

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

KƏMALƏ RAMİZ qızı ƏKBƏRLİ

ERKƏN REPRODUKTİV DÖVRDƏ AMENOREYANIN
KLİNİK–DİAQNOSTİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim olunmuş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2017

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq və
Ginekologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

t.e.d., professor

E.M.Əliyeva

Rəsmi opponətlər:

t.e.d., professor

C.F.Qurbanova

t.e.d.

Z.F.Abbasova

Aparıcı təşkilat:

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, I
Mamalıq və ginekologiya kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi "____" _____2017-ci il saat "____"-da
Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdindəki D 03.011 Dissertasiya
Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəhəri, Ə.Qasımsadə küç., 14, Elmi Şuranın iclas
zalı.

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış
olmaq olar.

Avtoreferat "____" _____ 2017-ci il tarixində göndərilmişdir

D 03.011 Dissertasiya Şurasının

elmi katibi, t.ü.e.d., dosent

E.A.Əliyev

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Erkən reproduktiv dövrdə aybaşı tsiklinin formalaşması qadın orqanizmi üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir. Menarxedən sonrakı ilk 2 il ərzində hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sistemi hələ tam formalaşmadığından aybaşı tsikli bəzən qeyri-müntəzəm olur (Speroff L., Fritz M.A., 2005). Amenoreya – reproduktiv dövrdə qadın orqanizmində aybaşının olmaması kimi qiymətləndirilir. Fizioloji və patoloji olaraq təsnif edilir. Belə ki, yalnız 4 vəziyyətdə amenoreya fizioloji hesab olunur: cinsi yetişkənliyə qədərki dövr, hamiləlik, laktasiya və post menopauza dövrü. Bütün digər hallarda amenoreya patoloji prosesdir.

Amenoreyanın risk amillərinə aiddir: 15 yaşına qədər menarxenin olmaması, süd vəzilərinin inkişafından sonra 3 il və artıq müddət ərzində menarxenin olmaması, 13 yaşında ikincili cinsi əlamətlərin olmaması, 14 yaşına qədər qidalanma problemi, intensiv fiziki gərginlik, hirsutizm və genital qüsurları olan qızlar (Чеботарева Ю.Ю., Яценко Т.А., 2009). Qeyri müntəzəm aybaşı tsikli olan qızlarda 6 ay müddətində, müntəzəm aybaşı tsikli fonunda isə 3 ay ərzində aybaşının olmaması ikincili amenoreya hesab olunur (Deligeoroglon E. et al., 2010).

Amerika Reprodaktiv Tibb Cəmiyyətinin təsnifatına görə amenoreyanın səbəblərinə daxildir: hipotalamo-hipofizar səbəblər, genital orqanların anatomik qüsurları, yumurtalıq çatışmazlığı, endokrinopatiyalar (Golden N.H., Carlson J.L., 2008).

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq, hazırkı elmi tədqiqatın məqsədi təyin edilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi:

Erkən reproduktiv dövrdə qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanın klinik-diaqnostik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Erkən reproduktiv dövrdə qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanı yaradan patologiyaların rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsi

2. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda fiziki və cinsi inkişafın xüsusiyyətlərinin təyini

3. Erkən reproduktiv dövrdə qızlarda və gənc qadınlarda hormonal, biokimyəvi, radioloji müayinələrin öyrənilməsi

4. Erkən reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiya, stres, qalxanabənzər vəz patologiyası və yumurtalıqların polikistoz sindromu etiologiyalı amenoreyanın klinik-diaqnostik xüsusiyyətlərinin təyini

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

Aparılan tədqiqat nəticəsində Azərbaycan Respublikası şəraitində ilk

dəfə olaraq erkən reproduktiv dövrdə (16-20 yaş) qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanı yaradan patologiyaların rastgəlmə tezliyi öyrənilmişdir. I amenoreyalı xəstələrdə hipoqonadotrop amenoreya əsasən anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi, II amenoreyalı xəstələrdə isə hiperprolaktinemiya, stres, qalxanabənzər vəzin patologiyası və yumurtalıqların polikistoz sindromu ilə özünü biruzə verir.

Məlum olmuşdur ki, I amenoreya səbəblərindən asılı olmayaraq fiziki və cinsi inkişafın ləngiməsi ilə xarakterizə olunur. II amenoreyada isə mənşəyindən asılı olaraq yalnız bəzi hallarda fiziki inkişaf göstəricilərinin azalması müşahidə olunur.

İlk dəfə olaraq bu dövrdə olan qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanın klinik əlamətlərinin müxtəlifliyi və diaqnostik meyarları öyrənilmişdir.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti:

Tədqiqat işinin nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, birincili amenoreyanın hipoqonadotrop formasının səbəblərindən anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi, Kallman sindromu, fiziki gərginlik və idmanla gərgin məşğul olma daha çox yayılmışdır. Hiperqonadotrop amenoreya qonadların disgenезiyasında, normoqonadotrop amenoreya böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə hiperplaziyasında rast gəlinmişdir. Məlum olmuşdur ki, erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda fiziki və cinsi inkişafın ləngiməsi qeyd olunur.

İkincili amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda hipoqonadotrop amenoreya hiperprolaktinemiya, stres, yumurtalıqların polikistoz sindromu, hipotireoidizm və hipertireoidizm, həddindən artıq fiziki gərginlik və idmanla məşğul olma, pəhrizlə bədən çəkisinin kəskin itirilməsi, medikamentoz preparatların qəbulu, xroniki somatik xəstəliklərin olması ilə normoqonadotrop amenoreya isə Aşerman sindromu ilə özünü biruzə verir.

Səbəbindən asılı olmayaraq, erkən reproduktiv dövrdə qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanın diaqnostikası və korreksiyası onların somatik və reproduktiv sağlamlığı üçün çox vacibdir.

Müdafiyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Erkən reproduktiv dövrdə I amenoreyanın tezliyi 10,8%, II amenoreyanın tezliyi isə 89,2% təşkil edir. I amenoreyalı qızlarda nomoqonadotrop amenoreya – 7,1%, hipoqonadotrop amenoreya – 64,3%, hiperqonadotrop amenoreya isə 28,6% təşkil etmişdir. II amenoreya isə özünü 5,2% normoqonadotrop, 94,8% isə hipoqonadotrop amenoreya ilə biruzə verir. I amenoreyanın hipoqonadotrop formasının 77,8%-i anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi təşkil edir. II amenoreyanın daha çox rast gəlinən hipoqonadotrop formasının əsas səbəbləri isə

hiperprolaktinemiya (24,5%), stres (22%), yumurtalıqların polikistoz sindromu (13,6%), hipotireoidizm (13,6%), hipertireoidizm (8,2%), fiziki gərginlik və idmanla gərgin məşğul olmaqdır (6,4%).

