

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**GENİTAL ENDOMETRİOZUN ALTERNATİV
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏ METODLARININ
EFFEKTİVLİYİ**

İxtisas: 3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Aytən Avtandil qızı Bədəlova**

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsini almaq üçün təqdim
edilən dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2022

Dissertasiya işi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun bazasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər :

tibb elmləri doktoru, professor
Cəmilə Fazil qızı Qurbanova

Rəsmi opponətlər:

tibb elmləri doktoru, professor
Səadət Həsən qızı Sultanova

tibb elmləri doktoru
Zəhra Fərhad qızı Abbasova

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Vəfa Oruc qızı Hüseynzadə

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində fəaliyyət göstərən FD 2.11 Dissertasiya Şurası

Dissertasiya Şurasının sədri: tibb elmləri doktoru, professor


Nazim Akif oğlu Qasimov

Dissertasiya Şurasının
Elmi katibi:

tibb üzrə fəlsəfə doktoru


Samirə Ələkbər qızı Əkbərbəyova

Elmi Seminarın sədri:

tibb elmləri doktoru, professor


Leyla Musa qızı Rzaquliyeva



TƏDQIQATIN İŞİNİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Hazırda endometrioz ginekoloji profilli patologiyalar arasında ilk yerlərdən birini tutur və bütün dünyada kifayət qədər çox rast gəlinən xəstəlikdir. Endometrioz xoşxassəli patologiya olub, reproduktiv yaşlı 6-10% qadınlarda rast gəlinir. Müəlliflər son illər ginekoloji xəstəliklər arasında endometriozun 3-cü yerdə olduğunu qeyd edirlər, reproduktiv yaşlı qadınların 50%-də bu xəstəlik baş verdiyi halda, nəinki reproduktiv sistemdə struktur dəyişikliklərə, həm də funksional pozuntulara səbəb olur, sonsuzluğa, psixoloji-emosional pozuntulara və həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsinə gətirib çıxarır¹.

Qeyd etmək lazımdır ki, hətta endometrioz ocaqlarının ətraflı şəkildə aradan qaldırıldıqdan sonra belə həm ocaqların təkrar baş vermə tezliyi, həm də klinik təzahür hallarının 10%-dən 55%-ə qədər artması müşahidə edilir, bununla yanaşı hər il xəstəliyin tezliyi 10% artmaqda davam edir².

Endometrioz zamanı sonsuzluq xəstəliyin ağırlıq dərəcəsilə korrelyasiya edir. Fertilliyə mənfi təsir göstərərək, yumurtalıqların funksiyasının pozulması (yumurtalıqların endometrioid kistləri zamanı), oositlərin keyfiyyətinin azalması, subklinik pelvioperitonitin olması və endometriumun reseptivliyinin azalması nəticəsində döl yumurtasının implantasiya ehtimalının aşağı düşməsilə bağlı olur³.

Bu xəstəliyin mürəkkəbliylə bağlı olaraq müalicə metodlarının müxtəlif olması tövsiyələrdə müəyyən ziddiyyətlərin

¹ Алехина, А.Г. Генитальный эндометриоз и репродуктивное здоровье женщины / А.Г. Алехина, Ю.А. Петров, А.Е. Блесманович // - Москва: Главврач Юга России, - 2019. №4 (68), - с.18-21

²Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Эффективность лечения бесплодия, обусловленного рецидивирующим наружным генитальным эндометриозом. Гинекология. 2019; 21 (1): 38–43

³ Борисова, А.В. Диагностика наружного генитального эндометриоза с помощью методов масс-спектрометрии (обзор литературы) / А.В. Борисова, А.В. Козаченко, Н.Л. Стародубцева [и др.] // Проблемы репродукции. – Москва: - 2015. №6, - с.59-68

olmasına gətirib çıxarır. Əvvəllər qeyd edildiyi kimi geniş tətbiq edilən tövsiyələr arasında yalnız 7% halda uyğunluq olur, onlardan heç birində tədqiqatlar və AGREE-II üzrə tövsiyələrin qiymətləndirilməsi protokoluna riayət edilmir⁴.

Müalicə-diaqnostik laparoskopiya xarici genital endometriozun diaqnostika və müalicəsində aparıcı metod hesab edilir⁵.

Endometriozun cərrahi müalicəsi “qızıl standart” hesab edilir, hidronefroz və böyrək çatışmazlığı kimi təhlükəli ağırlaşmaların inkişafının qarşısını almağa imkan verir⁶.

Endometrioz olan qadınların medikamentoz müalicəsi uzun müddətli olub, müalicə dayandırılmadan simptomların aradan qaldırılmasına imkan verməlidir⁷.

Endometrioz diaqnozuna anamnez, simptomlar və əlamətlər əsasında şübhə yaranır, fizikal müayinə və vizual müayinə metodları vasitəsilə, eləcə də laparoskopiya zamanı toplanan nümunələrin histoloji müayinələrilə öz təsdiqini tapır⁸.

Həm cərrahi, həm də konservativ müalicə metodlarının bir sıra çatışmazlıqları və yan təsirləri olduğu üçün, eləcə də xəstəliyin uzun müddətli müalicəsinin tələb edilməsi baxımından yeni yanaşmaların axtarışı əsaslandırılması zərurəti qarşıda durur⁹.

⁴ Kalaitzopoulos, D.R. Samartzis N, Kolovos GN. [et al.] Treatment of endometriosis: a review with comparison of 8 guidelines / D.R. Kalaitzopoulos, N.Samartzis, G.N. Kolovos [et al.] // BMC Womens Health. – 2021. 21(1), p.1-9

⁵ Гуцин, В.А. Генитальный эндометриоз, диагностика и лечение / В.А. Гуцин, А.С. Бичурина А.В., Коряушкина // - Москва: Журнал акушерства и женских болезней, - 2017. спецвыпуск, - с. 106-107

⁶ Українець, Р.В. Эндометриоз мочеочника с позиций имплантационной теории: некоторые аспекты патогенеза и клинической картины / Р.В. Українець, Ю.С. Корнева // Урология, – 2021. №2, – с. 126-130

⁷ Di Guardo, F. Management of women affected by endometriosis: Are we stepping forward? / F. Di Guardo, M. Shah, M.C. Cerana [et al.] // Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders, - 2019. 11(2), - p.77-84

⁸ Dunselman, G.A.J. ESHRE guideline: management of women with endometriosis / G.A.J. Dunselman, N. Vermeulen, C. Becker [et al.] // Human Reproduction, 2014. 29 (3), - p. 400–412

⁹ Ярмолинская М.И., Шалина М.А., Беганова А.К. [и др.] // Акушерство и Гинекология, –2022. №4, – с. 14-24

Endometrioz olan xəstələrin müasir müalicəvi yanaşması həm cərrahi metodun aparılmasını, gəm də hormonal modullaşdırıcı müalicənin aparılmasını nəzərdə tutur. Endometriozun cərrahi müalicəsində innovasion metodların işlənib hazırlanmasına baxmayaraq, ağır formalı xəstəliklərin sayı artmaqda davam edir və residivlərin tezliyi azalmır¹⁰.

