasından şübhələnilə bilər, lakin diaqnostika üçün bu yetmir.
- ▶ Müayinənin aparılması üçün meyarların həddi bu hallarda daha aşağı olur
 - digər CYÖX və ya anamnezdə daha əvvəl xlamidiya infeksiyası
 - çoxsaylı cinsi partnyorlar və ya yeni birisi
 - sidik analizində leykositozun müşahidə edilməsi ilə bakterial böyümənin olmaması
 - residivləşən sidik yolları infeksiyaları və ya cinsi əlaqədən sonra qanlı ifrazat (qadın pasiyent).

Laborator diaqnostika

- ▶ Xlamidiya infeksiyası nuklein turşusunun təyini testi ilə aşkarlanı bilər.
- ▶ Bu gün xlamidiya və süzənək eyni nümunədə analiz edilə bilər.

- ▶ Sidiyin birinci porsiyası nümunələri, xüsusilə kişilərdə, xlamidiyanın diaqnostikası üçün istifadə olunur. Nümunələr infeksiyaya potensial yoluxma vaxtından ən azı 5-7 gün keçdikdən sonra götürülür. Pasiyent sidik nümunəsi götürülməsində 2 saat ərzində sidik ifrazından çəkinməlidir. Nümunə otaq temperaturunda 30 günə qədər saxlanıla bilər.
- ▶ Kişilərdə sidiyin birinci porsiyasına alternativ kimi, sidik kanalından yaxma nümunələri əldə edilə bilər.
- ▶ Qadınlarda, uşaqlıq yolundan götürülmüş yaxma nümunələri ilk porsiya sidiklə müqayisədə daha həssasdır.
- ▶ Ötürülmə yolundan asılı olaraq, nümunələr həmçinin boğazdan, ağızdan və konyunktivadan da götürülə bilər.
- ▶ İlk porsiya sidik nümunələri evdə müayinənin aparılması üçün yaxşı uyğun gəlir.
- ▶ Xroniki infeksiyalarda xlamidial serologiya əhəmiyyətli ola bilər. IgG anticisimlərinin yüksək titrləri çox zaman çanaq infeksiyaları və həmçinin digər ağırlaşmalarda qeyd olunur. Sadəcə testin müsbət olması, pasiyentin anamnezində xlamidiya infeksiyasının göstəricisidir.

Müalicə

- ▶ *Chlamydia trachomatis* makrolidlər və tetrasiklinlərə həssasdır. Klindamisin (*clindamycin*) də bu növə qarşı nisbi effektivliyə malikdir, ftorxinolonlar bununla müqayisədə daha az təsirlidir.
- ▶ *Azitromisin (azithromycin)* 1 q tək doza şəklində xlamidiya infeksiyası üçün seçim müalicəsidir. Bu həmçinin hamiləlik müddətində istifadə üçün də uyğundur. Alternativlərə doksisiklin (*doxycycline*) 100 mq × 2 və ya limesiklin (*lymecycline*) 300 mq × 2, 7-10 gün ərzində aiddir.
- ▶ *Azitromisin (azithromycin)* həmçinin hamiləlikdə istifadə edilə bilər.
- ▶ Pasiyentlərin 10%-ə qədərində azitromisin (*azithromycin*) və tetrasiklinlərin istifadəsi mədə tərəfdən yüngül əlavə təsirlərə səbəb olur. Nəzarətli tədqiqatlar bu dərmanların istifadəsi zamanı, pasiyentlərin 95-97%-nin sağlması ilə, oxşar terapevtik nəticələrin alındığını göstərmişdir.

- ▶ Boğaz, anus və ya gözlərin xlamidiya infeksiyaları doksisiklin (*doxycycline*) ilə 7 gün ərzində müalicə edilməlidir. Yüngül ağırlaşmalar zamanı, pasiyentlərə tetrasiklin (*tetracycline*) və ya doksisiklin (*doxycycline*) iki-üç həftə müddətində, xlamidiya infeksiyasının səbəb olduğu reaktiv artritdə daha uzun dövr ərzində təyin edilir. Çanaq infeksiyalarında, antimikrob preparatların kombinasiyası istifadə edilir, belə ki, prosesə digər bakteriyalar, məsələn, anaerobların qoşulması mümkündür.
- ▶ Pasiyent bir həftə ərzində cinsi əlaqədən imtina etməli və ardınca növbəti kontrol-müayinəyədək prezervativlərdən istifadə etməlidir.

Müalicədən sonra kontrol nəzarət və kontaktda olan şəxslərin müəyyən edilməsi

- ▶ Kontrol nəzarət məqsədilə nümunə yalnız 4 həftə sonra toplanılmalıdır, çünki daha öncə aparılan təkrari müayinə yalançı müsbət nəticə göstərə bilər.
- ▶ Daimi cinsi partnyorun müalicəsi eyni vaxtda aparılmalıdır. Müalicəyə nümunə alınmasından dərhal sonra başlanıla bilər. Eyni zamanda, digər mümkün CYÖX-lərə görə müayinə aparılmalı və kontaktda olan şəxslər müəyyən edilməlidir.
- ▶ Müalicə həkimindən, öz pasiyentlərinin cinsi kontaktda olduğu şəxsləri müəyyənləşdirməsi tələb olunur. Həkimin kontrol-müayinə qəbulu ərzində, həkim pasiyentə, infeksiya mənbəyi olan şəxsin və potensial olaraq yoluxmuş bütün şəxslərin xlamidiyaya görə müayinə edilib-edilmədiyi və zəruri hallarda, müalicə alıb-almadığı ilə bağlı suallar verməlidir. İstədikdə, müalicə həkimi cinsi partnyorların skrininginin aparılması öhdəliyini kontagioz xəstəliklərə görə məsul həkimə ötürə bilər.
- ▶ Pasiyentin kontaktda olduğu şəxslərin müəyyən olunması CYÖX-lərlə mübarizənin ən effektiv yoludur. Bir çox gənc insan xlamidiya infeksiyasının çox zaman asimptomatik getməsi barədə xəbərsizdir, bu da xlamidiyaya görə müayinələr aparılmasının az aparılmasına səbəb olur və diaqnostikanı gecikdirir.

Asimptomatik infeksiyalara görə skrining

- ▶ Süni abortla əlaqədar
- ▶ 25 yaşdan cavan pasiyentlərin kontrasepsiya ilə bağlı müraciəti zamanı, həkimin ilk qəbulu və ya 3 aydan sonra kontrol baxış zamanı, və yenidən 12 aydan sonra
- ▶ Kontrasepsiya ilə əlaqədar kontrol həkim qəbulu zamanı, yeni cinsi partnyorun olduğu və ya anamnezdə daha əvvəl xlamidiya infeksiyasının qeyd edildiyi hallarda

Biblioqrafiya

1. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae--2014. MMWR Recomm Rep 2014;63(RR-02):1–19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24622331>
2. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ et al. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS 2016;27(5):333–48. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26608577>

Qonoreya

(EBM Klinik protokolları, 11.04.2017.

Sonuncu dəyişiklik 20.12.2021.

Müəllif - Eija Hiltunen-Back, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ Skrining üçün sidiyin ilk porsiyasında qonokoka görə müsbət nuklein turşularının aşkarlanması münasibdir.
- ▶ Kultura əsas diaqnostik üsuldur və həmçinin, bununla antimikrob dərman vasitələrinə həssaslığının təyin olunması da təmin edilir. Kultura (bakterioloji əkilmə) qonoreyaya kliniki şübhə olduqda və ya nuklein turşusu aşkar edilən bütün hallarda aparılır.
- ▶ Seftriakson xinolonlara qarşı həssas olması səbəbindən seçim dərmanıdır.
- ▶ Dünyanın bəzi hissələrində seftriaksona həssaslığın azalması məruzə edilmişdir.
- ▶ Əgər ştammin siprofloksasinə qarşı həssas olması məlum deyilsə, qonoreya peroral antimikrob dərmanlarla müalicə edilməməlidir.

Epidemiologiya

- ▶ Qram-mənfi diplokoklar olan *Neisseria gonorrhoeae* (qonokok) tərəfindən törənir.
- ▶ Ölkələr arasında qonoreyanın rastgəlmə tezliyi, eləcə də dərmanlara qarşı rezistentlik əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir.
 - 2020-ci ildə ÜST-nin hesabatlarına görə dünyada 82 milyon yeni qonoreya infeksiyası halı qeydə alınıb.
 - məsələn, Finlandiyada qonoreyanın rastgəlmə tezliyi artmışdır. 2020-ci ildə təxminən 500 infeksiya halı aşkar edilib (ölkə əhalisi 5,5 milyondur).
 - Bu infeksiyaların yarısından çoxuna yoluxma Finlandiyada baş verir.
 - Finlandiyada qeyd alınmış infeksiya hallarının yarısından çoxu digər ölkələrdən gətirilən hallardır.

- Yanaşı gedən xlamidiya və qonoreya infeksiyalarının rastgəlmə tezliyi artmışdır.
 - Bu ölkədə kişilər arasında infeksiyaların yarısından çoxuna yoluxma kişilər arasında olan cinsi əlaqə ilə baş verir.
- ▶ Xinolon qrupu dərmanlarına rezistentlik getdikcə daha çox artır və xinolonlar qonoreyanın müalicəsi üçün daha tövsiyə olunmurlar.
 - ▶ Dünyanın bəzi hissələrində seftriaksona rezistent olan ştammlar barədə məruzələr edilmişdir.

İnkubasiya dövrü və simptomlar

- ▶ Kişilərdə inkubasiya dövrü yoluxduqdan sonra 2-5 gün, qadınlarda isə bir qədər uzundur.
- ▶ Simptomların yüngül olması və ya heç olmaması çox rast gəlinir.
- ▶ Kişilərdə uretrit simptomları və uretradan sarımtıl ifrazat, qadınlarda isə uşaqlıq yolu ifrazatı, sidik ifrazı zamanı ağrı və qarnın aşağı hissələrində ağrı qeyd edilir.
- ▶ Proktit və faringit çox zaman simptomsuzdur.

Ağırlaşmalar

- ▶ Qadınlarda ən ciddi ağırlaşma çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliyidir (ÇOİX, ing. *pelvic inflammatory disease PID*). Kişilərdə qonoreya bəzən epididimite səbəb ola bilər.

Laborator müayinələr

- ▶ Qonoreyanın skriningi zamanı qonokoka görə müsbət nuklein turşusunun aşkar edilməsi testi
 - Kultura müayinəsini əvəz edən həssas test skrining testi
 - Sidiyin birinci porsiyasının nümunəsi və ya tamponla götürülmüş nümunə nuklein turşusu sınağı ilə müayinə edilir.
 - Tampon nümunəsi yoluxmanın ehtimal olunan yerinə əsasən, əgər ehtiyac olarsa udlaq və anusdan da götürülür.
 - Eyni nümunə həm qonoreya, həm də xlamidiya infeksiyasının yoxlanması üçün istifadə edilə bilər.

- ▶ Antimikrob vasitələrə həssaslıq yalnız bakterial kultura ilə müəyyənləşdirilə bilər. Əgər pasiyentin anamnezində qonoreya ehtimalını göstərsə (qonoreyası olan cinsi partnyor; kişlər arasında cinsi əlaqə) və/və ya infeksiyanı göstərən aşkar klinik simptomlar varsa nuklein turşusunun aşkar edilməsi testinə əlavə olaraq kultura müayinəsi aparılmalıdır.
 - Nümunə bir dakron tamponla sidik kanalından, uşaqlıq boynundan, udlaqdan və düz bağırsaqdan əldə edilə bilər. Bu nümunə bir xüsusi nəqliyyat sınaq borusuna yerləşdirilir (ehtiyac olduqda, +4°C saxlanmalı).

Müalicə

- ▶ Əgər qonokok görə nuklein turşusunun aşkar edilməsi testi müsbətdirsə hər hansı antimikrob müalicəsi başlamazdan öncə antimikrob dərmanlara həssaslığının müəyyən edilməsi üçün kultura nümunəsi əldə olunmalıdır.
- ▶ Seftriakson 1 qram tək bir doza şəklində əzələdaxili (ə.d) (seftriaksona həssas ştammlar)
- ▶ Əgər antimikrob dərmanlara həssaslıq məlum deyilsə müalicə beynəlxalq klinik təlimatlar əsasında: seftriakson 1 qram ə.d. + azitromisin 2 q daxilə
- ▶ Sefalosporinlərə allergiyalı pasiyentlərdə tək doza şəklində gentamisin 240 mq ə.d. + azitromisin 2 q daxilə istifadə edilə bilər. Rezistentlik vəziyyətinə görə siprofloksasin yalnız ştammin bu dərmana həssas olması sübut edildiyi təqdirdə qonoreyanın müalicəsində münasibdir
- ▶ Ağırlaşmış infeksiya: seftriakson 1 q gündə 1 dəfə ə.d. 3-5 gün ərzində
- ▶ Pasiyent ən azı 1 həftə ərzində cinsi münasibətlərdən kənar qalmalı və test nəticələri neqativ olanadək cinsi əlaqə zamanı prezervativlərdən istifadə etməlidir.

Kontaktı olmuş şəxslərin izlənməsi və müalicədən sonrakı müşahidə

- ▶ İcmada kontaktı olmuş şəxslərin izlənməsinə (müəyyənləşdirmə və diaqnostika) xüsusi diqqət ayrılmalıdır. Bunun mərkəzləşdirilmiş şəkildə ambulator

veneroloji klinikalarda cinsi yolla yoluxan infeksiyalar üzrə (*sexually transmitted diseases - STD*) mütəxəssislər və ya digər mütəxəssislər tərəfindən aparılması tövsiyə olunur.

- ▶ Müalicənin səmərəliyini təsdiq etmək üçün kontrol müayinənin aparılması vacibdir.
- ▶ Müalicədən 3 həftə sonra nuklein turşusu testi
- ▶ Yerli qanunvericiliyə uyğun olaraq infeksiya səhiyyə üzrə səlahiyyətli şəxslərə məruzə edilir.

Biblioqrafiya

1. Unemo M, Ross J, Serwin AB ym. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS* 2020;(Oct 29):956462420949126. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33121366>

İnsan Papilomavirus (İPV) infeksiyası

(EBM Klinik protokolları, 23.04.2019.

Sonuncu dəyişiklik 01.02.2021.

Müəllif - Pekka Nieminen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ İnsan papiloma virusu (İPV) infeksiyası geniş yayılmışdır. Hər dörd nəfərdən ən azı üçü həyatı boyunca bu virusa yoluxur. İnfeksiya ən çox 20-25 yaş arasında rast gəlinir.
- ▶ Əksər hallarda IPV infeksiyası spontan olaraq aradan qalxır.
- ▶ Uşaqlıq boynunun bədxassəli şişləri yalnız İPV infeksiyasından sonra inkişaf edir. Xərçəng isə xərçəng ölü (prekanser) vəziyyətlərdən inkişaf edir.
- ▶ İPV-nin səbəb olduğu aşkar xərçəng ölü dəyişikliklər müalicə olunmalıdır, mülayim dəyişikliklər nəzarətdə saxlanılmalıdır (spontan sağalma tendensiyası).
- ▶ Gözlə görünən kondilomalar spontan olaraq aradan qalxmırsa müalicə olunmalıdır.
- ▶ Xərçəngin inkişafının profilaktikası məqsədilə xərçəng-özü ocaqlar aşkarlanmalı və müalicə olunmalıdır. Bu fəaliyyətlər xərçəngə görə skrinqlər vasitəsilə həyata keçirilməlidir.

Yoluxma və təzahür

- ▶ Əsasən cinsi yolla ötürülür.
- ▶ Törədiciyi təxminən 200 müxtəlif ştammları olan insan papiloma virusudur (İPV).
- ▶ Yoluxmanın müddətini təyin etmək mümkün deyildir (1-8 ay, uzun illər latent formada ola bilər).
- ▶ İnfeksiya daha çox 20-25 yaşlarda təsadüf edir, lakin hətta 65 yaşlı şəxslər arasında 3% HPV- pozitiv şəxslər rast gəlinir.
- ▶ HPV infeksiyasının 13-23 yaşlı qadınlar arasında davam etmə müddəti orta hesabla 8 aydır. İnfeksiyaların 90%-i adətən 2 il ərzində sağalır. Sitoloji müayinələrdə müəyyən edilən dəyişikliklər və HPV-yə dəlalət edən halların (ASC-

US və LSİL) 85-91%-ı orta hesabla növbəti 36-54 ay ərzində müalicəsiz belə sağalır.

- ▶ Uzunmüddətli HPV infeksiyası xərçəng-önü və xərçəng halları riskini artırmış olur.
- ▶ İnfeksiya adətən adi gözlə görünməyən hüceyrəvi dəyişikliklərlə təzahür edir. Bu qadınlarda Pap-testi və ya İPV analizi vasitəsilə təyin edilə bilər. Daha nadir hallarda infeksiya klassik gül kələmi şəklində olan ziyillər, itiuclu kondilomalar şəklində ortaya çıxır. Əksər hallarda infeksiya hiss olunmadan əmələ gəlir və aradan qalxır.
- ▶ Daha tez-tez immunosupressiv vəziyyətlərlə bağlı rast gəlinir (İİV, dərman preparatları).

Simptomlar

- ▶ İPV infeksiyası demək olar ki həmişə tam simptomsuz keçir.
- ▶ Kondilomalar tez-tez təsadüfən tapılır.
- ▶ Xarici cinsiyyət orqanları, anus və qasıq dağcığı nahiyəsində nadir hallarda intensiv qaşınma və xoralaşma müşahidə olunur. Bu adətən ikincili infeksiya səbəbindən baş verir.
- ▶ Sidik kanalı ziyilləri sidik ifrazı zamanı yandırma hissinə və hematuriyaya səbəb ola bilər.
- ▶ Bəzi simptomlara digər yanaşı infeksiyalar (*Candida*, *herpes*, *Chlamydia*) səbəb ola bilər.

Diaqnostika

- ▶ Qadınlarda İPV infeksiyası Pap və ya İPV testi vasitəsilə təyin edilir. Pap yaxmasında dəfələrlə təkrarlanmış qeyri-adi tapıntıları olan (ASC-US 12-24 ay ərzində 2-3 dəfə və ya daha yüksək dərəcəli zədələnmələr aşkarlanıb) və ya daha irəli dəyişiklikləri (LSİL, ASC-H, HSİL və ya AGC) olan xəstələr kolposkopik müayinəyə göndərməlidir ki, potensial xərçəng-önü hallar aşkar edilmiş olsun.
- ▶ Klassik ekzofit ziyillər olduqda adətən adi gözlə asanlıqla diaqnoz qoyulur (şəkillər). Anus (şəkillər; proktoskopiya) və sidik kanalının distal hissəsinin müayinəsi də (kiçik burun güzgüsü vasitəsilə) həmçinin məsləhət görülür.

- ▶ Sirkə turşusu sınağı zamanı (3-5%) yastı zədələnmələr hər iki cinsdə solğun ləkələr (*acetowhitening*) kimi görünür, lakin tapıntılar spesifik deyildir və onları kolposkopiya olmadan interpretasiya etmək çətindir. Diaqnozun müəyyənləşdirilməsi üçün histoloji təsdiqlənmə lazım olur; bu bəzi vəziyyətlər istisna olmaqla rutin klinik müayinə kimi məsləhət görülmür, çünki əksər sağlam şəxslər xəstəlik olmadan virus gəzdiricisidirlər.
- ▶ Displazianın müalicəsi bitdikdə, sonrakı nəzarət zamanı 30 yaşdan yuxarı olan qadınlarda ASC-US aşkarlanması və skriningin təşkili üçün İPV DNT analizi istifadə oluna bilər.
- ▶ Biopsiya məsləhət görülür (əsasən kolposkopiya zamanı götürülməlidir)
 - xəstənin Pap yaxmasında təkrari orta dərəcəli dəyişikliklər (ASC-US) və ya daha pis tapıntıları olduqda
 - nevusa (*naevus*) oxşar zədələnmələrdə, xüsusilə əgər pigmentləşibse
 - müalicəyə davamlı ziyillər
 - xronik simptomları olan xəstələrdə (intensiv qaşıntı, xoralaşma).

Diferensial diaqnostika

- ▶ Sirkə turşusu sınağının müsbət olması (solğun ləkələr) qeyri-spesifik infeksiyon zədələnmə zamanı və zədənin sağalma mərhələsində müşahidə oluna bilər.
- ▶ Qadın xarici cinsi orqanları tez-tez İPV infeksiyası ilə bağlı olmayan, lakin səhvən kondiloma kimi interpretasiya edilən normal lifli struktura (*filamentous structures*) malik olur.
- ▶ Gənc kişilərin təxminən 30-40%-də cinsiyyət orqanının baş hissəsində papulalar olur; bu İPV ilə əlaqəli deyildir.
- ▶ Kandida (qaşıntı, şırımlar), herpes (ağrılı xoralaşma)
- ▶ Müxtəlif dəri xəstəlikləri (sklerotik və atrofik dəmrov, qırmızı yastı dəmrov, psoriaz, allergik ekzema)

Kondilomanın müalicəsi

- ▶ Digər cinsi yolla yayılan xəstəlikləri nəzərə alın!

Müalicə alternativləri

▶ *Podophyllotoxin*

- 3 ardıcıl gün gündə 2 dəfə olmaqla xəstənin özü tərəfindən gözlə görünən ziyillərə tətbiq edilə bilər. Müalicə kursu 1 həftəlik intervalla təkrar edilə bilər.
- Tək kiçik kondilomaların müalicəsi üçün uyğundur.
- Hamiləlik zamanı və uşaqlıq yolu və ya uşaqlıq boynunun vaginal hissəsinin işlənməsi üçün istifadə olunmur.

▶ *İmiquimod mazi*

- İmmun cavab modulyatoru
- Bir gündən bir zədələnməmiş dəriyə çəkilir (həftədə 3 dəfə), səhər yuyulur (6-10 saat sonra)
- Müalicə ziyillər itənə qədər davam etdirilir, 16 həftədən çox olmamaqla. Bəzi hallarda müalicə daha uzun müddətdə davam etdirilə bilər.

▶ *Kəsilib götürülməsi*

- Qayçı, konxotom və ya oxşar alətlərlə (lokal anesteziya, məsələn lidokain/prilokain kremi ilə)
- Tək böyük ölçülü ziyillər üçün uyğundur.

▶ *Krioterapiya*

- Xarici ziyillər üçün müvafiqdir

▶ *Elektrokoagulyasiya*

- Toxuma zədəsinin dərinliyinə nəzarət etmək çətinidir

▶ Lazer vaporizasiyası (buxarlandırma)

- Yerləşməsindən asılı olmayaraq böyük ölçülü və ya təkrari zədələnmələr üçün ən yaxşı metoddur
- Sidik kanalının xarici dəliyində, uşaqlıq yolu və ya düz bağırsaqda olan ziyillər üçün xüsusilə uyğundur

Digər İPV infeksiyalarının müalicəsi

- ▶ Müalicə kolposkopiya (vulvoskopiya/peniskopiya) və histoloji tapıntılar əsasında müəyyənləşdirilir. Finlandiya təlimatlarına əsasən İPV dəyişiklikləri (histoloji LSİL/CİN 1

və mülayim dəyişikliklər) onların yüksək ehtimalla spontan sağala biləcəyinə görə müalicə olunmur.

- ▶ Uşaqlıq boynundakı xərçəng önü zədələnmələr (histoloji HSİL/CİN 2/CİN 3) onların ölçüsünə və şiddətinə müvafiq olaraq kolposkopiya zamanı elektrik ilgək və ya lazer (konizasiya) vasitəsilə ambulator şəraitdə götürülür. Konizasiya üçün skalpeldən istifadə olunmamalıdır.
 - Yaşı 31-dən aşağı olan qadınlarda histoloji təsdiqlənmiş və erkən CİN2 dəyişikliklərinə uyğun olan HSİL halları sahənin maksimum 2/4 hissəsini əhatə edərsə, müalicə olunmaya da bilər. Bu pasiyentlər 6 aylıq intervallarla 2 il və daha uzun müddət ərzində monitorinqi olunmalıdır. Həmin pasiyentlər qrupunda CİN2 dəyişikliklərinin reqressiyası ehtimalı 60%-dir.
- ▶ Uşaqlıq yolu zədələnmələri kolposkopiya zamanı lazer (CO₂) vasitəsilə müalicə oluna bilər.
- ▶ Qadın xarici cinsiyyət orqanları və ya aralıq və ya anal sahələrdə xərçəng önü İPV-zədələnmələri kolposkopiya zamanı CO₂-lazer vasitəsilə həmçinin müalicə oluna bilər.
- ▶ Bəzi hallarda vagina və vulvanın zədələnmələri *İmiquimod* məzi ilə müalicə edilə bilər.

Müalicə nəticələri

- ▶ Xərçəng önü zədələnmələrin (CİN 2-3) müalicəsindən sonra xəstələrin 3-8%-də residiv qeyd olunur.
- ▶ Müalicə qadınların fertilliyinə təsir etmir, lakin vaxtından əvvəl doğuş ehtimalını artırır.
- ▶ Kondilomaların bütün növ müalicələrindən sonra residivə tez-tez rast gəlinir.
- ▶ Tütünçəkmə xərçəng-önü ocaqların residiv riskini artırır.
- ▶ Simptomları olmayan kişilərin skrinq və müalicəsi onların qadın partnyorlarında selikli qişa zədələnmələrinin sağalmasına təsir etmir.
- ▶ Prezervativlərin istifadəsinin İPV-nin ötürülməsi və ya sağalma prosesinə təsiri ilə bağlı nəticələr mübahisəlidir.

Profilaktika

İPV peyvəndi

- ▶ İPV infeksiyasının profilaktikasında hazırda istifadə olunan üç effektiv peyvənd vardır.
 - Əvvəllər İPV infeksiyası olmuş gənc yaşlı qadınlarda vaksinin tərkibində olan İPV tiplərinin təsiri səbəbindən yaranmış yüksək-dərəcəli xərçəng-önü zədələnmələrin (histoloji HSİL) qarşısı İPV-yə qarşı vaksinlə alına bilər.
- ▶ Peyvənd terapevtik təsirə malik deyildir, yəni o hüceyrəvi və ya toxuma dəyişikliklərini müalicə etmir və artıq infeksiya ilə təmasda olmuş insanları qorumur. Yeni 9-valentli peyvəndin satışına artıq icazə verilib.
- ▶ Finlandiyada İPV peyvəndi 2013-cü ildə 11-12 yaşlı qızlar üçün tətbiq edilən milli peyvənd proqramına daxil edilmişdir.
 - Peyvəndin əhatə dairəsi gözləniləndən qədər yaxşı olmadı. Bölgə və regiondan asılı olaraq o təxminən 60-70%-də qalır.
 - Vaksinasıya 6 aylıq intervalla yeridilən iki inyeksiyadan ibarətdir. 18 yaşdan yuxarı şəxslərdə 3 inyeksiya tələb olunur (0, 1-2 və 6 ayında).
 - Peyvəndlərin qoruyucu effektivliyinin ən azı 15 il davam etdiyi müşahidə olunmuşdur.
- ▶ 2 və 4 valentli peyvəndlərin milli peyvənd proqramının başlanmasından sonra əhali səviyyəsində də həmçinin effektiv olması sübut olunmuşdur. Peyvəndin İPV tiplərinin səbəb olduğu uzunmüddətli infeksiyalar, xarici cinsiyyət orqanları ziyilləri və uşaqlıq dəliyinin histoloji HSİL dəyişikliklərinin və xərçəngin qarşısının alınması baxımından effektivliyi aşkar edilmişdir. Peyvəndin əhatə dairəsindən asılı olaraq çarpaz-müdafiə immuniteti və əhəlinin immunitetinin artması da həmçinin müşahidə olunmuşdur.
- ▶ Yüksək riskli İPV tiplərinin (peyvəndə daxil olanlar) səbəb olduğu mümkün xərçəng inkişafının qarşısını almaq məqsədilə İPV infeksiyasının qarşısını alan peyvəndin

gənclərin İPV-yə yoluxmasından əvvəl (yəni cinsi həyata başlamazdan əvvəl) aparılmasına ehtiyac vardır.

- İPV-yə yoluxmuş şəxslərdə profilaktik peyvəndlərin effektivliyi yoluxmamış şəxslərlə müqayisədə birmənalı şəkildə aşağıdır.
 - Peyvəndlər 24 yaşdan böyüklərdə də həmçinin əhəmiyyətli dərəcədə anticisimlər istehsal edə bilirlər.
- ▶ Peyvəndin xərçəng önü zədələnmələrin azalması kimi faydası 5-15 ildən sonra görünəcək, lakin xərçəngin rast gəlmə tezliyinin azalması isə peyvənd olunmuş şəxslər uşaqlıq boynu xərçənginin rast gəlmə tezliyinin yüksəldiyi yaşa çatdıqdan, yəni ki, təqribən 10 ildən sonra müşahidə olunur.
- ▶ Peyvənd olunmuş şəxslər də uşaqlıq boynu xərçənginə görə skrining tədbirlərini əvəz etmir.

Uşaqlıq boynu xərçənginin qarşısının alınması üçün skrining

- ▶ Bədxassəli uşaqlıq boynu zədələnmələrinin inkişafının zəif progressivləşən hüceyrəvi anomaliyaların skriningi və müalicəsi vasitəsilə effektiv olaraq qarşısı alına bilər.
- ▶ Uşaqlıq boynu xərçəngləri və onlarla əlaqəli ölümlərin 80%-dən çoxunun 3-5 illik intervalla tətbiq olunan Pap yaxmasına əsaslanan əhalinin müntəzəm skrininginin təşkil edilməsilə qarşısı alına bilər.
- ▶ Populyasiya səviyyəli skriningin effektivinə təsir edə bilər
- skriningin geniş əhatə dairəsi
 - skriningin əhəmiyyətinin yaxşı dərk edilməsi
 - diaqnostika və kliniki işlərin yüksək keyfiyyəti.
- ▶ Mütəşəkkil skrining 35 və daha yuxarı yaşlı qadınlarda ən effektivdir.
- ▶ Mütəşəkkil skrinqdən başqa digər skrining formaları (spontan və ya plandan kənar skrining) da həmçinin xərçəngin qarşısının alınmasında effektivdir, lakin onların iqtisadi səmərəliliyi (*cost-effectiveness*) skrining proqramı qədər deyil.
- ▶ Mütəşəkkil skrinqlərdə ənənəvi Pap-testi əvəzində İPV analizinin yoxlanılması daha yaxşı nəticələr verir.

- ▶ Sonrakı müayinələr və aşkar edilmiş xərcəng önü zədələnmələrin müalicəsi skriningin vacib bir hissəsini təşkil edir.
- ▶ Xərcəng önü zədələnmələri müalicə etməklə uşaqlıq boynu xərcənginin təxminən 99%-inin qarşısını almaq olar.

Biblioqrafiya

1. International Agency for Research on Cancer. Cervical cancer screening. IARC Handbooks of cancer prevention, vol 10. IARC/WHO, Lyon 2005. <http://screening.iarc.fr/cervicalindex.php>
2. Arbyn M, Ronco G, Anttila A ym. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5():F88-99. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199969>
3. Leinonen M, Nieminen P, Lönnberg S, Malila N, Hakama M, Pokhrel A, Laurila P, Tarkkanen J, Anttila A. Cervical pre-cancer and cancer rates after primary HPV screening within one screening round: a randomised prospective trial in Finland. *BMJ*.2012;345:e7789 <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7789>

Genital herpes

(EBM Klinik protokolları, 06.06.2018.