2. I amenoreya demək olar ki, bütün hallarda fiziki və cinsi inkişafın ləngiməsi ilə müşayiət olunduğu halda, II amenoreya zamanı fiziki inkişafın bir neçə göstəricilərinin azalması qeyd olunur. I amenoreyalı qızlarda uşaqlığın və yumurtalıqların exoqrafik göstəricilərinin azalması, II amenoreya zamanı isə uşaqlığın bəzi exoqrafik ölçülərinin azalması, yumurtalıqların həcmnin böyüməsi təyin olunur.

3. Hiperprolaktinemiya mənşəli amenoreyanın rastgəlmə tezliyi – 24,5%-dir. Bunun 63,5%-ni idiopatik hiperprolaktinemiya, 37%-ni isə hipofizin adenomaları (22,5% – mikroadenoma, 14,8% – makroadenoma) təşkil edir.

Stres mənşəli amenoreyanın tezliyi 22%-r. Yaranma səbəbləri arasında 41,7% – imtahana gərgin hazırlıq, 37,5% – ailədaxili münaqişələr, 20,8% – keçirilmiş qəzalar, ekstremal hallar və qorxu hissini göstərmək olar. Qalxanabənzər vəzin patologiyaları zamanı yaranan amenoreyanın rastgəlmə tezliyi 21,8% təşkil edir. Bu patologiya özünü 62,5% halda hipotireoz, 37,5% halda isə hipertireozla biruzə verir.

İşin praktikada tətbiqi. Dissertasiyanın materialları ATU-nun I və II mamalıq və ginekologiya kafedralarının tədris prosesinə tətbiq edilir. Təklif edilmiş müalicə üsulları isə mama-ginekoloji profilli tibb müəssisələrinin klinik praktikasında istifadə edilir.

İşin aprobeasiyası. Elmi işin nəticələri hesabat şəklində 25 dekabr 2014-cü ildə ATU-nun I və II mamalıq-ginekologiya kafedralarının və Tədris Cərrahiyyə korpusunun əməkdaşlarının birgə iclasında, işin aprobeasiyası ATU-nun nəzdindəki D 03.011 Dissertasiya Şurasının Elmi Seminarlar keçirən Müzakirə Şurasının 19 may 2014-cü il tarixli iclasında təqdim olunmuşdur.

Dərc edilmiş işlər: Dissertasiya mövzusu üzrə 8 (6 məqalə və 2 tezis) elmi iş çap edilmişdir. Onlardan 3 məqalə xarici jurnallarda dərc olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya 149 kompüter səhifəsində yazılmışdır; giriş, ədəbiyyat icmal, tədqiqatın material və metodları, xüsusi tədqiqatların 3 fəsl, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və 200 biblioqrafik mənbə daxil olan ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. İş 51 cədvəl və 17 şəkillə illüstrasiya edilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 200 ədəbi mənbədən ibarətdir. Onlardan 12 elmi tədqiqat Azərbaycan, 39-u yaxın xaric və 149-u isə uzaq xarici müəlliflərinindir

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Müqayisə qrupuna 20 erkən reproduktiv dövrdə olan praktik sağlam gənc qız daxil edilmişdir. Müayinə olunan gənc qızlar $18,9 \pm 0,14$ yaşda olmuşlar və bu interval 16-20 yaş arasında tərəddüd etmişdir. 130 amenoreyalı gənc qızın 14-də (10,8%) birincili amenoreya, 116-da (89,2%) isə ikincili amenoreya təyin olunmuşdur.

İkincili amenoreyalı gənc qızlarda menarxe yaşı $13,2 \pm 0,2$ (10-17) olmuşdur. Aybaşının qeyri müntəzəm olması $16,0 \pm 0,16$ (12,0-19,0) yaşından başlamışdır. Müayinə olunan qızlarda sonuncu aybaşı $18,35 \pm 0,13$ (16,0-20,0) yaşlarında olmuşdur.

Tədqiqat aparılan müddətdə 130 amenoreyalı xəstədən 35-də (27%) aybaşı $7,2 \pm 0,03$ aydan bir qeyd olunmuşdur. Aybaşının müddəti orta hesabla $4,24 \pm 0,12$ (1-9) gün davam etmişdir. Müqayisəli qrupa 20 praktik sağlam qız daxil edilmişdir. Bu qızların yaşı $18,2 \pm 0,06$ (16,5-19,5) yaş olmuşdur. Müqayisəli qrupu təşkil edən qızlarda aybaşı $12,5 \pm 1,2$ yaşında başlamış, 9-13 yaşlar arasında tərəddüd etmişdir. Aybaşı tsiklinin müddəti $29,1 \pm 1,6$ gün, aybaşının davam etmə müddəti isə $4,2 \pm 0,11$ gün olmuşdur. Klinik müayinəyə fiziki inkişafın xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi, o cümlədən, boy və çəki göstəriciləri, döş qəfəsinin çevrəsi (DQÇ), qolların açılmış vəziyyətdə məsafəsi (QAM), aşağı ətrafların uzunluğu (AƏU), çiyinlərin eni (ÇE), çanağın xarici ölçüləri daxil edilmişdir. Cinsi inkişafın qiymətləndirilməsinə ikincili cinsi əlamətlərin qabarıqlılığı və aybaşı funksiyasının formalaşması daxil olmuşdur. Süd vəzilərinin inkişafı, qoltuqaltı və qasıqüstü nahiyələrin tükənmə dərəcəsi Tanner şkalası ilə qiymətləndirilmişdir. Tədqiqatda amenoreyalı gənc qız və qadınlara mütləq olaraq, abdominal, həmçinin vaginal ötürücü ilə kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsi olunmuşdur.

Tədqiqat zamanı uşaqlığın uzunluğu, eni, ön-arxa ölçüsü, endometriumun qalınlığı (M-exo), hər iki yumurtalığın uzunluğu, eni, qalınlığı və həcmi təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqatda amenoreyalı gənc qızlara göstərişə əsasən hipofiz vəzin rentgen şəkli tətbiq olunmuşdur. Müayinə “SHİNADZU RS-50” Rentgen cihazı ilə aparılmışdır. Distansion idarəetmə sistemi ilə təchiz edilmiş bu avadanlıq 5 dəfə az şüalanmaya malikdir.