Bu mövzuda aparılan ayrı-ayrı tədqiqatların sayı az olub, müalicənin nəticələrin ətraflı və ziddiyyətli qiymətləndirilməsinə gətirib çıxarır. Bununla əlaqədar olaraq, endometriozun formasından asılı olaraq, APK metodunun effektivliyinin və informativliyinin qiymətləndirilməsi məqsədəuyğun hesab edilir.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Tədqiqatın obyektı kombinə edilmiş cərrahi və hormonal terapiyadan istifadə etməklə ənənəvi müalicə üsullarını qəbul edən, həmçinin arqon plazma koaulyasiya ilə geniş diapazonlu radiodalğa cərrahiyyəsindən istifadə edən genital endometriozlu qadınlar olmuşdur. Müşahidə predmeti xarici və daxili endometriozlu qadınlar olmuşdur.

Tədqiqatın məqsədi: endometriozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, onun müasir və diaqnostikasına müasir yanaşmanın işlənib hazırlanması.

Tədqiqatın vəzifələri:

1.Xəstəliyin forma və ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, genital endometriozun rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsi.

2.Müasir şəraitdə genital endometriozun gedişat xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

3.Genital endometriozun markeri qismində CA125-in rolunun qiymətləndirilməsi.

4.Ümumi qəbul edilmiş kombinə edilmiş terapiyanın istifadə edilməsilə (dienogest ilə ənənəvi cərrahi müalicə yanaşması olaraq) genital endometriozun müalicəsinin effektivliyinin öyrənilməsi.

¹⁰ Ярмолинская М.И., Денисова А.С. Патогенетическое обоснование применения колекальциферола в комбинированной терапии наружного генитального эндометриоза / Ярмолинская М.И., Денисова А.С. // – Москва: Эффективная фармакотерапия, – 2022. – №18, – с. 24-29

5. Genişzolaqlı radiodalğalı cərrahiyyə və arqonplazma ablyasiyanın tətbiq edilməsilə genital endometriozun alternativ müalicə metodunun effektivliyinin öyrənilməsi.

6. Genital endometriozun müxtəlif müalicə metodlarının uzaq və yaxın nəticələrinin müqayisəli şəkildə qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın metodları. Для решения поставленных в диссертации задач в работе были использованы современные методы исследования. Комплексное обследование включало в себя общеклинические, инструментальные, лабораторные и специальные методы исследования.

Tədqiqatın elmi yeniliyi: Genital endometriozlu müxtəlif kateroqriyalara daxil olan qadınların müasir, informativ diaqnostika və müalicə metodlarının istifadə edilməsilə kompleks elmi-tədqiqat işi aparılmışdır. Genital endometriozun inkişafına səbəb olan faktorların aşkar edilmiş və konkretləşdirilmişdir.

Genital endometriozun inkişafına səbəb olan amillər müəyyən edilmiş və dəqiqləşdirilmişdir. Huskisson vizual-analoq şkalasından (VAŞ), MacLaverty C.M., Shaw R.W. metodlarından istifadə edərək, endometrioid prosesinin ağırlıq dərəcəsi, yayılması və forması nəzərə alınaraq, xəstəliyin klinik mənzərəsi sistemləşdirilmiş informativ qiymətləndirilmişdir. Genital endometriozun inkişafında CA125 antigeninin rolu aşkar edilmişdir. Göstərilmişdir ki, CA125 markerinin fəaliyyəti birbaşa olaraq, endometrioid zədələnmənin mərhələsindən, formasından və yayılmasından asılıdır. Müxtəlif terapiya üsulları fonunda genital endometriozun müalicəsinin nəticələrinin müqayisəli təhlili aparılmışdır. FOTEK EA 141M aparatı vasitəsilə genital endometriozun müalicəsində radiodalğa cərrahiyyəsi və arqonplazma koagulyasiya innovativ texnologiyası sınaqdan keçirilmiş və tətbiq edilmişdir. Onun yüksək effektivliyi, təhlükəsizliyi, ağrısızlığı müəyyən edilmişdir ki, bu da onun genital endometriozun müalicəsində geniş istifadəsinə böyük zərurət olduğunu göstərir. Tədqiqat zamanı əldə edilən məlumatlar nəzərə alınmaqla, genital endometriozlu xəstələrin aparılması üçün yeni alqoritm işlənib hazırlanmış və təklif edilmişdir.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti: Patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsindən və formasından asılı olaraq genital endometriozun baş vermə tezliyi göstərilir. Endometriod ocaqların dərinliyindən və yayılma sahəsindən asılı olaraq xəstəliyin gedişatının mərhələləri müəyyən edilmişdir. Endometriozun gedişatını proqnozlaşdırmağa və müalicə strategiyasını seçmək zərurətinə qərar verməyə imkan verən klinik, laborator-instrumental dəyişikliklər müəyyən edilmiş və dəqiqləşdirilmişdir.

Kiçik çanaq orqanlarında endometrioid prosesin müəyyən edilmiş təzahür formalarına əsaslanaraq, cərrahi müdaxilənin və sonrakı hormonal terapiyanın istifadəsinin effektivliyinə əsaslandırılır.

Yumurtalıq kistləri ilə birlikdə endometriozun ağır formasında, CA125 antigen səviyyəsinin artması aşkar edilmişdir ki, bu da həmin göstəricini xəstəliyin residivlərin inkişafının proqnozlaşdırılmasında və kompleks diaqnostikasında əlavə effektiv vasitə kimi qəbul etməyə imkan verir.

Arqon plazma koagulyasiya ağrısız, əlverişli, yüksək effektivliyə malik və perspektiv bir metoddur, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, genital endometriozun müalicəsində istifadə edilməsinə tələbatın olduğunu diktə edir. APK fizioloji-cərrahi üsul olub, qısa müddət ərzində çapıq yaratmadan endometrioid heterotopiyaların diaqnostikası, biopsiyası və təmassız arqonplazma ablasiyasının aparılmasına imkan verir. APK təhlükəsiz metod olaraq, gündəlik ambulator və stasionar praktikada geniş istifadə edilməsi mümkündür. Genital endometriozun müalicəsinin mövcud taktikası residivlərin, ağırlaşmaların və qeyri-qənaətbəxş nəticələrin faizini azaltmağa imkan vermişdir ki, bu da stasionarda çarpayı-gün göstəricisinin azalmasına imkan vermişdir

Dissertasiyanın müdafiyyə çıxarılan əsas müddəaları:

1. Qadınların reproduktiv yaşından asılı olaraq, ağır mamalıq və ginekoloji anamnez, müxtəlif ağırlıq dərəcəli genital endometriozun inkişafı üçün risk faktorlarının formalaşmasına kömək edir.

2.Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi və genital endometriozun inkişafı birbaşa olaraq, çanaqda bitişmələrin olması, onların dərinliyi, sahəsi, yayılması ilə birbaşa bağlıdır.

3.CA125 qlikoprotein antigeninin fəaliyyəti birbaşa endometrioid prosesinin mərhələsi, forması, yayılması və ağırlıq dərəcəsindən asılıdır ki, bu da onun diaqnostik informativliyini göstərir.

4.GE müalicəsində ümumi qəbul edilmiş hormonal terapiyanın və sonradan hormonal müalicənin aparılması əməliyyat klinik mənzərənin yüngülləşməsi, residivlərin tezliyinin azalması və qadınların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına səbəb olur.

5.Genişzolaqlı radiodalğa cərrahiyyəsi və arqon plazma koaqulyasiyası GE-nin müalicəsi üçün effektiv və təhlükəsiz metod olub, gündəlik praktikada istifadə etmək üçün məqsədəuyğundur.