Sonuncu dəyişiklik 24.11.2021.

Müəllif - Eija Hiltunen-Back, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Genital nahiyədə mənşəyi bəlli olmayan residivləşən simptomlara malik xəstələrdə differensial diaqnostika zamanı genital herpesi nəzərə almaq lazımdır.
- ▶ Antiviruslar simptomların aradan qaldırılmasında və xəstəliyin ötürülməsinin (transmissiyasının) qarşısının alınmasında effektiv təsirə malik olur.

Etiologiya

- ▶ Əksər hallarda genital herpes *Herpes simpleks virus 2* (HSV-2) tərəfindən yaradılan cinsi yolla ötürülən xroniki infeksiya hesab edilir. Bununla belə, günümüzdə infeksiyaların üçdə birindən çoxunun səbəbi HSV-1 tərəfindən törədilir. İnfeksiyadan sonra virus hər zaman bədəndə latent şəkildə qalmış olur.

Epidemiologiya

- ▶ 2016-cı ildə dərc olunmuş hesabatda 15-49 yaşlı dünya əhalisinin 13%-nin HSV-2 infeksiyası ilə yaşadığı qeyd edilmişdir.
- ▶ Virus xüsusilə simptomatik fazada yoluxucu xarakter daşıyır; bununla yanaşı virusun asimptomatik olaraq yayılması da mümkündür. Virusə yoluxmalarından xəbərsiz olan tərəfdaşlar 50% hallarda virusu digərlərinə ötürür.
- ▶ Ağız nahiyəsində olan herpes infeksiyası cinsi tərəfdaşının genital bölgəsinə oral seks zamanı ötürülə bilər.
- ▶ İnfeksiyanın qadıncıdan kişiye keçməsi ilə müqayisədə kişidən qadına keçməsi riski daha yüksək olur.

Simptomlar

- ▶ Genital herpesin klinik mənzəri adətən tipik xarakter daşıyır və diaqnozu asan qoyulur.
- ▶ Xəstəliyin təzahürü atipik olduğu təqdirdə problemlər yaranır, məsələn, genital nahiyədə sporadik qaşınma, çatlar və eritema. Uyğun müalicəni təyin etmək və xəstəliyin yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə bunları herpesin simptomları olaraq qəbul etmək vacibdir.

Birincili herpes

- ▶ Simptomlar infeksiyadan 4-14 gün sonra meydana gəlir.
- ▶ Ümumi simptomlara aid edilir
 - qızdırma
 - baş ağrısı
 - miyalgiya
- ▶ Genital simptomlara aid edilir
 - vezikullar və xoralar
 - dalayıcı ağrılar
 - disuriya
 - inqinal (qasıq) limfadenopatiya
 - uşaqlıq boynunun xoralaşması
- ▶ Yaralar bilateral olur.
- ▶ Simptomlar 2-3 həftə ərzində müşahidə edilir.
- ▶ Birincili herpes infeksiyasının da asimptomatik olması mümkündür.
- ▶ Virus sekresiyası təxminən 2 həftə davam edir.
- ▶ Hamiləlik dövründə infeksiyanın dölə keçmə riski birincili herpes zamanı 50%, residivləşmiş herpes zamanı isə 5%-dən də az olur.

Residivləşən herpes

- ▶ Yaralar unilateral (birtəfəfli) olur.
- ▶ Yaralar və simptomlar adətən yalnız genital nahiyədə mövcud olur; qadınlarda xarici cinsiyyət üzvləri və daha az hallarda uşaqlıq boynu. Herpesə həmçinin uretrada təsadüf edilə bilər.
- ▶ Ümumi simptomlara nadir hallarda təsadüf edilir.

- ▶ Residivləşmənin tezliyi fərdi xarakter daşıyır.
- ▶ İnfeksiya fiziki və psixi stressdən sonra residivləşə bilər. Residivləşmə qadınlarda müntəzəm olaraq menstruasiya dövründə baş verir.
- ▶ Simptomların davam etmə müddəti təxminən 7 gündür.

Diaqnoz

- ▶ Herpes simpleks virusunu yaradan ya viral kultura, ya da nuklein turşusunun təyin edilməsi testi vasitəsilə ayırmaq olar. Hər iki metod vasitəsilə HSV 1 və 2 tiplərini differensiasiya etmək mümkündür. Diaqnozun qoyulmasında antigen təyinindən də istifadə edilə bilər.
- ▶ Yaradan nümunə pambıq çubuğunu yaraya sürtməklə götürülür.
- ▶ Anticismlərin təyini testi HSV-1 və HSV-2 seropozitivliyi, məsələn daşıyıcı statusu təyin edir, lakin infeksiyanın lokalizasiyasını müəyyən etmir.
- ▶ Nuklein turşusunun təyin edilməsi testi beyin-onurğa beyinin mayesinin müayinəsinə əsasən neonatal herpesin təyin edilməsi üçün xüsusi olaraq uyğun bir metod hesab edilir.

Müalicə

- ▶ Birincili herpesdə oral dərman preparatları virusun yoluxuculuğunu məhdudlaşdırır, sağalmanı sürətləndirir və ağrını azaldır. Klinik olaraq yaranan şübhə dərman preparatlarına başlamayın səbəbi sayılır: asiklovir 200 mq × 5 dəfə və ya 400 mq × 3 dəfə, valasiklovir 500 mq × 2 dəfə və ya famsiklovir 250 mq × 3 dəfə; hər üç dərman preparatı üçün müalicənin davam etmə müddəti 5-10 gündür. İntrevenoz təyin üçün göstərişlər aşağıdakılar sayılır:
 - ağır klinik təzahürlər
 - baş ağrısına səbəb olan meningial qıcıqlanmalar
 - neonatal herpes.
- ▶ Residivləşən herpesdə oral antivirus dərman preparatları simptomları azaldır və simptomatik fazanın müddətini qısaltır:

- asiklovir 200 mq × 5 və ya 400 mq × 3 dəfə, 5 gün ərzində (və ya 2 gün ərzində 800 mq × 3 dəfə)
 - valasiklovir 500 mq × 2 dəfə, 3-5 gün ərzində və ya
 - famsiklovir 125 mq × 2 dəfə, 5 gün ərzində (və ya 1 gün 1 q × 2 dəfə).
- ▶ Xüsusi hallarda qısa müddətli müalicə təyin edilə bilər, məsələn, bayram vaxtı.
 - ▶ Periodik və müəkkəb xarakterli residivlərin müalicəsi üçün uzun müddətli profilaktik dərman preparatları təyin edilir (6 ay-): asiklovir 400 mq × 2 dəfə, valasiklovir 500 mq × 1 dəfə və ya famsiklovir 250 mq × 2 dəfə.
 - ▶ Profilaktik olaraq təyin edilmiş dərman preparatları virusun sekresiyasını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Buna baxmayaraq, yoluxma hələ də mümkün sayılır.
 - ▶ Hazırkı zamanda virusun neyro-sensor qanqlionlardan eradikasiyasını təmin edən dərman preparatı mövcud deyildir.
 - ▶ Erkən simptomları təyin etmək və beləcə yoluxma riskini azaltmaq üçün xəstəyə infeksiyanın təbii seyri və yoluxuculuğu barəsində məlumatlar verilməlidir.

Biblioqrafiya

1. Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, et al. 2017 European guidelines for the management of genital herpes. *Int J STD AIDS* 2017;28(14):1366–1379. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28836892>
2. Kortekangas-Savolainen O, Orhanen E, Puodinketo T et al. Epidemiology of genital herpes simplex virus type 1 and 2 infections in southwestern Finland during a 10-year period (2003–2012). *Sex Transm Dis* 2014;41(4):268–71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24622640>

Yaşlılarda qeyri-iradi sidik ifrazı

(EBM Klinik protokolları, 04.10.2021.

Sonuncu dəyişiklik 23.09.2022.

Müəllif - Maria Nuotio, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ Yaşlı insanlarda qeyri-iradi sidik ifrazı (sidikqaçırma) problemi onların və ailə üzvlərinin həyat keyfiyyətinə eləcə də səhiyyə xərclərinin artmasına təsir edir. Bu vəziyyət davamlı institusional qayğı tələb edir.
- ▶ Xəstə çox vaxt lazımi yardımı əldə etməyə utanır.
- ▶ Yaşlı insanlarda qeyri-iradi sidik ifrazının (qaçırılmasının) müalicəsi və ya vəziyyətin ən azından qismən də olsa yüngülləşdirilməsi üçün bir sıra müalicəvi vasitələr mövcuddur.

Yayıma və növləri

- ▶ Qadınlarda və institusional qayğı altında yaşayanlarda qeyri-iradi sidik ifrazı (qaçırılması) daha çox təsadüf edilir.
 - 70 yaşdan yuxarı şəxslər arasında qadınların yarısından çoxu, kişilərin isə dördə biri qeyri-iradi sidik ifrazından əziyyət çəkir.
- ▶ İmperativ Sidik Saxlanmazlığı (qaçırılması)
 - Təcili, qəflətən sidiyə çıxma istəyi ilə xarakterizə olunur.
 - Sidik kisəsinin hiperaktivliyi hallarının bir hissəsi, qeyri-iradi sidik ifrazı müşahidə olunmayan imperativ çağırışlarla özündə birləşdirən başqa simptomlar, tez-tez sidik saxlamamaq və nokturiya.
 - Daha çox kişilərdə rast gəlinən tip. Əsas səbəb kimi, xoşxassəli prostat hiperplaziyasının səbəb olduğu xarici sidik kanalında sidik axınına yüksəlmiş müqavimət göstərilir.
- ▶ Gərginlik (Stress) Sidik Saxlanmazlığı (qaçırılması)
 - Fiziki gərginlik zamanı sidiyin qeyri-iradi ifrazı
 - Qadınlar üçün daha xarakterikdir

- Kişilərdə nadir hallarda müşahidə edilir, əsasən prostat cərrahiyyəsindən sonra rast gəlinən ağırlaşmalar zamanı qeydə alınır
- ▶ Qarışıq Sidik Saxlanmazlığı (qaçırılması)
 - Gərginlik və imperativ sidik saxlanmazlığının kombinasiyası
 - Daha çox qadınlarda rast gəlinən tip
- ▶ Gərgin dolmuş sidik kisəsi nəticəsində qeyri-iradi sidik ifrazı (qaçırılması)
 - Sidik kisəsinin kəskin və ya xroniki olaraq tam boşaldıla bilinməməsinin səbəb olduğu qeyri-iradi sidik ifrazı

Yaşlanma ilə bağlı dəyişikliklər

- ▶ Qadınlar
 - Sidik-cinsiyyət orqanlarının selikli qişasının atrofiyası
 - Uşaqlığın sallanması
 - Uretranın qısaldılması
- ▶ Kişilər
 - Prostat vəzisinin xoşxassəli hiperplaziyası
- ▶ Kişilər və Qadınlar
 - Yığılma funksiyasının pozulması ilə müşahidə olunan detrusor hiperaktivlik.
 - Sidik kisəsinin funksional həcmnin kiçilməsi qalıq sidiyin miqdarının artmasına gətirib çıxardır.
 - Böyrəklərin sidiyin azalmasına nəzarət qabiliyyəti.
 - Gecə ifraz olunan sidiyin miqdarı (nokturnal poliuriya), gündüz ifraz olunan sidiyin miqdarından artıq olması.

Yaşlılarda qeyri-iradi sidik ifrazı ilə bağlı faktorlar

- ▶ Nevroloji xəstəliklər
 - Yaddaş pozğunluqları
 - Serebrovaskulyar xəstəliklər və beyinin dərin qişalarındakı ağ maddədə baş verən MRT zamanı aşkarlanan dəyişikliklər
 - Parkinson xəstəliyi
 - Normal təzyiqli hidrosefaliyada (NPH) müşahidə olunan simptomların üçdə biri
- ▶ Digər xroniki xəstəliklər

- 2-ci tip şəkərli diabet
- Ürək-damar xəstəlikləri
- Ağciyər xəstəlikləri
- Sümük-oynaq xəstəlikləri (spinal stenoz)
- ▶ Depressiya və depressiv simptomlar
 - Səbəb və nəticələr
- ▶ Bağırsaq simptomları
 - Qəbizlik
 - İshal
- ▶ Mobilliyin və funksional imkanların azalması
- ▶ Sayıqlama
- ▶ Sidik yollarının kəskin infeksiyası
 - Əlavə olaraq, asimptomatik bakteriuriya yaşlı adamlar üçün daha çox xarakterikdir və bu halda heç bir müalicəyə ehtiyac duyulmur
- ▶ Dərman preparatları
 - Diuretiklər
 - Antixolinergik xüsusiyyətlərə malik antipsixotik dərman vasitələri
 - Mərkəzi sinir sisteminə təsir edən analgetiklər
 - Hipotoniklər və Sedativlər
 - Altsheymer xəstəliyində istifadə olunan Asetilxolinesteraza inhibitorları

Müalicə

- ▶ Müayinə və müalicənin növü qeyri-iradi sidik ifrazının tipinə və səbəblərinə görə müəyyən olunur.
- ▶ Xəstənin hər hansı bir yaddaş xəstəliyinə, yanaşı xəstəliklərə və yaxud da müxtəlif dərman maddələrinə həssaslığa malik olması halında hərtərəfli müayinə və bərpaedici müalicə aparılmalıdır.

İmperativ sidik saxlanmazlığı ilə müşahidə olunan sidik kisəsinin yüksək həssaslığı

Dərman terapiyası

- ▶ Antimuskarin dərman vasitələri

- Oksibutin, tolterodin, trospium xlorid, solifenasin, darifenasin və fesoterodin
- Yan təsirlər: quru ağız, qəbizlik, sidik tutulmaları, ortostatik aşağı arterial təzyiq, yaddaş pozğunluqları, çaşqınlıq
- Asetilxolinesteraza inhibitorları ilə birlikdə istifadə yüksək həssaslıqla nəzərdən keçirilməlidir.
- Ən aşağı başlanma və davam etmə dozaları seçilməlidir.
- Müalicəyə cavab vermə və əks təsirlər diqqətlə nəzərdən keçirilməlidir.
- Ahıl yaşlı şəxslərin farmakoterapiyası sahəsində ixtisaslaşan mütəxəssislərə görə, həmin yaş qrupunda bu dərmanların istifadəsi məqsədəuyğun deyil.
- ▶ Mirabegron
 - Antimuskarinlərə əks təsir göstərməyən Beta-3 adrenergik reseptorların aqonisti. Ürək-damar xəstəliklərinə və yüksək arterial təzyiqə malik şəxslər xüsusilə diqqətli olmalıdırlar. Xəstəliyin uzanması riski olan şəxslərdə kardiak QTc zamanı da izlənməlidir.
 - Qeyri-iradi sidik ifrazının müalicəsi zamanı ağızdan qəbul olunan hər hansı bir dərman preparatının uyğunluğu və ona qarşı bədənin həssaslığı, GFR dəyəri ilə müəyyən olunmuş ümumi böyrək çatışmazlığına əsasən nəzərə alınmalıdır.
- ▶ Xoşxassəli prostat hiperplaziyası zamanı dərman terapiyası
 - Alfa-1-reseptorunun antoqonistləri (tamsulosin, alfuzosin)
 - Xəstə ortostatik hipotenziyaya görə monitoring olunmalıdır.
 - 5-alfa-reduktaz inhibitorları (finasterid, dutasterid)
- ▶ Kəskin imperativ Sidik Saxlanmazlığı (qaçırılması) hallarında botulin toksin A-nın sidik kisəsi əzələsinə inyeksiyası düşünülə bilər.
- ▶ Estrogenlərlə lokal terapiya
 - Qadınlarda təcili imperativ qeyri-iradi sidik ifrazı simptomlarını və digər sidik yolları ilə bağlı problemləri aradan qaldıra bilər və sidik yolları infeksiyalarının profilaktikasına kömək edə bilər.

Digər terapiyalar

- ▶ Xüsusi qrafiklə tualetə getmək (zamanlı ifrazat)
 - Proqramlaşdırılmış şifahi tualet xatırlatmaları proqramı internat evlərində də tətbiq edilə bilər
- ▶ Perkutan tibial sinirin stimulyasiyası ahıl yaşlı şəxslərdə müşahidə edilən imperativ sidik qaçırılması hallarının müalicəsində faydalı ola bilər. Bu müdaxilə ev şəraitində də tətbiq oluna bilər.

Nokturiya və gecə enurezi

- ▶ Günün günorta vaxtında diuretiklərin qəbulunun dəyişdirilməsi
- ▶ İnternat evlərində yuxudan əvvəl vaxtaşırı kateterizasiya (daxili və xarici kateterizasiya)
- ▶ Xəstədə aşağı ətrafların ödemi zamanı kompressor corabların istifadəsi
- ▶ Gecə vaxtı antimuskarin dərman preparatlarının və yaxud da mirabegronun istifadəsi
- ▶ Hiponatremiya riski səbəbiylə desmopressin əks göstərişdir.

Qadınlarda gərginlik və qarışıq tipli qeyri-iradi sidik ifrazı

Fiziki məşğələ terapiyası

- ▶ Yaşlılar da daxil olmaqla xəstələrdə ilk tərcih edilən terapiya növüdür.
- ▶ Çanaq dibi əzələlərinin ayrıca və yaxud da aşağı ətraf əzələləri ilə birlikdə fiziki məşğələsi. Əgər dəstəyirsə məşğələlər fizioterapistin nəzarəti altında aparılmalıdır.
- ▶ Digər xəstəliklər və ya yüngül yaddaş pozuntusu halları fiziki aktivlik və ya idmanla məşğul olmanı qarşısını almır.
- ▶ Ümumi bədən tərbiyyəsinə təşviq (yaşlı şəxslərdə qeyri-iradi sidik ifrazının qarşısını alır)

Cərrahiyyə

- ▶ Mini-invaziv suburetral kəmərlər prosedurları (TVT və TOT) xəstələr tərəfindən olduqca yaxşı tolerə edilir və bu səbəbdən də yüksək gərginlikli sidik saxlanmazlığı

müşahidə olunan bir çox yaşlı qadınlarda da istifadəsi uyğundur.

- ▶ Sidik kanalı ətrafına poliakrilamid hidrogelin (Bulkamid®) inyeksiyası, təhlükəsizlik baxımından cərrahi müdaxilənin riskli olduğu yaşlı qadınlar üçün uyğundur.
- ▶ Mini-invaziv kəmərlər prosedurları, yaşlı kişilərdə yüngül və orta dərəcəli sidik saxlanmazlığı müşahidə olunduğu zaman tətbiq edilə bilər.

Gərgin dolmuş sidik kisəsi nəticəsində qeyri-iradi sidik ifrazı (qaçırılması)

- ▶ Qalıq sidiyin həcmi ultrasonoqrafiya və ya sadəcə kateterizasiya vasitəsilə ölçülməlidir
- ▶ Sidik axınına göstərilən hər bir maneə istisna edilməlidir.
 - Kişilərdə xoşxassəli prostat hiperplaziyası
 - Qadınlarda orqanların nəzərə çarpan yerdəyişmələri
- ▶ Qəbizliyin müalicəsi, sidik kisəsinə rahatlayıcı təsir göstərən dərman preparatlarının tədricən tərgidilməsi (xüsusilə antixolinergiklərin)
- ▶ Sidik kisəsinin tamamilə boşaldılması mümkün ola biləcək ən tez intervallı periodik kateterizasiyanın tətbiq olunmasıyla aparılmalıdır.
- ▶ Xroniki sidik tutulmaları hallarında qalıcı kateterin istifadəsindən qaçınılmalıdır.

Reabilitasiya aspektləri

- ▶ Mobilliyin və funksiyonal potensialın saxlanılması və təşviq edilməsi sidik kisəsinin idarə edilə bilməsini yaxşılaşdırır.
- ▶ Xəstəliyin kəskin dövründən ya da cərrahi əməliyyatdan sonra sürətli və effektiv reabilitasiya, uyğun mobil yardımlarla təmin olunmalıdır.
- ▶ Qalıcı kateter, sidik kisəsinin kontrolunu saxlamaq, kateter mənşəli infeksiyalardan və digər ağırlaşmalardan qaçınmaq üçün mümkün qədər tez kənarlaşdırılmalıdır.
- ▶ Xəstələr evdə və internat evlərində tualetə gedən maneəsiz və təhlükəsiz yollarla təmin olunmalıdır.

Qeyri-iradi sidik ifrazından (sidik qaçırılmasından) qorunmağın yolları

- ▶ Tez-tez dəyişilə bilən yüksək keyfiyyətli bezlər və alt paltarlarından istifadə edilməli
- ▶ Kişilər üçün mövcud olan müxtəlif çeşidli çantalardan istifadə edilməli
- ▶ Bezlərdən istifadəni qəbul etmək yaşlı kişilər üçün psixoloji cəhətdən daha çətin ola bilər və buna görə də onlara məsləhətlər və məlumatlar verilən zaman yüksək həssaslıq göstərilməlidir.

Digər vacib faktorlar

- ▶ Xəstənin və onun ailəsinin arzu və istəkləri nəzərə alınmalıdır.
- ▶ Qeyri-iradi sidik ifrazına malik xəstənin əhvalına diqqət yetirilməli və lazım gəldikdə xəstəyə antidepressant təyin edilməlidir.
- ▶ Qəbizlik müalicə edilməlidir.
- ▶ Bütün dərman preparatları nəzərdən keçirilməlidir.
- ▶ Yaddaş pozğunluğu müşahidə olunan xəstələrdə sidiyin qeyri-iradi ifrazının digər mümkün ola biləcək səbəbləri də nəzərə alınmalıdır.

Digər mütəxəssislərə yönləndirmə meyarları

- ▶ Urinar tıxac şübhəsi (qadınlarda orqanların yerdəyişməsi və kişilərdə prostat problemləri)
- ▶ Kəskin simptomlar
- ▶ Yalnız konservativ terapiya ilə heç bir nəticə əldə edilməmişdir
- ▶ Cərrahiyyə sonrası ağırlaşmalar

Bibliografiya

1. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd et al. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):165-78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025027>
2. Schröder A, Abrams P, Andersson KE ym. Urinary incontinence in frail/older men and women. Guideline on urinary incontinence: European Association of Urology 2010 <http://www.uroweb.org/gls/pockets/english>
3. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing* 2014;43(2):157-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24509954>
4. Gibson W, Johnson T, Kirschner-Hermanns R et al. Incontinence in frail elderly persons: Report of the 6th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2021;40(1):38-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33085806>

Hipofizin şişləri

(EBM Klinik protokolları, 12.09.2018.

Sonuncu dəyişiklik 11.02.2019.

Müəllif – Saara Metso, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Hipofiz vəzisi şişlərinin təqribən 90%-i xoşxassəli adenomalardır (yəni, glandular şişlər).
- ▶ Şişlər hormonal fəal ola və ifrat hormon hasil olunması ilə əlaqədar olan klinik aydın sindromlarla təzahür edə bilər.
- ▶ Qeyri-fəal kiçik adenomalar adətən simptomlara səbəb olmur və çox zaman təsadüfən aşkar edilir.
- ▶ İri makroadenomalar hormon yaranması ilə əlaqədar olmadan yerli kompressiya ilə simptomlara (xüsusilə, görmə sahəsinin defektləri və/və ya görmənin pozulması) səbəb ola və ya normal hormon hasilatının qarşısını ala bilər.

Epidemiologiya

- ▶ Digər səbəblərə görə aparılmış kranial MRT müayinələrinin təxminən hər 10 pasiyentdən birində təsadüfi tapıntı olaraq qeydə alınır.
- ▶ Klinik əhəmiyyəti olan adenomaların rastgəlmə tezliyi 1/1.000-dir.

Hipofiz şişini göstərən simptom və əlamətlər

- ▶ Hormon çatışmazlığı simptomları
 - Kişilərdə, məsələn, libidonun itməsi və impotensiya; qadınlarda ikincili amenorreya (qonadotropin çatışmazlığı)
 - Qeyri-normal yorğunluq (hipokortizolizm, hipotiroidizm)
 - Susuzluq və sidik ifrazı tezliyinin artması (antidiuretik hormon çatışmazlığı)
 - Aşağıdakı hallarda bir səbəb kimi hipofiz şişinin mümkünlüyü yadda saxlanılmalıdır:
 - hipotiroidizm (qeyri-mütənasib dərəcədə aşağı TSH səviyyəsi)

- hiponatriemiya (hipokortizolizm).
- ▶ İfrat hormon sekresiyasının simptomları
 - Hətta keçik hipofiz adenomaları ifrat hormon sekresiyası nəticəsində kliniki əhəmiyyətli simptomlara səbəb ola bilər.
 - Hiperprolaktinemiyanın simptomları kimi qalaktorreya və amneorreya
 - Akromeqaliyanın simptomları kimi ayaqqabı və üzük ölçüsünün böyüməsi, tərləmə, baş ağrısı, oynaqların problemləri və dental okklyuziya
 - Kuşinq sindromunun simptomları kimi çəki artımı, üzün girdələşməsi, qançirlara meylik, əzələ atrofiyası, osteoporoz, arterial təzyiqin və qanda şəkərin yüksəlməsi, eləcə də əhval-ruhiyyə problemləri
- ▶ Ətraf toxumalarda kompressiya simptomları
 - Görmə simptomları (bitemporal görmə sahəsi defekti, görmənin pisləşməsi, göz almasını hərəkət etdirən əzələlərin parezi) ən çox rast gəlinir.
 - Baş ağrısı
- ▶ Hipofizə qansızmanın simptomları kimi kəskin baş ağrısı və diplopiya ("hipofizar apopleksiya")

Hipopituitarizm

- ▶ Hormon çatışmazlıqları adətən aşağıdakı qaydada inkişaf edir:
 - Böyümə hormonu
 - Qonadotropinlərin hipoqonadizmlə nəticələnən çatışmazlığı
 - Qadınlarda menstruasiya pozulmaları, amenorreya
 - Kişilərdə libidonun enməsi, impotensiya, üzde tükərlərin inkişafının azalması, əzələ zəifliyi, azalmış enerji, azalmış hemoqlobin miqdarları
 - Yüngül hipotiroidizmlə nəticələnən TSH çatışmazlığı
 - TSH səviyyəsi hipotiroidizm üçün qeyri-mütənasib dərəcədə aşağıdır. Hipotiroidizmlə pasiyentlərdə hətta normal diapozon daxilində olan TSH səviyyələri də qeyri-mütənasib dərəcədə aşağıdır ki, bu da mərkəzi defekti irəli sürür.

- Hipokortizolizmlə nəticələnən AKTH çatışmazlığı
 - Simptomlar Addison xəstəliyinə nisbətən daha yüngüldür.
 - Hiponatriemiya çox rast gəlinir.

Hipotalamik pozğunluğu göstərən tapıntılar

- ▶ Antidiuretik hormonun (ADH) şəkərsiz diabetin yaranması ilə nəticələnən çatışmazlığı. Simptomlara sidik ifrazı tezliyinin artması və qüvvətli susuzluq hissi daxildir.
- ▶ Hipoviz vəzisinin saplağının zədələnməsindən yaranan hiperprolaktinemiya (hiperprolaktinemiya <600 mV/l olmaqla çox zaman yüngüldür)
 - Prolaktinoma prolaktin səviyyələrinin daha aydın yüksəlməsinə aparmaqla hipofiz vəzisinin saplağının zədələnməsinə nisbətən hiperprolaktinemiya üçün daha tez-tez rast gəlinən bir səbəbdir.

İfrat hormon sekresiyasının simptomları

- ▶ Prolaktinoma ən çox rast gəlinən hipofiz şişidir.
 - Mikroadenoma zamanı zərəbdə prolaktin səviyyələri adətən 1000-4000 mV/l-dir, makroadenoma zamanı isə aydın surətdə (>5000 mV/l) yüksəlmişdir.
 - Qadınlarda qalaktorreya, eləcə də menstruasiya pozulmaları, amenorreya və sonsuzluqla nəticələnən hipoqonadotrop hipoqonadizm
 - Kişilərdə libidonun itməsi, impotensiya və sonsuzluq
 - Hipotiroidizmi hiperprolaktinemiyanın bir səbəbi kimi istisna etməyi unutmayın.
 - Demək olar ki, bütün psixotrop dərmanlar (benzodiazepinlər istisna olunmaqla) və metoklopramid hiperprolaktinemiya səbəb olur.
 - Psixotrop dərmanlar səbəbindən yaranan hiperprolaktinemiya çox zaman yüngüldür. Prolaktin 1000-2000 mV/l səviyyəsindədir. Asimptom şəxsdə (qalaktorreya və ya menstruasiya pozulmaları olmayan) bu əhəmiyyətsizdir.
 - Simptomsuz hiperprolaktinemiya səbəb zərərsiz makroprolaktinemiya (qeyri-fəal bir polimer kimi olan

prolaktin; qanda analiz vasitəsilə müəyyən edilə bilər) da ola bilər.

- ▶ Akromegalya
 - Qalın, yağlı dəri və hiperhidroz erkən simptomlardır.
 - Qalınlaşan dodaqlar, böyüyən burun və dil
 - Bədənin distal hissələrinin böyüməsi (çənə, əllər, ayaqlar)
 - Arterial hipertenziya, şəkərli diabet
 - Tərləmə və yorğunluq, xoruldama, artralgiya, baş ağrısı
- ▶ Kuşinq xəstəliyi
 - Tipik habitus (mərkəzi piylənmə, körpüçüküstü nahiyələrdə toxumalarda doluluq, proksimal əzələ atrofiyası, nazik dəri, qançırılara meylik)
 - Arterial hipertenziya, insulinə rezistentlik əsasında şəkərli diabet
 - Osteoporoz
 - Menstruasiya pozulmaları
 - Psixi həssaslıq
- ▶ Tireotropinoma (TSH-hasil edən adenoma, TSHoma)
 - Hipertiroidizm, diffuz zob (ur)
 - Sərbəst T4 və sərbəst T3 səviyyələrinin yüksəlməsinə baxmayaraq, TSH səviyyəsi aşağı deyil.

Diaqnoz

- ▶ Hipopituitarizmin istisna edilməsi üçün aşağıdakı analizlər aparılır: qan zərdabında kortizol və sərbəst T4 (FT4), habelə kişilərdə testosteron konsentrasiyası və premenopauzal qadınlarda əgər aybaşılar qeyri-müntəzədirsə və ya amenorreya varsa, qanda estradiol konsentrasiyası yoxlanılır. Əgər diabetes insipidus (şəkərsiz diabet) şübhələnirsə, sidiyin osmolyallığı və plazmada sodium konsentrasiyası yoxlanılır.
- ▶ İfrat hormon hasilatına şübhəli hal zamanı
 - Prolaktinoma: prolaktin
 - Akromeqaliya: böyümə hormonu, insulinəbənzər böyümə hormonu (insulin-like growth factor-1: IGF-1); 2 saatlıq qlükoza tolerantlığı testi, əgər lazımdırsa qanda qlükozanın və böyümə hormonunun miqdarının təyini ilə

birgə. Nəticələrin qiymətləndirilməsi xüsusi kompetensiyanı tələb edir. Odur ki, akromeqaliya şübhəsi yarandıqda ixtisaslaşmış müalicə müəssisəsi ilə konsultasiya edilməlidir.