Çəkiliş rejimləri isə hər xəstə üçün individual olaraq seçilmişdir. Amenoreyalı qızlarda mövcud patologiyanın dəqiq lokalizasiyası və ölçüləri barədə aydın görüntülər əldə etmək üçün müvafiq xəstələrə Maqnit Rezonans Tomografiyası tətbiq olunmuşdur. Müayinələr nativ və kontrast

mayələrin köməyi ilə aparılmışdır. MRT müayinəsində PHİLİPS ACHİEVA 1.5 TESLA cihazından istifadə olunmuşdur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində alınan nəticələr statistik işlənməyə məruz qalmışdır. Qrup göstəriciləri variasiya sırasında yerləşdirilmişdir. Hər qrup üçün orta arifmetik qiymət (m), orta arifmetik qiymətin orta kvadratik meyli (λ^2) onun standart xətası (Se), eyni zamanda sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri müəyyən olunmuşdur. Statistik işlənmə, parametrik və qeyri-parametrik üsullarla hesablamalar üçün nəzərdə tutulmuş “Statgraph” proqramı tətbiq etməklə aparılmışdır.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Amenoreyanın etioloji səbəblərini öyrənərkən, müəyyən olunmuşdur ki, amenoreyanı yaradan bütün patoloji proseslər bilavasitə və dolayı yolla hipotalamo-hipofizar sistemin funksional aktivliyinə təsir edir. Hipotalamo-hipofizar sistemdə baş verən dəyişikliklər nəticəsində yaranan amenoreyaları üç qrupa aid etmək olar: normoqonadotrop amenoreya, hiperqonadotrop amenoreya və hipoqonadotrop amenoreya.

Erkən reproduktiv dövrdə gənc qızlar arasında I amenoreyanın rastgəlmə tezliyi 10,8% təşkil etmişdir. Bunlarda 64,3% ($n=9$) hipoqonadotrop, 28,6% ($n=4$) hiperqonadotrop, 7,1% ($n=1$) isə normoqonadotrop amenoreya olmuşdur. Hipoqonadotrop amenoreyanın səbəblərini təhlil edərkən, 77,8% ($n=7$) anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi, 11,1% ($n=1$) Kallman sindromu, 11,1% ($n=1$) isə erkən yaşlarından idmanla gərgin məşğul olma müəyyən olunmuşdur. Normoqonadotrop amenoreya qrupuna 1 xəstə böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə hiperplaziyası diaqnozu ilə daxil edilmişdir. 4 qızda isə qonadların disgeneziyası aşkar olunaraq, hiperqonadotrop amenoreya kimi qiymətləndirilmişdir.

II amenoreyanın səbəblərini təhlil edərkən, məlum olmuşdur ki, 94,8% ($n=110$) qızlarda hipoqonadotrop amenoreya təyin edilir. Bu qızlar arasında normoqonadotrop amenoreya 5,2% ($n=6$) olmuşdur. Hiperqonadotrop amenoreya isə aşkar olunmamışdır. Normoqonadotrop amenoreya qrupuna daxil edilən Aşerman sindromu (uşaqlıq daxili sinexiyalar) gənc qızların 6-da təyin olunmuşdur. Hipoqonadotrop amenoreyanın yüksək tezliklə rast gəlinən səbəblərinə müxtəlif mənşəli hiperprolaktinemiya – 24,5% ($n=27$), stres – 22,0% ($n=24$), yumurtalıqların polikistoz sindromu – 13,6% ($n=15$) və hipotireoidizm – 13,6% ($n=15$) aid edilmişdir.

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda fiziki inkişafın xüsusiyyətləri

Tədqiqata daxil olan qızların ilk növbədə fiziki inkişaf xüsusiyyətləri müəyyənləşdirilmişdir. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda boy ($162,2\pm 0,18$), çəki ($54,5\pm 0,33$) qolların açılmış vəziyyətdəki məsafəsi ($175,14\pm 0,280$), döş qəfəsinin çevrəsi ($83,24\pm 0,64$), aşağı ətrafların uzunluğu ($95,67\pm 0,45$) praktik sağlam qızların eyni göstəriciləri ilə müqayisədə statistik dürust dərəcədə az olmuşdur ($P<0,05$). Qeyd etmək lazımdır ki, çanağın bəzi xarici ölçüləri: distan. trochanterica ($30,29\pm 0,07$) və conj.externa ($18,46\pm 0,09$) fizioloji göstəricilərdən nəzərəcarpacaq qədər az olmuşdur ($P<0,05$).

I amenoreya olan qızlarda fiziki inkişafın antropometrik ölçüləri praktik sağlam gənc qızların antropometrik ölçülərindən nəzərəcarpacaq dərəcədə az olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, I amenoreyalı qızların 14-dən 7-də (50,0%) anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi, 4-də isə (28,6%) qonadaların disgeneziyası aşkar olunmuşdur. Tək-tək hallarda Kallman sindromu 7,1% ($n=1$), fiziki gərginlik 7,1% ($n=1$) və böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə hiperplaziyası 7,1% ($n=1$) qeydə alınmışdır.

Beləliklə, erkən reproduktiv dövrdə I amenoreyalı qızlarda anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi müşahidə olunur. Bu da özünü əsas antropometrik ölçülərin dürust dərəcədə azalması ilə biruzə verir.

II amenoreyalı qızlarda fiziki inkişaf göstəricilərini təhlil edərkən çəkinin ($55,5\pm 0,19$), QAM ($176,2\pm 0,08$), AƏU ($99,4\pm 0,23$) praktik sağlam qızların göstəricilərindən dürust dərəcədə azalması qeyd olunur. Bunu da II amenoreyanı yaradan amillərin təsirinin nəticəsi ilə izah etmək olar: 116 II amenoreyalı qızdan 7-də (6,4%) idmanla məşğul olma, həddindən artıq fiziki gərginlik və 6-da (5,5%) pəhriz nəticəsində bədən çəkisinin azalması, 9-da (7,8%) tireotoksik ur, 24-də (20,7%) xroniki stres, nəhayət 3-də (2,6%) xroniki somatik xəstəliklər qeyd olunmuşdur.

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda cinsi inkişafın xüsusiyyətləri

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda süd vəzilərinin əsasən 2-ci mərhələdə inkişafı qeyd olunur, bu da süd vəzilərinin giləsinin səthdən qabarıqlılığı, gilə ətrafı sahənin böyüməsini əks etdirir. Qeyd etmək lazımdır ki, amenoreyalı qızlarda süd vəzilərinin inkişafı erkən reproduktiv

dövrədə praktik sağlam qızlarla müqayisədə dürüst dərəcədə kiçik olmuşdur ($P < 0,05$). Praktik sağlam qızlarda süd vəzisinin inkişafı III mərhələni əhatə edir ki, bu da süd vəzisi və gilə ətrafı sahənin böyüməsi, sərhəddinin isə qeyri dəqiq olması deməkdir.