6.“FOTEK EA 141M” aparatının xarakteri və rejimlərinin seçimi genital traktın endometrioid prosesinin gedişatının ağırlıq dərəcəsi, dərinliyi, sahəsi və yayılmasından asılıdır.

Tədqiqat işinin nəticələrinin tətbiqi. Alınan nəticələr Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun təcrübəsinə daxil edilir.

Tədqiqatın aprobeiası. Dissertasiyanın əsas müddəaları III Beynəlxalq Elmi-Praktik Konfransda (Ukrayna, 2018), “Mamalıq və Ginekologiyada İnnovativ Texnologiyalar” I Beynəlxalq Mamalıq və Ginekologiya Konqresində (Bakı, 2018) məruzə edilmişdir.

Tədqiqat işin ilkin müzakirəsi 08 iyun 2021-ci il tarixində Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda keçirilmişdir (protokol №8). Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində FD 2.11 (30 iyun 2022-ci il, protokol № 7) Dissertasiya Şurasının Elmi seminarında müzakirə edilmişdir.

Tədqiqatın yerinə yetirildiyi yer. Tədqiqat işi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda yerinə yetirilmişdir.

Nəşrlər. Dissertasiyanın mövzusu üzrə 8 elmi iş nəşr edilmişdir, onlardan 5-i məqalə (2-si xaricdə) və 3-ü tezis olmuşdur.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi. Dissertasiya 134 kompyuter səhifəsində (190.514 işarə) təqdim edilmişdir və girişdən (7səh., 8.868 işarə), ədəbiyyat icmal (21səh., 34.919 işarə), tədqiqatın material və metodları (13 səh., 17.915 işarə), tədqiqatın nəticələri (14 səh., 19.831. işarə) və onların müzakirəsi fəsilələrindən (10 səh., 13.970 işarə və 18 səh., 53.010 işarə), yekun (15 səh., 23,654 işarə), nəticələrdən (2 səh., 3.554 işarə), praktik tövsiyələrdən (2 səh. 1.793 işarə) və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. İş 20 şəkil və 26 cədvəllə əyaniləşdirilmişdir. 157 mənbədən ibarət ədəbiyyat siyahısında olan istinadların 7-si Azərbaycan dilində, 150-ı isə xarici dillərdədir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqat işi 2015-2021-ci illər ərzində Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun bazasında həyata keçirilmişdir. Tədqiqata qarşıya qoyulan məqsədə uyğun olaraq, genital endometriozlu reproduktiv yaşda olan 120 xəstə cəlb edilmişdir ki, bunlar təklif olunan terapiyadan asılı olaraq 2 əsas qrupa bölünmüşlər: I qrup – kombinə edilmiş cərrahi müalicə və dienogesten ilə ənənəvi müalicə alan genital endometriozlu 70 xəstə (retrospektiv tədqiqatlar); II qrup - arqonplazma koagulyasiya ilə genişzolaqlı radiodalğa cərrahiyyəsinin istifadə edilməsilə müalicə alan genital endometriozlu 50 xəstə (perspektiv tədqiqatlar). Nəzarət qrupu patologiyası olmayan 30 şərti sağlam qadınlardan ibarət olmuşdur. Retrospektiv və perspektiv tədqiqatlara xarici və daxili endometriozlu qadınlar daxil edilmişdir.

Qarşıya qoyulan vəzifələrin həll edilməsi üçün aşağıdakı metodlardan istifadə edilmişdir: klinik və anamnestik, hormonal (LH, FSH, prolaktin, progesteron, estradiol, LH / FSH nisbəti müəyyən edilmişdir) müayinələr; İFA metodu ilə qan zərdabında CA 125 antigeninin həddi təyin edilmişdir, instrumental və xüsusi müayinə metodları aparılmışdır. Klinik tədqiqatlara aşağıdakılar daxildir: xəstələrin mamalıq-ginekoloji anamnez xüsusiyyətlərinin toplanması və öyrənilməsi, standart ginekoloji müayinə və retrovaginal müayinə; funksional sistemlər üzrə sağlamlıq vəziyyətinin qiymətləndirilməsi. Ağrı sindromunun dərəcəsini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı şkalalardan istifadə edilmişdir:

ağrı simptomlarının kəmiyyət qiymətləndirilməsi üçün IMMPACT (1998) tərəfindən tövsiyə edilən vizual analoq şkalası (VAŞ); MacLavery S.M., Shaw R.W. (1995), pelvik ağrının səbəbini müəyyən etmək (təbiəti, baş vermə tezliyi); V şkalası, V. Kuzmenko tərəfindən modifikasiya olunmuş McGill Pain Questionnaire (MPQ) (1986) istifadə edilmişdir; çanaq orqanlarının bitişmə prosesinin ağırlıq dərəcəsini müəyyən etmək üçün Hulka J.F., Reicli H. (1998) təsnifatı tətbiq edilmişdir.

Endometriozun yayılma mərhələləri aşağıdakı təsnifatlara uyğun olaraq qiymətləndirilmişdir: r-AFS (1996) təsnifatını və klinik simptomların ağırlıq dərəcəsini birləşdirən American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL); Genital endometriozun lokalizasiyası, inkişaf mərhələləri və yayılma dərinliyini əks etdirən ENZIAN (2012, 2019-cu ildə yenidən işlənmişdir) ((According to the Endometriosis Research Foundation, SEF). Fərdi kartlar hazırlanmışdır. Instrumental müayinə metodlarına daxildir: kolposkopiya (göstərişlər üzrə); çanaq orqanlarının transvaginal və transabdominal ultrasəs müayinəsi (5; 7 MHz tezlikli elektron ötürücüləri olan "LOGIK 500GE" və "ME DISONSA-8000" Koreya cihazı; aybaşı dövrünün 6-7-ci günündə); uroqrafiya (göstərişlər üzrə); kiçik çanaq orqanların rentgen müayinəsi (RH); histerosalpingoqrafiya (göstərişlər üzrə); histeroskopiya (uşaqlığın və uşaqlıq borularının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi). Dar ixtisaslar üzrə mütəxəssislər ilə konsultasiya aparılmışdır: göstərişlər üzrə endokrinoloq, terapevt, qastroenteroloq. Tərəfimizdən həmçinin endometrioid xəstəliyin genital formasının diaqnostikasında laparoskopiyadan istifadə edilmişdir.

1-ci qrup xəstələrdə endometriozun müalicəsi üçün cərrahi müdaxilənin ilə kombinə edilmiş sonrakı hormonal terapiyadan ibarət standart müalicədən istifadə etdik. Xüsusilə hormonal terapiya qismində dienogestdən istifadə etdik. Dienogest 6 ay ərzində gündəlik 2 mq gündəlik dozada ümumi qəbul edilmiş sxemə uyğun olaraq təyin edilmişdir. Tədqiqatda 2-ci qrup xəstələrin müalicəsi üçün FOTEK EA 141M (FOTEK MMC, Rusiya istehsalı) aparatından istifadə etməklə genişzolaqlı dalğa cərrahiyyəsi və

arqon plazma koaqulyasiyasının innovativ texnologiyasını tətbiq etdik.

Alınan bütün göstəricilər kovariasiya metodu, Student t-testi, Fisher χ^2 meyarından və statistik tədqiqat metodlarından istifadə etməklə işlənmişdir. Statistik təhlil üçün biometrik metoddan istifadə edilmişdir ("STATISTICA-10" proqram paketi, qrafiklər "ORIGIN-6.1" istifadə edərək qurulmuşdur).