- Kuşinq xəstəliyi: skrininq testləri kimi 1,0 mq və ya 1,5 mq deksametazon testi və/və ya 24 saatlıq sidikdə sərbəst kortizolun miqdarı
 - Estrogen qəbul edən pasiyentlərdə: estrogen zərdabda kortizolun analizinə təsir göstərdiyi üçün 24 saatlıq sidikdə sərbəst kortizolun təyini
 - İxtisaslı müalicə müəssisəsində daha sonrakı testlərlə təsdiq
- ▶ Görüntüləmə müayinəsi
 - Türk yəhəri nahiyənin MRT müayinəsi (ixtisaslı müalicə müəssisəsində)

Hipofiz vəzisinin təsadüfi aşkar edilən şişlərinin ("insidentaloma") müayinəsi

- ▶ Hipofizin törəməsi adenomadan başqa, məsələn, kraniofaryngioma, meningioma, pituisitoma, seminoma, limfoma, hansısa digər bir şişin metastazı, Ratke cibinin sisti və ya hipofizit ola bilər.
- ▶ Hipofiz vəzində təsadüfi tapıntının ("insidentaloma") müayinələri törəmənin radioloji və hormonal təbiətinin neyroradiologiya və endokrinologiya mütəxəssisləri tərəfindən qiymətləndirildiyi bir ixtisaslı müalicə müəssisəsində həyata keçirilməlidir.
- ▶ Əgər adenomaya bənzəyən törəmənin ölçüsü 10 mm-dən artıqdırsa hipofiz vəzisinin hiper- və hipoaktivliyi, eləcə də görmə yolu simptomları ixtisaslı müalicə müəssisəsində tədqiq edilir. Əgər şiş hormon ifraz etmirsə və görmə çarpazına təzyiq göstərmirsə ixtisaslı müəssisədə 6-12 aylıq intervallarda monitorinq ediləcək.
- ▶ Əgər təsadüfi tapıntının ölçüsü 10 mm-dən kiçikdirsə prolaktinoma, hipotiroidizm (sərbəst T4) və hipokortizolizm (kortisol) istisna edilir. Əgər pasiyent asimptomdursa görüntüləmə ilə monitorinqə mütləq qaydada ehtiyac yoxdur. Əksər hallarda böyümə tendensiyasının inkar

etmək üçün 12 aydan sonra hipofiz vəzisinin nəzarət görüntüləməsi aparılır.

Müalicə

- ▶ Hipofiz şişlərinin diaqnostikası və müalicəsində təcrübəyə malik çoxixtisaslı komanda (neyrocərrah, neyroradioloq və endokrinoloq) mövcud olan bir şöbədə şişin cərrahi rezeksiyası.
- ▶ Farmakoloji müalicə
 - Prolaktinoma üçün kabərqolin, bromokriptin, kvinaqolid
 - Akromeqaliya üçün oktreatid, lanreatid, kabərqolin, bromokriptin, pegvisomant və pasireotid
- ▶ Seçilmiş hallarda şüa terapiyası

Biblioqrafiya

1. Raappana A, Koivukangas J, Ebeling T et al. Incidence of pituitary adenomas in Northern Finland in 1992-2007. J Clin Endocrinol Metab 2010;95(9):4268-75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534753>
2. Fernandez A, Karavitaki N, Wass JA. Prevalence of pituitary adenomas: a community-based, cross-sectional study in Banbury (Oxfordshire, UK). Clin Endocrinol (Oxf) 2010;72(3):377-82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19650784>

Tüklənmə (hirsutizm)

(EBM Klinik protokolları, 27.12.2021.

Sonuncu dəyişiklik 27.09.2022.

Müəllif - Laure Morin-Papunen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Təsviri və patogenezi

- ▶ Hirsutizm qadınların bədənlərində müşahidə edilən kişiyyə xas tüklənmə halı ilə xarakterizə olunur.
- ▶ Təxminən yarıdan çox hallarda tüklənmənin səbəbi androgenin artıq miqdarda istehsal edilməsi hesab olunur.

Hiperandrogenizmin səbəbləri

- ▶ Polikistoz yumurtalıq sindromu (PKYS) həddindən artıq androgen istehsalının ən geniş yayılmış səbəbi hesab edilir.
- ▶ Anadangəlmə böyrəküstü vəzi şişlərinə və digər androgen istehsal edən şişlərə nadir hallarda rast gəlinir və onlar, təzahür etdikləri zaman fərqli simptomlara malik olurlar.
 - Kuşinq sindromu, hiperprolaktinemiya, akromeqaliya, tiroid pozğunluqlar.
 - Kuşinq sindromu həm hipertrikoz və hirsutizmlə əlaqəli olur.
- ▶ Androgenik və anabolik steroidlərin tətbiqi: həmçinin bax

Müayinələr

- ▶ Hirsutizmin inkişafı: yaş, çəki artımı, oral kontraseptivlərin qəbulunun dayandırılması.
 - Qəfil başlanması və progressivləşməsi şişə işarə edir, lakin yavaş sürətlə inkişafı da şiş ehtimalını inkar etmir.
- ▶ Hirsutizmin lokalizasiyası və hipertrikozdan fərqləndirilməsi
 - Əgər tük artımı aşağıdakı nahiyələrdə meydana gələrsə, qadın hiperandrogenizmindən şübhələnmək lazımdır:
 - üz: bıç, saqqal, çənə
 - döş qəfəsi: kürek nahiyəsində və döş arasında
 - qarın: orta xətt, göbəyin yuxarisına doğru və ya qasıq tükləri ilə göbək arasında

- ətraflarda: bud nahiyəsinin daxili tərəfləri
- Hipertrixoz bədən tüklərinin həddindən artıq artımının ümumiləşdirilmiş vəziyyətini ifadə edir. Bu halın androgenlə əlaqəsi müşahidə edilmir.
 - Genetik və etnik faktorlar
 - Cinsi yetkinlik yaşından sonra başlayır, bədən çəkisinin artması və oral kontraseptivlərin dayandırılması ilə kəskinləşir.
 - Qlükokortikoidlər, fenitoin, siklosporin və minoksodil hipertrixozisə səbəb ola bilər.
- ▶ Virilizmin klinik əlamətləri
 - Səsin yoğunlaşması
 - Klitoromeqaliya
 - Müvəqqəti saç tökülməsi
- ▶ Menstruasiya və fertillik
 - Menstrual pozğunluqlar
- ▶ Digər mümkün endokrin anormallıqlar

Müayinə və müalicə strategiyaları

- ▶ Qeyri-androgen mənşəli tük artımı.
 - Tük artımının lokalizasiyası androgen mənşəli hirsutizmə dəlalət etmir, yeni əsasən qıçlarda və qollarda, normal menstrual sikl və virilizm əlamətləri olmadıqda.
 - Əlavə araşdırmalara ehtiyac duyulmur.
 - Müalicə variantları: müalicə olunmur, yerli müalicə və ya estrogen + antiandrogen
- ▶ Androgen mənşəli yüngül tük artımı və müntəzəm menstruasiya idiopatik hirsutizmə işarə edir.
 - Əlavə müayinələrə ehtiyac duyulmur.
 - Müalicə kursu: yerli müalicə və ya estrogen + antiandrogen
- ▶ Daha şiddətli androgen mənşəli tük artımı
 - Menstrual sikl qeyri-müntəzəm olduqda serum testesteronu və eləcə də serum prolaktini mütləq yoxlanılmalıdır. Kuşinq sindromu inkar edilməlidir (qısa 1.5 mq deksametazon testi).

- Praktikada serum testesteronu <5 nmol/l və dehidroepiandrosteron sulfat <20 μ mol/l olması ilə androgen mənşəli şiş inkar edilir.
- ▶ Digər müayinələr tük artımı progressivləşdikdə, virilizmin əlamətlərinə təsadüf edildikdə və ya nəzərə çarpan anormal laborator nəticələr müşahidə edildikdə həyata keçirilir.
- ▶ Əgər Kuşinq sindromundan və ya nadir şişlərdən şübhə duyularsa, daxili xəstəliklər şöbəsinin mütəxəssisinə müraciət edilməlidir.
- ▶ Serum testesteronunun artmış dəyəri, qeyri-müntəzəm menstrual sikl və infertillik ginekoloqa göndəriş üçün göstəriş hesab edilir.

Müalicə

- ▶ Müalicə imkanları adətən məhdud olur. Çəki itirilməsi risk faktorlarını azaldır. Dərman müalicəsi adətən qeyri-qənaətbəxş sayılır.

Yerli müalicə

- ▶ Təraş olmaq (tük artımını sürətləndirmir)
- ▶ Lazer və fotoepilyasiya: işıq enerjisi tünd saç kökləri üzərinə fokuslaşdırılır, hansı ki onlar istiliklə məhv edilir və bu da tük artımının qarşısını alır. 3-4 müalicə sessiyasından sonra tük artımı qalıcı olaraq 30%-ə qədər azala bilər. Müalicə adətən faydalı olur, lakin qiymət baxımından baha hesab edilir.

Dərman müalicəsi

- ▶ Tük artımı müəyyən qədər vaxt tələb etdiyinə görə, müalicənin maksimal effekti 9-12 aya qədər gözə çarpmır.
- ▶ Kombinə olunmuş oral kontraseptivlər:
 - Mövcud elmi sübutlara əsasən müxtəlif kombinə olunmuş oral kontraseptiv preparatlar arasında effektivlik baxımından fərq müəyyən edilməmişdir. Bu səbəbdən, spesifik dərmanla bağlı hər hansı tövsiyə məqsəduyğun deyil.

- Antiandrojen (*siprotoron asetat*) preparatının kombinə olunmuş oral kontraseptiv preparata əlavə edilməsi müalicə effektini artırır bilər.
 - Kiçik (2 mq) və böyük (25-100 mq) siprotoron asetat dozaları arasında fərq yoxdur.
- ▶ Bir sıra ölkələrdə *Siprotoron asetat* preparatının hirsutizmin müalicəsində istifadəsinə çox nadir rast gəlinir. Buna səbəb preparation yan təsirləri və meningioma riskinin artmasıdır.
- ▶ Xüsusi hallarda (mütəxəssis həkim)
 - Deksmetazon (anadangəlmə adrenokortikal hiperplaziya)
 - Spironolakton
 - Metformin
 - PKYS-dan (polikistoz yumurtalıq sindromu) əziyyət çəkən xəstələr üçün hirsutizm olmadan da dərman terapiyası düşünülür.
 - Antiandrojenlər
 - Flutamid (androjen reseptor blokatorları qaraciyərin zədələnməsinə səbəb ola bilər) və finasterid (5-alfa reduktaza inhibitoru). Hər iki dərman maddəsi qiymət baxımından baha hesab edilir və siprotoron asetatdan daha effektiv təsirə malik olmur.
 - Eflornitin: qadınlarda üz nahiyəsində hirsutizmin müalicəsi məqsədilə tətbiq edilən məlhəm (resept tənzimlənməsi ölkədən ölkəyə dəyişə bilər).

Bibliografiya.

1. Avropa Dərman Agentliyi, 2022. <https://www.ema.europa.eu/en/news/restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk>
2. Lacroix A, Feelders RA, Stratakis CA et al. Cushing's syndrome. *Lancet* 2015;386(9996):913-27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26004339>

Pap (uşaqlıq boynundan) yaxma və endometrinin biopsiyası

(*EBM Klinik protokolları, 23.04.2019.*

Sonuncu dəyişiklik 30.03.2022.

Müəllif - Pekka Nieminen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Pap-test (yaxma). Göstərişlər

- ▶ Əsasən skrining vasitəsilə xərçəngin profilaktikası üçün, yəni, uşaqlıq boynu xərçənginin və xərçəngönü vəziyyətlər/zədələnmələrin diaqnozunu qoymaq üçün istifadə edilir.
 - İPV infeksiyası olmadıqda, uşaqlıq boynu xərçəngi inkişaf etmir.
- ▶ Qeydə alınan xərçəng hallarının 80%-nin qarşısı skrininglər vasitəsilə alına bilər.
- ▶ Aİ-nin (EU) skriningə dair tövsiyələrinə əsasən, skriningə 25-30 yaşlarında başlanılmalı və maksimum 5 illik intervallar ilə ən azı 65 yaşınadək icra edilməlidir.
- ▶ Yaşı 25-dən az olan qadınlarda skrining məqsədilə pap-test tələb olunmur.
- ▶ Yaşı 20-dən az olan qadınlarda pap-test tələb olunmur.
- ▶ Simptomlar, fərdi risk faktorları, cinsi yolla yoluxan xəstəliklər və ya ginekoloji infeksiyaların diaqnozu ilə əlaqədar ciddi ehtiyac yarandıqda, 20-24 yaşlı qadınlardan pap-test götürülə bilər.
- ▶ Pap-test yaxmada aşkar edilmiş dəyişiklərin sonrakı təqibində və xərçəngönü vəziyyətlərin müalicəsindən sonra sınaq intervalları skriningdən daha qısa ola bilər. Yerli tövsiyələrə baxın.
- ▶ Təvsiyə olunan skrining 65 yaşından yuxarı şəxslərdə HR-İPV testi (HR - yüksək risk) icra etmək və ya pap-yaxma götürmək tövsiyə olunur:
 - 3-5 illik intervallar ilə: skrining anamnezində xərçəngönü vəziyyətlər aşkarlanaraq müalicə edilmişdirsə.

- 5 illik intervallarla: son 10 il ərzində qadın skrining proqramlarında müntəzəm iştirak etməmişdirsə.
- ▶ Skrining proqramlarında müntəzəm iştirak edən və biopsiya nəticələri həmişə normal olan qadınlarda 65 yaşdan sonra skrininglərin davam etdirilməsinin əlavə faydası yoxdur.

Cədvəl 1. İlk səhiyyə xidməti (ambulator-poliklinik) səviyyəsində Pap yaxmaya göstərişlər

<p>25-29 yaşlı qadınlarda skriningə oxşar müayinələr: əgər qadın kütləvi skrining tədbirlərində iştirak etməyibsə və əgər həkimin müayinəsinə əsasən testin aparılması məqsədemüvafiqdirsə.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Uşaqlıq boynu xərçəngi riskinin azaldılması məqsədilə keçirilən Pap-testlərin 25 yaşdan əvvəl keçirilməsi məqsədemüvafiq deyil.</i>
<p>>30 yaş və yuxarı olan qadınlarda skriningə oxşar müayinələr: əgər qadın kütləvi skrining tədbirlərində iştirak etməyibsə və sonuncu Pap testdən 5 və daha çox il keçibsə.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bütün skrining dövründə xərçəng-önü zədələnmə aşkarlanıb müalicə edilibsə, skrining yaşından yuxarı olan qadınlarda hrİPV (yüksək riskli İPV) testi və ya Pap-testin maksimum 5 illik intervallarla aparılması məqsədemüvafiqdir.</i>
<p>Diagnostik Pap-testin aparılmasında (simptomlu qadınlarda) klinik baxımdan göstəriş olduqda, məs. aşağıdakı hallarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>cinsi əlaqədən sonra təkrar qanamalar</i> - <i>aybaşılar arasındakı dövrlərdə qanaxma və ya davamlı leykoreya</i> - <i>makroskopik kondilomalar və ya uşaqlıq boynunun vaginal hissəsində digər dəyişikliklər</i> - <i>xarici cinsiyyət orqanları və ya uşaqlıq yolunda uzunmüddətli simptomlar</i>

Nümunənin götürülməsi

- ▶ Sorğu forması ilə kifayət qədər kliniki detalların təmin edilməsi (ən azından son menstruasiya dövrünün tarixi və müddəti, yaxmanın qeyri-adi nəticələrinin tarixçəsi və hər hansı müalicə).
- ▶ Eyni şüşə üzərində üç nümunə götürülür
 - Şpatelin dairəvi ucu ilə vaginadan nümunə.
 - Şpatelin qabarıq hissəsi ilə uşaqlıq boynunun xarici hissəsindən nümunə.
 - Xüsusi fırça ilə uşaqlıq boynunun daxili dəliyindən (endoserviks) nümunə.
- ▶ Hüceyrələrin zədələnməməsi üçün yığılmış materialları şüşə üzərində tək yüngül hərəkətlə (irəli geri hərəkətlə deyil) yayın. Fırçanı şüşə üzərində fırlatmaq vacibdir.

Fiksasiya

- ▶ Nümunəni mümkün qədər tez fiksasiya edin.
- ▶ Şüşəni 10 dəqiqə 85-90%-lik etanola salın və ya müvafiq fiksasiya spreindən istifadə edin. Nümunənin zədələnməməsi üçün spreyi vurarkən kifayət qədər məsafə saxlayın və spreyi vurmamışdan əvvəl spreyin ucluğunu təmizləyin.

Pap-testin həssaslığı

- ▶ Uşaqlıq boynunun skvamoz hüceyrə karsinoması 85-95 %
- ▶ Uşaqlıq xərçəngində yalnız 50-60 %
- ▶ Yumurtalıq xərçənginin diaqnozunda pap-test faydalı deyil.

Pap-testin nəticələri

Betesda təsnifatı

- ▶ Betesda təsnifatı beynəlxalq səviyyədə qəbul edilmiş nəticələrin verilməsi sistemidir və 2001-ci ildə yenilənib və 2014-cü ildə dəyişikliklər edilib.
- ▶ 2001-ci il Betesda təsnifatı (TBS; Cədvəl 1) həmçinin kütlənin skrining nümunələri üçün də tövsiyə olunan sistemdir. Yerli tövsiyələr bundan fərqlənə bilər.

Cədvəl 2. 2001-ci il Betesda təsnifatı

Təsnifat	Nəticə
Nümunənin növü	Ənənəvi yaxma, maye əsaslı yaxma
Nümunənin müvafiqliyi	Qiymətləndirmə üçün kifayətdir
	Qiymətləndirmə üçün kifayətdir, vəzi hüceyrələri yoxdur,
	Kifayətdir, ancaq ... ilə məhduddur ... (səbəbini qeyd edin)
	Qiymətləndirmə üçün kifayət deyil (səbəbini qeyd edin)
Ümumi təsnifat	İntraepitelial zədələnmələr və bədxassəlilik – mənfidir
	Epitel hüceyrələrdə patoloji dəyişiklik
	Digər, hesabatə baxın
Patoloji mikroblar	BV (bacterial vaginoz), “açar” hüceyrələr
	Qarışıq flora
	Funqal (göbələk) infeksiya
	Aktinomisetlər (şüalanən göbələklər)
	Vaginal trixomonadlar
	Herpes
Reaktiv dəyişikliklər	İltihab
	Regenerasiya
	Radiasiya
	Uşaqlıqdaxili vasitənin (UDV) səbəb olduğu dəyişiklik
Qeyri – neoplastik dəyişikliklər	Yaşı 50-dən çox olan qadınlarda endometrial hüceyrələr
	Histerektomiyadan sonra vəzi hüceyrələri

Cədvəl 2. 2001-ci il Betesda təsnifatı

Təsnifat	Nəticə
	Atrofiya
	Sitoliz (<i>cytolysis</i>)
Skvamoz hüceyrədə patoloji dəyişikliklər	ASC-US – qeyri-müəyyən əhəmiyyətə malik atipik skvamoz hüceyrələr
	ASC-H – atipik skvamoz hüceyrələr, yüksək dərəcəli skvamoz intraepitelial zədələnmə (HSIL) inkar edilə bilməz
	LSIL – yüngül dərəcəli skvamoz intraepitelial zədələnmə
	HSIL – yüksək dərəcəli skvamoz intraepitelial zədələnmə
	Skvamoz hüceyrə karsinoması
Vəzi hüceyrələrində patoloji dəyişikliklər	AGC-NOS, endoservikal mənşəli, qeyri-müəyyən əhəmiyyətə malik
	AGC-FN, endoservikal mənşəli, neoplaziyaya meyilli
	Endometrial mənşəli, qeyri-müəyyən əhəmiyyətə malik
	Endometrial mənşəli, neoplaziyaya meyilli
	Qeyri-müəyyən mənşəli, qeyri-müəyyən əhəmiyyətə malik
	Qeyri-müəyyən mənşəli, (neoplaziyaya meyilli)
	“In situ adenokarsinoma”
	Adenokarsinoma
Hormonal	Yetişmə indeksi/...../

Cədvəl 2. 2001-ci il Betesda təsnifatı

Təsnifat	Nəticə
qiymətləndirmə	
	Yaşa və xəstəlik anamnezinə uyğundur
	Yaşa və xəstəlik anamnezinə uyğun deyil (qeyd edin)
 səbəbindən hormonal qiymətləndirmə mümkün deyil
Hesabat (nəticə)	

Nəticələrin şərhı

- ▶ Tədbirlər və sonrakı nəzarət (Cədvələ 3-ə baxın)

İnfeksiya

- ▶ "Açar" hüceyrələr bakterial vaginozda (BV) olduğu kimidir. Simptomları olan xəstələr müalicə edilməlidir. Heç bir simptomu olmayan xəstələr vaxtından əvvəl doğuş baş verməməsi üçün xüsusilə hamiləlik zamanı və ya hamiləliyi planlaşdırarkən müalicə edilməlidir.
- ▶ Nümunələrin təxminən 10%-də qarışıq flora aşkarlanmışdır. Qarışıq flora iltihabi hüceyrə dəyişiklikləri və ya iyli leykoreya kimi simptomlar yaranana qədər müalicə edilmir.
- ▶ Trixomoniaz diaqnozu doğru olur. Trixomoniaz müalicə edilməlidir.
- ▶ Funqal infeksiya diaqnozu o qədər də dəqiq deyil. Lakin, funqal hifin (*Thyphae*) mövcud olması (nümunənin təxminən 4%-i) kandidozun olmasına dəlalət edir. Adətən yalnız simptomları olan xəstələr müalicə olunur.
- ▶ Aktinomiset adətən uşaqlıqdaxili kontraseptiv vasitələr (UDV) ilə əlaqədar olaraq nəzərə çarpa bilər. Müalicə UDV-nin xaric edilməsindən ibarətdir. Əgər lazım olarsa, bir neçə ay sonra yeni UDV qoyula bilər. Aktinomiset müalicə olunmalıdır. Əgər infeksiyanın əlamətləri varsa, uşaqlıqdaxili kontraseptiv vasitələrin xaric edilməsindən

başqa, *penicillin* və *metronidazole* kursuna da başlamaq olar.

- ▶ Pap-test ilə herpes aşkarlana bilər; o, spesifik, Tlakin çox həssas deyildir.
- ▶ HPV infeksiyası və əlaqədar vəzi dəyişiklikləri ciddiliyinə müvafiq olaraq atipik epitel hüceyrələri kimi təqdim olunur. Atipik dəyişikliklərin yaranmasında HPV əhəmiyyətli faktordur.
- ▶ Vaginitin müalicəsi üçün müvafiq protokollara istinad edin.

Səhv mənbələri

- ▶ Ən çox rast gəlinən problemlərdən biri təqdim edilmiş kliniki detalların kifayət qədər olmamasıdır.
- ▶ Hüceyrələrin sayının kifayət qədər olmaması: əgər uşaqılıq boynundan götürülmüş nümunə endoservikal hüceyrələrdən ibarət olarsa, nümunənin götürülməsinin düzgün aparılmış olması mümkündür.
- ▶ Nümunənin götürülməsinin düzgün icra edilməməsi, xüsusilə, yaxmanın həddən artıq qalın olması və ya materialın kifayət qədər olmaması ən böyük səhv mənbələrindəndir.
- ▶ İnfeksiya, qan, sitoliz və həmçinin yaxınlarda aparılmış yerli müalicə hüceyrələrin və hormonal vəziyyətin qiymətləndirilməsinin səhv olmasına gətirib çıxarda bilər.
- ▶ Sürtkü materialları (*lubricants*) da nəticələrin şərhinə təsir edə bilər və sürtkü materialı kimi yalnız adi fizioloji məhluldan istifadə edilməlidir.

Cədvəl 3. Pap yaxmanın təhlilinin müxtəlif nəticələrində tədbirlər və sonrakı nəzarət

Nəticə	Tədbirlər	Sonrakı nəzarət
Qiymətləndirmə üçün kifayətdir, vəzi hüceyrələri yoxdur	Yeni nümunə götürülməsini nəzərə alın	
Qiymətləndirmə etibarlı deyil	Yeni nümunə götürülməsini nəzərə alın	
Qiymətləndirmə üçün kifayət deyil	Yeni nümunə götürün	
<i>Intraepitelial zədələnmə və bədxassəlilik mənfidir</i>		
İltihab	Əgər lazım olarsa, sitoloqun tövsiyyəsi ilə mikroba xas müalicə və növbəti müşahidə	
Regenerasiya	Sitoloqun tövsiyyəsi ilə növbəti müşahidə və əgər regenerasiyaya dair ciddi sübut olarsa, kolposkopiya	
Atrofik vaginit	Yerli estrogen müalicəsi tövsiyə olunur, sitoloqun tövsiyyəsi ilə növbəti müşahidə	
Radiasiyanın səbəb olduğu dəyişiklik	Sitoloqun tövsiyyəsi ilə 4-12 aydan sonra nümunənin təkrar yoxlanması; əgər əhəmiyyətli dəyişiklik	Yaxmanın ildə bir dəfə yoxlanması

Cədvəl 3. Pap yaxmanın təhlilinin müxtəlif nəticələrində tədbirlər və sonrakı nəzarət

Nəticə	Tədbirlər	Sonrakı nəzarət
	olarsa və təkrarlanarsa, kolposkopiya.	
<i>Epitel hüceyrəsində patoloji dəyişiklik</i>		
ASC-US (qeyri-müəyyən əhəmiyyətə malik atipik skuamoz hüceyrələr)	6-12 aydan sonra nümunə götürülməlidir. Əgər 12-24 ay ərzində 2-3 dəfə dəyişiklik baş verərsə, kolposkopiya. Növbəti müalicə nəticələrə müvafiq olur.	Kolposkopiyanın nəticələrinə əsasən
ASC-H (yuxarıda qeyd edildiyi kimi, lakin yüksək dərəcəli skvamoz intraepitelial zədələnmə (HSIL) inkar edilə bilməz)	1-2 ay ərzində kolposkopiya. Əgər CIN 2 və ya 3 aşkar edilərsə, digər hallarda nəticələr normal olanadək 6 aylıq intervallar ilə nümunələr təkrarlanmalıdır (CIN = <i>cervical intraepithelial neoplasia</i> , uşaqlıq boynunun intraepitelial neoplaziyası; CIN 1 = yüngül displaziya, CIN 2 = orta dərəcəli displaziya, CIN 3 = ciddi displaziya və	Kolposkopiyanın nəticələrinə əsasən

Cədvəl 3. Pap yaxmanın təhlilinin müxtəlif nəticələrində tədbirlər və sonrakı nəzarət

Nəticə	Tədbirlər	Sonrakı nəzarət
	ya epiteldaxili xərcəng).	
LSIL (yüngül dərəcəli skuamoz intraepitelial zədələnmə)	Yaşı 30-dan çox olan qadınlarda: 6 ay ərzində kolposkopiya. Əgər sitoloq tövsiyə edərsə və ya 6-12 aydan sonra yenə müayinə zamanı ASC-US və ya daha çox dəyişiklik aşkar edilərsə, yaşı 30-dan az olan qadınlara da eynisi tətbiq edilir. Əgər kolposkopiya zamanı CİN 2 və ya 3 aşkar edilərsə, müalicəyə ehtiyac var, əks təqdirdə nəticə normal olanadək 6-12 aylıq intervallar ilə nümunələrin təhlili təkrarlanmalıdır.	Kolposkopiyanın nəticələrinə əsasən. CIN 1 olduqda 2 il ərzində müşahidə edilməlidir. Müşahidə müddəti ərzində sağalmazsa, müalicə edilməlidir. Bundan sonra 30 ay ərzində hər il yaxmanın təhlili aparılmalıdır. Daha sonra, yaxmanın təhlilləri arasındakı interval 5 ili keçməməlidir.
HSIL (yüksək dərəcəli skuamoz intraepitelial zədələnmə)	1-2 ay ərzində kolposkopiya. Əgər kolposkopiya zamanı CİN 2 və ya 3 aşkar edilərsə, müalicəyə ehtiyac var, əks təqdirdə nəticə normal	Kolposkopiyanın nəticələrinə əsasən. CIN 2-3 olduqda 60 ay ərzində hər il yaxmanın təhlili aparılmalıdır. Daha sonra, yaxmanın təhlilləri arasındakı

Cədvəl 3. Pap yaxmanın təhlilinin müxtəlif nəticələrində tədbirlər və sonrakı nəzarət

Nəticə	Tədbirlər	Sonrakı nəzarət
	olanadək 6 aydan bir kolposkopiya təkrarlanmalı və 6 aylıq intervallar ilə nümunələrin təhlili aparılmalıdır.	interval 5 ili keçməməlidir.
Skvamoz (yastı) hüceyrə karsinoması	Kolposkopiya, UDV-nin çıxarılması və invaziyanın dərəcəsinə əsasən karsinomanın müalicəsi.	Onkoloji klinikada sonrakı nəzarət altında saxlanılmalıdır
Endoservikal mənşəli, atipik vəzi hüceyrələri	1-2 ay ərzində kolposkopiya, sitoloq tərəfindən tövsiyyə edildiyi kimi qeyri-müəyyən vəzi atipiyasında 4-6 ay ərzində yaxmanın təhlilinin təkrarlanması kifayətdir.	Kolposkopiyanın nəticələrinə əsasən. Yaxmanın ildə bir dəfə müayinəsi
Endometrial mənşəli, atipik vəzi hüceyrələri	Vaginal ultrasəs müayinəsi və endometrial biopsiya	Postmenopauzal dövrdə endometriyumun sonrakı nəzarətdə saxlanması
Adenokarsinoma	Kolposkopiya, karsinomanın müalicəsi	Onkoloji klinikada sonrakı nəzarət
Digər bədxassəlilik	Kolposkopiya və histoloji nümunələr	Onkoloji klinikada sonrakı nəzarət

Cədvəl 3. Pap yaxmanın təhlilinin müxtəlif nəticələrində tədbirlər və sonrakı nəzarət

Nəticə	Tədbirlər	Sonrakı nəzarət
Hormonal vəziyyət xəstənin yaşına və xəstəlik anamnezinə uyğun deyil	Vəziyyətdən asılı olaraq (Qeyd: menopauzadan sonra estrogen ifraz edən şişlər)	

Endometrial biopsiya

- ▶ Məsələn, qanaxma pozulmalarında endometrial biopsiyasından istifadə etməklə endometrium qiymətləndirilə bilər.
- ▶ Biopsiyanın toplanılması nisbətən asandır və ilkin səhiyyə müəssisəsində də icra edilə bilər. Müayinənin diaqnostik nəticəsi eyni zamanda icra edilən vaginal ultrasəs müayinəsi ilə yaxşılaşdırıla bilər.

Göstərişlər

- ▶ Qeyri-müəyyən anamenezi olan xəstələrdə menopauzadan sonra qanaxma ("açıq qəhvəyi ifrazat", "bir qədər ləkə") və həmçinin əgər belə xəstədə aydın qanaxma olarsa
- ▶ Yaşı 40-dan aşağı qadınlarda, yüngül, ancaq təkrarlanan qanaxma pozulmaları
- ▶ Yalnız progesteron və ya kombinə edilmiş kontraseptivlər qəbul edən qadınlarda təkrarlanan qanaxma pozulmaları
- ▶ Uzun müddətli hormon əvəzləmə müalicəsində endometrial reaksiyasının müəyyən edilməsi

Prosedurun aparılmasının ardıçılığı

- ▶ Həm birdəfəlik, həm də təkrar istifadə olunan kateterlər mövcuddur. Yerli anesteziyaya ehtiyac yoxdur.
 1. Uşaqlığın vəziyyətini müəyyən etmək üçün çanaq orqanları müayinə edilməlidir.
 2. Əgər ehtiyac olarsa, uşaqlıq boynu fizioloji məhlul ilə təmizlənməlidir.