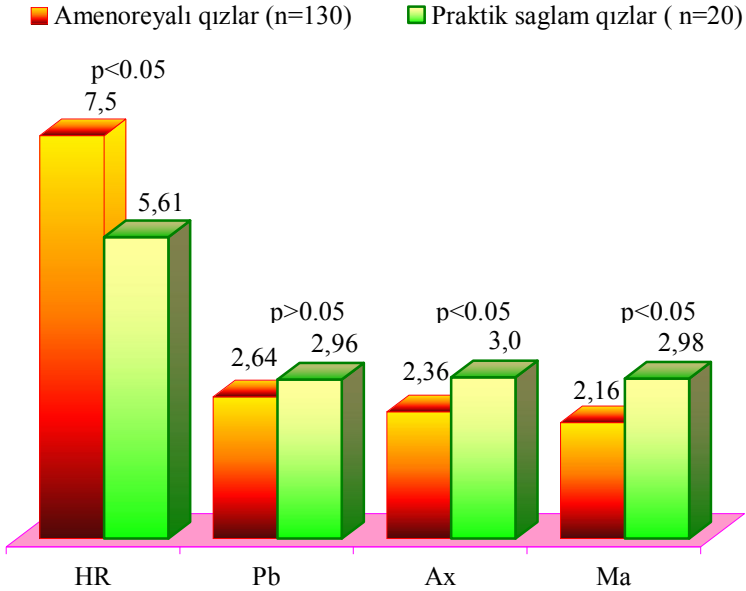
Qoltuqaltı tüklənməni qiymətləndirərkən, müəyyən olunmuşdur ki, erkən reproduktiv dövrdə olan amenoreyalı qızlarda qoltuqaltı tüklənmə II mərhələyə uyğun gəlir, bu da qoltuqaltı çuxurda tək-tək düz tüklərin olmasını əks etdirir. Praktik sağlam qızlarda isə bu dövrdə qoltuqaltı çuxurda qıvrım tüklərin olması qeyd olunur (III mərhələ). Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda ikincili cinsi əlamətlərin müqaisəli təhlili şəkil 1-də təqdim edilmişdir.

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda qasıqüstü tüklənmə dərəcəsi II-III mərhələlər çərçivəsində olmuşdur. Bu isə qasıqüstü səth boyunca qara kobud tüklərin yayılmasını əks etdirir. Qeyd etmək lazımdır ki, amenoreyalı qızlarda qasıqüstü tüklənmənin qabarıqlılığı ($2,64 \pm 0,22$) sağlam qızlardan fərqlənir ($P > 0,05$).

I amenoreyalı qızlarda süd vəzilərinin – I, qoltuqaltı tüklənmənin – I-II, qasıqüstü tüklənmənin isə I-II mərhələdə olması qeyd olunur. Hirsud rəqəm ($7,86 \pm 0,23$) erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızların hirsud rəqəmindən statistik dürüst dərəcədə yüksək olmuşdur.

Beləliklə, I amenoreyalı qızlarda süd vəzilərinin yalnız giləsinin böyüməsi, qoltuqaltı çuxurda tək-tək düz tüklərin olması, qasıqüstü, əsasən cinsiyyət dodaqlarında tək-tək uzun tüklərin, uzun, düz və yaxud qıvrım tüklərin olması, bəzi qızlarda isə bir qədər qara kobud tüklərin yayılması qeyd edilir.

Erkən reproduktiv dövrdə II amenoreyalı qızlarda süd vəzilərinin inkişafı ($3,32 \pm 0,19$), qoltuqaltı ($3,23 \pm 0,13$) və qasıqüstü ($3,35 \pm 0,21$) tüklənmə dərəcəsi praktik sağlam qızlardan fərqlənir. Qeyd etmək lazımdır ki, müayinə olunan qızların hirsud rəqəmi ($7,11 \pm 0,18$) sağlam qızların göstəricilərindən çox olmasına baxmayaraq, statistik dürüst fərq təyin olunmur.



HR	Hirsud rəqəm, bal	Ax	Qoltuqaltı tüklənmə
Pb	Qasıqüstü tüklənmə	Ma	Süd vəziləri

Şək. 1. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda ikincili cinsi əlamətlərin müqaisəli təhlili

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda ultrasəs müayinəsinin nəticələri

Amenoreyalı gənc qızlarda uşaqlığın uzunluğu, eni, ön-arxa ölçüsü nəzərəcarpacaq dərəcədə az olmuşdur ($P<0,05$).

Yumurtalıqların exoqrafik ölçülərini təhlil edərkən, müəyyən olunmuşdur ki, sağ yumurtalığın eni ($2,21\pm 0,03$ sm), sol yumurtalığın isə uzunluğu ($3,32\pm 0,11$ sm) və qalınlığı ($1,65\pm 0,09$ sm) statistik dürüst dərəcədə az olmuşdur. Eləcə də hər iki yumurtalığın həcmnin (sağ $9,83\pm 0,08$ sm³; sol $9,42\pm 0,06$ sm³) nəzərəcarpacaq qədər artması qeyd olunmuşdur. Bu da bir daha amenoreyanı yaradan anillərin müxtəlifliyini göstərir. Erkən reproduktiv dövrdə I amenoreyalı qızlarda və gənc

qadınlarda uşaqlıq və yumurtalıq ölçüləri müqayisəli qrupun göstəricilərindən statistik dürüst az olmuşdur ($P < 0,05$).

Qeyd etmək lazımdır ki, 4 qızda ultrasəs müayinəsində yumurtalıqlar vizualizasiya edilməmişdir. Bu qızlarda qonadların disgenезiyası müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, erkən reproduktiv dövrdə I amenoreyalı qızlarda uşaqlığın və yumurtalıqların ölçüləri fizioloji göstəricilərdən nəzərəcarpacaq qədər az olmuşdur, bu da hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq-böyrəküstü vəz sistemi-nin fəaliyyətində gedən dəyişikliklərin nəticəsi kimi qiymətləndirilə bilər.

II amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda exoqrafik göstəriciləri təhlil edərkən, müəyyən olunmuşdur ki, uşaqlığın uzunluğu, eni fizioloji göstəricilərə münasibətdə dürüst dərəcədə az olmuşdur.

Sağ yumurtalıq uzunluğu ($4,3 \pm 0,08 \text{ sm}$) və həcmi ($15,46 \pm 0,09 \text{ sm}^3$) fizioloji exoqrafik göstəricilərdən nəzərəcarpacaq qədər yüksək olmuşdur. Sol yumurtalıq uzunluğu ($4,14 \pm 0,08 \text{ sm}$), eni ($3,91 \pm 0,04 \text{ sm}$) və həcmi ($15,14 \pm 0,13 \text{ sm}^3$) də həmçinin fizioloji göstəricilərdən yüksək olmuşdur, bu da II amenoreyalı xəstələrin 13,6% yumurtalıqların polikistozu (15-də), 22% stress vəziyyəti (24-də) qeydə alınması ilə əlaqədardır.