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Xəstələrin klinik-laborator və diaqnostik müayinələri zamanı genital endometriozun aşağıdakı formaları aşkar edilmişdir: 51 (42,5%) halda peritoneal endometrioz aşkar edilmişdir; ekstraperitoneal endometrioz - 38(31,7%); uşaqlıq cisminin endometriozu - 19(15,8%); retroservikal endometrioz müvafiq olaraq 12(10%) halda qeydə alınmışdır. Müayinə olunan xəstələrdə endometriozun lokalizasiyasının müxtəlif formalarını nəzərə alaraq qeyd etmək lazımdır ki, yumurtalıqların endometriozu 21 halda qeydə alınmış, 17,5% təşkil etmişdir; endometrioz yumurtalıq kistləri - 25 (20,8%); uşaqlıq borularının endometriozu - 5 (4,2%); 17 (14,2%) halda uşaqlıq yolu və vulvanın endometriozu qeydə alınıb; uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin endometriozu 15 (12,5%) halda aşkar edilmişdir. ENZIAN təsnifatına əsasən, endometrioid heteropatiyaların sahəsi və dərinliyinin parametrləri qiymətləndirilmişdir. Xüsusilə, I mərhələ (1-5 bal) 42 (35%) halda; II mərhələ (6-15 bal) 47 (39,2%) halda; III mərhələ (16-40 bal) 29 (24,2%) halda; IV mərhələ (40 baldan çox), müvafiq olaraq 2 (1,6%) halda aşkar edilmişdir.

Ekstragenital xəstəliklərdən 31 (25,8%) halda endokrin xəstəliklər müəyyən edilmişdir: 13 (10,8%) xəstədə şəkərli diabet, 18 (15%) xəstədə qalxanabənzər vəzi xəstəlikləri (hipotireoz, zob). İkinci yerdə 21 (17,5%) halda sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri, müvafiq olaraq 11 (9,2%) xəstədə pielonefrit və sistit 10 (8,3%) xəstədə qeydə alınmışdır. Mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri arasında qastrit 12 (10%) xəstədə; xolesistit 6 (5%); anemiya,

əsasən dəmir çatışmazlığı 23 (19,2%); arterial hipertoniya 16(13,3%), hipotenziya 11 (9,2%) xəstədə müəyyən edilmişdir.

Anamnestik göstəricilərin təhlilindən məlum olmuşdur ki, menarxe-in orta yaşı həddi $12,6 \pm 1,6$ yaş olmuşdur; 50 (41,6%) xəstədə aybaşı dövrünün siklinin pozulması müşahidə edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, əksər xəstələrdə menarxe müxtəlif intensivlikli və sabitlikli ağrılarla müşayiət edilmişdir ki, bu da analgetik preparatların qəbul edilməsini tələb etmişdir.

GE olan xəstələrdə aparıcı klinik simptomlar arasında aşağıdakılar müəyyən edilmişdir: 115 (95,8%) halda müəyyən edilən ağrı sindromu; aybaşı disfunksiyası hər iki qadından birində müşahidə edilmişdir ki, bu da ümumilikdə müvafiq olaraq 50 (41,6%) hal təşkil etmişdir. VAŞ və MacLavery şkalasına görə GE olan xəstələrdə ağrının intensivliyi qiymətləndirilmiş, S.M., Shaw R.W. üzrə ağrının kəskinlik dərəcəsinin təyin edilməsi mümkün olmuşdur. Belə ki, 54 xəstədə yüngül dərəcəli (1-3 bal) ağrı qeydə alınmışdır ki, bu da 45% təşkil etmişdir; orta dərəcəli ağrı (orta dərəcə 4-7 bal) – 56 (46,7%); dözülməz ağrı (ağır dərəcə 8-10 bal) - müvafiq olaraq 10 (8,3%) qadında aşkar edilmişdir. Orta hesabla həmin şkala üzrə ağrının intensivliyi 7 sm olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, yumurtalıqların endometriozunda ağrının intensivliyi GE-nin digər formaları ilə müqayisədə orta hesabla 1,5-1,7 sm yüksək olmuşdur. Buna görə də ağrı sindromunun intensivliyi birbaşa olaraq endometrioid prosesin likalizasiyasından asılıdır.

Dispareuniya demək olar ki, hər 4-cü xəstədə baş vermiş və 25 (20,8%) halda qeydə alınmışdır. Hiperpolimenoreya 36 (30%) halda aşkar edilmişdir, 20 (16,7%) halda aybaşı sikli ilə əlaqəli olmayan xroniki çanaq ağrıları müşahidə edilmişdir. 14 (11,6%) halda aybaşından əvvəl və sonra qanlı ifrazatlar müşahidə edilmişdir. GE olan əksər xəstələrdə, yəni 82 (68,3%) xəstədə ginekoloji müayinə zamanı uşaqlıq normal ölçüdə olmuşdur. Uşaqlıq artımları nahiyəsində şiş törəmələri 34 (66,6%) halda; endometrioid kistlər (birtərəfli) 21 (41,2%) halda; ikitərəfli kistlər isə 13 (25,4%) halda aşkar edilmişdir ki, bu da ultrasəs müayinə ilə öz təsdiqini tapmışdır.

Ultrasəs müayinənin göstəricilərinə əsasən, endometrium və miometriumda struktur dəyişiklikləri endometriozlu xəstələrdə aşkar edilmiş, retroservikal toxumada eynicinsli olmayan exostruktur dəyişiklikləri vizuallaşdırılmışdır. Birincili sonsuzluq St (I) 27 (22,5%) halda; ikincili sonsuzluq St (II) müvafiq olaraq 10 (8,3%) halda qeydə alınmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, sonsuzluq əsasən yumurtalıqların, uşaqlıq borularının və qarın boşluğu çanağında endometriozlar zamanı rast gəlinmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, sonsuzluq diaqnozundan sonra 3-4 il ərzində GE diaqnoz qoyulmuşdur. Xüsusilə, qeyd edilməlidir ki, xəstələrin 32%-i 2 il ərzində həkimə müraciət etməmişdir, çünki aybaşı dövrünün ağrılı gedişi hər hansı bir xəstəliyin olması ilə əlaqələndirilməmişdir.

Ginekoloji müayinələr zamanı 38 (31,6%) halda uşaqlığın həcmnin artması; 27 (22,5%) halda uşalıq artımları nahiyəsində şişəbənzər birtərəfli, 20 (16,6%) halda ikitərəfli törəmələr aşkar edilmişdir. Bu törəmələr sıx elastik konsistensiyalı, hamar səthli, məhdud hərəkətli və palpasiya zamanı ağrılı olmuşdur. Endometrioid kistlər: 21 (41,2%) halda birtərəfli; 13 (25,4%) halda ikitərəfli olmuşdur. 58 (48,3%) halda oma-uşaqlıq bağlarının sıxılması və gərginliyi, 44 (36,6%) halda arxa tağda ağrı müəyyən edilmişdir. USM-dən məlum olmuşdur: düzgün dəqiq olmayan konturlu, qalın divarlı sayə kapsula ilə aneoxen mayeli uşaqlıq törəmələri; törəmənin diametri dəyişkən olmuşdur.