3. Əgər ehtiyac olarsa, uşaqlıq boynunu xüsusi maşa ilə tutun və biopsiya kateterinin yeridilməsi üçün uşaqlıq - uşaqlıq boynu küncünü düzləşdirmək üçün yavaşca bayır istiqamətində çəkin.
4. Əgər ehtiyac olarsa, uşaqlıq boşluğunun istiqaməti yoxlanıla və eyni zamanda uşaqlıq dibindən uşaqlıq boynunun xarici dəliyinədək uzunluğu ölçülə bilər.
5. Biopsiya kateterini uşaqlıq boşluğuna yeridin. Orada kateteri 360 dərəcə fırlatmaqla uşaqlığın divarlarından nümunəni aspirasiya edin.
6. Adətən yaxşı toxuma nümunəsi götürülür. O, histoloji müayinə üçün içərisində buferli formalin məhlulu olan konteynerə yerləşdirilir. Kateterin ucunu qayçı ilə kəsmək məsləhət görülür: onda toxuma nümunəsinin keyfiyyəti daha yaxşı saxlanılır.
 - Əgər götürülən nümunə azdırsa və ya sitoloji müayinə üçün nümunə həkim-patomorfoloqun tələbi ilə içərisində etanol olan konteynerə yerləşdirilə bilər.

Biblioqrafiya

1. International Agency for Research on Cancer. Cervical cancer screening. IARC Handbooks of cancer prevention, vol 10. IARC/WHO, Lyon 2005.
2. Arbyn M, Ronco G, Anttila A ym. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5():F88-99. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199969>
3. Leinonen M, Nieminen P, Lönnberg S, Malila N, Hakama M, Pokhrel A, Laurila P, Tarkkanen J, Anttila A. Cervical pre-cancer and cancer rates after primary HPV screening within one screening round: a randomised prospective trial in Finland. *BMJ*.2012;345:e7789

Qarnın aşağı nahiyyəsində ginekoloji mənşəli ağrılar

(EBM Klinik protokolları, 24.08.2018.

Sonuncu dəyişiklik 24.08.2018.

Müəllif - Laure Morin-Papunen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Qarnın aşağı nahiyyəsində təsadüf edilən ağrılar ginekoloji deyil, daha çox bağırsağ mənşəli olur.
- ▶ Tsiklik ağrılar, qanaxma pozğunluqları və ya pis qoxulu vaginal ifrazat səbəblərin ginekoloji xarakterli olmasına işarə edir.

Status

- ▶ Abdominal palpasiyanı diqqətə alın (differensial diaqnostikada appendisit nəzərdən keçirin).
- ▶ Ginekoloji statusu qiymətləndirdikdə aşağıdakı faktorları nəzərdən keçirin
 - uşaqlıq boynunun irinli ifrazatı
 - uşaqlıq boynunun hərəkəti ağrıya səbəb olurmu
 - uşaqlıqda gərginlik

Laborator testlər

- ▶ Hamiləlik testləri, sidiyin analizi, CRP, qanın trombosit sayı da daxil olmaqla, qanın ümumi analizi, xlamidiya və qonoreya infeksiyasına yoxlamaq üçün nümunələr (ilk sidikdən götürülən nümunə).

Digər müayinələr

- ▶ Ultrasəs müayinəsi

Fertil yaşda olan xəstələr

İnfeksiya

- ▶ Çanaq üzvlərinin iltihabi xəstəlikləri
- ▶ Kəskin endometrit

- Son doğuşdan sonra yaranan infeksiya, spontan və ya planlı şəkildə həyata keçirilmiş abort və yaxud da orqanizmə uşaqlıqdaxili cihazın (İUD) yerləşdirilməsi və ya digər instrumental müayinələrin aparılması.
- Etioloji orqanizmlər əsasən uşaqlıq yolunun (vaginanın) normal florasını təşkil edən mikroorqanizmlər, aerobik və ya anaerobik kokklardır.
- Pis qoxulu ifrazat anaerobik infeksiyaya işarə edir.
- Simptomlar
 - Alətin yerləşdirilməsindən və ya doğuşdan bir neçə gün sonra yaranan kəskin gedişli xəstəlik
 - Soyuqdan titrəmə
 - Qarnın aşağı nahiyəsində ağrı
 - Yorgunluq
 - Temperatur 39-40°C
 - Bəzən halsızlıq
 - Bəzən baş ağrıları və ya əzələlərdə sızıltı
- Əlamətlər
 - Qarnın aşağı nahiyəsinin palpasiyası zamanı uşaqlıq ətrafında və uşaqlıq artımlarında meydana gələn ağrı. Qarnın yuxarı hissəsi yumşaq və ağrısız olur.
 - Çanaq nahiyənin müayinəsi zamanı uşaqlıq həssas, sərt və hərəkətli olur.
 - Adneksa (uşaqlıq artımları) normal ölçü daxilindədir.
- Diaqnoz
 - Uşaqlıq daxilində aparılan əməliyyatlara dair anamnez və səciyyəvi klinik mənzərə.
- Müalicə
 - Antibiotiklər (sefalosporin və daha çox hallarda metronidazol), adətən xəstəxana şəraitində.
- ▶ Xlamidiya mənşəli infeksiyalar, adətən yalnız bir neçə simptomun yaranmasına səbəb olur.

Uşaqlıqdan kənar (ektopik) hamiləlik

- ▶ Ektopik hamiləliyin aparılmasına dair yerli protokollara istinad edin
- ▶ Ağrı və qanaxmanın kəskinliyi dəyişir.

- ▶ Öncəki tsikl nizamsız ola bilər və ya qanaxmanın miqdarı çox ola bilər. Amenoreyaya hər zaman təsadüf edilmir.
- ▶ Hamiləlik testinin müsbət olub, uşaqlıq daxilində hamiləliyi sübut edən ultrasonoqrafik dəlil olmadıqda, hər zaman nəzərdən keçirilməlidir.
- ▶ Ultrasəs müayinəsi
 - Əgər qan zərdabına insan xorionik qonadotropin konsentrasiyası (HCG) ≥ 1000 IU/l olsa, hamiləliyin uşaqlıqda təsbit edilməsi lazımdır. Hamiləlik bəzən keysəriyyə kəsiyi nahiyəsində lokalizə oluna bilər.
 - Əgər uşaqlıq boşluğu boşdursa və ya yalnız kiçik bir maye yığıntısı (psevdosist - hamiləliyin yalançı kisəsi) görülürsə, ektopik hamiləlikdən şübhələnmək lazımdır. Bu hallarda adətən boru və ya yumurtalıq hamiləliyi təsbit edilir.
 - Səciyyəvi görüntü dəyirman daşını xatırladır; homogen plasental toxuma, əks olunmayan mərkəzi boşluğun ətrafında qalın bir halqa formalaşdırır. Bəzən bir anlıq, mərkəzi boşluqda döl və ya ürək döyüntüsü müşahidə edilə bilər.
 - Hamiləliyin erkən dövrlərində abdominal hamiləliyin ultrasəs müayinəsi zamanı aşkar edilməsi çox çətin, bəzi hallarda isə hətta mümkünsüz ola bilər.
 - Ektopik (uşaqlıqdankənar) hamiləliyə həmçinin servikal kanalda və ya uşaqlıq borusununun mənfəzində də təsadüf edilə bilər.

Ovulyasiya

- ▶ Tsiklin ortasında adətən 24 saat ərzində sakitləşən kəskin, əksər hallarda birtərəfli (unilateral) ağrı.

Yumurtalıq və ya yumurtalıq sistinin burulması və ya cırılması

- ▶ Ginekoloji törəmələrin müayinə və müalicəsinə dair müvafiq yerli protokollara istinad edin
- ▶ Məsələn, boulinq oyunu, göbək rəqsi və ya döşəmənin diz üstə oturaraq silinməsi də daxil olmaqla, anamnezə bədənün bükülməsi halları qeyd oluna bilər.

- ▶ Ultrasəs müayinəsində sist qeyri-bərabər şəkildə təzahür edə və periton boşluğunda sərbəst maye izləne bilər.
- ▶ Sarı cismin partlaması
 - Hamiləlik testinin neqativ olmasına baxmayaraq simptomlar uşaqlıqdankənar hamiləliyi xatırladır.
 - Periton boşluğunda qan izlənilir.
 - Ağrıların şiddətli olması halında müalicə cərrahi yolla aparılır.
- ▶ Endometrioz sistinin partlaması
 - Simptomlar kəskin gedişli olur və peritonun çox kəskin qıcıqlanması ilə özünü biruzə verir.
 - Müalicəsi adətən təcili əməliyyatın tətbiqi edilməsindən ibarət olur.
- ▶ Dermoid sistin cırılması
 - Nadir hallarda təsadüf edilir
 - Ağrılar şiddətli olur çünki sebum (yağ mayesi) periton boşluğunda güclü qıcıqlanmaya səbəb olur.
- ▶ Yumurtalıqın və ya borunun burulması
 - Səbəb adətən sist olur.
 - Ginekoloji müayinələrdə yumşaq və hərəkətli kütlə aşkar edilir.
 - Ultrasəs müayinəsində yumurtalıqlar ödemli və hiperexogen (parlaq) görünüşə malik ola bilərlər. Burulmuş Fallop boruları (lat. *tuba uterina*) maye boşluqlarının yaranmasına səbəb ola bilər. Çoxsaylı burulmalarda rəngli Dopler adətən yumurtalıq toxumasının damar keçiriciliyini təyin etməkdə çətinlik çəkir.

Yumurtalıqların hiperstimulyasiyası sindromu (OHSS)

- ▶ İnfertillik və ya sonsuzluqla bağlı yerli protokollara istinad edin
- ▶ Ovulyasiyanı stimulyasiya etmək məqsədiylə istifadə edilən bütün dərman maddələri (letrozol, nadir hallarda) OHSS-in yaranmasına səbəb ola bilər. Bu hallarda yumurtalıqlar hormonal dərman preparatlarına aşırı həssas reaksiya göstərə bilər.

- ▶ Sindrom adətən stimulyasiyadan 3-10 gün sonra meydana gəlir.
- ▶ Simptomlara abdominal ağrı, ödem, ürəkbulanma və ağır dispnoye halları aid edilir.
- ▶ Yumurtalıqların ultrasəs müayinəsi və qanın trombosit sayı da daxil olmaqla qanın ümumi analizi əsas testlər sayılır. CRP-nin təyini isə differensial diaqnostikada istifadə edilir.
- ▶ *OHSS-dan şübhələnməyə tutarlı səbəblər olduqda ginekoloji müayinələrdən qaçınmaq lazımdır.*
- ▶ Düşünmədən sonsuzluğun müalicəsi ilə məşğul olan həkimə və ya tibb mərkəzinə müraciət edin.

Uşaqlığın saplı miomasının burulması və nekrozu

- ▶ Simtomlara doğuş ağrılarını xatırladan tsiklik ağrıları aid etmək olar.
- ▶ Mioma uşaqlıq boynundan vaginaya doğru inkişaf edə bilər.
- ▶ CRP adətən yüksəlmiş olur.
- ▶ Ultrasəs müayinəsi: nekroz hallarında miomanın forması və strukturu dəyişə bilər və miomanın yığılaraq kiçilməsi müşahidə edilə bilər.

Bədxassəli neoplazmalar

- ▶ Ginekoloji törəmələrin müayinə və müalicəsinə dair müvafiq yerli protokollara istinad edin
- ▶ Cırılma və qanaxmalar zamanı çanaq nahiyəsində kəskin ağrılara səbəb ola bilər. Lakin, bu nadir görülən bir haldır.
- ▶ Xəstədə, qarının aşağı nahiyəsində yumşaq kütləyə, əksər hallarda isə assit təsadüf edilir.
- ▶ Ultrasəs müayinəsi
 - Yumurtalıqda şiş inkişaf etdikcə qansızma, ya şişin daxilində ya da onu əhatə edən toxuma daxilində müşahidə edilə bilər. Şiş burula bilər. Bədxassəli şişlər adətən qarın nahiyəsinin qəfil və əhəmiyyətli dərəcədə şişməsiylə müşahidə edilən assitlə birgə təsadüf edilə bilər.

Doğuş

- ▶ Ani, şiddətli kəskin çanaq ağrısı, nə hamilə qadının, nə də yaxınlarının hamiləlikdən xəbəri olmadığı halda doğuşdan qaynaqlana bilər.

Vaginanın perforasiyası

- ▶ Ümumi etiologiyaya cinsi əlaqə (xəstə adətən içkili olur) və ya xarici cismin təsirindən qaynaqlanan travma aid edilir.

Mensturasiya (aybaşı) olmayan gəncyaşlı xəstələr

- ▶ Amenorreyası olan pasiyentlərin menecmentinə dair müvafiq protokollara istinad edin

Struktur anomaliyaları

- ▶ Qanaxma zamanı qanın normada xaric olunduğu yolun tıxanması.
- ▶ Simptomlar
 - Ağrı, qarnın aşağı nahiyyəsində yaranan mülayim tsiklik ağrıdan və bəzən də tsiklik sidik ləngiməsindən qaynaqlanır.
 - Ani kəskin çanaq ağrısı, güclü peritonal qıcıqlanma
- ▶ Səbəb
 - Əksər hallarda, deşilməmiş qızlıq pərdəsi (lat. *hymen*).
 - Uşaqlıq anomaliyaları (məs, ikiləşmiş uşaqlıq, qan bir hissəsində toplanarkən, digər hissəsindən vaginaya boşalır).
- ▶ Müalicə cərrahi yolla aparılır.

Yumurtalıq sistinin burulması və ya cırılması

- ▶ Ani başlayan ağrılar
- ▶ Müalicə cərrahi yolla aparılır.

Postmenopauza dövründə olan qadınlar

- ▶ Ginekoloji törəmələrin müayinə və müalicəsinə dair müvafiq yerli protokollara istinad edin

İrinli endometrit (piometrium)

- ▶ Səbəb adətən uşaqlıq boynu xərçənginin müalicəsindən (məs, ilgək elektrocərrahiyyəsi, krio- və ya lazer konizasiyası) qaynaqlanan uşaqlıq boynunun (serviks) daralması olur.
- ▶ Simptomlar
 - Tədricən başlayır.
 - Qanlı və irinli ifrazatın meydana gəlməsi və ağrıyla temperaturun yaranması zamanı vəziyyət kəskinləşir.
- ▶ Müalicə
 - Mütəxəssiz konsultasiyasından asılı olaraq təyin edilir.

Uşaqlığın bədxassəli neoplazmaları

- ▶ Ginekoloji törəmələrin müayinə və müalicəsinə dair müvafiq yerli protokollara istinad edin
- ▶ Simptomlara qanaxma və ağrı aid edilir.

Yumurtalıq neoplazmaları

- ▶ Ginekoloji törəmələrin müayinə və müalicəsinə dair müvafiq yerli protokollara istinad edin
- ▶ Simptomlara abdominal ağrı, qanaxma pozğunluqları, daxili hemorragiya və sidik problemləri aid edilir.

Qarnın aşağı nahiyəsinin xroniki ağrıları. Səbəblər

- ▶ Endometrioz
- ▶ Adenomioma
- ▶ Yenitörəmə
- ▶ Xroniki servisit
 - Mənşəyi bilinməyən ağrılar və bəyaz ifrazat (leykorreya)
 - İnfeksiyon və dəri-zöhrəvi xəstəliklərin diaqnostikası məqsədiylə nümunələr götürün.
- ▶ Uşaqlıq artımları venalarının varikoz genəlməsi
 - Gün ərzində, xüsusilə də ayaq üstə duranda şiddətlənən mənşəyi bilinməyən ağrılar
- ▶ Premenstrual gərginlik

Bibliografiya

1. Edwards RD, Moss JG, Lumsden MA, Wu O, Murray LS, Twaddle S, Murray GD, Committee of the Randomized Trial of Embolization versus Surgical Treatment for Fibroids. Uterine-artery embolization versus surgery for symptomatic uterine fibroids. *N Engl J Med* 2007 Jan 25; 356(4): 360-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17251532>
2. World Health Organization (WHO). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th edition, 2015
3. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29(3):400–12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24435778>
4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril* 2012;98(3):591–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22704630>
5. Shim JY, Laufer MR. Adolescent Endometriosis: An Update. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2020;33(2):112–119. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31812704>
6. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220(4):354.e1–354.e12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30625295>
7. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med* 2020;382(13):1244–1256. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32212520>
8. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* 2021;397(10276):839-852. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33640070>
9. Working group of ESGE, ESHRE and WES, Saridogan E, Becker CM et al. Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: Ovarian Endometrioma. *Hum Reprod Open*

2017;2017(4):hox016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31486802>

10. Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Keckstein J, Becker CM et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Hum Reprod Open* 2020;2020(1):hoaa002. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32064361>
11. Chen I, Veth VB, Choudhry AJ et al. Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;11:CD003678. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33206374>

Amenoreya

(EBM Klinik protokolları, 18.08.2022.

Sonuncu dəyişiklik 18.08.2022.

Müəllif - Helena Tinkanen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Zərurətlər

- ▶ Birinci dərəcəli amenoreyada xəstədə heç vaxt menstruasiya olmamışdır. İkinci dərəcəli amenoreyada, ardıcıl 6 ay ərzində mensturasiya olmur və ya mensturasiya dövrü normaldan daha uzun olduqda üç ardıcıl mensturasiya dövrü olmur. Praktikada fərqli şərtlər arasındakı fərq həmişə bu qədər aydın olmur.

Birinci dərəcəli amenoreya

- ▶ Müayinə edin, əgər
 - 14 yaşına çatmış yeniyetmələrdə heç bir cinsi yetkinlik əlaməti meydana gəlməyibsə
 - Cinsi yetkinlik normal şəkildə inkişaf etmiş olsa da, 16 yaşından etibarən menstruasiya başlamayıbsa.

Səbəblər

- ▶ Çox vaxtı səbəb bərpa olunmayan bir yumurtalıq çatışmazlığıdır; adətən cinsi yetkinlik başlamır.
 - Adətən xromosom anormallıqları ilə əlaqələndirilir, məs. Turner sindromu
 - Digər yumurtalıq qüsuru (disgenez)
 - Uşaqlıq dövründə müalicə olunmuş onkoloji xəstəlik
- ▶ Hipofizlə bağlı səbəblər; çox vaxt cinsi yetişkənlik dövründə başlayır.
 - Hipofiz şişləri (çox vaxtı prolaktinoma)
 - Prolaktin səviyyəsini yüksəldən dərmanlar
 - Hipofiz vəzinin hipofunksiyası
- ▶ Hipotalamusla bağlı səbəblər; cinsi yetişkənlik dəyişiklikləri müşahidə edilmir
 - Konstitusional inkişafda gecikmə
 - Qida qəbulu pozuntuları
 - Həddindən artıq fiziki məşq və ya idman

- Kallman sindromu
- Törəmələr və onların müalicəsi
- ▶ Struktur səbəblər; cinsi yetkinliyin inkişafı normaldır.
 - Perforasiya olunmamış hymen (qızlıq pərdəsi) – vaginada saxlanmış qan (hematokolpos) və dövrü aşağı qarın ağrısı
 - Nadir: eninə vaginal septum, uşaqlıq boynunun olmaması və ya uterusun zəif inkişafı
 - Nadir: androgen həssaslığı sindromu, yəni bir XY qadın, qadın xarici cinsiyyət orqanı və bədən vərdişi, qısa vajina, daxili cinsiyyət orqanı
- ▶ Sistem xəstəliklər.
 - Hipotiroidizm, müalicə olunmamış seliakiya (qlüten enteropatiyası), Kuşinq sindromu, adrenal hiperandrogenizm
 - Piylənmə

Diaqnostika və müalicə

- ▶ Mütəxəssisə müraciət etmək (həm pediatr, həm də ginekoloqa müraciət)
- ▶ Çanaq orqanlarının iki əllə müayinəsi aparılmamalıdır!
- ▶ Xəstənin mütəxəssisə yönəldilməsi zamanı aşağıdakı məlumatlar da ötürülməlidir: xəstənin böyümə qrafikləri, keçmiş tibbi qeydləri və valideynlərin cinsi yetkinliklə bağlı anamnezi.

İkincili amenoreya

- ▶ Həm hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq oxunun və həm də endometriyumun normal işləməsi müntəzəm bir menstrual dövrünün şərtidir.
- ▶ Anormal menstrual qanaxma hallarının menecmentinə dair yerli protokollara istinad edilməlidir

Tarixçə

- ▶ Əvvəlki menstruasiya tarixi, kontrasepsiya
- ▶ Hamiləlik, doğuş və bununla əlaqəli prosedurlar
- ▶ Çəki itkisi və ya çəki artımı (çəki dəyişməsinin əsas çəkiyə nisbətən əhəmiyyətini qiymətləndirin, yəni BKİ (Bədən kütlə

indeksi) 18-dirsə, bir neçə kq arıqlama amenoreya səbəb ola bilər)

- ▶ Artan fiziki məşqlər tarixçəsi, son stresslər, mövcud xəstəliklər və onların dərmanları, əvvəllər müşahidə olunan xəstəliklər və onların müalicəsi (məsələn, sitotoksik kimyəvi terapiya və ya radioterapiya tarixi), xəstəliklər (məsələn, qarın boşluğu xəstəlikləri) və mensturasiya anormallıqları ilə bağlı ailədən gələn problemlər
- ▶ Amenoreya ilə əlaqəli hər hansı digər simptomlar (qəfil tərləmə, vaginal quruluq, akne, tüklənmənin artması və s.)

Vəziyyət

- ▶ Boy, çəki, qan təzyiqi
- ▶ Yağ paylanması (trunkal piylənmə)
- ▶ Xətlər, xarici cinsiyyət orqanlarının və qoltuqların anormal pigmentasiyası
- ▶ Hirsutizm (tüklənmə), yağlı dəri, sızanaqlar
- ▶ Qalxanvari vəzi
- ▶ Döşlər, mümkün maye ifrazatı (qalaktoreya)
- ▶ Ginekoloji müayinə: vaginal epitelin vəziyyəti, uterusun və yumurtalıqların ölçüsü.
 - Yeniyetmə cinsi əlaqədə olmayıbsa, çanaq orqanlarının ikiəlli (bimanual) müayinəsi aparılmamalıdır.

Diagnoz və müalicə

- ▶ Hamiləlik xaric.
- ▶ Prolaktin serum
 - Tüklənmə
 - Əgər artan prolactin konsentrasiyası və amenoreya varsa, antipsikotik dərmanlar barədə soruşun
 - Hipofiz və hipotalamik şişlər mümkündür.
 - Aydın bir səbəb olmadan hiperprolaktinemiya (laktasiya, antipsikotik dərmanlar) sonrakı araşdırma üçün müraciət etmək lazımdır.
- ▶ TSH serumu
 - Hipotiroidizm, hipertiroidizmdən daha çox anormal menstrual qanaxmanın səbəbidir.

- ▶ Progestin testi 7-10 gün (məsələn, didrogesteron 10-20 mq / gün və ya gündə 10 mq medroksiprogesteron)
 - Dərman qəbulu dayandırıldıqdan sonra yaranan qanaxma son tabletdən 2 həftə sonra baş verərsə, endometriyumun yayılması üçün estrogen səviyyəsi kifayətdir. Heç bir qanaxma baş vermirsə, estrogen səviyyəsi aşağıdır və ya endometriyum cavab vermir.
- ▶ Dərman qəbulu dayandırıldıqdan sonra yaranan qanaxma baş vermirsə, FSH (follikul xəbərdaredici hormon) və LH (lutropin hormonu) ölçün.
 - Aşağı FSH və LH
 - Hipotalamik / hipofiz etiologiyası
 - Anoreksiya: psixiatrik komandaya müraciət edin
 - Həddindən artıq məşq: xəstəyə osteoporoz riski barədə məlumat verin. Məqsəd kalorini artırmaqdır.
 - Məşq miqdarı və aşağı bədən çəkisi dəyərlərin tapılması üçün heç bir izahat vermirsə, xəstəni əlavə araşdırma üçün göndərin, çünki hipotalamik və ya hipofiz şişinin olması ehtimalı mümkündür.
 - Yüksək FSH və LH və əlavə olaraq aşağı AMH (tələb olunduqda müəyyən edilə bilən anti-Müller-hormon)
 - Yumurtalıq çatışmazlığı
 - 40 yaşdan aşağı bir qadında onun etiologiyası və müalicəsi (məsələn, osteoporoz riski) müvafiq bir xəstəxanada qiymətləndirilməlidir.
 - Erkən menopoz (30-50% hallarda ailədən gəlir)
 - Polyendokrinopatiya
 - Yatrogenik etiologiya (cərrahiyyə, kemoterapi)
 - Normal FSH və LH
 - Etiologiya endometrial reaksiya ilə əlaqədardır
 - Bətdə yapışmaların mövcudluğu, məsələn abortdan sonra (Asherman sindromu)
 - Bir mütəxəssisə müraciət etməkt
 - Sistemli xəstəlik amenoreya səbəb ola bilər
 - Hipertiroidizm, hipotiroidizm, böyrək və ya qaraciyər çatışmazlığı, ağır müalicə olunmamış qarın boşluğu xəstəliyi və s. Adətən progestogen problem testindən sonra qanaxma olmur.

- ▶ Əgər Dərman qəbulu dayandırıldıqdan sonra yaranan qanaxma baş verərsə, xəstə normoestrogenik və anovulyator olur.
 - Mümkün stress amilləri (şəxsi münasibətlərdəki problemlər, məşğulluq vəziyyətindəki son dəyişikliklər, yaxın ailə üzvünün ölümü və s.) Barədə soruşun. Vəziyyət keçicidir.
 - Üç aylıq tsiklik progestogenlə (dövrünün 15-24 günlərində 10 mg dydrogesteron) müalicə edin.
 - Normal bir menstruasiya dövrü dərman olmadan alınmazsa, xəstəni bir ginekoloqa göstərin.
 - Aydın çəki artımı, kəskin piylənmə, sızanaq, hirsutizm
 - Polikistik yumurtalıq sindromu, bax.
 - Yalnız obezlikdən narahat olan ovulyasiya, endometriyal hiperplaziya riskini qarşısını almaq üçün çəki normallaşana qədər tsiklik progestogen ilə müalicə həyata keçirilir
 - Nadir: Kuşinq (*Cushing*) sindromu
 - Virilizmin aydın əlamətləri varsa (alopesiya, qeyd olunmuş hirsutizm, klitorisin böyüməsi, səsin dərinləşməsi) və serum testosteron səviyyəsinin artması halında xəstə bir ginekoloqa müraciət etməlidir. Xəstədə bir androgen istehsal edən adrenal və ya yumurtalıq şişi ola bilər.
 - Qeyd! Testosteron səviyyəsi çox yüksəkdirsə, progestogen problem testindən sonra Dərman qəbulu dayandırıldıqdan sonra yaranan qanaxma baş verməyəcəkdir.

Bibliografiya

1. Klein DA, Paradise SL, Reeder RM. Amenorrhea: A Systematic Approach to Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* 2019;100(1):39–48. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31259490>
2. Gordon CM, Ackerman KE, Berga SL et al. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(5):1413–1439. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28368518>

Qeyri-normal menstrual qanaxma

(EBM Klinik protokolları, 28.02.2022.

Sonuncu dəyişiklik 31.08.2022.

Müəllif - Ritva Hurskainen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas müddəalar

- ▶ Aybaşı qanaxmalarının bütün təfərrüatları ilə toplanmış anamenzı, əksər hallarda çanaq boşluğunun müayinəsindən daha vacibdir.
- ▶ Qeyri-normal menstrual qanaxmanın səbəblərinin təsnifatı FİGO (Beynəlxalq Mama-Ginekoloqlar Federasiyasının) PALM-COEİN abreviaturasına əsasən aparılır
 - Polip, Adenomioz, Leyomioma, Maliqizasiya və Hiperplaziya, Koaqulopatiya, Ovulyasiyanı disfunksiyası, Endometria, Yatrogen, Təsnif olunmur.

Normal aybaşı tsikli

- ▶ Menarxe (ilk aybaşı) üçün ortalama yaş 12,5 il olaraq qəbul edilir.
- ▶ Aybaşı/Menstruasiya/ tsikli 23 ilə 36 gün arasında dəyişir, adətən isə 26-30 gün olur.
- ▶ Normal uşaqlıq/ayabaşı qanaxması adətən 2-7 gün davam edir və adətən həcmi 25-40 ml təşkil edir və bu göstəricinin normal yuxarı həddi 80 ml olaraq qəbul edilir.

Qəbul edilmiş terminologiya

- ▶ Amenoreya
 - aybaşı qanaxmasının olmaması:
 - Birincili - heç vaxt ayabaşı qanaxması olmamışdır.
 - İkincili - ən azı 6 ay ərzində menstrual qanaxma olmamışdır.
- ▶ Oligomenorreya:
 - Menstruasiya tsiklinin dövrünün müddəti 36 gündən çoxdur.
- ▶ Polimenorreya:
 - Menstruasiya tsiklinin dövrünün müddəti 23 gündən azdır.

- ▶ Menorragiya
 - Qanama müntəzəmdir, lakin normaldan daha çoxdur.
- ▶ Metrorragiya
 - Dövrələr arasında qeyri-müntəzəm qanaxmalar baş verir.
- ▶ Ovulyatuar qanaxma
 - ovulyasiya zamanı (menstrula tsiklin/dövrün ortasında baş verən) qanaxma
- ▶ Yarıbkəçən (*Breakthrough*) qanaxma
 - hormon terapiyasının və ya hormonal kontrasepsiyanın tətbiqi ilə əlaqədar olan qanaxma; qanaxma qeyriadi vaxtlara təsadüf edir.
- ▶ Beynəlxalq Ginekologiya və Mamaçalılıq Federasiyası (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) FIGO), menstrual qanaxmaların aşağıdakı kimi qeyd edilməsini tövsiyə edir. "Ağır müntəzəm qanaxma" və ya "ağır, qeyri-müntəzəm, uzun müddətli qanaxma". XBT-10 təsnifatında hələ də köhnə nomenklaturadan istifadə edilir.

Şiddətli və müntəzəm olan qanaxmalar (menorragiya və hipermenorragiya)

- ▶ Müntəzəm ovulyatuar menstrual qanaxmadır, həcmi 80 ml-dən çox olur;
- ▶ İtirilən qanın həcmnin ölçülməsi göstərir ki, reproduktiv yaşda olan qadınlar arasında belə halların yayılması 9-14% təşkil edir. Bununla birlikdə, hər üç qadıandan biri həyatının hər hansı bir mərhələsində həddindən artıq qanaxmadan əziyyət çəkir.