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda hormonal və biokimyəvi tədqiqatın nəticələri

Aparılan tədqiqatda erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda hipotalamo-hipofizar-böyrəküstü-yumurtalıq sisteminin vəziyyətini öyrənmək üçün qan zərdabında hormonların: follikulstimuləedici (FSH), lüteinləşdirici (LH), tireostimuləedici (TSH), prolaktin (Prl), estradiol (E_2), progesteron (P), testosteron (T), dehidroepiandrosteron-sulfat (DHEA-S), kortizol (K), progesteron (P), triyodtironin (T_3) və tiroksinin (T_4) miqdarı təyin edilmişdir (cədvəl 1).

Alınan nəticələr erkən reproduktiv dövrdə olan praktik sağlam qızların ($n=20$) hormonal göstəriciləri ilə müqayisə edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, LH ($5,98 \pm 0,18 \text{ mlU/ml}$), T_3 ($1,32 \pm 0,14 \text{ ng/ml}$), T_4 -ün səviyyəsinin ($6,89 \pm 0,24 \text{ ng/ml}$) praktik sağlam qızların göstəricilərindən az olmasına baxmayaraq, statistik dürüst fərq təyin edilməmişdir ($P > 0,05$).

Eyni zamanda K ($270 \pm 36,2 \text{ ng/ml}$), DHEA-S ($2,23 \pm 0,16 \text{ mg/ml}$) və T-nin miqdarı ($2,32 \pm 0,31 \text{ ng/ml}$) praktik sağlam qızların eyni göstəriciləri ilə müqayisədə yüksək olmuşdur ($P > 0,05$).

Cədvəl 1.

Erkən reproduktiv dövrdə qızlarda və gənc qadınlarda hormonal göstəricilərin nəticələri

Hormonal göstəricilər	Amenoreyalı qızlar və gənc qadınlar (n=130)	Praktik sağlam qızlar (n=20)	P
FSH, mlU/ml	5,11±0,21 (0,5-25,1)	6,4±0,13 (0,11-12,2)	<0,05
LH, mlU/ml	5,98±0,18 (0,11-24,4)	6,11±0,16 (0,6-4,4)	>0,05
TSH, mlU/ml	1,19±0,33 (0,1-33,7)	2,38±0,17 (1,0-2,9)	<0,05
PRL, ng/ml	57,3±0,68 (1,3-98,6)	5,91±0,23 (3,6-8,6)	<0,05
DHEA-S, mg/ml	2,23±0,16 (0,3-16,0)	1,96±0,13 (0,38-2,0)	>0,05
E ₂ , pg/ml	100,66±1,21(7,2-318,5)	107,62±0,7 (78,2-200,0)	<0,05
P, ng/ml	1,98±0,28 (0,1-5,8)	2,92±0,11 (0,1-8,7)	<0,05
T, ng/ml	2,32±0,31 (0,17-8,1)	1,74±0,25 (0,1-8,0)	>0,05
T ₃ , ng/ml	1,32±0,14 (0,1-7,8)	1,93±0,8 (0,3-6,1)	>0,05
T ₄ , ng/ml	6,89±0,24 (91,6-17,3)	8,1±0,21 (3,8-14,3)	>0,05
K, ng/ml	270,1±36,2 (170,0-321,0)	160,0±21,0 (23-270,0)	>0,05

Erkən reproduktiv dövrdə olan amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri təyin edilmişdir. Bura qlükozanın acqarına və 75 qram quru qlükoza ilə oral qlükoza tolerantlıq sınağından sonra yoxlanılması, eləcə də insulinin qanda acqarına miqdarının təyini daxil edilmişdir.

Göründüyü kimi erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlar və gənc qadınlarda qlükozanın acqarına (5,31±0,16mmol/l), OQTS-dan sonrakı (6,46±0,16mmol/l) və insulinin acqarına miqdarı (9,33±0,65uU/ml) praktik sağlam qızların analoji göstəricilərindən fərqlənməmişdir.

Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda hiperprolaktinemiya mənşəli amenoreyanın xüsusiyyətləri

Aparılan tədqiqatda prolaktin və digər hormonların qan zərdabında təyini amenoreyanın mövcudluğunu nəzərə alaraq, istənilən gündə aparılmışdır. Hormonal müayinədən 1 gün öncə gənc qadınların cinsi əlaqədə olmaması, isti su proseduralarının qəbul olunmaması, siqaret çəkməməsi, döş qəfəsi travmasının olmaması, ginekoloji müayinə və süd vəzilərinə baxışın keçirilməməsi kimi qaydalara riayət olunması vacib olmuşdur.

Hiperprolaktinemiyanı təsdiq etmək üçün prolaktinin təyini bir neçə dəfə aparılmışdır. Alınan nəticələr cinsi yetişkənlik və erkən reproduktiv dövrdə olan praktik sağlam qızların nəticələri ilə müqayisə edilmişdir. Hiperprolaktinemiya zamanı qanda prolaktinin səviyyəsi 40,48±2,82 ng/ml

olmuşdur. Bunun fonunda FSH ($3,84 \pm 0,3$ mIU/l), LH ($4,47 \pm 0,14$ mIU/l), E₂ ($89,88 \pm 4,86$ pg/ml), P-nin miqdarının ($1,88 \pm 0,46$ ng/ml) statistik dürüst dərəcədə azalması, kortizolun ($255,3 \pm 23,0$ ng/ml) isə artması qeyd olunmuşdur ($P < 0,05$).

Beləliklə, erkən reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiya aşkar olunan qızlar və gənc qadınlarda amenoreyanın hipofizadotrop hipofizadizm formasının əlamətləri təyin edilir.

Hiperprolaktinemiyanın səbəbini müəyyənləşdirmək üçün bütün xəstələrə maqnit rezonans tomoqrafiya (MRT) müayinəsi tətbiq edilmişdir. Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 27 xəstədən 17-də (63%) hipofizin ölçüləri normal olmuş və heç bir patologiya təyin edilməmişdir. MRT nəticələrinə görə hipofizin normal ölçüləri ön-arxa 5-13 mm, koronal 6-8mm, aksial 3-5 mm olmuşdur.

Hiperprolaktinemiya 6 xəstədə (22,2%) mikroadenoma aşkar olunmuşdur. Bu xəstələrdə hipofizin koronal ölçüsü – $7,0 \pm 0,02$ mm, aksial ölçüsü – $13,5 \pm 0,06$ mm, ön-arxa ölçüsü – $11,25 \pm 0,07$ mm aşkarlanan mikroadenomanın diametri isə $2,64 \pm 0,11$ mm olmuşdur. 4xəstədə (14,8%) hipofizin makroadenoması təyin edilmişdir. Hipofizin koronal ölçüsü – $13,7 \pm 0,03$ mm, aksial ölçüsü – $17,7 \pm 0,08$ mm, ön-arxa ölçüsü – $14,0 \pm 0,02$ mm, makroadenomanın orta diametri – $13,25 \pm 0,12$ mm olmuşdur.