Beləliklə, GE-nin klinik təzahürlərilə yanaşı diaqnostik və anamnestik göstəricilərin ətraflı qiymətləndirilməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir, çünki bu halda xəstəliyin gedişatının ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək mümkündür. Klinik və diaqnostik tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, GE residivləşən xəstəlik olub, xroniki gedişat ilə xarakterizə olunur.

Qarşıya qoyulmuş vəzifələrə uyğun olaraq biz müalicədən əvvəl və sonra GE olan xəstələrin, eləcə də nəzarət qrupunda praktik sağlam qadınların qan zərdabında CA125 antigeninin diaqnostik informativliyini qiymətləndirdik. Məlumdur ki, CA125 bir çox onkogen xəstəliklərin aşkar edilməsi üçün istifadə edilən qlikoprotein antigenidir. Qeyd etmək lazımdır ki, CA 125 normal

olaraq epitel hüceyrələri tərəfindən produksiya olunur, endometriumdə, uşaqlıq boruları və uşaqlıq boynunun normal epitelində mövcud olub, çox miqdarda karbohidrata malikdir. Əldə edilən nəticələrin statistik təhlili GE olan xəstələrdə qan plazmasında CA125 markerinin səviyyəsində kənaaraçıxmaların olduğunu göstərmişdir. Belə ki, müalicədən əvvəl CA 125-in səviyyəsi $40,3 \pm 0,67$ BV/ml intervalında dəyişdiyi halda, müalicədən sonra bu markerin səviyyəsi $20,46 \pm 0,29$ BV/ml, nəzarət qrupu ilə müqayisədə müvafiq olaraq $20,86 \pm 0,39$ BV/ml olmuşdur. Beləliklə, Ca125 qlikoprotein markerini GE-in prediktoru kimi qəbul etmək olar, onun aktivlik dərəcəsi endometrioid prosesinin mərhələsindən, formasından və yayılmasından asılı olur (Cədvəl).

Cədvəl. Aparılan kombinəedilmiş müalicə metodu fonunda genital endometrioz olan xəstələrdə CA-125 makrerinin səviyyəsinin qiymətləndirilməsi

marker	Əsas qrup		Nəzarət qrupu	P
	Müalicədə n əvvəl	Müalicədən sonra		
Qanda CA125-in səviyyəsi (V/ml)	$40,3 \pm 0,67$	$22,56 \pm 0,29$	$20,86 \pm 0,39$	1-2<0,01 1-3<0,01 2-3>0,05

Tədqiqatlarımızdan məlum olmuşdur ki, endometrioid proses nə qədər ağır olarsa, xüsusilə endometrioz yumurtalıq kistləri, adenomioz və xoşxassəli şişlərlə yanaşı olarsa, CA 125 səviyyəsi bir o qədər yüksək olur.

Tədqiqatımızın qarşısında duran vəzifələrdən biri genital endometriozlu xəstələrdə hormonal fonu öyrənmək olmuşdur. Bu vəzifənin yerinə yetirilməsi üçün müayinə olunan qadınların qanında aşağıdakı hormonların səviyyəsini öyrəndik: LH, FSH, hormonların LH/FSH səviyyələrinin nisbəti, prolaktin, estradiol və progesteron. Qadınların bu kontingentində GE zamanı hormonal fon

tədqiq edildikdə, 100% halda LH səviyyəsi, LH/FSH nisbəti, estradiol səviyyəsində artım, prolaktin, progesteron səviyyələrində azalma müəyyən edilmişdir.

Xüsusilə müalicədən əvvəl LH səviyyəsi $7,83 \pm 0,04$ mBV/ml intervalında dəyişmiş, FSH hormonunun səviyyəsində $5,90 \pm 0,08$ mBV/ml daxilində azalma qeyd edilmiş, LH/FSH hormonlarının nisbətinin səviyyəsi yüksəlmiş, $1,24 \pm 0,01$ intervalında qeyd alınmışdır. Prolaktində isə azalma qeyd edilmişdir: müalicədən əvvəl 210.0 ± 1.52 mBV/ml, progesteronun səviyyəsi nəzərçarpan dərəcədə azalaraq, müalicədən əvvəl səviyyəsi 8.71 ± 0.13 nmol/ml olmuşdur. Bununla yanaşı, müalicədən əvvəl estradiol hormonunda artım aşkar edilmiş və orta hesabla $269,0 \pm 1,22$ pq/mq təşkil etmişdir.

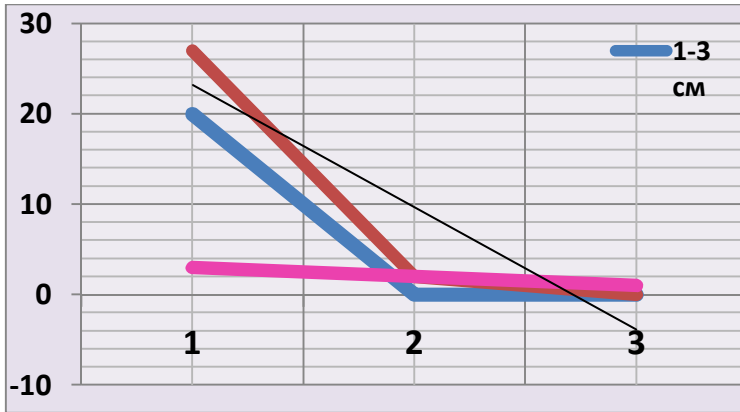
Beləliklə, GE olan xəstələrin hormonal fonunun parametrlərinin dəyişməsi bir daha hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində pozuntunun olduğunu göstərir. Müvafiq olaraq, hormonal sistemdəki pozuntular onların ifrazının artma və ya azalma istiqamətində balansının pozulması ilə özünün ifadə etmişdir, bu da hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sisteminin bütün halqalarında funksional aktivliyin başlanmasına səbəb olaraq, son nəticədə qadınların reproduktiv funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarmışdır.

Əldə edilən nəticələr, geri dönməz fəsadların inkişafının və residivlərin baş verməsinin, əlilliyin və qadınların həyat keyfiyyətinin pisləşməsinin qarşısının alınması üçün effektiv taktikanın seçilməsində daha effektiv müalicə metodları ilə bağlı məsələlərdə innovativ həllərin tapılması zərurətini diktə edir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu gün GE-nin müalicəsi üçün effektiv taktikaların seçilməsi geniş müzakirə mövzusu olmaqda davam edir, çünki bu sahədə tam uğur əldə etmək çətinidir. Güman ki, çətinliklər, ilk növbədə, GE-nin uzunmüddətli, xroniki, şiddətlənən gedişatı, xəstələrin tibbi yardım üçün gec müraciət və s. kimi məsələlər ilə bağlıdır.

Müvafiq olaraq, GE-in müəyyən müalicə taktikasının seçilməsi aktual məsələ olub, elmi-praktik maraq doğurur. Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq, endometriozun müalicəsi üçün biz

kombinə edilmiş müalicənin 2 sxemindən istifadə etmişik: 1) retrospektiv tədqiqatı təşkil edən ənənəvi cərrahi müdaxilə və sonrakı hormonal terapiya; 2) FOTEK EA 141M aparatından istifadə edərək arqon plazma koagulyasiya (ablyasiya) və daha sonra hormonal terapiyanın tətbiq edilməsi. Bu müalicə sxemi perspektiv tədqiqatlara daxil edilən GE olan qadınlara tətbiq edilmişdir. Hormonal terapiya zamanı Dienogest (Visanna) istifadə edilmişdir. Dərman 6 ay ərzində gündəlik 2 mq (gündəlik doza) sxeminə uyğun olaraq təyin edilmişdir. Kombinə edilmiş müalicənin hər iki sxemi tətbiq edilərkən endometrioid heteropatiyaların lokalizasiyası, bitişmələrin olub-olmaması və patoloji ocaqların yayılma dərəcəsi nəzərə alınmışdır.