Ən çox rast gəlinən səbəbləri

- ▶ Sistem pozuntular (5-15%):
 - von Villebrand xəstəliyi; digər laxtalanmas pozuntuları (nadir)
 - tiroid funksiyasının pozulması, zəif nəzarət edilən diabet, qaraciyərin, yaxud böyrəklərin və ya üreynin xroniki xəstəlikləri;
 - piylənmə;
 - düzgün aparılmayan antikoagulyant terapiyası;

- dərman preparatları (məsələn, psixotrop dərmanlar, asetil salisil turşusu, valproat, ketokonazol, omega-3 yağ turşuları) qəbulu
- ▶ Uşaqlıqda yaranan pozğunluqlarla əlaqədar (40-50%) olan səbəblər:
 - uşaqlıq boşluğunun polipləri və selikli qişa altı/submukoz miomalar;
 - adenomioz;
 - mis tərkibli uşaqlıq daxili vasitələr (UDV);
 - infeksiya;
 - endometriumun karsinoması (yalnız 0.1% hallarda menorragiya səbəb olur).
- ▶ İdiopatik menorragiyalar (təxminən 50%):
 - ayrı-ayrı xəstələrdə mövcud diaqnostik metodların vasitəsi ilə qanaxmaların bir deyil, bir neçə səbəblərdən qaynaqlandığına üstünlük verilir, yəni qanaxmaya çoxlu sayda mexanizmlər səbəb olur.

Anamnezin toplanması

- ▶ Anamnez (müddət, qanaxma profile, xəstəliklər, digər dərmanlar, kontrasepsiya, bədən çəkisi, qidalanma, irsiyyət) çox vacibdir
- ▶ Qan itkisinin miqdarını qiymətləndirmək çətindir, amma vacibdir. Obyektiv olaraq, ağır qanaxmadan şikayət edənlərin yalnız yarısında 80 ml-dən çox qan itkisi olur.
 - Qan itkisini qiymətləndirmək üçün “aybaşı fincanından” istifadə edilə bilər. “Aybaşı fincanları” müxtəlif ölçüdə olur və üzərində ölçünü təyin etmək üçün xəttlər qeyd olunub.
- ▶ Qanaxmanın xüsusiyyətləri
 - Paltar və ya yataq dəstləri qana bulaşdırmı?
 - Laxtalar müşahidə edilirmi?
 - Eyni vaxtda birdən çox gigiyenik paketdən istifadə edilirmi?
 - Əvvəlki vaxtlarla müqayisədə aybaşı zamanı xaric olunan qan həcmində dəyişiklik varmı?
 - Yarımkeçən (*Breakthrough*) qanaxma

- Menstrual ağrılar olurmu, olduqda intensivliyi və tezliyi necə olur?
- Qanaxma əmək fəaliyyətinə, təhsilə, idmana, cinsi həyata, gigiyenaya təsir göstərirmi?
- ▶ Şəkillər əsasında aybaşı zamanı itirilən qanın miqdarını qiymətləndirmək mümkündür.
- ▶ Simptomların axır zamanlarda meydana çıxması onların uşaqlıq mənşəli olduğuna dəlalət edir və lakin uzun müddət davam edən simptomlar isə əksər hallarda hər hansı bir sistem patologiyasının olmasından xəbər verir.
- ▶ Aybaşı tsiklinin normal uzunluğu ovulyatuar qanaxma olduğunu və daha uzun müddət davam edən tsikllər isə anovulyator qanaxma olduğunu göstərə bilər.

Müayinələr

- ▶ Çanaq boşluğunun müayinəsi:
 - uşaqlığın ölçüsü, ağırlığı, miomaların olması;
- ▶ Trombositlərin və əsas qan elementlərinin miqdarı;
 - Hemoglobin səviyyəsi qan itkisinin miqdarı ilə kifayət qədər zəif korrelyasiya edir. Menorragiyadan şikayətlənən hər hansı bir qadında hemoglobinin konsentrasiyası 120 q/L-dən aşağıdırsa, 70% hallarda, menstrual tsikldəki qanaxmanın miqdarının 80 ml-dən çox olması ehtimalı var. Konsentrasiya 120 q/L-dən yuxarı olduqda, bu ehtimal təxminən 18%-dir. Hemoglobinin konsentrasiyası 80 q/L-dən aşağı olduqda, mütəxəssis tərəfindən əlavə araşdırmaların aparılmasına ehtiyac var.
- ▶ Ultrasəs müayinəsi:
 - Transvaginal ultrasəs müayinəsi, əlavə araşdırmaların ilk xətt müayinəsidir.
 - Qanaxmada əhəmiyyətli bir dəyişiklik olarsa və ya qanaxma anemiyaya səbəb olarsa, müalicəyə başlamazdan əvvəl ultrasəs müayinəsi aparılmalıdır.
 - Təxminən 70% hallarda poliplər və submukoz miomlar aşkar olunur.
 - Exohisteroqrafiya daha dəqiq məlumat verəcəkdir (histeroskopiya ilə müqayisə edilə bilər).

- ▶ Ultrasəs müayinəsi ilə dəqiq diaqnoz qoyulmadığı təqdirdə histeroskopiya aparılır;
- ▶ Pap yaxması (son bir ildə aparılmayıbsa) alınır;
- ▶ Əgər lazım gələrsə (və əgər digər tapıntılar tərəfindən dəstəklənərsə):
 - İnfeksiya olması dəqiqləşdirilir,
 - Laxtalanma funksiyası tədqiq edilir: von Villebrand faktorunun aktivliyi, Ristosetin kofaktoru aktivliyi (vWF: Rco), VIII laxtalanma faktorunun aktivliyi öyrənilir.
 - TSH və sərbəst T4 yoxlanılır;
 - Plazma ferritini yoxlanılır- nəticə $<30 \mu\text{q/L}$ olduqda dəmir çatışmazlığı olduğunu göstərir.
- ▶ Endometriyumun küretaj edilməsi ilə nadir hallarda daha çox məlumat əldə edilir.
- ▶ Pasiyentdə menstrual tsiklin ortasında qanaxma baş verirsə və ya digər risk faktorları varsa: yaş 45 ötürsə, piylənmə varsa və BMI $\geq 30 \text{ kq/m}^2$ və ya çəkisi $>90 \text{ kq}$ çoxdursa, şəkərli diabet, endometriyumun qalınlaşması varsa) uşaqlığın endometriyumundan biopsiya edilməsi barədə düşünülürmülməlidir.

Müalicəsi

- ▶ Anemiya varsa, dəmir preparatları təyin edilir:
 - Gündəlik və oral olaraq qəbul edilən dəmir preparatlarının müvafiq olan dozası, 100-200 mq-dır; gündəlik doza 1-2 hissəyə bölünürək və vitamin C ilə yanaşı qəbul edilir.
 - Tədqiqatlar göstərib ki, hətta 1 tablet bir gündən bir qəbulu da effektivdir. Dərman terapiyası ən azı 6 ay davam etdirilməlidir.
 - Zəruri hallarda dəmir preparatları vena daxilinə vurula bilər.
- ▶ Sistem xəstəlikləri ilə əlaqədar olan səbəblər:
 - von Villebrand xəstəliyi (yüngül və bəzi hallarda orta ağırlıqda olan hallar)-
 - Oral kontraseptivlər, traneksam turşusu (*tranexamic acid*), desmopressin, hormon ifraz edən UDV, endometriyumun termal balon ablasyonu aparıla bilər.

- Əsas xəstəliyin müalicəsi aparılır.
- Dərman müalicəsinə dəyişikliklər edilir.
- ▶ Uşaqlıqla olan patoloji pozğunluqlarla əlaqədar səbəblər:
 - Hormon ifraz edən IUU-dən qaynaqlana bilər.
 - Poliplər səbəb ola bilərlər.
 - Histeroskopik polipektomiya edilir.
 - Miomalar
 - Hormon ifraz edən UDU-lərin təsiri sınaqdan keçirilə bilər.
 - Traneksam turşu, lazım olduqda
 - Selikaltı (uşaqlıq boşluğuna çıxan): birincili histeroskopik rezeksiya və ya morsellyasiya
 - Mioma intramural (uşaqlığın əzələ divarının daxilindən) olduqda, o, laparoskop vasitəsi və ya nadir hallarda laparotomiya yolu ilə çıxarılır.
 - İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım çərçivəsində simptomatik mioma və ya adenomioz olan pasiyentlərin müalicəsi üçün fokuslaşmış yüksək intensivlikli ultrasəsdən (*High-intensity focused ultrasound -HIFU*) istifadə etmək mümkündür.
 - HIFU müalicəsi üçün meyarlar: premenopozal dövrdə olan pasiyent, aşağı qarın nahiyəsinin dərialtı piy təbəqəsi <5 sm-dən çoxdur və hər hansı bir çapıq toxuması yoxdur; miomaların ölçüsü 2–10 sm və sayı maksimum 2-3 ola bilər.
 - Uşaqlıq damarlarının embolizasiyası, bəzən böyük simptomatik miomaların yaratdığı anormal qanaxmanın müalicəsində nəzərə alınacaq bir seçimdir. Embolizasiya qanaxma və təzyiq əlamətlərini 60-90% azalda bilər.
 - Histerektomiya
 - Adenomioz (endometrium toxuması uşaqlığın əzələ divarına bitir):
 - Dərman terapiyası (aşağıya menorragiyanın müalicəsi yazılan bəndə baxın);
 - Endometrial ablasiya (səthi adenomioz olduqda);
 - Histerektomiya
 - HIFU (yuxarıya bax)

- Tərkibində mis olan UDV-nin çıxarılması:
 - Əgər pasiyent UDV-nin saxlanılmasını istəyirsə, traneksam turşusu (*Tranexamic acid*) və ya qeyri-steroid iltihab əleyhinə hər hansı bir dərman verilir.

Essensial (idiopatik) menorragiya

- ▶ Traneksam turşusu (*Tranexamic acid*) qanaxma çox ağır olduqda tətbiq edilir: 2-3 həb (1-1.5 g) - gündə 3 dəfə, 2-3 gün ərzində verilir; qanaxmanı təxminən 20-60% azaldır.
- ▶ Çox ağır qanaxma olduqda hər hansı bir qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatın (aspirindən başqa), normal dozası təyin edilir, onlar qanaxmanı təxminən 20-50% azaldır və menstrual ağrıları yüngülləşdirirlər. Hər hansı bir hemorragik pozğunluğun əks- göstəriş olması ehtimalını xatırlayın.
- ▶ Kombinasiya edilmiş oral kontraseptivlər qanaxmanı 40-60% azaldır. Menstrual ağrıları azaldır və effektiv kontrasepsiyanı təmin edir. Siqaret aludəcəliyi, piylənmə və s.risk faktorlarını xatırlayın.
- ▶ Hormon ifraz edən UDV-lər, pasiyentlərin 90%-dən çoxunda qanaxmanı 80-98% və menstrual ağrıları xeyli azaldır, həmçinin menstruasiya qabağı simptomları yüngülləşdirirlər, eyni zamanda sterilizasiya səviyyəsində olan kontrasepsiyanı təmin edir.
- ▶ Endometrium termal ablasiyası zamanı uşaqlığın rezeksiyası və zədələnmə riski yarana bilər. Ablasiyanın uğuru 70-97% təxmin edilir. Aparılan 4 illik müşahidələr göstərir ki, 38% hallarda əlavə müalicəyə ehtiyac var. Müdaxilədən sonra hamiləlik ehtimalı çox azdır (təxminən 1%), ancaq kontrasepsiyanın tətbiqi hər bir halda nəzərdə tutulmalıdır.
- ▶ Dərman müalicəsi uğursuz olduqda və ya istifadə edilə bilmədikdə histerektomiya barədə düşünülə bilər. Histerektomiya transvaginal olaraq (laparoskop vasitəsi ilə) və ya açıq əməliyyat aparmaqla həyata keçirmək olar. Xəstə əməliyyat aparılması zərurəti barədə məlumatlandırılmalı və ona qərar qəbul etmək üçün lazımı vaxt verilməlidir.

- ▶ Əgər yalnız bir dərman preparatı ilə aparılan müalicə yaxşı nəticə vermirsə, müxtəlif təsir mexanizmlərinə malik preaparatların kombinasiyasından istifadə etmək olar.

Uşaqlıdan qeyri müntəzəm qanaxmalar

- ▶ Qeyri-müntəzəm uşaqlıq qanaxmaları çox yayılmışdırlar. Bu cür qanaxmalara metrorragiya, menometrorragiya, polimenorriya, oligomenorriya, ləkə salma\bulaşma, sıçrayışlı qanaxma və ovulyator qanaxmalar aid edirlər. Hər hansı gənc yaşlı bir qadında infeksiya və ya hamiləliklə əlaqədar problem yoxdursa, bu cür qanaxmalar adətən funksional qanaxmalar olurlar. Yaş artıqca, bərabər olaraq orqan patologiyası səbəindən yaranan qanaxmaların sayı da artır.

Səbəbləri

- ▶ Funksional səbəblər:
 - Hipotalamusun, hipofiz vəzisinin və yumurtalıqların hormonal tənzimlənməsində pozğunluqların olması;
 - Luteinləşdirici hormon çatışmazlığının olması.
 - Ovulyator qanaxmanın olması.
- ▶ Uşaqlıq mənşəli səbəblər:
 - Hamiləliklə əlaqəli problemlər
 - Endometrit və ya salpingo-ooforit kimi infeksiyalar;
 - Selikli qişa altı/submukoz miomalar;
 - Adenomioz, endometrioz.
 - Uşaqlıq boynunun və endometriumun polipləri;
 - Uşaqlıq boynunun və endometriumun xərçəngi.
- ▶ Digər səbəblər:
 - UDV-in əmələ gətirdiyi qanaxmalar;
 - Tiroid vəzisinin disfunksiyası, hiperprolaktinemiya, diabet, piylənmə, sistem infeksiyası və ya birləşdirici toxuma xəstəlikləri;
 - Qara ciyərin sirrozu;
 - Ürək çatışmazlığı və ya venoz staza səbəb olan ürək-damar xəstəlikləri;
 - Laxtalanma amillərinin və ya antikoagulyant müalicəsinin aparılması; Doksisiklin, metoklopramid,

psixotrop dərmanlar, yüksək dozalı asetil salisil turşusu, spironolakton, ketokonazol, antiepileptiklər və ya antiestrogenlər kimi bəzi dərmanların tətbiqi.

- Hormonal kontrasepsiya

Uşaqlıqdan funksional qeyri normal qanaxmalar

► Ovulyator patoloji qanaxmalar

- Gənc, lakin bir qədər çəkisi normadan artıq olan qızlarda tezliyi azalmış (<23 gün), lakin müntəzəm qanaxmalar ola bilər. Hormonal narahatlıq olmadığı hallarda müalicəyə ehtiyac duyulmur.
- Menstrual tsiklin əvvəlində estrogen konsentrasiyasının aşağı olması, aybaşıdan sonra ləkə salma (bulaşma) hallarına səbəb ola bilər.
- Sarı cisimin funksional pozğunluğu əlaməti olaraq ayabaşı qabağı ləkələr meydana gələ bilər. Endometrial biopsiyadan əldə edilən histoloji müayinə "qeyri-bərabər yayılma" və "qeyri-bərabər-yetişmə" olmasını göstərəcəkdir.
- Bəzi qadınlarda ovulyasiya ilə bağlı müntəzəm qanaxma olur. Qanaxma bir neçə saatdan 1-2 günə qədər davam edir və heç bir müalicə tələb etmir. Qanaxmanın səbəbi, ovulyasiyadan sonra estrogen səviyyəsinin sürətlə azalmasıdır.
- Mis tərkibli UDV-lər ayabaşının ortasında və cinsi əlaqədən sonra qanaxma baş verməsi riskini artırır.

► Anovulyator patoloji qanaxmalar

- Ovulyasiyanın olmaması funksional qanaxma patologiyasının ən çox yayılmış səbəbidir.
- Bir qayda olaraq, qısa müddətli tsikllərdən sonra azacıq qanaxma olur və uzun tsikllərdən sonra isə profuz və davamiyyətli qanaxmalar olur.
- Hipotalamik pozğunluqlar (məsələn, həddindən artıq stress, gərgin idman məşğələləri, arıqlama, sistem xəstəlikləri və ya yumurtalıqların polikistozu) gənc qadınlarda, adətən müvəqqəti olaraq ovulyasiyanın baş verməməsinə səbəb olur.

- Reproktivlik yaşını ötmüş qadınlarda yumurtalıqların funksiyasının pozğunluqları belə qanaxmaların adi bir səbəbi olurlar.
- Əgər belə bir vəziyyət çox uzanarsa, bu endometriumun hiperplaziyasına səbəb ola bilər.
- Yumurtalıqların polikistozu sindromu (YPKS) və piylənmə insulinə qarşı rezistentlik yaratdığına görə çox vaxt qanaxma pozğunluqları ilə əlaqələndirilir.
- ▶ Hormonal kontrasepsiya ilə əlaqədar olan yarıbkeçən (eng. Breakthrough) qanaxma:
 - Yalnız progesteron tərkibli həblər, kontraseptiv implantlar və hormon ifraz edən UDV-in tətbiq edildiyi ilk aylarda menstrual pozğunluqların olması çox yayılmışdır.
 - Kombinasiya edilmiş oral kontraseptiv həblərdən istifadə edənlərdə, menstruasiya pozuntuları çox vaxt bu həblərin qeyri-müntəzəm qəbul edilməsindən qaynaqlanır, lakin hormon konsentrasiyasına və endometriumun fəaliyyətinə təsir edən amillərin olmaları da mümkündür.

Diaqnoz və müayinə

- ▶ Diqqətlə toplanmış anamnez və fiziki müayinə çox vacibdir.
- ▶ Diaqnostika metodlarının seçimi xəstənin yaşından və anamnezindən asılıdır.
 - Hamiləliyin və infeksiyanın olması istisna edilməlidir.
 - Sidik və ya qan nümunələri hamiləliyin olmasına görə analiz edilir.
 - İnfeksiyanın müəyyənləşdirmək üçün yaxma alınır (xlamydia, zəruri hallarda gonoreya), CRP və trombositlərlə birlikdə əsas qan elementlərinin sayı araşdırılır.
 - Əgər mümkünsə, bütün xəstələr vaginal ultrasəs müayinəsi edilməlidir. Ultrasəs müayinəsi submukoz miomaların, endometriumun poliplərinin və endometriumun hiperplaziyasının diaqnozunda çox dəqiq cavab alınmasını təmin edir, lakin endometriumun biopsiya müayinəsinə əvəz edə bilmir.

- Uşaqlıq boşluğuna fizioloji məhlulun yeridilməsi ultrasəs müayinəsinin dəqiqliyini artırır.
- Yaşlı qadınlarda uşaqlığın xərcənginin risk faktorları olduqda (ahıl yaş, piylənmə, diabet) endometriumdan biopsiya (>45 yaş) üçün material alınmalıdır.
- Əgər son 12 ay ərzində Pap yaxması alınmayıbsa, bu yaxma edilməlidir.
- Ultrasəs müayinəsindən sonra diaqnoz tam olaraq qoyulmadıqda və ya endometriumun müəyyən bir sahəsindən biopsiya üçün material alınması tələb olunarsa, histeroskopiya edilir.
- Zəruri hallarda isə əlavə laboratoriya müayinələri aparılmalıdır (TSH, prolaktin, laxtalanma faktorunun müayinəsi).

Disfunktional qanaxmaların müalicəsi

- ▶ Qeyri-normal qanaxmanı izah edən heç bir orqan mənşəli səbəb yoxdursa və simptomlar keçəri olarlarsa, müalicəyə təyin edilməsinə ehtiyac yoxdur.
- ▶ Əgər pasiyent istəyirsə, UDV çıxarıla bilər (kontrasepsiyanı unutmayın) və yaxud orqan mənşəli hər hansı bir səbəbin olması təsdiqlənməyirsə, müəyyən bir müddət ərzində müşahidə aparılması tətbiq oluna bilər.
- ▶ Qanaxma adətən prostogenlərin tətbiqi ilə dayandırılır, bunun üçün ən uyğun olan preparatlara noretisteron (5 mq gündə üç dəfə), noretisteron asetat (10 mq gündə iki dəfə) və linesteroldur (10 mq gündə iki dəfə). Bu preparatlar 10 gün ərzində tətbiq edilməlidirlər. Dərmanı dayandırıldıqdan sonra pasiyentdə yenidən qanama baş verir (dərmanın dayandırılması sindromu) bu barədə xəstəyə məlumat verin. Əksər hallarda, progestogenin daha az bir dozasından istifadə edərək müalicə aparılır, Müalicənin tsiklik bir şəkildə aparılması və 3 ay müddətində davam etdirilməsi məsləhət görülür.
- ▶ Alternativ olaraq, uzunmüddətli müalicə üçün hormon ifraz edən UDV-lər daha effektivdir. Endometriumun böyüməsinin qarşısı alındıqda, qanaxmanın miqdarı və qanaxma günlərinin sayı azalır, menstruasiya ağrısı

rahatlaşır və eyni zamanda sterilizasiya ilə eyni effektivliyə malik kontrasepsiya olmasına zəmanət verilir.

- ▶ Reproduktiv yaş dövrünün sonundakı hormonal qanaxmaların dayandırılması üçün ən effektiv yol 7-14 günlük estrogenin və progestogenin birlikdə verilməsidir. Gənc qadınlar üçün bir fazalı oral kontraseptivlər (gündə 3 həb; bir həftə ərzində) təyin olunmalıdır). Xəstə özünü pis hiss edirsə, doza azaldılmalıdır. Yaşlı qadınlara və sintetik estrogen üçün əks göstərişləri olanlara, gündəlik olaraq 2 mq estradiol valerat (progestogen ilə birlikdə) təyin edilməlidir. Dərman dayandırıldıqdan sonra qanaxma (bir qədər) davam etməlidir (bu dərmanın dayandırılması nəticəsində yaranan adi vəziyyətdir). Əgər dərmanın dayandırılması zamanı yaranan qanaxma profuzdursa, prostaglandin inhibitoru və ya traneksam turşu ilə müalicə aparıla bilər.
 - Oral kontraseptivlərin gündəlik tətbiqi həblərin qutusuna yerləşdirilmiş təlimatlara uyğun olaraq aparılır. Alternativ olaraq, funksional qanaxmanın müalicəsi üçün ayabaşı tsiklinin 15-24 günlərdə, aşağı dozalarla tsiklik olaraq verilən (3-6 ay ərzində) progestogen ilə aparılır.
- ▶ İrsi hemorragik xəstəliyi olan qadınlarda qanaxma pozğunluğu (yüngül və bəzi hallarda orta dərəcədə von Villebrand xəstəliyi olan, yaxud hemofiliya daşıyıcıları) varsa, onlar desmopressin ilə müalicə edilə bilərlər. Dərman dərialtına yeridilir və ya intranasal sprey şəklində tətbiq olunur (qanaxma pozğunluğu olan və çəkisi 50 kq-dan az olan qadınlara gündə bir doza 150 mkg və çəki 50 kq-dan çox olduqda isə iki doza verilir).
- ▶ Qeyri-müntəzəm qanaxma profuz olarsa, traneksam turşusu (1-1.5 g t.i.d.) və ya iltihab əleyhinə qeyri-steroid dərmanlar (məsələn, ibuprofen 400-600 mq t.i.d.) verilə bilər.
- ▶ Belə hallarda, adətən endometriyumun küretaj edilməsi lazım deyil. Ovulyasiyanın olmaması səbəbindən endometriyumun hiperplaziyası və profuz qanaxma varsa, həmçinin və xəstədədə anemiya inkişaf etmişdirsə, küretaj

tələb olunur. Digər vəziyyətlərdə, tsiklik progestogen və ya hormon ifraz edən İD 6 ay müddətində istifadə olunur və endometriuma paypel (nazik boru vasitəsi ilə edilən biopsiya_ingiliscə pipelle biopsy) biopsiya vasitəsi ilə nəzarət edilir. Endometriumdən nümunə almaq mümkün deyilsə və ya nümunə yararlı deyilsə, histeroskopiya küretajdan daha yaxşıdır. Poliplər və submukoz miomalar histeroskopik olaraq çıxarılmalıdırlar.

Biblioqrafiya

1. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1992 Oct;46(4):327–34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1486771>
2. Janssen CA, Scholten PC, Heintz AP. A simple visual assessment technique to discriminate between menorrhagia and normal menstrual blood loss. *Obstet Gynecol* 1995 Jun;85(6):977–82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7770270>
3. Fraser IS, Critchley HO, Broder M et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med* 2011;29(5):383–90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22065325>
4. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] 2018 Last update 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>
5. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Mayo Clin Proc* 2019;94(2):326–335. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30711128>
6. Pitkin J. Dysfunctional uterine bleeding. *BMJ* 2007;334(7603):1110–1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17525454>

Dismenoreya

(EBM Klinik protokolları, 04.07.2022.

Sonuncu dəyişiklik 04.07.2022.

Müəllif - Päivi Härkki, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Birincili dismenoreyada ginekoloji müayinə zamanı anormallıq aşkar olunmur və laborator müayinələrə ehtiyac yoxdur.
- ▶ İkincili dismenoreyada vəziyyətdən aslı olaraq bir ginekoloji xəstəlik axtarılmaq lazımdır.

Epidemiologiya

- ▶ 95 %-ə qədər qadınlarda təsadüfi dismenoreya var.
- ▶ 5-15 % qadınlar isə ağır dismenoreyadan şikayət edir.

Simptomları

- ▶ Aşağı qarın ağrısı 100%
- ▶ Ürəkbulanma, qusma 90%
- ▶ Yorğunluq 80%
- ▶ Bel ağrısı 60%
- ▶ Bəşgicəllənmə 60%
- ▶ İshal 60%
- ▶ Baş ağrısı 40%

Birincili dismenoreya

Simptomları

- ▶ Aşağı qarın ağrısı menstural qanaxmanın başlaması ilə ortaya çıxır, arxa və bud hissələrə yayılır.
- ▶ Ağrı təxminən 24-48 saat davam edir.
- ▶ Ağrı yumurtalanma dövrü ilə əlaqələndirilir.
- ▶ Problem əvvəlcə menarxdan 6-12 ay sonra ortaya çıxır.

Etiologiya

- ▶ Ağrı uterus mukozası tərəfindən ifraz olunan prostaqlandinlərdən qaynaqlanır.
- ▶ Prostaqlandinlərin istehsalı yumurtalamadan sonra artır.

- ▶ Prostoqlandinlər uşaqlığın spazmalarına səbəb olur və qan axınını azaldır, bu da uşaqlıqdakı işemik ağrılara səbəb olur.
- ▶ Qan dövranına sekresiya olunan prostaqlandinlər sistem simptomlara səbəb olur.

Diaqnoz

- ▶ Adətən bir tarixdən müəyyən etmək olur.
- ▶ Ginekoloji müayinə zamanı bir anormallıq müşahidə edilmir.
- ▶ Laboratoriya araşdırmalarına ehtiyac yoxdur.

Müalicə

- ▶ Yüngül hallarda simptomların səbəblərini izah etmək kifayətdir.
- ▶ Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar effektivdir.
 - Onlar siklo-oksigenaza fermentinin aktivliyini blok edərək prostaqlandin sintezinə manə törətmiş olur.
 - Bu preparatlar simptomların başlanmaından dərhal sonra, daha doğru desək simptomlar başlanmasından dərhal əvvəl qəbul edilməlidir.
 - Dərmanların qəbul müddəti 24-48 saatdır.
 - 80-90 % hallarda ağrını azaldar.
 - Uşaqlıq əzələsinin yığılma qabiliyyətini (kontraktilliyini) azaldar.
 - Qan itkisinin miqdarını 20-30% azaldır.
- ▶ Kombinə olunmuş oral kontraseptivlər (hamiləliyə qarşı vasitələr). Əks göstərişləri unutma.
 - Ovulyasiyanın və bununla əlaqəli olan ağrıların qarşısını alınmalı.
 - Endometriumu nazik edir və prostoqlandinlərin istehsalını azaldır.
 - Aybaşı qanaxmasını azaldır.
 - Kontrasepsiya (hamiləliyə qarşı vasitə) ehtiyacı olmasa da təyin oluna bilər.
 - Ağrıkəsicilər ilə müştərək qəbul edilə bilər.
 - Daha uzun aybaşı tsikllərində istifadə edilə bilər (fasiləsiz 2-3 zolaq)

- ▶ Yalnız progesterone tərkibli həblər (“mini-həblər”).
 - Kombinə olunmuş oral kontraseptivlərin istifadəsi mümkün deyilsə, progesterone tərkibli həblər yaxşı alternativdir.
 - Cüzi qanama (ləkə) və ya amenoreya (aybaşının kəsilməsi) səbəb ola bilər.
 - Ovulyasiyanın qismən qarşısının alınması.
 - Endometriumu nazikləşdirir və prostaqlandinlərin sintezini azaldır
- ▶ Hormon ifraz edən uşaqlıq daxili cihazlar (spiral)
 - Endometriumu nazikləşdirir və prostaqlandinlərin sintezini azaldır
 - Aybaşı qanaxmasını azaldın.
 - Ağrını aradan qaldırın.
 - Sadə uşaqlıq daxili spirallar dismenoreyanı pisləşdirəcəkdir.
- ▶ Digər müalicə rejimləri
 - Fiziki fəaliyyət, istilik, akupunktur, TNS (transdermal sinir stimulyasiyası) ağrıları yüngülləşdirə bilər.

İkinci dərəcəli dismenoreya

Simptomları

- ▶ Əvvəlki ağrısız aybaşılar ağrılı aybaşı ilə əvəz olunur.
- ▶ Ağrı menstrasiya başlamazdan əvvəl ortaya çıxır.
- ▶ Ağrı bütün aybaşı müddətində davam edir.
- ▶ Maksimum yayılma daha çox 30-40 yaşlarında müşahidə olunur.
- ▶ Ginekoloji vəziyyətlərə aid hallar.
- ▶ Ağrılar ismən prostaqlandinlərlə əlaqələndirilir.

Etiologiya (səbəblər)

- ▶ Adenomyoz, 30% hallarda ağrıya səbəb olur
- ▶ Endometrioiz, 50-90% hallarda ağrıya səbəb olur.
- ▶ Miyoma, 20-80% hallarda ağrıya səbəb olur.
- ▶ İnfeksiya nəticələri, 10-50% hallarda ağrıya səbəb olur.
- ▶ Menorragiya (aybaşı qanaxmasının normadan artıq olması), 20-3-% hallarda ağrıya səbəb olur.

- ▶ Mis tərkibli uşaqlıq daxili cihazlar (spiral) 0-20% hallarda ağrıya səbəb olur

Diaqnoz

- ▶ İnfeksiya və uşaqlıq yolu boyunca müəyyən etmək üçün ginekoloji müayinə, uşaqlıq boynundan yaxma (Pap test) və qan analizləri götürülür.
- ▶ Genekoloji xəstəlik şübhəsi varsa, ultrasəs müayinəsi və şiddətli ağrı zamanı laparoskopiya müayinəsi
- ▶ Şiddətli ağrılar zamanı laparoskopiya

Müalicə

- ▶ Səbəbindən aslı olaraq müalicə edilməlidir.
- ▶ Spiral dismenoreyaya səbəb olarsa çıxarılmalıdır.
- ▶ Prostaqlandin sintezinin qarşısını alan, hamiləliyə qarşı vasitələr və ya hormon ifraz edən spirallı yoxlamaq lazımdır.