Erkən reproduktiv dövrdə stress mənşəli amenoreyanın klinik-diaqnostik xüsusiyyətləri

Aparılan tədqiqatda 116 II amenoreyalı qızlar və gənc qadınlardan 24-də stres mənşəli amenoreya təyin edilmişdir. Belə ki, erkən reproduktiv dövrdə olan hər 4-5-ci qızda amenoreyanın səbəbi stres və psixi gərginlik olmuşdur.

Stresin xarakterini təhlil edərkən, müəyyən olunmuşdur ki, gənc qızların 10-da (41,7%) imtahana gərgin hazırlıq, 9-da (37,5%) ailədaxili konfliktlər, 5-də (20,8%) qəzalar, ekstremal hadisələr, qorxu nəticəsində amenoreya qeyd olunmuşdur.

Beləliklə, erkən reproduktiv dövrdə olan hər 2-3-cü qızda amenoreyanın səbəbi imtahana gərgin hazırlıq, hər 3-4-cü qızda ailədaxili münafişələr, hər 5-ci qızda isə qorxu olmuşdur.

Stres mənşəli amenoreya (psixogen amenoreya) müxtəlif sinir psixi pozğunluqlarla müşahidə olunmuşdur. Stres mənşəli amenoreyalı qızlarda yüksək tezliklə pessimizm (13,7%), xroniki yorğunluq (12,6%), fiziki gərginlikdən sonra tez yorulma (11,3%), qərar qəbulunun çətinliyi (11,3%), isteriya tutmaları (11,3%), ümumi zəiflik, halsızlıq (10,7%), yuxu

pozğunluğu (8,2%), təfəkkür pozğunluğu və günahkarlıq hissi (5,7%) müşahidə olunmuşdur. Stres mənşəli amenoreya zamanı hipotalamo-hipofizar-böyrəküstü-yumurtalıq (HHBY) sisteminin hormonalarının nəticələri öyrənilmişdir. Erkən reproduktiv dövrdə stres mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda FSH ($2,77\pm 0,15$ mlU/l), LH ($1,77\pm 0,17$ mlU/l) statistik dürrüst dərəcədə azalmış, Prl ($11,77\pm 0,19$ ng/ml), P ($3,86\pm 0,13$ ng/ml) və K ($279,0\pm 17,64$ ng/ml) isə nəzərəcarpacaq qədər artmışdır ($P<0,05$).

Erkən reproduktiv dövrdə qalxanabənzər vəzin patologiyası olan qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanın klinik, hormonal müayinələrinin nəticələri

Aparılan tədqiqatda erkən reproduktiv dövrdə 24 qız və gənc qadında qalxanabənzər vəzin patologiyası müəyyən edilmişdir. Amenoreyalı xəstələrin 15-də (62,5%) hipotireoidizm, 9-da isə (37,5%) hipertireoidizm (tireotoksik ur) təyin edilmişdir.

Hipotireoidizm aşkarlanan 15 xəstənin hamısında hipotireoz 1-li olmuşdur. Bunlardan 14-də autoimmun tireoidit fonunda, 1-də isə qalxanabənzər vəzin rezeksiyası nəticəsində hipotireoidizm qeyd olunmuşdur. Erkən reproduktiv dövrdə hipotireoz mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda əmək qabiliyyətinin düşməsi, süstlük (10,1%), oynaqlarda ağrılar və hərəkət məhdudluğu (10,1%), üşütmə hissi (10,1%), yuxunun pozulması (10,1%), dərinin quruluğu (8,1%), ödemlərin olması (8,1%), tez yorulma (6,7%) və hipotenziv vəziyyətlər (6,0%) daha yüksək tezliklə təsadüf olunmuşdur. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda FSH ($9,64\pm 0,79$ mlU/l), LH ($8,87\pm 0,46$ mlU/l), TSH ($10,5\pm 0,51$ mlU/l) və Prl ($23,67\pm 1,32$ ng/ml) dürrüst dərəcədə artmış, E₂ ($7,95\pm 0,91$ pg/ml), T₄ ($5,94\pm 0,56$ ng/ml) isə azalmışdır ($P<0,05$). DHEA-S, P, T-nin miqdarı praktik olaraq dəyişməmişdir. T₃ və K-un azalmasına baxmayaraq, statistik dürrüst dərəcədə fərq təyin edilməmişdir.

Hipotireoz mənşəli amenoreyalı qızların və gənc qadınlarnın müayinəsi zamanı mütləq olaraq endokrinoloqun məsləhəti aparılmışdır.

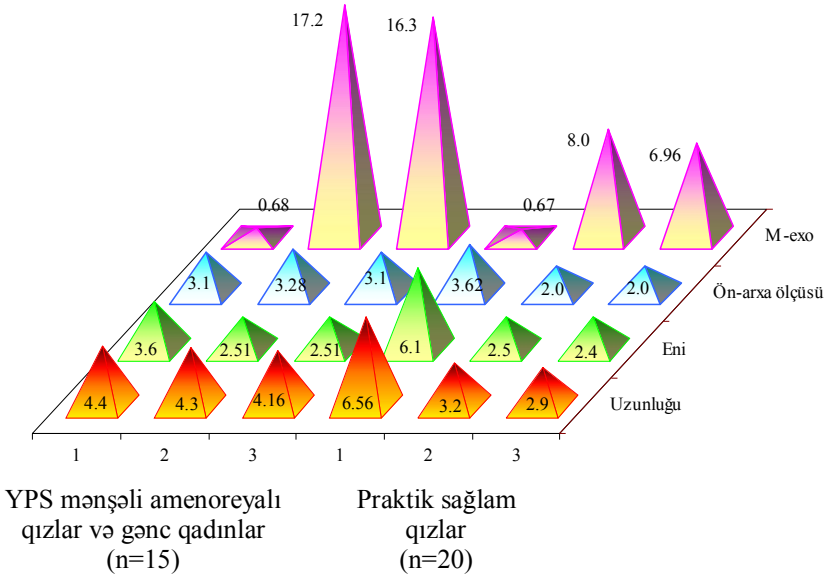
Aparılan tədqiqatda 9 amenoreyalı xəstədə endokrinoloqun müayinəsi nəticəsində tireotoksik ur təyin edilmişdir. Hipertireoz mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda tez yorulma (12,5%), ağlağanlıq (12,5%), tərləmə (12,5%), qorxu hissi (12,5%), bədən çəkisinin progressiv itirilməsi (11,2%), əsəbilik (9,7%), yuxu pozğunluğu (8,3%) təyin edilmişdir. Hipertireoz mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda,

xüsusilə diffuz tireotoksik ura məxsus klinik əlamətlər fonunda TSH-in səviyyəsinin azalması ($0,96 \pm 0,42 \text{ mIU/l}$), T_3 ($4,42 \pm 0,18 \text{ ng/ml}$) və T_4 ($12,8 \pm 0,93 \text{ ng/ml}$)-ün isə nəzərəçarpancaq dərəcədə artması qeyd olunmuşdur.