Beləliklə, GE olan 70 xəstə retrospektiv tədqiqata daxil edilmişdir. Aşağıdakı cərrahi müdaxilələr aparılmışdır: 27 (38,6%) halda laparoskopiya; 23 (32,8%) halda histeroskopiya; uşaqlıq yolundan giriş - müvafiq olaraq 11 (15,7%) halda, laparotomiya - 9 (12,9%) halda. Aparılan müalicənin gedişatında xroniki çanaq ağrı sindromunun şiddətinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması, dismenoreya, disporeniya, hiperpolimenoreya, ləkələnmənin aradan qaldırılması qeyd edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, müalicə zamanı VAŞ və MacLavery C.M., Shaw R.W üzrə ağrı simptomlarının ağırlıq dərəcəsinin azalmasında müsbət dinamika müşahidə edilmişdir. Bir aydan sonra birinci müalicə sxeminə uyğun olaraq, klinik simptomların başvermə tezliyi nəzərəçarpan dərəcədə azalmışdır. VAŞ və MacLavery C.M., Shaw R.W şkalaları üzrə ağrı sindromunun intensivliyi müqayisəli qiymətləndirildikdə, xəstələrin bu kontingentində 1 3; 6 ay intervalı ilə klinik simptomların tam aradan qaldırılması müəyyən edilmişdir (Şək.).



Şək. Ballıq şkaladan asılı olaraq vizual-analoq şkalasının ağrı sindromunun intensivliyinin xarakteristikasının diaqramı

Beləliklə, GE-nin kombinəedilmiş müalicə üsulu (cərrahiyyə + hormonal terapiya) qadınların ümumi vəziyyətinin yaxşılaşmasına, klinik mənzərənin reqressiyasına səbəb olaraq, həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına gətirib çıxarmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, residivlərin tezliyində azalma və uzunmüddətli remissiyanın inkişafı müşahidə edilmişdir. Şübhəsiz ki, GE-nin müalicəsi üçün yeni həll yollarının axtarışı bir çox alimlərin diqqətini cəlb edir. GE-nin müalicəsinin ümumi qəbul edilmiş üsullarına baxmayaraq, bu məsələ bütün dünyada aktual olaraq qalır, güman ki, nəzərdən keçirdiyimiz problem bu xəstəliyin gedişatının xüsusiyyətləri ilə bağlıdır.

Yeni müalicə metodu axtarışında biz FOTEK EA 141M aparatından istifadə etməklə genişzolaqlı dalğa cərrahiyyəsi və arqon plazma koagulyasiyası texnologiyasını təklif və tətbiq etdik. Metodun mahiyyəti inert qaz olan arqonunun toxumaya təmatsız şəkildə təsirindən ibarətdir. Bu üsul məruz qalma dərinliyinə nəzarət edərək, təsirlənmiş ərazidə yerli olaraq hərəkət etməyə, əsas toxumalara zərər vermədən endometriotik heteropatiyaların koagulyasiyasını həyata keçirməyə imkan verir.

Bununla əlaqədar tədqiqatda Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda müalicə olunan GE olan 50 xəstə iştirak

etmişdir. Bütün xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: 1) A qrupu - I qrup n=17 təşkil etdi (I mərhələ); 2) B qrupu - II qrup, n=20 (II mərhələ); C qrupu – III qrup, n=13 (III mərhələ). Arqon plazma koagulyasiyasından istifadə edildikdən sonra 6 ay müddətində dienogest (vizanna) təyin edilmişdir. II fəsilə qeyd edildiyi kimi göstərilən cihazın müxtəlif iş rejimlərindən istifadə etmişik. Xüsusilə, müəyyən edilmiş 50-70 Vt gücündə "qarışq" rejimdə endometrioid ocaqların kəsilməsini aparmışq.

Əsasən kapilyar qanaxmaları olduqda yara səthinin hemostazı müəyyən edilmiş 50-70 Vt gücündə "filgur" rejimində aparılmış, 0,5 sm məsafədə arqonplazmanın təsiri 3-5 dəqiqə davam etmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, arqonplazma məşəli ilə belə təsir göstərildikdə toxumaya 3 mm-dən çox olmayan dərinlikdə koaulyasiya aparmağa imkan verir. Xəstələrin endometrioid prosesinin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, müvafiq qruplara bölünməsinə uyğun olaraq, yüngül dərəcəli GE zamanı biz aşağıdakı taktikalrı həyata keçirdik: endometrioid heteropatiyaların koaulyasiyası üçün müəyyən edilmiş 37-42 Vt güclü "sprey" rejimindən istifadə edilmişdir, 2-4 saniyə intervalında 0,1-1 mm dərinlikdə toxumaya təsir göstərilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu APK taktikasından istifadə edərək müsbət təsir əldə etmişdik ki, bu da yuxarıdakı taktikanı yüngül dərəcəli GE-in müalicəsi üçün tövsiyə etməyə imkan verir. Orta-ağır dərəcəli GE-nin müalicəsi üçün biz "sprey" rejimindən də istifadə etdik ki, bu da müəyyən 3-5 saniyə vaxt intervalında 42-50 Vt güclü arqon məşəlinin təsiri ilə 1-2 mm dərinlikdə yerləşən endometriotik ocaqları ablyasiya etməyə imkan verir. GE-nin ağır formasında, "filgur" rejimi tövsiyə edilir ki, bu rejimdə 2,5-3,0 mm-dən çox olmayan məsafədə 4-7 saniyə vaxt intervalında 57-64 Vt gücdə toxumaya təsir göstərilir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu taktika endometrioid yumurtalıq kistlərinin koaulyasiyası üçün ən təsirli metoddur. Həmçinin qeyd etmək lazımdır ki, "sprey" rejimində verilmiş 45-50 Vt gücündə 3-6 saniyə vaxt intervalında arqon məşəli ilə təsir göstərildikdə, uşaqlıq-büzdüm tağlarında, uşaqlıq borularında, qarın boşluğu kiçik

çanaqda 2,5-3,5 mm-dən çox olmayan dərinlikdə yerləşən endometrioid heteropatiyaların ablyasiyası aparılmışdır.

Beləliklə, GE-nin yüngül formasında müalicədən sonra heç bir halda şikayətlər və ağrılaşmalar qeydə alınmamışdır. 1 aydan sonra orta-ağır formalı GE zamanı 4% təşkil edən 2 halda bir ağrı sindromu müşahidə edilmişdir ki, bu da müalicədən sonra 6 ay ərzində dienogest (vizanna) istifadəsinin davam etdirilməsini tələb etmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, ağır dərəcəli GE olan xəstələrdə müalicədən sonra 1 ay ərzində heç bir halda ağrı sindromu 2 (4%) halda müşahidə edilmişdir, 6-cı ayın sonunda bir nəfərdə endometriozun retroservikal forması müəyyən edilmişdir.