Biblioqrafiya

1. Dmitrovic R, Kunselman AR, Legro RS. Continuous compared with cyclic oral contraceptives for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 119(6):1143–50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22617578>
2. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update* 2015;21(6):762–78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26346058>
3. Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. *Contraception* 2010;81(3):185–96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20159173>
4. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol* 2020;136(5): 1047–1058. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33030880>

Premenstrual sindrom (PMS)

(EBM Klinik protokolları, 11.03.2022.

Sonuncu dəyişiklik 11.03.2022.

Müəllif - Varpu Ranta, Redaktor – Nabil Seyidov)

Tərif

- ▶ Premenstrual sindrom (PMS), menstrual siklin sonuncu hissəsində təkrar-təkrar baş verən və bəzi üzvlərin normal fəaliyyətinə müdaxilə edəcək qədər kəskin olan fiziki və emosional simptomlar toplusuna deyilir. PMS reproduktiv yaşda olan qadınlara təsir göstərir.

Yayılması

- ▶ Əksər qadınlar menstruasiyadan qabaq yüngül simptomlarla üzləşirlər.
- ▶ PMS-in yayılması 20-30% qədər yüksək faiz təşkil edir və kəskin PMS-in yayılması isə 5-10% hesablanmışdır.
- ▶ Xüsusilə də, şiddətli psixoloji simptomlardan əziyyət çəkən xəstələrin bir hissəsində PMS meyarları ilə yanaşı, PMDD (premenstrual disforik pozuntu) dəlalat edən meyarlar da qeydə alınır.
- ▶ Simptomlar ən pis 30-40 yaş arasında qadınlarda özünü göstərir, lakin bu cür simptomlar 20 yaşından öncə də baş verə bilər. Simptomlar menopauza başlanğıcında yaxşılaşmağa (azalmağa) doğru gedir.

Etiologiyası

- ▶ PMS-in yaranmasına yumurtalıqın funksiyası səbəb olur, lakin dəqiq etiologiyası hələ də təyin olunmamış qalır.
- ▶ PMS normal yumurtalıq fəaliyyəti ilə əlaqədar olan hormon səviyyələrindəki dəyişikliklərə mərkəzi sinir sisteminin atipik cavab reaksiyasını tələb edir.
- ▶ Serotonin və GABA daxil mərkəzi sinir sisteminin neyroötürücüləri, PMS simptomlarının inkişaf etməsində rol oynayırlar.

Simptomlar

- ▶ Emosional: qıcıqlanma, depressiya, əhval dəyişimləri, əsəb partlayışı, çaşqınlıq, konsentrasiya çətinlikləri, yorğunluq, yuxusuzluq, iştahda dəyişikliklər, sosial izolyasiya
- ▶ Fiziki: döş həssaslığı, başağrısı, ətrafların və qarının ödemə, müxtəlif növ sızıltı və ağrılar

Diaqnostika

- ▶ Diaqnoz pasiyentin xəstəlik tarixinə əsaslanır.
- ▶ Pasiyentin menstruasiyadan 5 gün əvvəl müddətində ən azı bir emosional və bir fiziki simptomu olmalıdır.
- ▶ Simptomlar menstruasiya başlayandan üç və ya dörd gün ərzində itməlidir və menstrual tsiklin 13-cü günündən tez qayıtmalı deyil.
- ▶ Simptomlar iki ardıcıl sikldə, izləmə müddətində təkrarlanmalıdır, halbuki, tək sikl zamanı simptomlar olmaya bilər.
- ▶ Pasiyent tərəfindən iki ardıcıl menstruasiya sikli müddətində aparılan simptom gündəliyi, simptomları və menstrual sikllə münasibətdə onların zamanlamasını qiymətləndirmək üçün ən etibarlı metoddur.
- ▶ Simptomlar normal həyata müdaxilə edir.
- ▶ Simptomlar digər xəstəlik və ya vəziyyət, və ya alkoqol, dərmanlar və ya narkotik maddələrin təsiri ilə əlaqəli deyil.
- ▶ Ginekoloji müayinə və döşlərin palpasiyası aparılmalıdır. Laborator analizlərin faydası yoxdur, amma differensial diaqnozda lazımlı ola bilərlər.

Differensial diaqnostika

- ▶ Simptom gündəliyinin aparılması çox kömək edir.
- ▶ PMS-dən fərqli olaraq, digər xəstəliklərin bütöv menstrual sikl boyu ən azı bir neçə simptomları olacaq, hətta simptomlar menstruasiyadan öncə pisləşsə belə.
- ▶ Depressiya differensial diaqnostikada nəzərə alınmalı ən vacib pozğunluqdur.
- ▶ Həyacan pozuntuları.
- ▶ Mastopatiya və döş ağrısının digər səbəbləri

- ▶ Miqren
- ▶ Hipotiroidizm
- ▶ Perimenopauza

Müalicə

- ▶ Sindrom və onun normal hormonal fəaliyyətlə əlaqəsinin izahı çox zaman lazım olan yeganə müalicədir.
- ▶ Kofe, alkohol və stressdən qaçınmaq, və fiziki məşqi artırmaq simptomları azalda bilər. Həmçinin kalsiumin təklidə, və yaxud Vitamin D, maqnezium və ya vitamin B6 ilə kombinasiyada istifadəsi, habelə Vitex agnus-castus (təmiz ağac) ekstraktının qəbulu simptomları azaldır.
- ▶ Serotoninin əks tutulmasının selektiv inhibitorları (SƏTSİ) siklin ortasından başlayaraq menstruasiyanın başlanmasına qədər davamlı və ya siklik olaraq təyin olunduqda effektiv olduğu sübut olunub. Depressiyanın müalicəsində istifadə olunandan daha az dozada adətən kifayət edir (məs., fluoksetin 20 mq/sutkada və ya sitalopram 10-30 mq/sutkada).
- ▶ Kombinə olunmuş oral kontraseptivlər ovulyasiyanın qarşısını alır və bəzi pasiyentlərdə simptomları azalda bilər. Halbuki, qarışıq oral kontraseptlər əslində, əvvəllər PMS müşahidə edilməyən bəzi qadınlarda simptomlar oyada bilər.
 - Tərkibində drospirenon olan qarışıq oral kontrasept rejimləri PMS-in kəskin simptomlarını zəiflətdiyi qeydə alınıb. Bu rejimlərə ənənəvi 7 günlükdənsə, 4 günlük hormonsuz interval daxildir. Oral kontraseptlərin uzadılmış rejimi, yəni, davamlı fasiləsiz olaraq 3-dən 6-ya qədər paket istifadəsi ənənəvi rejimdən fərqli olaraq daha yaxşı yüngüllük verə bilər.
- ▶ Levonorgestrel ifraz edən uşaqlıqdaxili spiral bəzi pasiyentlərə kömək edə bilər.
- ▶ Kəskin ödem üçün bir neçə günlük az dozada diuretik təyin oluna bilər (məs., spironolaktin 25-50 mq/sutkada).
- ▶ Xüsusi hallarda, qonadotropin hormonu ifraz edən aqonistlərin (eng. GnRHa) təyini bəzən nəzərə alınma bilər. Onlar yumurtalıq fəaliyyətini zəiflədir və postmenopauza

hormonal vəziyyətinə gətirib çıxarır, və beləliklə, PMS simptomlarını azaltmış olur. Hər hansı sonrakı menopauza simptomları və osteoporoz riski müalicə rejiminə (hormonal əlavə müalicə) estrogen/progestogen əlavə etməklə azaldıla bilər.

Biblioqrafiya

1. Mortola JF. Premenstrual syndrome--pathophysiologic considerations. *N Engl J Med* 1998 Jan 22;338(4):256-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9435333>
2. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007 Jan;130(1):4-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16916572>
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin, Number 15, April 2000
4. Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Obhrai M, O'Brien S. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 2001 Oct 6;323(7316):776-80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588078>
5. Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol* 2006 Nov;195(5):1311-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796986>
6. Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KM, Jones PW, O'Brien PM. The effectiveness of GnRHa with and without 'add-back' therapy in treating premenstrual syndrome: a meta analysis. *BJOG* 2004 Jun;111(6):585-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15198787>
7. Borenstein JE, Dean BB, Yonkers KA, Endicott J. Using the daily record of severity of problems as a screening instrument for premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 2007 May;109(5):1068-75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17470584>
8. O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L et al. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ*

2011;342():d2994.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21642323>

9. Shehata NA. Calcium versus oral contraceptive pills containing drospirenone for the treatment of mild to moderate premenstrual syndrome: a double blind randomized placebo controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;198():100-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26808666>
10. Appleton SM. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2018;61(1):52-61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29298169>

Menstruasiya vaxtının dəyişdirilməsi

(EBM Klinik protokolları, 16.11.2020.

Sonuncu dəyişiklik 16.11.2020.

Müəllif - Anneli Kivijärvi, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ Progesterondan istifadə etməklə menstruasiyanı ləngitmək mümkündür.
- ▶ Menstruasiyanın vaxtının dəyişdirilməsi proseslərinin, əsasən səfərdən və ya hər hansı bir tədbirdən və yaxud da daha fərqli bir səbəbdən öncə həyata keçirilməsinə üstünlük verilir (bu yolla səfər zamanı dərman qəbuluna ehtiyac qalmır).
- ▶ Kombinasiya olunmuş kontraseptiv həblərdən istifadə edən qadınlar bu preparatları, menstruasiya vaxtının dəyişdirilməsi məqsədiylə qəbul edirlər.

Oral kontraseptivlərdən istifadə etməyən qadınlar

- ▶ Hamiləliyin erkən dövrlərində progesteron qəbulunun təhlükəsizliyinə dair heç bir məlumat mövcud deyildir. Buna görə də hamiləlik, dərman qəbuluna əks göstəriş hesab olunur. Müalicə zamanı kontrasepsiyadan (IUD, prezervativ (kondom), qorunma) istifadə edilməlidir.

Məhsullar

- ▶ Noretisteron
 - Maksimum 14 gün olmaqla, gündə iki dəfə 5 mg (ləkələrə təsadüf edildikdə, gündə üç dəfə). Müalicəyə, menstruasiyanın başlanmasının təxmin edildiyi ilk gündən ən azı üç gün əvvəl başlanılmalıdır. Qanaxma adətən müalicənin dayandırılmasından 2-3 gün sonra başlayır.
- ▶ Linestrenol
 - Gündə 10 mg (bu doza, adətən kifayət edir)
 - Həmçinin uzunmüddətli amenoreya - menstruasiya olmama (14 gündən çox) arzu edildikdə də istifadə olunur.

- Aşağıdakılar 10 mq. Müalicəyə, menstruasiyanın başlanmasının təxmin edildiyi ilk günündən 4-5 gün öncə başlanılır. Amenoreyanın tələb olduğu müddət ərzində müalicə davam etdirilir. Əgər açıq qanama müşahidə edilərsə 3-5 gün ərzində dozanı, 15 mg-a qaldırmaq olar.

Oral kontraseptivlərdən istifadə edən qadınlar

- ▶ Bir fazalı kombine olunmuş kontraseptivlərdən istifadə edən qadınlar həblərin qəbuluna, normal həbsiz dönmə buraxmaqla, növbəti zolağa keçməklə davam edə bilirlər.
 - Amenoreyanın tələb olduğu müddət ərzində həblərin qəbuluna ara vermədən davam etmək mümkündür məsələn, iki tam zolaq ardıcıl olaraq qəbul edildikdən sonra, 7 gün həblərin qəbuluna ara vermək olar.
 - Qeyd edin! Bəzi müasir prosedurlarda həblərin istifadəsinə ara verildiyi dönmə, plasebo dərmanlarının qəbul edilməsiylə əvəzlənmişdir: bundan qaçınılmalıdır və menstruasiyanın ertələnməsi məqsədiylə yeni zolağa başlanılmalıdır.
 - Qanaxma, sonuncu həbin qəbulundan 2-4 gün sonra başlayır. 7 günlük fasilədən sonra məhsulun istifadəsi, adi qaydada davam etdirilir.
- ▶ **Ardıcıl, bir fazalı və ya üç fazalı kombine olunmuş oral kontraseptivlərdən** istifadə edən qadınlar, həblərin qəbuluna yuxarıda göstərilmiş qaydada davam edə bilirlər, lakin yeni zolağın sonuncu 10 həbi, yalnız tərkibində daha çox progesteron olduğu təqdirdə istifadə edilir. Bu, menstruasiyanın başlanmasını ləngidəcəkdir.
- ▶ **Yalnız progestogen tərkibli oral kontraseptivin ("mini həb")** tərkibindəki progestogenin miqdarı, menstruasiyanı ləngitmək üçün kifayət deyildir. Bu üsuldən istifadə edən qadınlar, menstruasiyanın vaxtını dəyişmək üçün arzu edilən zaman kəsiyində gün ərzində 2 həb istifadə edə bilirlər. Noretisterondan da, həmçinin yuxarıda təsvir edilmiş şəkildə istifadə edilə bilər və ya əks təsirin mövcud olmadığı təqdirdə kombine olunmuş oral kontraseptivlərin istifadəsinə başlanıla bilər.

- ▶ Hormonal IUD-nin istifadəçiləri, əlavə olaraq progesteron - tək kontraseptivlərdən (məs, həb, 30 µg levonorgestreləndən ibarətdir, gün ərzində 2 həb) və ya istifadəsinə hər hansı bir əks göstərişin olmadığını güman edərək 0.15 mg levonorgestrel və 30 µg etiniloestradioldan təşkil olunmuş bir fazalı kombinə olunmuş oral kontraseptivlərdən istifadə etməklə menstruasiya vaxtını dəyişə bilirlər.

Süd vəzilərinin klinik müayinəsi: düyün, ağrı və xoşxassəli dəyişikliklər

(EBM Klinik protokolları, 09.08.2017.

Sonuncu dəyişiklik 09.08.2017.

Müəllif - Ulla Puistola, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Bütün palpasiya olunmuş yenitörəmələr və şübhəli vizual dəyişikliklər əlavə müayinə edilməlidirlər.
- ▶ Palpasiya olunan törəmələrin müayinəsi zamanı üçlü diaqnostik yanaşma tətbiq edilir: klinik müayinə, vizuallaşdırıcı müayinələr və punksiyon (iyinə ilə) biopsiya (sitoloji/histoloji müayinə).
- ▶ Süd vəzisinin xoşxassəli dəyişiklikləri geniş yayılmışdır; fertil yaşda olan hər dörd qadıncıdan birində fibrosistik dəyişikliklər aşkarlanır.
- ▶ Fibrosistik dəyişikliklərin meydana gəlməsi süd vəzisi xərçənginin artmış riski ilə əlaqəli deyildir.
- ▶ Süd vəzisinin xərçəngi riski süd vəzisi toxumasının radioloji cəhətdən sıx olan hissələrində müəyyən dərəcədə artmış olur.
- ▶ Süd vəzi xərçəngi riski duktal hiperplaziya, lobulyar hiperplaziya (qeyri-atipik), sklerozlaşan adenoza, diffuz papillomatoz, qarışıq tipli fibroadenoma və radial çapıq dəyişiklikləri zamanı 1.5-2.0 dəfə artmış olur.

Klinik müayinələr

- ▶ Müayinə üçün optimal vaxt menstruasiyadan təxminən 10 gün sonra, hormonal dəyişikliklərin səbəb olduğu ağrı və şişkinliyin ən aşağı səviyyədə olduğu zaman hesab edilir. Klinik əlamətlərlə təzahür edən (simptomatik) xəstələr menstrual tsiklin hansı fazasında olmalarından asılı olmayaraq müayinə edilməlidirlər.
- ▶ Xəstə oturaq və əllər yana sallanmış vəziyyətdə olarkən süd vəzilərini birinci qollar tərəfdən, daha sonra isə baş tərəfdən vizual olaraq gözdən keçirdin. Qeyd edin:

- mümkün asimmetriyanı
- dəri: səpmə, qabalıq, sərtlik, qançır, xoralaşma və süd vəzi toxumasının və ya giləsinin içəriyə dartılması (retraksiya).
- ▶ Xəstə bir qolunu yana uzatmış və ya başının altına qoymuş şəkildə uzandıqda süd vəzisini palpasiya edin
 - Süd vəzisinin hər tərəfini yoxlayın, eyni ardıcılığa riayət etməyə üstünlük verin.
 - Əvvəlcə barmaq ucları/barmaq yastıqları ilə süd vəzisi toxumasının hər kvadrantını yoxlayın.
 - Sonra dairəvi hərəkətlərlə və barmaqların bütün uzunluğundan istifadə edərək süd vəzisinin hər bir sahəsinin palpasiyasını davam edin; palpasiya zamanı döş qəfəsinə həfif təzyiq göstərməlidir. Hər hansı bir sərtliyə malik hər bir sahəyə xüsusi fikir verin: bölgənin ağırlıq olub-olmaması, gözləndiyi tərzdə sıxılma qabiliyyətinin olması, yumşaq və ya bərk olması və əhatə olduğu toxumalara nəzərən hərəkətli olub-olmaması barəsində qeydlər aparın.
 - Döş giləsindən gələn hər bir ifrazatı qeydə alın. Əgər xəstə döş giləsindən ifrazatın gəlməsi haqqında məlumat verərsə, döş giləsindən gələn ifrazatın birtərəfli və ya ikitərəfli olmasını müəyyən etmək məqsədilə palpasiya edin və yüngülcə basın.
- ▶ Qoltuqaltı (*axilla*) nahiyəni müayinə edərkən qoltuqaltı limfa düyünlərinin müayinəsinə mane ola biləcək hər hansı bir əzələ gərginliyini azaltmaq məqsədilə xəstənin qoluna dayaq verin. Döş qəfəsini əlinizin altında hiss edərək qoltuqaltı nahiyəni diqqətlə palpasiya edin. Körpücüküstü (supraclavicular) çuxuru ayrılıqda müayinə edin.

Sonrakı nəzarət zamanı müayinələr

- ▶ Palpasiya oluna bilən törəmələri müayinə edərkən üçlü diaqnostik yanaşma tətbiq edilir: baxış və palpasiya, vizuallaşdırıcı müayinələr və iynə biopsiyası nümunəsinin sitoloji və ya histoloji analizi.
- ▶ Palpasiya olunan bərkimə və şübhələnən vizual dəyişikliklərin hər biri (retraksiya, dəri dəyişiklikləri) mütləq

mamoqrafiya və ultrasəs müayinəsi vasitəsilə yoxlanılmalıdır. Nazik iyne biopsiyası və ya punksion (*core*) biopsiya göstərildiyi kimi həyata keçirilməlidir. Etiologiyası müəyyən olunmadığı hallarda yenitörəmə cərrahi yolla tamamilə xaric olunmalıdır.

- Əgər həssaslıq və zəif müəyyən edilən sərhədlər menstrual tsikldən əvvəl aşkarlanarsa, süd vəzisini təkrar olaraq menstruasiyadan sonra yenidən müayinə etməkdə fayda vardır və əgər nəticələr qeyri-adi olaraq qalarsa, xəstəni əlavə müayinələrdən keçirdin.

▶ Mamoqrafiya ilə skrining müayinələri

Vizuallaşdırıcı müayinələr

- ▶ Mamoqrafiya bir seçim müayinəsidir.
 - Patoloji dəri dəyişiklikləri, palpasiya zamanı qeydə alınan qeyri-adi dəyişikliklər, ağrılı və ya ifrazatlı süd vəzisi.
- ▶ Ultrasəs müayinəsi nümunələrin əldə edilməsində kömək məqsədilə mamoqrafiya ilə birlikdə tətbiq edilir.
 - Əgər əvvəlki mamoqrafiya müayinəsindən 6 aydan az bir müddət keçmişdirsə və ultrasəs müayinəsi xüsusi dəyişikliklərin müayinəsi üçün uyğun görülürsə, onu mamoqrafiyanın əvəzinə tətbiq etmək olar.
- ▶ Süd vəzisinin maqnit rezonans tomoqrafiyası (MRT) diaqnozun tamamlanması və xüsusi hallarda dəqiqləşdirilməsi üçün tətbiq edilir.
- ▶ Duktoqrafiya
 - Seroz və ya qanlı ifrazat

Nümunələr

- ▶ Nümunəni götürməzdən əvvəl lazım olan vizuallaşdırıcı müayinələr həyata keçirilir, çünki punksionun səbəb olduğu qanaxma mamoqrafiya görüntülərinin interpretasiyasına mane ola bilər.
- ▶ Biopsiya nümunələri ya nazik, ya da punksion (*core*) yoğun iyne vasitəsilə ultrasəs və ya mamoqrafiyanın nəzarəti altında əldə edilir.

- ▶ Yoğun iynə ilə (*core-needle*) aparılan biopsiya daha yüksək dəqiqliyi və həmçinin xərçəngin invazivliyi ilə bağlı məlumatları təmin edir.
- ▶ Nazik iynə biopsiyası sist mayesinin müayinəsi üçün uyğun sayılır.
- ▶ Kalsiumlaşmış törəmələr mamografiyanın nəzarəti altında əsasən stereotaktik texnikasının tətbiq edilməsilə biopsiya edilir.
- ▶ Əgər üçlü diaqnostika törəmənin bədxassəli təbiətə malik olmasını sübut etmirsə, zədələnmiş sahə bütünlükdə xaric olunur.
- ▶ Məftil markerlər və ya rənglə işarələmə şübhəli sahələrin tamamilə xaric olunmasına əmin olmaq üçün istifadə edilir. Süd vəzilərinin axacaqları cərrahi yolla xaric edildikdə rəngli işarələmədən istifadə olunur.
- ▶ Biopsiya döş giləsində və ya areolada yerləşən törəmələrdən deyil, digər dəri törəmələrindən götürülə bilər (Paget xəstəliyi; şəkil), lakin bunu süd vəzisinin vizuallaşdırıcı müayinəsindən əvvəl həyata keçirtmək olmaz. Radioloq vizuallaşdırıcı müayinə ilə yanaşı adətən xüsusi alətlə biopsiyanı da (eng.'*punch biopsy*') həyata keçirir.

Süd vəzisinin xoşxassəli dəyişiklikləri

Normanın variantları

- ▶ Süd vəziləri nadir hallarda tamamilə simmetrik olur. Hətta kifayət qədər böyük ölçülü fərq belə normal variasiya olaraq qəbul edilə bilər. Süd vəzisinin biri rudiment və ya tamamilə olmaya bilər.
- ▶ Bir neçə süd vəzisinə təsadüf edilə bilər. Qoltuqaltı nahiyədə artıq döş gilələrinin və ya əlavə süd vəzilərinin təsadüf edilməsi olduqca geniş yayılmışdır (və bu hallarda əlavə nəzarətə ehtiyac duyulmur).

Fibrosistik dəyişikliklər

- ▶ Süd vəzilərinin fibrosistik dəyişiklikləri təxminən 25% menstrusiyası olan qadınlarda və yarıdan çox

perimenopauza dövründə olan qadınlarda meydana gəlir. Sistlər və ya epitelial hiperplaziya süd vəzi axacaqlarında formalaşa bilər, hansı ki sonradan fibroza səbəb olur.

- ▶ Xarakterik simptomlara həssaslıq, ağrı və menstruasiyadan 1-2 həftə əvvəl şişkinlik aid edilir.
- ▶ Dəyişikliklərin üç əsas növü vardır: sistoz dəyişikliklər, duktal hiperplaziya və birləşdirici toxuma reaksiyaları.
- ▶ Sistlər adətən 1-2 mm diametrdə olur, lakin üç haldan birində onlar 2-3 sm ölçüyə qədər böyüyüb həssaslaşa bilər. Ölçü menstrual tsikldən asılı olaraq dəyişə bilər.
- ▶ Süd vəzisinin duktektaziyası
 - Menopauza dövründə olan qadınlarda asimptomatik dəyişikliklər adətən təsadüfən aşkarlanır.
 - Genişlənmiş süd vəzisinin ətrafında iltihab bəzən fibroza və çapığa səbəb olur və döş giləsi içəriyə dartıla bilər.
 - Döş giləsindən sulu və ya qanlı ifrazat gəlir.
- ▶ Epitelial hiperplaziya fibrozlu, həssas süd vəzisi düyünlərinin formalaşmasına səbəb ola bilər.
 - Hiperplastik dəyişikliklər bədxassəli dəyişikliklərin yaranmasının yüksək riski ilə əlaqəli olur. Bu, xüsusilə süd vəzisi xərçənginə dəlalət edən ağırlaşmış ailə anamnezinə malik olan xəstələrdə müşahidə edilir (10 dəfədən çox artmış risk). Dəyişikliklər qismən kalsifikasiya edilir və ya iynə biopsiyası lobulyar hiperplaziya göstərir.

Fibroadenoma

- ▶ Qadınların 10%-də rast gəlinir, cavan qadınlar arasında daha geniş yayılmışdır.
- ▶ Tipik olaraq qeyri-həssas və bitişik strukturlara qarşı hərəkətli olan hamar kütlə (ölçü menstrual tsiklə görə dəyişmir).
- ▶ Dəyişikliklər mamografiyada yaxşı sərhədlənmiş, ultrasəs müayinədə isə hiperexogen görünür.

Lipoma

- ▶ Yumşaq, qeyri-həssas, əhatə edilmiş toxumaya qarşı olduqca hərəkətli.
- ▶ Adətən 45 yaş civarında təsadüf edilir.
- ▶ Mamoqrafiyada sıxlıq ətrafdakı adipoz toxumanın sıxlığını əks etdirir.

Intraduktal papilloma

- ▶ Hiperplastik dəyişikliklər, 75% hallarda döş giləsindən ifrazatın gəlməsilə təsadüf edilir.
- ▶ Palpasiya edilmir
- ▶ Tək və ya çoxsaylı ola bilər; sonuncu halda papillomatoz termini istifadə olunur.
- ▶ Papillomatoz bədxassəli şiş riskinin meydana gəlməsi ilə bağlıdır, tək törəmələrdə isə nadir hallarda təsadüf edilir.

Filloid şişlər

- ▶ Fibroadenoma ilə eyni tipli böyük törəmələrdir
- ▶ Sərhədləri zəif müəyyən olunur.
- ▶ İynə biopsiyası hipersellulyar stromaya dəlalət edir.
- ▶ Xoşxassəli, sərhədlənmiş və ya bədxassəli.
- ▶ Müalicə - cərrahi yolla xaric edilir.

Piy nekrozu

- ▶ Daha əvvəl baş vermiş travmadan, iltihabdan və ya cərrahi prosedurdan sonra meydana gələ bilər.
- ▶ Prosedur bədxassəli şişi xatırlada bilər.
- ▶ Piy nekrozunun sahəsi qeyri-bərabər, palpasiya zamanı isə həssas olur. İndurasiya (sərtləşmə), ətrafındakı toxumalarla əlaqələnməsi və dəri retraksiyası da həmçinin müşahidə edilə bilər.
- ▶ Müəyyən vaxt ərzində piy nekrozu tərəfində kalsium depozitləri formalaşır.

Mastalgiya (mastodiniya, döşdə ağrı)

- ▶ Mastalgiya birtərəfli və ya ikitərəfli, tsiklik (təxminən 70%) və ya davamlı (təxminən 25%) ola bilər. 5%-dən çox

hallarda mastalgiyanın döş nahiyəsində xondrokostal mənşəli olması sübut edilir.

- Sürd vəzi xərcəngi ilə əlaqədar meydana gələn mastalgiya (döş ağrısı) birtərəfli və davamlı olur.
- Yalnız 5% hallarda ağrı xərcəngin yeganə əlaməti olur.

Müayinələr

- ▶ Diqqətlə anamnezin toplanması
- ▶ Sürd vəzisinin klinik müayinəsi
- ▶ Göstəriş olduqda mamografiya və ultrasəs müayinəsi

Müalicə

- ▶ Əgər şiş aşkar edilməsə, xəstələrin əksəriyyətini şikayətlərin xoşxasəli olmasını bilmək məmnun edəcəkdir.
- ▶ Mütəxəssis konsultasiyasından sonra nadir hallarda menstrual tsiklin 14-cü günündən bromokriptinə 2.5 mq/gün başlamaq olar.

Bibliografiya

1. Dupont WD, Parl FF, Hartmann WH, Brinton LA, Winfield AC, Worrell JA, Schuyler PA, Plummer WD. Breast cancer risk associated with proliferative breast disease and atypical hyperplasia. *Cancer* 1993 Feb 15;71(4):1258-65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8435803>
2. Santen RJ. Benign breast disease in women. In: De Groot LJ et al (Eds.). *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; Feb 22, 2014
3. Onstad M, Stuckey A. Benign breast disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40(3):459-73.
4. Guray M, Sahin AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management. *Oncologist* 2006;11(5):435-49.
5. Lehman CD, Lee AY, Lee CI. Imaging management of palpable breast abnormalities. *AJR Am J Roentgenol* 2014;203(5):1142-53.

Ginekoloji prolaps

(EBM Klinik protokolları, 23.08.2018.

Sonuncu dəyişiklik 05.03.2019.

Müəllif - Kari Nieminen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Uşaqlıq və uşaqlıq yollarının simptomatik olan sallanmaları zamanı, əgər əməliyyat aparılması üçün əks göstərişlər yoxdursa, cərrahi müalicə vasitəsi ilə aparılmalıdır.
- ▶ Yüngül dərəcəli simptomlar konservativ yolla müalicə edilərək yüngülləşdirilə bilər.
- ▶ Belə hallarda pasiyenti bu patologiyanın xoş xassəli olması barədə məlumatlandırmaq vacibdir.

Təyin edilməsi

- ▶ Uşaqlıq yolunda və ya cinsiyyət yarığında qabaran dəyişikliklərin olmasını ginekoloji yırtıq adlandırmaq olar. Qarın boşluğunun dibi çanaq boşluğunun aşağı dəliyindən düşür (doğuş kanalına və ya vaginaya qədər düşür) və sidik-cinsiyyət orqanları öz yerlərini tərk edirlər. Bu cür dəyişikliklər baş verir:
 - Uşaqlığın sallanması zamanı, o cümlədən:
 - uşaqlıq kanalının ön divarının (sistosele) sallanması zamanı,
 - uşaqlıq yolunun arxa divarı (*rektocele*) sallanması və ya
 - uşaqlıq yolunun orta hissəsinin (uşaqlıq və ya histertektomiyadan sonrakı uşaqlıq yolu tağının düşməsi) sallanması zamanı
- ▶ Əksər hallarda yuxarıda göstərilən sallanmaların müxtəlif kombinasiyaları olur. Uşaqlıq və uşaqlıq yollarının sallanması düz bağırasğın sallanması ilə birgə olur.

Sallanma dərəcələri

- ▶ Sallanma dərəcəsinə qiymətləndirmək məqsədi ilə bir sıra meyarlar hazırlanmışdır. Praktiki olaraq isə müxtəlif

sallanma komponentlərini şifahi şəkildə və ya aşağıdakı təsnifatdan istifadə edərək təsvir etmək çox asandır.

- I dərəcəli sallanma: daxili orqan uşaqlıq ylunun aşağı üçdə birinə qədər sallanır.
- II dərəcəli sallanma: daxili orqan qadın cinsiyyət yarığında görünür, yəni uşaqlıq yolunun dəhlizində görünür.
- III dərəcəli sallanma: daxili orqan açıq şəkildə uşaqlıq yolu dəhlizindən kənardadır.
- IV dərəcəli sallanma: daxili orqan, xüsusən də uşaqlıq, uşaqlıq yolundan tamamilə çıxmışdır (uşaqlığın total prolapsı).