Erkən reproduktiv dövrdə yumurtalıq mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanın klinik diaqnostik xüsusiyyətləri

Aparılan tədqiqatda müəyyən olunmuşdur ki, 110 hipoqonadotrop amenoreyalı qızlardan və gənc qadınlardan 15-də ikincili amenoreyanın səbəbi yumurtalıqların polikistoz sindromu (YPS) olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, YPS-in klinik əlamətlərinin müxtəlifliyinə və çoxluğuna baxmayaraq, erkən reproduktiv dövrdə olan qızlarda amenoreya və yüngül hirsutizm əlamətləri daha çox diqqəti cəlb etmişdir. Ferriman&Qollvey şkalasına görə hirsud rəqəm $17 \pm 0,08$ bal təşkil etmişdir, bu da hirsutizmin orta ağır dərəcəsini əks etdirmişdir.

YPS mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda reproduktiv orqanların USM-i aparılmışdır. Sağ və sol yumurtalığın uzunluğu ($4,3 \pm 0,36 \text{ sm}$; $4,16 \pm 0,2 \text{ sm}$), qalınlığı ($3,28 \pm 0,26 \text{ sm}$; $3,1 \pm 0,26 \text{ sm}$) və həcmi ($17,2 \pm 0,89 \text{ sm}^3$; $16,3 \pm 0,52 \text{ sm}^3$) statistik dürüst dərəcədə çox olmuşdur ($P < 0,05$). Erkən reproduktiv dövrdə yumurtalıqların polikistoz sindromu olan qızlarda və gənc qadınlarda LH ($15,1 \pm 0,43 \text{ mIU/l}$), LH/FSH ($2,95 - 0,12$) və E_2 -un ($150,85 \pm 9,7 \text{ pg/ml}$) statistik dürüst dərəcədə artması qeyd edilir.



1 Uşaqlıq, sm 2 Sağ yumurtalıq, sm 3 Sol yumurtalıq, sm

Şək. 2. YPS mənşəli amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda uşaqlıq və yumurtalıqların exoqrafik göstəricilərinin müqayisəli təhlili

NƏTİCƏLƏR

1. Erkən reproduktiv dövrdə I amenoreyanın tezliyi 10,8%, II amenoreyanın tezliyi isə 89,2%-dir. I amenoreyalı qızlarda normoqonadotrop amenoreya 7,1%, hipoqonadotrop amenoreya 64,3%, hiperqonadotrop amenoreya isə 28,6% təşkil edir. II amenoreyalı xəstələrdə normoqonadotrop amenoreya 5,2%, hipoqonadotrop amenoreya isə 94,8% qeyd olunur.

I hipoqonadotrop amenoreya 77,8% halda anadangəlmə fiziki inkişafın ləngiməsi ilə, II hipoqonadotrop amenoreya isə 24,5% halda hiperprolaktinemiya, 22% halda stress, 21,8% halda qalxanabənzər vəzin patologiyası, 13,3% halda yumurtalıqların polikistoz sindromu ilə özünü biruzə verir.

2. I amenoreyalı qızlarda fiziki inkişafın ləngiməsi boyun ($162,2\pm 0,18$ sm), çəkinin ($54,5\pm 0,33$ kq), qolların açılmış məsafəsinin ($175,14\pm 0,28$ sm), döş qəfəsinin çevrəsinin ($83,24\pm 0,64$ sm), aşağı ətrafların uzunluğunun ($95,67\pm 0,45$) dürüst dərəcədə azalması ilə təzahür edir. II amenoreyalı xəstələrdə isə çəkinin ($55,5\pm 0,19$ kq), qolların açılmış məsafəsinin ($176,2\pm 0,08$ sm), döş qəfəsinin çevrəsinin ($90,86\pm 1,12$ sm) azalması, aşağı ətrafların uzunluğunun ($99,4\pm 0,23$ sm) artması qeyd olunur.

3. Erkən reproduktiv dövrdə ultrasəs müayinəsinin nəticələrinə görə I amenoreyalı xəstələrdə uşaqlığın uzunluğu ($3,0\pm 0,17$ sm), eni ($1,86\pm 0,21$ sm), ön-arxa ölçüsü ($2,59\pm 0,12$ sm) və hər iki yumurtalığın uzunluğu ($2,46\pm 0,9$ sm; $2,5\pm 0,06$ sm), eni ($1,91\pm 0,07$ sm; $1,89\pm 0,08$ sm), qalınlığı ($1,8\pm 0,02$ sm; $1,58\pm 0,09$ sm), həcmi ($4,2\pm 0,11$ sm³; $3,7\pm 0,11$ sm³) nəzərəcarpacaq qədər azalmışdır. II amenoreyalı xəstələrdə uşaqlığın uzunluğu ($5,6\pm 0,15$ sm) və eninin ($4,14\pm 0,11$ sm) kiçilməsi, yumurtalıqların isə uzunluğunun və həcmnin böyüməsi qeyd olunur. Hormonal müayinələrin nəticələrinə əsasən follikulstimuləedici hormon ($5,11\pm 0,21$ mIU/l), tireostimuləedici hormon ($1,19\pm 0,33$ mIU/l), estradiol ($100,66\pm 1.21$ pg/ml) və progesteronun ($1,98\pm 0,28$ ng/ml) statistik dürüst dərəcədə azalması, prolaktinin ($57,3\pm 0,68$ ng/ml) isə yüksəlməsi qeyd olunur.

4. Erkən reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiya mənşəli amenoreyanın 63%-ni idiopatik hiperprolaktinemiya, 37%-ni isə hipofiziz adenomaları: mikroadenoması (22,8%) və makroadenoması (14,8%) təşkil edir. Stres mənşəli amenoreyanın yaranma səbəblərinin 41,7%-nə imtahanlara gərgin hazırlıq, 37,5%-nə ailədaxili münaqişələr, 20,8%-nə keçirilmiş qəzalar, ekstremal vəziyyətlər və qorxu aiddir. Qalxanabənzər vəzin patologiyaları zamanı rast gəlinən amenoreyaların 62,5%-ni hipotireoz, 37,5%-ni isə tireotoksik ur təşkil edir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda amenoreyanın formasını, mənşəyini təyin etmək üçün fiziki və cinsi inkişafın xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, hormonal, radioloji və göstəriş olarsa, genetik tədqiqatların aparılması məqsədəuyğundur.

2. II amenoreyalı (89,2%) qızlarda hipoponadotrop amenoreyanın

tezliyini (64,3%) nəzərə alaraq, mənşəyindən asılı olmayaraq, amenoreyanın erkən diaqnostikasının, patogenetik korreksiyasının aparılması, aybaşı tsiklinin bərpası, bu dövrdə olan qızların və gənc qadınların reproduktiv sağlamlığına nəzərcarpacaq dərəcədə təsir edir və onların somatik, ginekoloji xəstəliklərinin tezliyini azaldır.