Beləliklə, müalicə fonunda ultrasəs mənzərənin yaxşılaşması qeyd edilmişdir, xüsusilə: uşaqlıq cisminin exo-strukturunu yaxşılaşmış, ölçüsü azalmış və miometriyumun vəziyyəti yaxşılaşmışdır. Həmçinin, aparılan müalicə fonunda, ultrasəs müayinə ilə təsdiqlənərək, yumurtalıqlardan endometriozun gedişatının klinik mənzərəsinin müsbət dinamikası qeyd edilmişdir. Müalicədən sonra 3 il ərzində aparılan katamnsetik tədqiqatlarda GE olan xəstələrin klinik vəziyyətində yaxşılaşma olduğu müəyyən edilmişdir, xüsusən də müəyyən edilmiş müddət ərzində klinik təzahürlərin, şikayətlərin, residivlərin, ağrılaşmaların və endometrioid prosesin şiddətlənməsi müşahidə edilməmişdir.

Beləliklə, I qrup qadınlarda genital endometriozun müalicə üsullarının müqayisəli xarakteristikaları (n=70) retrospektiv tədqiqatlar (kombinə edilmiş metod: cərrahi müdaxilə + medikamentoz müalicə) müsbət və mənfi cəhətləri aşkar edilmişdir. Xüsusilə: 1) narkotik vasitələrin istifadəsi; 2) genital endometriozun cərrahi müalicəsini istifadə edərkən, endometrioid ocaqları tam olaraq çıxarmaq mümkün olmur, buna görə də endometriyumun zədələnmiş ektopik hüceyrələri residivlərə səbəb olur və bu xəstəliyin təkrar epizodunun meydana gəlməsinə səbəb ola bilər; 3) endometrioid heteropatiyaların daha dərin yerləşməsi, digər orqan və sistemlərin patoloji prosesə cəlb edilməsi (ektopik hüceyrələrin persistensiya qabiliyyətinə təsir sahəsinin geniş olmasını nəzərə alaraq) optimal cərrahi girişin aparılması mümkün olmur (texniki çətinliklər); 4) perforasiya riski istisna edilmir; 5) tikış materialının

keyfiyyəti; 6) kobud çapıqların formalaşması istisna edilmir; 7) ağırlaşmaların inkişaf riski istisna edilmir (bəzi hallarda laparotomiya); 8) qanaxmaların inkişaf riski; 9) hematomaların yaranması riski; 10) mikrob kontamisiyasının inkişaf riski (yara eksudatının yığılması nəticəsində); 11) həm asepsiya, həm də aseptika, həm də aintseptika qaydalarının pozulması; 12) xəstəxanada qalma müddətinin uzun olması; 13) yalnız stasionar şəraitdə aparılması. Bütün bu praktik məqamlar cərrahi metodun istifadəsinin mənfi tərəflərinə aid edilə bilər.

Müsbət tərəfi ondan ibarət olmuşdur ki, bizim tətbiq etdiyimiz kombinə edilmiş müalicə üsulu, yəni cərrahi müalicə ilə kombinə edilmiş medikamentoz müalicə (xüsusən də progestin - dienogest preparatının istifadəsi) istifadə etmişik. Bu da aşağıdakılardan ibarət olmuşdur: 1) bu xəstəliyin klinik mənzərəsində müsbət dinamikaya nail olunması; 2) hormonal fonun bərpa olunması; 3) xəstəliyin təkrarlanma və inkişaf riskinin azaldılması; 4) qadınlarda fertilliyin bərpa edilməsi; 5) orqanqoruyucu taktika ilə əlaqədar olan fəsadlar riskinin azaldılması. Prospektiv tədqiqatın nəticələrinin təhlili (II qrup, n=50; arqonplazma koaqulyasiya ilə kombinə edilmiş dienogest) bu müalicə rejiminin müsbət effektivliyini birmənalı şəkildə göstərmişdir. Bu effektivlik aşağıdakılardan ibarət olmuşdur: 1) qansız cərrahi sahə; 2) sürətlə icra edilməsi; 3) ağrı hissənin olmaması və ya minimal olması; 4) elektrodun toxuma ilə təması olmaması; 5) toxumaların yanmaması; 6) metod icra edildikdə tüstünün olmaması; 7) arqon dalğasının sterilizasiya effektivinə görə mikrob kontaminasiyasının olmaması; 8) kobud çapığın formalaşmaması; 9) bu texnikanın ambulator şəraitdə aparılması imkanının olması; 10) koaqulyasiya dərinliyinə nəzarətin aparılması; 11) perforasiya riskinin olmaması; 12) əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların olmaması; 13) kapilyar qanaxmalarının keyfiyyətli və sürətli hemostazı; 14) iri miqyaslı qanaxmanın olmaması; 15) xəstəxanada qalma müddətinin minimum müddəti.

Beləliklə, endometrioz birmənalı olaraq reproduktiv sistemdə həm funksional, həm də struktur dəyişikliklərə səbəb olan, qadının tək cə psixoloji-emosional vəziyyətinə və əmək qabiliyyətinə deyil,

həm də həyat keyfiyyətinə, depressiv vəziyyətlərin inkişafına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərən geniş yayılmış xəstəlikdir.

NƏTİCƏLƏR

1. Ocaqların formasından və lokalizasiyasından asılı olaraq genital endometriozun baş vermə tezliyi belə olmuşdur: peritoneal endometrioz - 42,5%, ekstraperitoneal endometrioz - 31,7%, uşaqlıq cisminin endometriozu - 15,8%, retroservikal endometrioz - 10% halda; endometrioid heterotopiyaların ağırlıq dərəcəsindən, dərinliyindən və yayılma sahəsindən asılı olaraq: 35% halda xəstəliyin I dərəcəsi, 39,2% halda II dərəcə, 24,2% halda III dərəcə və 1,6% halda IV dərəcə patologiya müşahidə edilmişdir [4].

2. Müasir şəraitdə genital endometriozun klinikası 95,8% halda müxtəlif dərəcəli ağrı sindromu, 58,3% halda dismenoreya, 41,6% halda menstrual disfunksiya, 30,8% halda estradiol səviyyəsinin və LF/ FSH nisbətinin dürüst artması, progesteron (demək olar ki, 4 dəfə) konsentrasiyasının və prolaktininin səviyyəsinin (təqribən 2 dəfə) nəzərəçarpan dərəcədə azalması ilə ifadə olunan hormonal disbalans fonunda sonsuzluqdan (həm birincili, həm də ikincili) ibarət olmuşdur, bu da həmin xəstəliyin hormonal asılılığını göstərir [1].

3. CA125 aktivliyinin dərəcəsi birbaşa endometrial ocaqların mərhələsindən, formasından və dərəcəsindən asılıdır. CA125 səviyyəsinin $45,14 \pm 0,58$ BV/ml diapazonunda artması, çox vaxt yumurtalıq kistləri ilə əlaqəli olan ağır endometriozun prediktoru kimi qəbul edilə bilər. CA-125 səviyyəsi həm genital endometriozun ağırlıq dərəcəsinin kompleks diaqnostikasında, həm də müalicənin effektivliyinin və gələcəkdə xəstəliyin residivinin inkişaf ehtimalının monitorinqi üçün əlavə effektiv vasitədir [3].