Uşaqlıq sallanmalarının rastgəlmə tezliyi

- ▶ Belə hesab edilir ki, hər beş ginekoloji əməliyyatdan biri çanaq boşluğunun dibindən sallanan cinsiyyət orqanlarını korreksiya edilməsinə gətirib çıxarır. Bəzi araşdırmalarda uşaqlıq sallanmalarını yayılmasının təxminən 15% olduğu aşkar edilmişdir, lakin simptomları olanların nisbəti xeyli aşağıdır.

Etiologiyası

- ▶ Qocalma prosesi sallanma və düşmə hallarına meyillilik yaradır. Əksər hallarda belə pozğunluqlar menopauzadan sonrakı dövrə təsadüf edir.
- ▶ Menopauza dövründə qadınlarda estrogen istehsalının azalması birləşdirici və selikli qişa toxumalarının, həmçinin çanaq boşluğunu əzələlərinin zəifləməsinə səbəb olur, nəticədə isə cinsiyyət orqanlarının yerində saxlanması qabiliyyətini azalmış olur.
- ▶ Doğuş metodundan asılı olmayaraq tam müddətli hamiləlik, sallanma və düşmənin inkişaf etməsi riskini artırır.
- ▶ Çətin keçən hər hansı bir doğuşda (forsep\maşa, vakuüm vasitəsi ilə aparılan doğuşlar və ya çox sürətlə gedən doğuşlar) birləşdirici toxuma daimi olaraq zədələnə bilər
- ▶ Ekizlik halları çanaq boşluğunun döşəməsinini hədindən artıq genişləndirir, ağır fiziki iş, xroniki öskürək, qəbizlik,

assit və çanaqdakı böyük şişlər meyillilik yaradan amillərdəndirlər.

- ▶ Demək olar ki, təxminən 5% hallarda sallanma və düşmə, hələ doğuş keçirməmiş və olduqca gənc qadınlarda müşahidə edilir. Bunun səbəbi isə birləşdirici toxumanın anadangəlmə zəifliyi hesab edilir.

Simptomları

- ▶ Erkən mərhələdə aşağı qarın nahiyəsində qabarma və ağırlıq hissi olur, bu simptomlar axşam çağına yaxınlaşdıqca artır və uzanarkən çəkilir. Pasiyent aşağıya doğru yönəlmiş gərginlik hiss edir və bel nahiyəsinin aşağısında ağrı ola bilər.
- ▶ Pasiyent, əksər hallarda uşaqlıq yolunda aydın bir şəkildə sallanma hiss edildikdə və ya daxili orqanın düşməsi olmasını müşahidə etdikdə müalicə üçün müraciət edir. Adətən bu mərhələdə pasiyentdə digər simptomlar da olur. Ən tipik simptom sidik kisəsinin boşaltmaqda çətinlik çəkməkdir. Bundan əlavə, xəstədə cinsi əlaqə zamanı yaranan çətinliklər və ağrı, bağırsağın boşaldılmasında çətinliklər ola bilər.

Müayinə aparılması

- ▶ Patoloji dəyişiklərin növünü və ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirin. (Müayinə zamanı) Sidik kisəsi və düz bağırsağ boş olmalıdırlar. Pasiyentin ayaq üstə olduğu zaman qarşılaşdığı çətinlikləri daha düzgün qiymətləndirmək üçün, onun uzandığı və oturmaq vəziyyətində olduğu hallarda provaksiya edici hərəkətlər (Valsalva testi) həyata keçirilir.
- ▶ Müayinə zamanı aralıq nahiyəsinin aşağı düşməsi aşkar edilə bilər və sallanmanın cinsiyyət yarığının dəhlizinə və hətta oradan da xaricə çıxdığını görmək olar.
- ▶ Güzgü ilə müayinə zamanı uşaqlıq yolunun ön tağının sallanması müşahidə edilir, bu isə ön divarda bir qüsurlu/zəiflik olduğunu göstərən ilk əlamət olaraq qeyd edilə bilər.

- ▶ Güzgü çıxarıldıqdan sonra ön divar elevetaor (divarı yeni alınmış mövqedə saxlamaq üçün tətbiq olunan alət) stabilləşdirilir və arxa tağın olmadığı müşahidə edilə bilər, bu isə enterosele-nin əmələ gəlməsini və ya rektosele baş verməsini təsdiqləyir.
- ▶ Rektovaginal palpasiya zamanı uşaqlıq younun arxa divarı və düz bağırsağın divarı arasında qüsurun/defektin olduğunu və bu səbədən rektosele yarandığı müəyyənləşdirilə bilər.
- ▶ Uşaqlığın sallanma dərəcəsini təyin etmək üçün ya xəstəyə gücənməyi xahiş edirlər və ya da alət vasitəsi ilə uşaqlıq boynunu aşağı çəkirlər.
- ▶ Diferensial diaqnoz zamanı, sallanmaya bənzər genişlənmələri, məsələn, uretranın divertikulu, yaxud Gartner kanalının anadangəlmə kistlərini, bədxassəli şişlərin metastazlarını və ya nadir hallarda təsadüf edilən və bu nahiyəyə qabararaq çıxan bağırsaq yırtıqlarını istisna etmək lazım gəlir.

Konservativ müalicə

- ▶ Bəzi xəstələrdə uşaqlıq yoluna qoyulan pessarium simptomları yüngülləşdirir və cərrahi müalicəsiz keçinmək mümkün olur. Yerli estrogen müalicəsi nahiyəyə qan axınını artırır və selikli qişanın qıcıqlanmasını azaldır. Pessarium istifadə edən pasiyentlər üçün yerli müalicə xüsusilə vacibdir.
- ▶ Çanaq boşluğunun dibinin/ döşəməsinin əzələlərini gücləndirməklə, mövcud simptomlar yüngülləşdirilə bilər (pasiyentə yazılı təlimat vermək lazımdır). Fizioterapevtin rəhbərliyi altında aparılan belə müalicənin nəticələri yaxşı olur.
- ▶ Yüngül dəyişikliklərdə yuxarıda göstərilən müalicə simptomları azaldır və xəstə hətta operativ müalicədən qaça bilər.
- ▶ Doğuşdan sonrakı müayinədə əzələlərin məşq etdirilməsi barədə təlimat verilməlidir, çünki bu cür məşqlər sallanmanın inkişafına mane olur.

Cərrahi müalicə

- ▶ Cərrahi müalicə tətbiq edilir, əgər:
 - Sallanma/düşmə aydın olaraq müəyyən edilirsə və
 - Simptomlar gündəlik həyat tərzinə müdaxilə edirlərsə:
- ▶ Əməliyyat ənənəvi olaraq uşaqlıq yolu vasitəsilə həyata keçirilir. Dəstəkverici süni materialların istifadə edilməsi ilə ümidverici nəticələr əldə edilmişdir. Əməliyyat laparoskopiya və ya laparotomiya yolu ilə də edilə bilər.
- ▶ Cərrahi müalicə əgər pasiyent daha hamiləliyi planlaşdırsa tətbiq edilə bilər. Sallanmanın korreksiyası ilə əlaqədar olaraq əksər hallarda vaginal histerektomiya edilir. Müstəsna hallarda isə cərrahi əməliyyat elə aparıla bilər ki, fertilliyin qarşısını alınmasın.

Cərrahi müalicə üçün əks göstərişlər

- ▶ Simptomların olmaması;
- ▶ Xəstə əməliyyatdan imtina edir;
- ▶ Hamiləlik və doğuşdan sonrakı dövr (6 ay);
- ▶ Pasiyent çox gənkdir (xüsusilə radikal cərrahiyyə və ya ablasiya haqqında düşünüldükdə);
- ▶ Anestezioloq və ya digər mütəxəssis tərəfindən əməliyyat edilməsinə qarşı mütləq olan əks göstərişlər (lakin, yerli anesteziya altında qadının xarici cinsiyyət orqanlarında əməliyyat aparmaq olar).

İlk yardım

- ▶ Fəsadların qarşısını almaq üçün (məsələn, sidik xaric edilməsinin dayanmasının) sallanan hissə uşaqlıq yolu içərisinə yerləşdirilir və üzük və ya tampon qoymaqla, onun dəhliz səviyyəsindən yuxarıda dayanmasına nail olunur.
- ▶ Sidik kisəsi kateterizasiya edilməklə boşaldılır. Sidik axının uzunmüddətli dayanması olduğu hallarda, qasıq üsütü sistostomiya edilir və ya uzun müddətli kateterizasiya aparıla bilər.
- ▶ Əgər pasiyentdə sallanmanın qarşısını almaq üçün pessariumdan (vulkanizasiya edilmiş rezindən hazırlanmış)

istifadə edərsə, o, tərkibində estrogen olan vaginal krem və ya vaginal suppozitoriumlardan tez-tez istifadə etməlidir.

- ▶ Pasiyentin simptomları yüngülləşərsə və mənfi təsirlər aradan götürülərsə, cərrahi əməliyyat əvəzinə konservativ müalicə ilə davam etmək olar.

Biblioqrafiya

1. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002 Nov;100(5 Pt 1):981-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12423864>

Ektopik hamiləlik

(EBM Klinik protokolları, 05.07.2022.

Sonuncu dəyişiklik 05.07.2022.

Müəllif - Leena Laitinen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Fertillik yaşında olan hər bir qadının qarın nahiyəsinin aşağı hissəsində ağrılar və/və ya qeyri-normal qanaxma olan bütün hallarda ektopik hamiləlik olduğundan şübhələnin.

Epidemiologiyası

- ▶ Bütün hamiləliklərin təxminən 1,5-2%-nin uşaqlıqdan kənar olması düşünülür.
- ▶ Son illərdə uşaqlıqdan kənar hamiləliyin yayılması tendensiyası açıq şəkildə azalmaqdadır.
- ▶ Uşaqlıqdan kənar hamiləliyin 25-34 yaşlı qadınlar arasında ən yüksək olduğu qeyd edilir.

Lokalizasiyası

- ▶ Belə vəziyyətlərin əksəriyyəti (95-97%) uşaqlıq borusuna təsadüf edir. Abdominal boşluqda, yumurtalıqda və uşaqlıq yollarında belə hamiləliyin baş verməsinə çox nadir hallarda rast gəlinir.

Risk qrupları

- ▶ Pasiyentlərin yalnız az bir hissəsinin anamnezində bəzi risk faktoru aşkar edilə bilər; bu faktorlara daxildirlər:
 - əvvəlki çanaq boşluğunun iltihabi xəstəlikləri-xlamidiya ən çox rast gəlinən səbəb hesab edilir;
 - əvvəllər çanaq boşluğunda edilmiş cərrahi əməliyyatlar (məs. qeysəriyə);
 - əvvəlki uşaqlıqdan kənar hamiləlik hadisəsi;
 - mis tərkibli uşaqlıq daxili vasitələrə (UDV, spiral) nisbətən, hormon azad edən UDV-lərin tətbiqi uşaqlıqdan kənar hamiləliklərin tezliyini azaldır.
 - sonsuzluq və sonsuzluğun müalicəsi anamnezi;
 - endometrioz;

- siqaret aludəcəliyi;
- qıcıqlanan bağırsağ sindromu;
- ▶ Uşaqlıqdan kənar hamiləlik riski uşaqlıq daxili vasitə istifadəçilərində daha aşağıdır; UDV istifadəçilərinin hamiləliyi-uşaqlıqdan kənar hamiləlik şübhəsi yaranmalıdır.

Simptomları

- ▶ Klinik mənzərə çox dəyişkəndir: simptomuz keçən hallardan, çox ağır simptomlar olan hallara qədər dəyişən variasiyaya malikdir.
- ▶ Anormal vaginal qanaxma və/və ya aşağı qarın nahiyəsində təkrarlanan (birtərəfli) ağrılar ola bilər.
- ▶ Bəzi pasiyentlərdə qanaxmalar olarsa, ayabaşı qanaxması kimi qəbul edilə bilər.
- ▶ Ağır hallarda qarın nahiyəsində kəskin intensiv ağrılar olur, çiyin nahiyəsində dəlici ağrıları baş verir və huşun itməsi ola bilər; bütün bunlar uşaqlıq borusun partlaması və qarın boşluğuna qanaxma olmasının əlamətləri ola bilər.

Diagnozu

- ▶ Hamiləliyin təsdiq edilməsi üçün ilkin olaraq qan zərdabının analizi edilir (İXQ).
 - ən həssas testlər zərdab testləridir, onlar istifadə edildikdə zərdabda insanın xorion qonodotropini (İXQ) hormonu (ingiliscə: hCG- human chorionic gonadotropin) 10-20 IU/L) təyin edilir; o, növbəti aybaşıya bir həftə qalmış müsbət olur.
 - Sidiyin analizi vasitəsi hamiləliyin aşkarlanması daha az həssaslığa malik testdir: müsbət nəticə əhəmiyyətlidir, amma mənfi nəticə uşaqlıqdan kənar hamiləliyin olmasını istisna etmir.
- ▶ Hamiləlik testinin müsbət olduğu hallarda dölün yerini transvaginal ultrasəs müayinəsi ilə təyin edirlər.
- ▶ Həm İXQ konsentrasiyasının ölçülməsi, həm də vaginal ultrasəs müayinəsi diaqnoz üçün əhəmiyyətlidir.
 - Plazmada İXQ total konsentrasiyası 1500 BV/L olduqda, ultrasəs müayinəsi hamiləliyi aşkar edə bilmir; bu mərhələdə, hamiləliyin 11%-i uşaqlıqdan kənar,

34%-i uşaqılıq daxilidir; 55%-nin isə inkişafı isə başa çatmır.

- İXQ-nın iki gün sonra təyin edilməsi diaqnostikada kömək edəcəkdir. Uşaqılıq daxili hamiləlikdə İXQ səviyyəsi, ümumiyyətlə hər 2 gündə iki dəfə artır.
- Transvaginal ultrasəs demək olar ki, axırını aybaşıdan keçən ortalama 41 gün müddəti ərzində uşaqılıq daxili hamiləliyin (fetal ürək döyüntüsünün) olduğunu təsdiqləyir.
- ▶ Əgər ultrasəs müayinəsi uşaqılıq daxili hamiləliyi təsdiqləmirsə, lakin Duqlas boşluğunda maye varsa, tapıntı uşaqılıqdan kənar hamiləliyin olduğuna dələlət edir.
- ▶ Diferensial diaqnozun aparılması üçün isə əsas qan elementlərinin /trombositlərin miqdarı, CRP konsentrasiyası müəyyənləşdirilir, sidinin analizi aparılır və xlamydiyaların (nuklein turşusu testi vasitəsi ilə) olması yaxlanılır.

Ağırlaşmalar

- ▶ İnkişafda olan xorial toxuma yırtılarsa, qarın boşluğuna açılmış qanaxmaya səbəb olur ki, bu da həyat üçün təhlükə yarada bilər.
- ▶ Uşaqılıqdan kənar persistent hamiləlik adlanan hal olduqda, spontan olaraq və ya müalicədən sonra yenidən (trofoblastik) böyümə baş verir.

Müalicəsi

- ▶ İXQ azaldıqda (<1500-2000 BV/L) və azacıq simptomatika olduqda, sadəcə olaraq xəstənin müşahidə edilməsi kifayətdir. İXQ konsentrasiyası səviyyəsinin azalması təkrari ölçmələrlə təsdiqlənməlidir.
 - Müşahidə edilən xəstələrin $\frac{2}{3}$ -si spontan olaraq sağalır; İXQ-nin ilkin dəyəri nə qədər az olarsa, spontan sağalma ehtimalı, o qədər yüksəkdir.
- ▶ Metotreksat xorial toxumanın rezorbsiyasını artırmaq üçün istifadə edilə bilər. Xəstədə az miqdarda simptomatika olduqda, qaraciyər və böyrək funksiyası testləri normal hədlər daxilindədirsə, plazmada İXQ-ni konsentrasiyası <5000 BV/L və İXQ konsentrasiyasını ardıcıl olaraq

müşahidə etmək mümkündürsə, metotreksat ilə müalicəsi barədə düşünmək olar.

- Metotreksat müalicəsi zamanı əzələ daxilinə bir inyeksiya (1 mq/kq) edilir. İXQ konsentrasiyasının əvvəlki qiyməti ilə müqayisədə 15% azalmazsa, müalicə bir həftəlik intervalla 3 dəfə təkrarlana bilər. Metotreksat müalicəsinin yalnız bir dozası ilə edilən müalicədə fol turşusu əlavəsinin tətbiqi lazım deyildir.
- Uşaqlıq xarici hamiləliyin 70-90%-də metotreksatın yalnız bircə dozası ilə uğurlu müalicə üçün kifayət edir.
- Zərdabda İXQ-nin səviyyəsi aşağıdırsa, nəticə daha yaxşıdır.
- Müalicənin ən çox rast gəlinən yan təsiri abdominal ağrıdır. Bu yan təsir müalicə olunan xəstələrin 75%-də qeydə alınır.
- ▶ Ümumi vəziyyəti qeyri-kafi və qan təzyiqi aşağı olan xəstələrə (şok riski altında olanlar) vena daxili sistem vasitəsi ilə dərhal maye köçürülür. Hemodinamika imkan verirsə, laparoskopiya edilir. Hal-hazırda hemodinamikanın qeyri-sabit olması və ya hemopritoneumun yaratdığı çətinliklər üzündən xəstələrin yalnız 5%-də laparotomiyaya ehtiyac duyulur.
- Uşaqlıq borusunun tamlığı ciddi şəkildə pozulmuşdursa və ya uşaqlıqdan xaric hamiləlik eyni yerdə təkrarlanmışdırsa, yaxud pasiyent daha hamilə qalmaq planlaşdırmırsa (eyni zamanda sterilizasiyanı həyata keçirmək mümkündürsə), həmçinin hamiləlik sterilizasiya edildikdən sonra başlamışdırsa və ya ekstrakorporal mayalanma müalicəsi hazırda istifadə olunursa və ya planlaşdırılırsa - radikal müalicə (uşaqlıq borularının ekstirpasiyası) məsləhətdir.
- Əgər xəstə gələcəkdə hamilə qalmaq istəyirsə və konservativ cərrahi əməliyyat texniki cəhətdən mümkündürsə, konservativ cərrahi müdaxilə sual altına alınır. Bu hallarda ən çox tətbiq edilən müalicə uşaqlıq borusunun açılmasıdır. (salpingostomiya).
- Simptomların şiddətliyi və ya kəskinliyi, uşaqlıqdan xaric hamiləliyin ölçüsü və təbiəti, plazma İXQ- nin

konsentrasiyası, həmçinin xəstənin öz istəyi cərrahi müalicə və digər müalicə arasında olan seçimə təsir göstərir.

Sonrakı müalicə və proqnoz

- Rezus faktoru mənfi olan qadınlara bütün hallarda Anti-D immunoglobulinu vurulur.
- Plazma İXQ-nin konsentrasiyasının səviyyəsinin hamilə olmayan qadın plazmasında olan İXQ səviyyəsinə və yaxud normal səviyyəyə çatdırılıla bilirsə, konservativ müalicələrin nəticəsi müsbətdir.
- İXQ konsentrasiyası kifayət qədər sürətlə azalmırsa və ya ilkin müalicənin uğurlu olmasına şübhə varsa, müalicəni gücləndirmək üçün əzələdaxili və ya oral metotreksat verilə bilər.
- Növbəti hamiləliyin əvvəlində, xüsusilə də hamilə qadında qarının aşağı nayihəsində birtərəfli ağrı varsa, hamiləliyin lokalizasiyasını USM ilə təsdiqləmək olduqca önəmlidir.
- Sonrakı kontrasepsiya üsulların heç biri əks-göstəriş deyildir.
- Konservativ cərrahi və / və ya terapevtik müalicədən sonra gələcək hamiləliyin proqnozu yaxşıdır. Sonrakı iki il ərzində uşaqlıq daxili hamiləlik ehtimalı ümumi müalicədən sonra 80-90%, metotreksat müalicəsindən sonra 55-70%, salpingostomiyadan sonra 60-90% və salpingektomiyadan sonra 40-65%-dir.
- Müalicədən sonra aybaşılar qadında normal olaraq baş verirsə, yeni bir hamiləliyə cəhd edilə bilər.
 - Növbəti müalicədən sonra İXQ səviyyəsi normaldır (hamilə olmayan qadının plazmasındakı olan səviyyəyə uyğundur);
 - Metotreksat müalicəsindən tələb olunan fasilə intervalının birdəfəlik doza terapiyası üçün 1 ay və təkrar doza terapiyası üçün 3 ay olması tələb olunur.

Biblioqrafiya

1. World Health Organization (WHO). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th edition, 2015

Hamiləlik zamanı qanaxma (birinci və ikinci trimester, 28 həftəyə qədər)

(EBM Klinik protokolları, 18.06.2018.

Sonuncu dəyişiklik 25.06.2018.

Müəllif - Mika Nuutila, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ Hamiləliyin 22-ci həftəsindən sonra meydana gələn qanaxma: xəstəni hər zaman təcili olaraq doğum evinə göndərin.

Əsas qaydalar

- ▶ Xəstənin ginekoloji şöbəyə və ya doğum evinə göndərilməsi razılaşıdırılır.
- ▶ Hamiləliyin 22-ci həftəsindən əvvəl meydana gələn qanaxma:
 - Əgər qanaxma minimal və sancılar azdırsa xəstəyə istirahət verməyi düşünün. İstirahətin səmərəliyi sübut olunmamışdır. Mümkün olduğu təqdirdə ultrasəs müayinəsi həyata keçirilir (həyat göstəricisi olan döl, yaxşı proqnoz deməkdir).
 - Həddindən artıq qanaxma və şiddətli ağrılar meydana gəlsə, xəstənin ginekoloji xəstəxanaya və ya şöbəyə göndərilməsinə ehtiyac duyulur.
 - Əgər aşağıdakı hallara rast gəlsəniz, növbəti iş günündə xəstəni ginekoloji xəstəxanaya və ya şöbəyə göndərin
 - spontan abort sona çatıb və xəstənin vəziyyəti qənaətbəxşdir və temperaturu yoxdur
 - ölmüş döl müşahidə edilir
 - təkrari müayinə zamanı qanaxma artır
- ▶ Hamiləliyin 22-ci həftəsindən sonra meydana gələn qanaxma
 - Doğum evinə təcili göndəriş.

Qanaxmanın səbəbləri

- ▶ Düşük
- ▶ Ektopik hamiləlik
- ▶ Placenta pelvia (plasentanın uşaqla doğuş kanalı arasında olması (yeni doğuş kanalını bağlaması) və ya plasental qopma (xüsusilə hamiləliyin ikinci yarısında)
- ▶ Vaginal və ya uşaqlıq boynu (lat. *cervix*) infeksiyaları, poliplər və ya zədələr
- ▶ Trofoblastik xəstəlik (nadir hallarda)

Düşüün səbəbi

- ▶ Döl anomaliyaları
- ▶ Xromosomal anomaliyalar
- ▶ İmmunoloji konflikt (immunoloji faktorlar)
- ▶ Uşaqlıq və uşaqlıq boynu anomaliyaları
- ▶ Endokrinoloji pozuntu (dizbalans), diabet və hipertrioidizm, sarı cismin (lat. *corpus luteum*) funksiyasının pozulması
- ▶ Virus infeksiyaları, listerioz, toksoplazmoz
- ▶ Dölsüz uşaqlıqdaxili hamiləlik kisəsi (qeyri-embrional hamiləlik [eng. "*blighted ovum*"] və ya abortiv yumurtahüceyrə [lat. "*ovum abortivum*"])

Müayinə

- ▶ Ümumi vəziyyət
 - Əgər siz febril (qızdırmalı) infeksiyadan şübhələnilirsinizsə, və ya xəstədə güclü qanaxma varsa (profuz qanaxma), dərhal xəstəni təcili olaraq ginekoloji şöbəyə yönləndirin. Lazım gəldikdə, bədən temperaturunu, qan təzyiqini, nəbzini, trombosit sayı ilə ümumi qan analizi, CRP-ni yoxlayın.
- ▶ Ginekoloji status
 - Uşaqlıq: Ölçü hamiləliyin həftəsinə uyğundurmu? Həssaslıq? Tutmalar? Uşaqlıq boynunun uzunluğu qısalıbmı və ya uşaqlıq boynu uzanıbmı? Qanaxma müşahidə edilirmi və o, güclüdürmü (profuz)?
 - Döl: Döl müəyyən olunurmu yoxsa o artıq xaric olub? Əgər uşaqlıq boynu uzanmayıbsa, siz ürək vurğularını

eşidə bilirsinizmi (hamiləliyin 22-ci həftəsindən sonra) və ya ultrasəs müayinəsi vasitəsilə siz ürəyin funksiyasına nəzarət edə bilirsinizmi və ya hərəkətləri palpasiya edə bilirsinizmi (hamiləliyin 16-18-ci həftəsindən sonra)?

Düşük təhlükəsi (abortus imminens)

- ▶ Minimal vaginal qanaxma və ağrılar. Uşaqlığın ölçüsü böyümüşdür və uşaqlıq boynu uzanmamışdır. Ürək funksiyalarına doppler və ya ultrasəs müayinəsi vasitəsilə nəzarət etmək mümkündür.
- ▶ Əgər qanaxma davam edərsə, ultrasəs müayinəsini 1-2 həftədən sonra təkrarlayın.
- ▶ Lazım gəldikdə, xlamidiya və ya qonoreyaya görə yoxlama aparın (bir çox doğum evlərində tətbiq edilən müayinə növlərindən hesab edilir).
- ▶ İstirahət göstəriş ola bilər və fiziki fəaliyyətdən uzaq durmaq lazım ola bilər. Xəstəlik məzuniyyəti zəruri ola bilər.
- ▶ Xəstəyə cinsi əlaqədən uzaq durmasını tövsiyə edin (yerli stimulyator rolunu oynaya bilər).
- ▶ Dərman müalicəsinin effektivliyini təstiqləyən nəticələr çox zəifdir; tokoliz tətbiq edilməməlidir.

Gecikmiş abort (abortus inhibitus)

- ▶ Döl ana bətnində ölüb və resorbsiya olunmağa başlayır, uşaqlıq boynu bağlı olaraq qalır. Qan qəhvəyi və sulu ifrazat şəklində olur. Gecikmiş abort (abortus inhibitus [hamiləliyin 20-ci həftəsinə qədər ölmüş embrionun və ya dölün xaricə atılmadan uşaqlığın daxilində iki və ya daha çox ay qalmasına deyilir. Bu hal qadında infeksiya və kooqulyasiya dəyişikliklərinə səbəb olur]) diaqnozu adətən hamiləliyin əvvəllərində ultrasəs müayinəsi vasitəsilə qoyulur (adətən <12-ci həftə).
- ▶ Növbəti iş günü tibbi evakuasiya və ya vakum evakuasiyası və qaşınma üçün xəstəxanaya göndəriş.
- ▶ Tibbi evakuasiyaya xəstəxanada başlaya evdə başa çatdırıla bilər.
 - Xəstəyə ambulator şöbədə adətən 800 µq vaginal misoprostol (prostoqlandin) verilir. Əgər qanaxma daha

çox profuz olarsa, misoprostol həmçinin oral yolla da təyin edilə bilər. Lazım gəldikdə misoprostolun tətbiqi 1-2 gündən sonra yenidən təkrarlana bilər.

- Son araşdırmalara görə mifepristonla (200 mq oral) misoprostolun (800 µq vaginal) kombinasiyası misoprostolun tək başına tətbiqindən daha effektiv hesab edilir.
- Tibbi evakuasiyadan sonra hər zaman təkrari müayinə təşkil edin. Ehtiyac duyulduğu halda ultrasonoqrafiya ilə tamamlanan klinik müayinə kifayət edir. Adətən serum İXQ (insan xorionik qonadotropini) konsentrasiyasını yoxlamağa ehtiyac duyulmur.
- Adi praktika Rh-negativ qadınlarda əgər hamiləlik 8 həftədən uzun bir müddətə davam edibsə, anti-D-müdafiə verməkdədir

Düşük (qaçınılmaz abort: tam, natamam [lat. *abortus incipiens: completus, incompletus*])

- ▶ Düşük qaçınılmazdır (*incipiens*) və uşaqlıq boynu açıqdır. Qanaxma adətən profuz olur və uşaqlıq yığılan zaman aşağı qarın nahiyəsində qıcolmalar (spazmlar) müşahidə edilir. Qan laxtaları xaric ola bilər.
- ▶ Dölnün itirilməsi ultrasəs müayinəsi vasitəsilə müşahidə edilə bilər.
- ▶ Əgər qanaxma profuzdursa, damardaxili maye yeridin və xəstənin xəstəxanaya nəqlini təşkil edin.
- ▶ Müalicə vakum evakuasiyasından və uşaqlığın qaşınmasından ibarət olur. Tibbi avadanlıqlarla təchiz edilmiş heyvətin xəstənin qəbulunu hazır vəziyyətdə gözləməsi (gözləmə taktikası) uğurlu bir haldır.
- ▶ Düşük tam ola bilər (*completus*: uşaqlığın xarici boşluğu açıqdır və uşaqlıq tamamilə boşdur). Əgər uşaqlıq tam olaraq boş sayılmırsa, və uşaqlıqdan kənar (ekstrauterin) hamiləlik inkar edilmişdirsə, küretaj (cərrahi müdaxilə) hər zaman vacib sayılır. İXQ təkrari müayinəsi lazım gəldikdə təşkil edilə bilər. Baxım yerli olaraq aparılır.
- ▶ Hamiləlik toxumasının hamısı uşaqlıq boşluğundan tamamilə xaric olmazsa, düşük natamam (*incompletus*)

sayılır. Yüngül qanaxmalar halında xəstə, növbəti gün küretaj və ya tibbi evakuasiya üçün xəstəxanaya göndərilir.

- ▶ Həmçinin təkarari düşüklər, vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi (hamiləliyin 22-ci həftəsindən sonra), hamiləliyin üçüncü trimestrində (gec) qanaxma bölməsinə də nəzər yetirin (*abortus habitualis*).

Septik düşük

- ▶ Vagindən uşaqlığa keçən mikroblar tərəfindən törədilir. Adətən bu hal qeyri-steril şəraitdə aparılan natamam induksiya abort nəticəsində meydana gəlir. Profuz qanaxma və ağrıya əksər hallarda təsadüf edilir, müəyyən hallarda isə toksiki şok simptomları ilə. Əsas etioloji faktor *E.coli* və *Streptococcus faecalis* hesab edilir.
- ▶ Xəstəxanaya təcili göndəriş. Sepsisə görə müalicə edilməsi lazım ola bilər.

Biblioqrafiya

1. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J ym. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. N Engl J Med 2018;378(23):2161-2170. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29874535>

Təkrari düşük

(EBM Klinik protokolları, 15.08.2017.

Sonuncu dəyişiklik 21.11.2019.

Müəllif - Eero Varila, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Təkrari düşük üç və daha artıq ardıcıl hamiləliyin itirilməsi kimi təyin olunur.
- ▶ Təkrari düşük hallarının səbəbini 50% hallarda müəyyən etmək mümkün olmur.
- ▶ Düşüyün ən əhəmiyyətli səbəbi təsadüfdür. Başqa sözlə, bir təsadüf nəticəsində baş verir və buna görə də 60-80% hallarda qadınlarda hətta üç ardıcıl düşükdən sonra belə növbəti hamiləlik uğurlu ola bilər.
- ▶ Təkrari düşüklər həm psixoloji, həm də fiziki olaraq üzücüdür.
- ▶ Düşüklərin əsasında duran səbəb tapılmalıdır. Trombofiliya və antifosfolipid anticisim sindromu müalicə edilə bilən ən vacib səbəblərdir.
- ▶ Qadının yaşı artdıqca düşük hallarının başvermə ehtimalı da artır. Buna baxmayaraq, yaşı 40-dan yuxarı olan qadınların 40%-i hətta təkrari düşüklərdən sonra normal doğuş keçirir.