3. Erkən reproduktiv dövrdə qızlarda və gənc qadınlarda follikulstimuləedici, lüteinləşdirici, tiroistimuləedici hormonun, prolaktinin, triyodtironin və tiroksinin, estradiolun, progesteronun qanda miqdarının təyini amenoreyanın səbəblərinin diaqnostikasında mühüm rol oynayır.

4. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızların və gənc qadınların endokrinoloqun, psixiatrik konsültativ müayinəsindən keçməsi mütləqdir. Belə ki, qalxanabənzər vəzin patologiyası, hiperprolaktinemiya ilə əlaqədar olan amenoreyanın müalicəsi endokrinoloqun, stres mənşəli amenoreyanın müalicəsi isə psixiatrik nəzarəti altında aparılmalıdır.

DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP EDİLMİŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI

1. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda cinsi inkişafın xüsusiyyətləri // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, Bakı, 2014, №3, səh. 203-206 (həmmüəlliflər E. M. Əliyeva, M. A. Qaraşova).
2. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda hormonal və biokimyəvi tədqiqatın dəyişmə xüsusiyyətləri// Sağlamlıq, Bakı, 2014, 3 5, səh. 77-80 (həmmüəlliflər E.M. Əliyeva, N. Ş. Əliyeva).
3. Erkən reproduktiv dövrdə olan qızlarda və gənc qadınlarda hiperprolaktinematik mənşəli amenoreyanın diaqnostik xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, Bakı, 2015, №1, səh. 94-98 (həmmüəlliflər E. M. Əliyeva, A. H. Əfəndiyeva, N. Ş. Əliyeva).
4. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda aybaşı funksiyasının formalaşma xüsusiyyətləri və cinsi düsturun təyini // ATU-nun İnsan Anatomiyası Kafedrasının 95-illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfrans materiallarının toplusu, Bakı, 2014, səh. 3-32 (həmmüəlliflər E. M. Əliyeva, A. H. Əfəndiyeva, Ş. Z. Əmiraslanova).
5. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda və gənc qadınlarda uşaqlığın və yumurtalıqların exoqrafik göstəricilərinin xüsusiyyətləri // Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, Bakı, 2014, №4, səh.35-38 (həmmüəlliflər E. M. Əliyeva, M. A. Qaraşova).
6. Клинико-диагностические особенности психогенной аменореи у девушек и юных женщин раннего репродуктивного периода // Медичні та фармацевтичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень, Одеса, 2014, стр. 28-32 (соавт. Э. М. Алиева, И. А. Султанова).
7. Особенности патологических процессов при аменорее у девушек раннего репродуктивного возраста // Здоровье женщины, Украина, 2014, №7, стр. 115-117 (соавт. Э. М. Алиева, Н. Ш. Алиева).
8. Особенности физического развития девушек с аменореей в раннем репродуктивном периоде// Медицина, Казахстан, 2014, №8, стр.68-71 (соавт. Э. М. Алиева, М. А. Гарашева).

КЯМАЛЯ РАМИЗ кызы АКПЕРЛИ

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМЕНОРЕИ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования явилось изучение клинико-диагностических особенностей аменореи у девушек и юных женщин в раннем репродуктивном периоде.

Исходя из цели исследования, было обследовано 130 девушек в раннем репродуктивном периоде (основная группа). Сравнительную группу составили 20 практически здоровых девушек, находящихся в раннем репродуктивном периоде.

В результате проведенного исследования было установлено, что частота первичной аменореи составила 10,8%, частота вторичной аменореи была в пределах 89,2%. I аменорея проявляется в 7,1% случаев нормо – в 84,3% гипо – 28,6% гипергонадотропной аменореей.

При II аменореи частота нормогонадотропной аменореи составила – 5,2%, гипогадотропной аменореи – 94,8%.

Было установлено, что у девушек с первичной аменореей гипогадотропная форма в 77,8% случаев проявлялась задержкой физического развития. При вторичной аменорее у 24,5% больных отмечалась гиперпролактинемия, у 22% – стресс, у 21,8% – патология щитовидной железы, у 13,3% – синдром поликистозных яичников.

У девушек с I аменореей отмечалась задержка физического и полового развития. При II аменореи показатели физического развития практически не отличались от аналогичных показателей здоровых девушек.

При вторичной аменореи у 63% девушек определялась идиопатическая форма гиперпролактинемии, у 37% аденома гипофиза, из них у 22,8% – микроаденома, 14,8% макроаденома гипофиза.

Причиной стрессовой аменореи была в 41,7% напряженная подготовка к экзаменам, в 37,5%, внутрисемейные конфликты, в 41,7%, автомобильные катастрофы, экстремальные ситуации, испуг.

Аменорея на фоне патологии щитовидной железы проявлялась у 62,5%, гипотиреозом, у 37,5%, тиреотоксическим зобом.

KAMALA RAMÍZ AKPERRLI
CLINICAL-DIAGNOSTIC FEATURES OF AMENORRHEA IN
EARLY REPRODUCTIVE PERIOD

SUMMARY

The goal of investigation: To study of clinical-diagnostic features of amenorrhea of young women in early reproductive age.

According to the goal of investigation were examined 130 young women in early reproductive age (basic group). The group for comparing was consist of 20 practically healthy women in early reproductive age.

Was confirmed that the frequency of primary amenorrhea was 10,8%, the frequency of secondary amenorrhea – 89,2%. Primary amenorrhea was presented by normogonadotropic type in 7,1%, hypogonadotropic in 84,3%, hypergonadotropic type in 28,6% of case. Secondary amenorrhea was presented by normogonadotropic (5,2%) and hypogonadotropic (94,8%) types.

Was find out that in case of primary amenorrhea clinical manifestation of hypogonadotropic type in 77,8% of cases was presented by delay of physical development young women with secondary amenorrhea had symptoms of hyperprolactinemia (24,8%), stress (22%), disorders of thyroid gland (21,8%), polycystic ovaries syndrome (13,3%)/

Young women with primary amenorrhea had delay of physical and sexual development in case of secondary amenorrhea the indicators of physical development did not differ fromthose of healthy women.

At secondary amenorrhea in 63% of examined women was detected ideopathic type of hyperprolactinemia, 37% of women- adenoma of pituitary gland (22,8%-microadenoma, 14,8%- macroadenoma).

As etiologic factor of stress related amenorrhea were shown preparations to exams- in 41,7%, family conflicts- in 37,5%, accidents, disasters, extremal situations and fear- in 41,7% of cases.

Amenorrhea as a result of thyroid gland pathology was presented by hypothyroidism- in 62,5% and thyroidtoxic goiter- in 37,5% of all cases.