4. Kombinə edilmiş müalicə metodu (standart cərrahi müdaxilə ilə yanaşı, dienogest ilə sonrakı hormonal terapiya) xəstələrin 45,7%-də çanaq orqanlarında anatomik dəyişikliklərin bərpaasına və praktiki bərpaasına, qadınların 50%-də ümumi vəziyyətin əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmasına, ağrı, dismenoreya və aybaşı funksiyasının bərpa edilməsi funksiyası halların böyük

əksəriyyətində - 95,7%, hormonal profilin normallaşdırılması - estradiol, LH səviyyəsində statistik dürüst azalma və LH / FSH nisbətində dürüst azalma fonunda progesteron və prolaktin səviyyəsində artım, eləcə də CA-125 markerində, demək olar ki, 2 dəfə statistik dürüst azalma [3].

5. Arqon plazma koagulyasiyasından istifadə edərək genital endometriozun müalicəsi xəstələrin 68%-də çanaq orqanlarında anatomik dəyişikliklərin bərpasına və praktik sağlamaya, ümumi vəziyyətin nəzərəçarpan dərəcədə yaxşılaşmasına - qadınların 28%-də, ağrıların aradan qaldırılmasına - 98%-də kömək etmişdir, bütün xəstələrdə menstrual funksiyanın bərpası, həmçinin hormonal statusun və CA-125 səviyyəsinin sağlam qadınların səviyyəsində normallaşmasına imkan vermişdir [5].

6. Arqon plazma koagulyasiyası genital endometriozun ənənəvi terapiyası ilə müqayisədə həm yaxın nəticələr baxımından (əməliyyat zamanı qan itkisinin 1,6 dəfə azalması, cərrahi müdaxilə müddətinin 2 dəfə azalması, erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağrı sindromunun təqribən 2 dəfə azalması, əməliyyatdan sonra analgetiklərin qəbulu müddətinin 1,8 dəfə azalması, xəstələrin stasionarda qalma müddətinin 2,7 dəfə azalması), həm də əməliyyatdan sonrakı uzaq nəticələr baxımından (hamiləliyin baş vermə tezliyinin 1,7 dəfə artması və bütün qadınlarda residivlərin baş verməməsi) bir sıra üstünlüklərə malikdir, bu da təklif edilən metodun yüksək effektivliyini və onun genital endometriozun müalicəsində tətbiq edilməsi zərurətini göstərir [8].

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Genital endometrioz və yumurtalıq kistaları zamanı patologiyanın ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi və müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi məqsədilə qadınların periferik qanında CA125 qlikoprotein antigeninin səviyyəsini müəyyən etmək tövsiyə olunur.

2. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə və ya APK prosedurundan sonra bütün xəstələrə 6 ay ərzində gündəlik 2 mq dozada

progestogen dienogest (vizanna) istifadə edərək hormon terapiyası kursu keçmək tövsiyə olunur.

3. FOTEK EA 141M cihazından istifadə edərək arqonplazma koagulyasiya texnologiyası kobud çapıqlar, mənfi reaksiyalar və ya ağırlaşmalar əmələ gəlmədən, plazma vasitəsilə yüksək tezlikli cərəyanın endometrioid heterotopiyalara təmassız təsirinə əsaslanan yüksək effektiv, təhlükəsiz üsuldur.

4. Genital endometriozun müalicəsi üçün aşağıdakı sxemlər üzrə FOTEK EA 141M cihazından istifadə etməklə APK-nin aşağıdakı sxemi təklif olunur: müəyyən 50-70 Vt gücündə "qarışıq" rejimdə endometriod ocaqların kəsilməsi; müəyyən 50-79 Vt gücündə 3-5 dəqiqə ərzində 0,5 sm məsafədən 3 mm-dən çox olmayan dərinlikdə yara səthinin hemostazı (kapilyar qanaxma).

5. GE-in yüngül formasında endometriod heteropatiyaların koagulyasiyası üçün müəyyən 37-42 Vt gücündə 2-4 saniyə vaxt intervalında 0,1-1 sm dərinliyə "sprey" rejimində tövsiyə edilir.

6. 1-2 mm dərinliyində yerləşən GE-in orta-yüngül dərəcəsinin müalicəsi üçün endometriod ocaqların ablyasiyasında 42-50 Vt gücündə 3-5 saniyə vaxt intervalı ilə arqan məşəlin təsiri ilə "sprey" rejimi tövsiyə edilir,

7. GE-in ağır formalarında müəyyən 57-64 Vt gücündə 4-7 saniyə vaxt intervalında 2,5-3,0 mm məsafədən çox olmayaraq "filqur" rejimi tövsiyə edilir.

DISSERTASIYASI MÖVZUSU ÜZRƏ NƏŞR EDİLƏN İŞLƏRİN SİYAHISI

1. Бадалова, А.А. Роль эндометриоза в нарушении репродуктивной функции женщин (обзор литературы). // – Bakı: Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, – 2018. № 4, – s. 18-24
2. Бадалова, А.А. Инновационные методы лечения генитального эндометриоза. Перспективы // –Bakı: Sağlamlıq, - 2020. № 4, - s. 42- 49
3. Бадалова, А.А., Курбанова Д.Ф. Гормональный профиль и гликопротеиновый маркер СА 125 при генитальном эндометриозе // – Bakı: Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri. – 2020. № 4, – s. 55-62
4. Badalova, A.A. Clinical and diagnostic aspects of genital endometriosis in women of reproductive age // – Украина: Журнал Вісник проблем біології і медицини, – 2021. вып. 1 (159), – р. 18-22
5. Бадалова, А.А., Курбанова, Д.Ф. Аргоноплазменная коагуляция в лечении наружного генитального эндометриоза у женщин. // - Киев: Журнал Актуальні проблеми сучасно і медицини, – 2021. Том 21, Выпуск 3 (75), – с. 69-74
6. Бадалова, А.А., Курбанова Д.Ф.. Эндометриоз – актуальная проблема репродуктивного здоровья женщины фертильного возраста. // Матеріалі науково-практичної конференції з міжнародною участю м. Вінниця. Kyiv: - 2018, – с. 20-22
7. Badalova, A.A., Qurbanova S.F., İsmayılova A.F. The clinical features of women with genital endometriosis // The 28th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. 19-21.11. 2020, – p.84-85
8. Бадалова, А.А. Широкополосная радиоволновая хирургия и аргоноплазменная абляция в лечении генитального эндометриоза / Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məsmuəsi:- Bakı. – 2021, – с. 149-150

Qısaltmaların siyahısı

AAGL- American Association of Gynecologic Laparoscopists

ENZIAN- Genital endometriozun lokalizasiya, inkişaf mərhələsi və yayılma dərinliyini göstərən təsnifat

FSH- Follikulstimullaşdırıcı hormon

GE- Genital endometrioz

LH- Lüteinləşdirici hormon

MPQ- McGill Pain Questionnaire (McHill ağrı sorğusu)

RH- Rentgen diaqnostika

St I- Birincili sonsuzluq

St II- İkincili sonsuzluq

USM- Ultrasəs müayinə

VAŞ- vizual-analoq şkalasından

CA125- Qlikoprotein antigen

Dissertasiyanın müdafiəsi « 19 » oktyabr 2022-ci il tarixində saat « 16 » - də Azərbaycan Respublikası yanında Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun bazasında fəaliyyət göstərən FD 2.11 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəh., Müzəffər Həsənov küç., 35

Dissertasiya ilə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir (www.amu.edu.az).

Avtoreferat « 16 » 09 2022-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 12.09.2022
Kağızın formatı: 60x84¹/₁₆
Həcm: 36153 işarə
Tiraj: 30