Epidemiologiya

- ▶ Təsdiqlənmiş bütün hamiləliklərin 15-25%-i düşüklə nəticələnir. Qadınların yalnız 5%-də iki, 1-3%-də isə üç və ya daha çox düşük qeyd edilir.
- ▶ Ən vacib risk faktorları ananın yaşı və düşüklərin miqdarıdır. Yaşı 40-dan çox olan qadınlarda hər üçüncü hamiləlik düşüklə nəticələnir.
- ▶ Düşüklərin 75%-i hamiləliyin 13 həftəsindən əvvəl baş verir.

Səbəblər.

Naməlum/təsadüfi

- ▶ Halların təqribən 50%-də səbəb naməlum qalır. Bu hallarda əsasında duran səbəb güman ki, embrional inkişaf və ciftin formalaşması ilə bağlı bir təsadüfi anormallıqdır.

Genetik və xromosom səbəbləri

- ▶ Pasiyentlərin 5%-dən azında xromosom analizinin nəticəsi qeyri-normaldır. Ən çox rast gəlinən genetik anormallıq translokasiyadır. Erkən düşüklər zamanı ən çox xromosomum olmaması (monosomiya) və ikiləşmiş xromosom (trisomiya) olmaqla döllərin 60%-ə qədərində xromosom anormallığı vardır.
- ▶ Yüksək sperma DNT fraqmentasiyası indeksi (DFİ) düşük riskini artırır. Lakin heç bir müvafiq klinik göstəricilər olmadığı üçün DFİ müəyyənləşdirilməsi tövsiyə edilmir.

Hormonal və metabolik səbəblər

- ▶ Pis nəzarət edilən şəkərli diabet və hipotireoidizm kimi endokrin xəstəliklər riski artırır. TSH 2,5 mBV/l-dən aşağı olmalıdır.
- ▶ Hiperprolaktinemiya və progesteronun aşağı miqdarının düşüklə əlaqəsi məsələsi mübahisəlidir.
- ▶ Piyələnmə düşük riskini artırır.

Tromboz üçün yüksək meylik

- ▶ Təkrari düşük keçirmiş qadınların 10-16%-də antifosfolipid anticismlər qeydə alınır

Uşaqılıq anomaliyaları

- ▶ Uşaqılıq boşluğunda anatomik anomaliyaların prevalentliyi 10-15%-dir.
- ▶ Uşaqılığın tam arakəsməsi müalicə edilə bilən ən mühüm anomaliyadır.
- ▶ Böyük intramural mioma və ya selikli qışaaltı mioma düşük riskini artırır. Anomaliyaların aradan qaldırılmasının faydası dəqiq məlum deyil.

- ▶ Uşaqlıq boynunun zəifliyi gec düşüklərin nadir bir səbəbidir.

İnfeksiyalar

- ▶ Bakteriyalar, viruslar və parazitlər düşüklərdə əhəmiyyətli rol oynamır və düşüklərin müayinəsində sistem skrininqin heç bir rolu yoxdur.

Diaqnostik müayinələr

- ▶ Beynəlxalq tövsiyələrə əsasən diaqnostik müayinələr 2 və ya 3 spontan abortdan (düşükdən) sonra başlanılır. Araşdırmalara başlamaq üçün hamiləliyin USM və ya müntəzəm aybaşı tsikli olan qadınlardan hamiləliyin müddətinin ən azı 6 həftə olması və sadə hamiləlik testi ilə təsdiqlənmiş olması gərəklidir.

Anamnez

- ▶ Yaş, həyat tərzi (alkohol qəbulu, siqaret çəkmə), keçirilmiş xəstəliklər barədə anamnez, dərmanlar, ailə anamnezi (inkişaf pozğunluqları, düşüklər, trombotik xəstəlik)
- ▶ Əvvəlki düşüklərlə əlaqədar olan təfərrüatlar
 - Ultrasonoqrafiya
 - Hamiləlik uşaqlıqdaxilidirmi (uşaqlıqdan kənar hamiləliklər nəzərə alınmır)?
 - Dölün ölçüsü nə olub?
 - Döl və ürək vurğuları vizualizasiya olunub?
 - Hamiləliyin hansı həftəsi ərzində düşüklər baş vermişdir?
 - Əvvəlki müayinələrin nəticələri

Klinik müayinə

- ▶ Ümumi status, əsasında duran xəstəliklərin inkar edilməsi
- ▶ Ginekoloji status
- ▶ İxtisaslı müalicə müəssisəsində: maye ilə ginekoloji ultrasəs müayinəsi (hidrosonoqrafiya) və histeroskopiya

Laborator analizlər

- ▶ Trombositlərlə birgə qanın ümumi analiz, qanda TSH, prolaktin və qlükoza, habelə ailə anamnezində seliakiya

olan və ya seliakiyaya dəlalət edən simptomları olan və ya hemoqlobin səviyyəsi aşağı olan qadınlarda qlütənə qarşı anticismlər

- ▶ Prolaktik səviyyəsi (aybaşı pozuntuları varsa)
- ▶ Trombofiliya üçün skrininq (laxtalanma faktoru V, aktivləşmiş C proteininə qarşı rezistentlik, antitrombin III, protein S, protein C); xüsusilə də ailə anamnezində və ya əvvəllər damar tıxanması olubsa.
- ▶ Antifosfolipid anticismlər
- ▶ Bütün hallarda hər iki valideyn üçün xromosom analizinin – kariotipin təyininin aparılması faydalı deyil.

Müalicə

- ▶ Hətta müalicə olmadan da proqnoz yaxşıdır: gələcək hamiləliklərin 60-80%-i uğurludur.
- ▶ Həyat tərzi dəyişikliklərinə cəhd edilməlidir: normal çəki, siqaret çəkmənin dayandırılması, mötədil miqdarda alkohol və kafein istifadəsi, fiziki çalışmalar, marixuanadan qaçınmaq.
- ▶ Yeni hamiləliyi planlaşdırılanlar üçün fol turşusu əlavəsi (0.4-1 mq/gün) tövsiyə edilir.
- ▶ Monitoring və mənəvi dəstək
 - Hamiləlik əvvəldən yaxından monitoring edilməlidir ki, bu da həyəcan və qeyri-müəyyənlik hisslərini azaldacaq.
 - Döl inkişafının normal və ya qeyri-normal olub-olmadığını müəyyənləşdirmək üçün ultrasəs müayinələri aparılmalıdır.
 - Təkcə diqqətli monitoring ilə düşüklərin baş verməsi riskini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır.
- ▶ Antifosfolipid anticismləri aşkarlanan və ən az 3 erkən düşük keçirmiş qadınlarda hamilə olmaqdan əvvəl aşağı dozada aspirin (75-100 mg) təyin edilir. Hamiləlik testi pozitiv olan kimi, aşağı dozalı aspirin terapiyasına aşağı molekulyar çəkili heparin profilaktik dozada (pasiyentin çəkisinə uyğun) əlavə edilir.

- ▶ Nə zaman mümkündürsə uşaqlıq anomaliyaları korreksiya edilməlidir. Uşaqlıq daxili septumun aradan qaldırılmasının faydası tədqiqatlarda sübut olunubdur.
- ▶ Spontan abortların arxasında məlum bir genetik anomaliya (translokasiya, gen mutasiyası, dölün xromosom anomaliyaları) olduqda, ekstraorporal mayalanma ilə yanaşı preimplantasiya dövründə genetik diaqnostikanın aparılması (PGD) faydalıdır.
- ▶ Sadə İVF (in vitro fertilizasiya) faydalı deyil.
- ▶ Progesteron əlavələri, vitamin əlavələri və immunoterapiya (İV immunoqlobulin), aşağı molekulyat çəkili heparin, aşağı dozada aspirin profilaktik təyinin heç bir əlavə faydası yoxdur.

Biblioqrafiya

1. ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group. Recurrent Pregnancy loss. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. 2017
2. Morley at al. Preventing recurrent miscarriage of unknown aetiology. The Obstetrician & Gynaecologists 2013;15:99-105

Uşaqlıqdaxili vasitə

(EBM Klinik protokolları, 21.08.2017.

Sonuncu dəyişiklik 21.08.2017.

Müəllif - Anneli Kivijärvi, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Mis ifraz edən uşaqlıqdaxili vasitələr xüsusilə də, sadıq və stabil münasibətdə olan qadınlarda kontrasepsiyanın təhlükəsiz və effektiv bir metodudur.
- ▶ Müxtəlif UDV-in təhlükəsizliyi və effektivliyində cüzi fərqlər vardır.

UDV-nin üstünlükləri

- ▶ Metodun uğurlu və davamlı istifadəsi qadının motivasiyasından asılı deyil.
- ▶ Siqaret çəkən yaşlı qadınlar da UDV istifadə edə bilər.
- ▶ UDV laktasiya dövrü istifadə edilə bilər və südün yaranmasına təsir etmir.
- ▶ UDV həmçinin də postkoital kontrasepsiya üçün istifadə edilə bilər. Bu halda qorunmamış əlaqədən sonra 5 gün ərzində qoyulmalıdır.

Mis UDV-nin istifadəsi üçün əks-göstərişlər.

Mütləq

- ▶ Hamiləlik (yaxud ona şübhə)
- ▶ Hazırkı, yaxud təzəlikcə keçirilən çanağın aktiv iltihabi xəstəliyi.
- ▶ Genital traktın diaqnostika olunmamış qanaxmaları.
- ▶ Uşaqlıq boynu yaxud endometriyanın bəd xassəli şişinin olması və ya da ona şübhə.
- ▶ Qanın laxtalanma pozğunluqları.
- ▶ Vilson xəstəliyi yaxud, misə qarşı həqiqi allergiya kimi də məlumdur.
- ▶ Uşaqlığın cismi, boynu və yolunun anormal anatomiyası, bu da UDV-nin uğurlu şəkildə tətbiqinə və istifadəsinə mane olur (məsələn miomalar, uşaqlıqdaxili arakəsmə).

Nisbi

- ▶ Sonuncu hamiləlik arzuolunandırsa, əvvəlki ektopik hamiləlik."?>
- ▶ Anemiya
- ▶ Profuz qanaxma və çox ağırlı aybaşı.
- ▶ Doğumdan 2 aydan az bir müddət belə ki uşaqlığın yumşaq olması perforasiya riskini artırır bilər.
- ▶ Cinsi yolla keçən infeksiya ehtimalının yüksək olması (cinsi tərəfdaşların dəyişdirilməsi)

UDV-nin qoyulması

- ▶ Qadınlarda simptomlar olmadıqda yaxma və infeksiya nümunələrinin analizi vacib deyil.
- ▶ Yaxşı olar ki, UDV menstrual axıntı zamanı qoyulsun (qanaxmanın başlanmasından 10 gün ərzində) UDV, qadın hamilə deyilsə, aybaşı tsiklinin istənilən fazasında qoyula bilər. O, həmçinin, abortdan sonra da dərhal qoyula bilər.
- ▶ İstifadə təlimatına əməl edin və aseptik texnikadan istifadə edin.
- ▶ Qoyulduqdan sonra sapları standart uzunluğa qədər kəsin (2.5-3 sm).
- ▶ Qoyulduqdan sonra cinsi əlaqədən imtinaya ehtiyac yoxdur.
- ▶ Qadına sapların yoxlamasının tövsiyyə etməkdə fayda yoxdur.

UDV-nin mənfi cəhətləri və müşahidə

- ▶ UDV qanaxmanı və aybaşının davam etmə müddətini artırır bilər. Ağrının artması da, həmçinin, mümkündür. Əgər yan təsirlər müşahidə olunarsa, UDV-nin dəyişdirilməsini nəzərinizdə saxlayın (qeyri-düzgün yerləşdirilmiş uşaqlıq boşluğunda UDV problemlər yarada bilər). İstifadəsinin ilk ilində 100 UDV-dən təqribən, 5-i hissəvi, yaxud tamamilə, xaric olunur.
- ▶ UDV ilə törənmiş ağrı və güclü qanaxma prostaqlandin inhibitorları ilə müalicə olunur. Hal-hazırda bu cür

situasiyalar zamanı UDV asanlıqla, hormon ifraz edən UDV-lərlə əvəzlənir.

- ▶ Bütün UDV-in enməyə meyilli olmasına baxmayaraq tamamilə düşmə nadir hallarda baş verir. UDV-nin fundal vəziyyətdən 2 sm düşməsi yolveriləndir, lakin, servikal kanalda hissəvi yaxud tam olaraq yerini dəyişmiş UDV dəyişdirilməlidir.
- ▶ Bəzən saplar yox olur, yəni, servikal kanala doğru geri çəkilir. Əgər UDV-nin yerləşməsində qeyri-müəyyənlik olarsa, UDV-nin uşaqlıq boşluğu daxilində olub-olmadığını yoxlamaq üçün ultrasəs müayinəsi istifadə edilə bilər. Yalnız radioqrafiya UDV-nin qarın boşluğunda olub-olmaması yaxud qadının nəzərinə çarpmadan öz-özünə xaric olmasının müəyyənliyini təmin edəcəkdir.
- ▶ UDV istifadə edən qadınlarda Bakterial vaginoz, həmçinin də, servikal yaxmada (pap test) Aktinomisetlərə digər qadınlarda olduğundan daha çox rast gəlinir. Servikal yaxmada Aktinomisetlər tapılan asimptomatik gedişli pasientdə heç bir müdaxiləyə ehtiyac olmur. Əgər vaginal ifrazat olarsa, UDV çıxarılmalı və 2 aylıq fasilə verdikdən sonra yenisi qoyulmalıdır.
- ▶ Əgər UDV ilə yanaşı olaraq hamiləlik baş verərsə, mümkün olduqca tez bir müddətdə UDV çıxarılmalıdır. (ilkin yardım zamanı, yaxud da, ehtiyac olarsa, xəstəxana poliklinikasında)
- ▶ Əgər UDV yan təsirlər səbəbindən xaric olunmalıdırsa, onun üçün ən yaxşı vaxt aybaşı zamanıdır. UDV-ni başqa bir zaman xaric edərkən, pasientə, əgər bir həftə öncə qorunmamış əlaqə baş veribsə, postkiotal hormonal kontrasepsiya təyin edin.
- ▶ Qıvrım uşaqlıq maşaları və UDV qarmaqları UDV-nin çıxarılması üçün yaxşı alətlərdir. Əgər xaric olunma çətindirsə, pasienti xəstəxananın poliklinikasına yönləndirin.
- ▶ Tibb bacısı, yaxud həkim tərəfindən rutin müşahidə fərdi qərara əsasən razılaşıdırılır, məsələn, hər 2-3 ildən bir. Əgər UDV ilə əlaqəli narahatlıq törədən simptomlar mövcud olarsa, müşahidə yoxlaması təbii olaraq hər zaman göstərişdir.

Postkoital kontrasepsiya

(EBM Klinik protokolları, 21.08.2017.

Sonuncu dəyişiklik 21.08.2017.

Müəllif - Anneli Kivijärvi, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Misdən hazırlanmış uşaqlıq daxili vasitə ən effektiv postkoital kontrasepsiya üsuludur. Cinsi əlaqədən 5-6 gün sonra uşaqlıq daxilinə yerləşdirilə bilər.
- ▶ Müdafiəsiz cinsi əlaqədən 12 saat keçənədək qəbul edilən hormonal postkoital kontraseptiv həblərin təsiri daha təsirlidir. Ölkə xüsusiyyətindən asılı olaraq, onlar əczaxanalarda bütün yaş qruplarına reseptsiz olaraq satıla bilər.

Hormonal kontrasepsiya

Levonorgestrel

- ▶ Kombinasiya edilmiş oral kontraseptiv həblərdən istifadə Yuzpe rejimindən daha təsirli və effektivdir.
 - Yuzpe rejimi əsasən tərkdir.
- ▶ Levonorgestrel 1.5 mq mümkün qədər tez müddətdə, cinsi əlaqədən keçən 72 saat ərzində qəbul edilir. Daha gec qəbul edildikdə isə təsiri xeyli zəifdir.
- ▶ Təxminən 1-2,5% hallarda hamiləlik baş verir.
- ▶ Əks göstərişlər
 - Hamiləlikdən başqa heç bir əks göstərişi yoxdur
- ▶ Yan təsirləri
 - Mülayim dərəcəli ürəkbulanması

Ulipristal asetat (Ulipristal acetate)

- ▶ Ulipristal asetat (Ellaone®, 1 tablet) sintetik progesteron reseptor modulyatorudur.
- ▶ 120 saat (5 gün) ərzində müdafiəsiz olaraq həyata keçirilmiş və ya kontrasepsiya tətbiq edilmədən olan cinsi əlaqə üçün təcili kontrasepsiya vasitəsi kimi göstərilir.
- ▶ Kontraseptiv effektivlik levonorgestrelə bənzərdir, cinsi əlaqədən sonra 0-72 saat ərzində fəvqəladə kontrasepsiya

üçün istifadə olunur. Bir tədqiqatda cinsi əlaqədən keçən 48-120 saat ərzində fəvqəladə kontrasepsiya tətbiq edildikdə, hamiləlik nisbəti 2.1% idi, yəni gözlənilən hamiləliklərin 61%-nin qarşısı alınır.

- ▶ Əks göstərişlər
 - Hamiləlikdən başqa heç bir əks göstəriş yoxdur
- ▶ Yan təsirlər
 - Mənfi gastrointestinal təsirlərə daha çox rast gəlinir.
Levonorgestrel + etinyloestradiol (Yuzpe rejimi) -
Dərman: Levonorgestrel 0.25 mq + etinolestradiol 50 µg, 4 həb. Doza 2 həb ən qısa müddətdə və ya cinsi əlaqədən 72 saat sonra və növbəti iki həb 12 saat sonra. Hamiləlik 3.2% hallarda müşahidə edilir. Əks göstərişlər: Hamiləlik, davam edən migren tutması, aktiv porfiriya, oraq hüceyrəli anemiya, daha əvvəl müşahidə edilmiş ciddi tromboz.

Döşlə əmizdirmə vaxtı postkoital kontrasepsiya

- ▶ Laktasiya əks göstəriş deyil; ancaq, levonorgestrelədən sonra ana südü qidalandırmasının bir sesiyasını adlamaq lazımdır və döş vəziləri isə əllə və mexaniki vasitələr ilə boşaldılır (sağılır) ki, körpə ekzogen steroidlərdən qorunsun. Ulipristal asetat qəbulundan bir həftə sonrayadək laktasiya məsləhət deyildir.

Uşaqlıq daxili vasitənin postkoital kontrasepsiya metodu kimi istifadəsi

- ▶ Müdafiəsiz olan cinsi əlaqədən 5-6 gün sonra misdən hazırlanmış UDV (hormon azad etməyən) uşaqlıq daxilinə yerləşdirilə bilər və orada davamiyyətli kontrasepsiya məqsədilə uzun müddət saxlanıla bilər.
- ▶ Servisit şübhəsi varsa, UDV daxil edilməsi həkimin qərarından asılıdır, lakin infeksiyaların (qonokokk və xlamidiya) aşkar edilməsi üçün əvvəlcədən nümunələr alınmalıdır və nəticələri gözləmədən mikrob əleyhinə müalicə təyin olunur.

Bibliografiya

1. CHMP assessment report for Ellaone (ulipristal acetate). Procedure No. EMEA/H/C/001027
2. Black A, Guilbert E, Co-Authors. et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can 2015;37(10):936-42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26606712>

Postpartum qanaxma və endometrit

(EBM Klinik protokolları, 18.08.2017.

Sonuncu dəyişiklik 18.08.2017.

Müəllif - Tarja Vihtamäki, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas müddəalar

- ▶ Əgər aşağıdakılar varsa qeyri-normal qanaxma və ya endometritdən şübhələnin:
 - loxiya yenidən al-qırmızı rəngə dönür
 - loxiyanın xoşagəlməz iyi var və ya
 - pasiyentdə qarnın aşağı hissəsində ağrı və ya qızdırma var.

Normal loxiya

- ▶ Postpartum axıntı tipik olaraq 4-6 (-8) həftə davam edir. İlk qanla ləkəli axıntı (*lochia rubra*) 3-4 gün davam edir, bundan sonra isə təxminən bir həftə ərzində qırmızımtıl-qəhvəyi rəng alır. Ardınca isə 3-4 həftə ərzində ağımtıl axıntı (*lochia alba*) qeyd edilir.
- ▶ Loxiya qadınların təxminən 25%-də, xüsusilə ana südü ilə qidalandıranlarda altı həftədən daha uzun müddətə davam edir.
- ▶ Loxiyanın miqdarı gündən-günə dəyişkən olacaq. Doğuş zamanı alınmış vaginal və ya servikal laserasiyalar (uşaqlıq boynu və ya uşaqlıq boynu cırılmaları), eləcə də ana südü ilə qidalandırma loxiyanın miqdarını artıracaq.

Qanaxma ağırlaşmaları

- ▶ Halların əksəriyyəti birincili postpartum qanaxmaya (doğuşdan <24 saat sonra) aiddir; bu hallar hazırkı məqalədə müzakirə edilmir.
- ▶ İkincili postpartum qanaxmanın (doğuşdan 24 saatdan - 6 həftəyədək müddətdə) tezliyi 1%-dir.
- ▶ İkincili qanaxma üçün cavabdeh əsas faktorlar birincili postpartum qanaxma və ciftin manual kənarlaşdırılmasıdır.
- ▶ Halların əksəriyyəti doğuşdan sonrakı ikinci həftə ərzində baş verir.

- ▶ Klinik müayinə mütləq qanaxmanın yerini müəyyənləşdirməyi hədəfə almalıdır.

İfrat qanaxmanın səbəbləri

- ▶ Cift qalıqlarının və ya döl qişalarının saxlanması
- ▶ Endometrit
- ▶ Epiziotomiya açılması
- ▶ Vaginal və ya servikal laserasiya (uşaqlıq yolu və ya uşaqlıq boynunun cırılmaları)
- ▶ Normal müddətli hamiləlikdən sonra xoriokarsinoma nadirdir və onun təqdim olunma simptomları müxtəlifdir. Lakin uşaqlıq yolu qanaxması getdikcə artırsa və/və ya pasiyent döş qəfəsində ağrı, təngnəfəslik, qanhayxırma, baş ağrısı və ya huşsuzluq epizodu ilə müraciyyət edirsə mütləq bu barədə şübhə yaranmalıdır.

Yaxın dövrdə mamalıq anamnezi

- ▶ Hamiləliyin gedişatı
- ▶ Doğuş və bərpa
 - Uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynu cırılmalarının riski sadalananlarla yüksəlir: vakuum ekstraksiyası, maşa tətbiqi ilə doğuş, sarğı gəlişi ilə doğuş, sürətli doğuş, çiyin distosiyası və makrosom uşaq doğulması.
 - Əgər Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılıbsa, buna olan göstərişlər, mümkün ağırlaşmalar və bərpa barədə məlumat. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra endometritin riski 4-10%-dir.
- ▶ Pasiyentin tibbi sənədlərində cift və döl qişalarının tamamilə xaric olub-olmaması və ya bəzi hissələrinin uşaqlıqda saxlanıb-saxlanmaması göstəriləcək.
- ▶ Qan itirmənin miqdarını müəyyənləşdirin.
- ▶ Pasiyentdən onun ümumi sağlamlıq vəziyyəti və infeksiya ehtimalı verən simptomlar barədə soruşun.

Ginekoloji müayinə

- ▶ Qanaxma sahəsini müəyyənləşdirin!

- ▶ Epiziotomiyaya baxış keçirin. Tikişlər çıxıb və yara təkrar açılıb? Palpasiya edilə bilən hematoma var? Yara infeksiyasının əlamətləri var?
- ▶ Uşaqlıq yolu divarlarına baxış keçirin və palpasiya edin.
- ▶ Uşaqlıq boynuna baxış keçirin. Uşaqlıqdan qan axır? Qan al-qırmızıdır? İnfeksiyaya işarə edən nəşə var?
- ▶ Daxili müayinə: uşaqlığın ölçüsü və həssaslığı.
- ▶ Əgər tələb olunursa, düz bağırsağın barmaqla müayinəsi

Lazım olduqda laborator müayinələr

- ▶ CRZ, trombositlərlə birgə qanın ümumi analizi
- ▶ İnsan xorionik qonadotropini (İXQ) analizləri

Müalicə

- ▶ Müayinələrin nəticələrinə uyğun olaraq qərara alınır.
- ▶ Yalnız halların kiçik bir qismində infeksiyanın qanaxmaya səbəb olmasına baxmyaraq epiziotomiya yarasından və ya uşaqlıq yolu, yaxud uşaqlıq boynunun selikli qişalarında cırılmadan yüngül qanaxmanın müalicəsində adətən empirik antimikrobial terapiya istifadə edilir. Seçim antimikrob müalicəsi ya metronidazol ilə kombine olunmaqla birinci nəsil sefalosporin, ya da klavulan turşusuyla kombine olunmaqla amoksisillin 500 mq dozada gündə üç dəfə 7 gün ərzində aparılır.
- ▶ Epiziotomiya yarasında və ya uşaqlıq yolunda hematomada erkən cərrahi müdaxilə tələb edilir.
- ▶ Simptomsuz hematomanın ilkin olaraq yalnız müşahidə olunmasına ehtiyac vardır. Sağalmanın gecikməsi qeyd olunduqda və ya hematoma infeksiyalaşdıqda antimikrob terapiyası başlanılmalıdır.
- ▶ Uşaqlıqdan ifrat qan axmasının səbəbi mütləq ultrasəs ilə müayinə edilməlidir.
 - Konsepsiya daxilədə hər hansı bir qalığın mümkün olması və onun mütləq xaric olunmasından ibarətdir.
 - Əgər qanaxma cüzidirsə və heç bir qalıq əlaməti yoxdursa müalicə antimikrob vasitələr və monitorinqdən ibarət olmalıdır.

- ▶ Xoriokarsinoma nadirdir, lakin bunun mümkünlüyü yadda saxlanılmalıdır

Endometrit

- ▶ Endometrit uşaqlığın daxili qişasının (endometrium) infeksiyasıdır və çox zaman əzələ qatını (miometrium) cəlb etməklə yayılaraq endometriyaya aparır.

Risk faktorları

- ▶ Uzanmış doğuş
- ▶ Doğuş ərzində tez-tez prosedurlar və daxili müayinələr
- ▶ Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
- ▶ Qalıq məhsulları Konsepsiyası
- ▶ Vakuumla ekstraksiya və maşa tətbiq edilməsi ilə doğuş
- ▶ Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı – uzanmış prosedur, alət və tikişlərin istifadəsi, çanaqda və ya toxumalarda qan, yaxud toxuma mayesinin yığılması meyl yaradan faktorlardır.

Etiologiya

- ▶ Patogen bakteriyalar uşaqlıq yolundan uşaqlıq boynu ilə cift yatağı və gestasion endometriumun ideal böyümə mühiti ilə təmin etdiyi uşaqlığa qalxır. İnfeksiya inkişaf etdikcə yerli miometrium prosesə qoşulur. Bakteriyalar daha sonra qan dövrünü ilə miometriumun qalan hissəsini cəlb edərək yayılır.
- ▶ Ən çox rast gəlinən aerob törədicilər beta-hemolitik streptokoklar, koklar, *Escherichia coli*, enterokoklar və xlamidyalardır. Bakteroid növləri və *B. fragilis* ən çox rast gəlinən anaerob patogenlərdir. Adətən infeksiya polimikrob mənşəlidir.
- ▶ Qeysəriyyə yolu ilə doğuşundan sonra toxumanın həyat qabiliyyəti və toxumalar daxilində qan dövrünü azalaraq müqavimətin aşağı düşməsinə, xüsusilə anaerob bakteriyalar əleyhinə azalmasına gətirib çıxarır.

Klinik əlamətlər və simptomlar

- ▶ Simptomlar adətən doğuşdan 4-10 gün sonra başlayır. Lakin daha gec də biruzə verilə bilər.

- ▶ Qızdırma
- ▶ Qarnın aşağı hissəsində ağrı; bu ağrı irradiasiya edə bilərək bütün qarını cəlb edə bilər
 - Qarnın aşağı hissəsinin, uşaqlığın və ola bilsin ki, ətraf toxumaların həssaslığı
- ▶ Xoşagəlməz iyli loxiyaA
 - Uşaqlıq boynunda irinli axıntı

Lazım olduqda laborator müayinələr

- ▶ CRZ; 100-150 mq/l-ə qədər yüksəlir
- ▶ Lazım olduqda bakterial kultura daxil olmaqla yanaşı sidik traki infeksiyasını inkar etmək üçün sidiyin orta fraksiyası
- ▶ Əgər ağır ümumi simptomlar baş verirsə qan kulturaları
- ▶ Lazım olduqda xlamidiya infeksiyası və qonoreya üçün nümunələr

Müalicə

- ▶ Yüngül endometrit: sefalekssin 500 mq gündə üç dəfə üstəgəl metronidazol 400 mq A7-10 gün ərzində Agündə üç dəfə daxilə
 - Alternativ olaraq klavulan turşusu ilə kombinə olunmuş amoksisillin
- ▶ Ağır endometrit (ağır və generalizə olunmuş simptomlar, yüksək qızdırma, CRZ >100 mq/l) hospitalizasiya və venadaxili antibiotiklərlə müalicə tələb edir.
 - İlkin olaraq, məsələn, sefuroksim 1,5 mq gündə üç dəfə üstəgəl metronidazol 500 mq gündə üç dəfə. Daha sonrakı müalicə bakterial kultura müayinələri nəticələri ilə uyğun.
 - Əgər xəstəlik ağırdırsa və bakterial kultura hazır olmazdan qabaq sefalosporin+metronidazol terapiyasına cavab pisdirsə və ya pasiyentdə yara infeksiyası (Qeysəriyyə kəsiyi, epiziotomoiya) ilə birlikdə endometrit varsa: alternativ olaraq klindamisin və aminoqlikozid gentamisin preparatının kombinasiyası.
- ▶ Qeysəriyyə yolu ilə doğuşundan sonrakı endometrit venadaxili antibiotiklərlə 2 həftəyə qədər müddətə davam etməli olan erkən müalicəni tələb edir.

- ▶ Sefalosporin və metronidazol ilə kombinə olunmuş terapiya ərzində ana südü ilə qidalandırmaya icazə verilir.
- ▶ Xlamydiya infeksiyasının müalicəsi

Müalicəyə cavab

- ▶ Pasiyentlərin 90%-dən çoxu müalicəyə cavab verir.
- ▶ Əgər müalicəyə cavab zəifdirsə və ya qızdırma davam edirsə
 - bakterial rezistentlik nadirdir
 - infeksiya ola bilsin ki, uşaqlığa qonşu toxumalara yayılmışdır və ya lumbar peritonit, abses, bel nahiyəsində septik tromboflebit və ya infeksiyalaşmış hematoma ola bilər
 - pasiyentin xəstəxanada daha sonrakı müayinələrə (ultrasəs müayinəsi, KT/MRT skanı) ehtiyacı olacaq.