Azərbaycan Respublikası Ədliyyə Nazirliyində qeydə alınmış “Müasir Ginekologiya və Perinatologiyanın aktual məsələləri” jurnalı Azərbaycan Respublikası Prezidenti Yanında Ali Attestasiya Komissiyası Rəyasət Heyətinin 16 May 2014-cü il tarixli (protokol № 07-R) qərarı ilə Tibb elmləri üzrə “Azərbaycan Respublikasının dissertasiyalarının əsas nəticələrinin dərc olunması tövsiyə edilən dövrü elmi nəşrlərin siyahısı”na daxil edilmişdir.

Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri

08 №2 / 2021

ISSN 2411-3956

protokol № 07-R
08 №02/2021

Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri

Актуальные вопросы современной гинекологии и перинатологии

Actual questions of modern gynaecology and perinatology

Təsisçi: Ginekologiya və Perinatalogiyanın Inkişafına dəstək assosiasiyası

Azərbaycan Respublikası Ədliyyə Nazirliyində qeydə alınmışdır
(qeydiyyat nömrəsi: 3802)

Baş redaktor:
Qurbanova Cəmilə

Baş redaktor müavini:
Hüseynova Səadət

Elmi-redaktor:
Əlizadə Səmayə

Redaksiya Şurası:
Abbasova Zəhra (Azərbaycan)
Asatiani Tengiz (Gürcüstan)
Bağırova Hicran (Azərbaycan)
Brexman Grigoriy (İsrail)
Davıdov Aleksandr (Rusiya)
Əliyeva Elmira (Azərbaycan)
İsayev İbrahim (Azərbaycan)
Kamilova Nigar (Azərbaycan)
Kira Evgeniy (Rusiya)
Qarayev Qalib (Azərbaycan)
Quliyev Nəsib (Azərbaycan)
Qurbanova Vəfa (Azərbaycan)
Qurbanova Fərəh (Azərbaycan)
Mahalov İslam (Azərbaycan)
Məmmədova Nailə (Azərbaycan)
Mostovoy Aleksey (Rusiya)
Strijakov Aleksandr (Rusiya)
Shindler Adolf (ABŞ)
Zanko Sergey (Belorusiya)

Editor in-Chief:
Gurbanova Jamila

Associate Editor-in Chief:
Huseynova Saadat

Scientific Editor:
Alizade Samaya

Editorial Board:
Abbasova Zahra (Azerbaijan)
Asatiani Tengiz (Georgia)
Bağırova Hijran (Azerbaijan)
Brexman Grigoriy (İsrail)
Davıdov Aleksandr (Russia)
Aliyeva Elmira (Azerbaijan)
Isayev Ibrahim (Azerbaijan)
Kamilova Nigar (Azerbaijan)
Kira Evgeniy (Russia)
Garayev Galib (Azerbaijan)
Guliyev Nasib (Azerbaijan)
Gurbanova Vafa (Azerbaijan)
Gurbanova Farah (Azerbaijan)
Mahalov Islam (Azerbaijan)
Mammadova Naila (Azerbaijan)
Mostovoy Aleksey (Russia)
Strijakov Aleksandr (Russia)
Shindler Adolf (USA)
Zanko Sergey (Belorussia)

Ünvan: Bakı şəhəri, B. Ağayev küç., 118, AZ1065
tel.: +99412 510 09 52

Address: AZ1065, Baku, B. Akhayev str. 118,
phone: +99412 510 09 52



Redaktordan:

Hörmətli "Müasir Ginekologiya və Perinatologiyanın Aktual Məsələləri" jurnalının oxucuları !

Artıq jurnalımızın 2021-ci ilin ikinci buraxılışı işıq üzü görür. Nəşr olunduğu illər ərzində biz oxuculara bir-birindən maraqlı icmal və orijinal məqalələr, elmi-tədqiqat işlərinin nəticələrini təqdim etmişik. Əvvəlki nömrələrdə yerli müəlliflərlə yanaşı Rusiya, Türkiyə, Ukraynadan olan kolleqalarımızın elmi işlərinin nəticələrini, "Ginekologiya və Perinatologiyanın İnkişafına Dəstək" assosiasiyasının keçirdiyi beynəlxalq konfrans materiallarını da jurnalımızda çap etmişik. Jurnalın hazırkı buraxılşında respublikamızda olan müxtəlif elmi-tədqiqat mərkəzlərinin təqdim etdiyi məqalələri dərc etməyi məqsədəuyğun bildik. Ümid edirik ki, bundan sonra da jurnala daxil edilən məqalələr oxucuların marağına səbəb olacaq və nəşrlərimiz geniş oxucu kütləsi qazanacaq.

"Müasir Ginekologiya və Perinatologiyanın Aktual Məsələləri" jurnalı bütün oxuculara öz elmi və praktik fəaliyyətində uğurlar arzulayır.

Baş redaktor
Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, "Ginekologiya və Perinatologiyanın İnkişafına Dəstək" İctimai birliyinin rəhbəri

Professor, tibb elmləri doktoru
Qurbanova Cəmilə Fazil qızı

Mündəricat:

MAMALIĞIN MÜASİR MƏSƏLƏSİ KİMİ CİFT GƏLİŞİNİN
KLİNİKASI VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ
C.F. Qurbanova, A.Ə. Qasımova, A.Q. Qurbanov 9

MÜASİR ESTETİK GİNEKOLOJİ PATOLOGİYALARIN KLİNİKİ HƏLLİ ÜSULU – PİKSEL
CO2 LAZER TEXNOLOGİYASININ TƏTBİQİ VƏ AKTUALLIĞI
N.A. Həmidova, İ.A. Quliyeva 16

ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОЦИТО-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Д.Ф. Курбанова, Т.М. Мухаррамова,
А.С. Гасанова, Ф.А. Каракурбанлы..... 22

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА
В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
Г.Д. Алиева, Г.А.Халилова, Д.Г. Дадашева..... 28

COVİD-19 PANDEMİYA DÖVRÜNDƏ BAŞ VERƏN 44 GÜNLÜK VƏTƏN MÜHARİBƏSİ
DÖVRÜNDƏ HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞLARIN XARAKTERİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ
C.F. Qurbanova, X.M. Təhməzi,
A.F. İsmayilova, F.R. Hacıyeva 32

ERKƏN REPRODUKTİV DÖVRDƏ ÜMUMİ VƏ GENİTAL
İNFANTİLİZMİ OLAN YENİYETMƏ VƏ GƏNC QIZLARDA
KARBOHİDRAT MÜBADİLƏSİNİN DƏYİŞMƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ
G.Q. Həsənli, N.E. Axundova, E.M. Əliyeva, S.Ş. Məmmədova,
V.Ə. Əhmədzadə, İ.R. Mustafayeva, F.M. Baxşəliyev..... 37

ÇOX AŞAĞI VƏ HƏDDİNDƏN AZ BƏDƏN KÜTLƏSİ İLƏ DOĞULMUŞ
KÖRPƏLƏRİN HƏYATININ İLK İLİNDƏ PSİXİ-FİZİKİ İNKİŞAFININ TƏHLİLİ
Z.N. Mikayılova, K.S. Əbdürəhmanova, B.T. Əjdərova 42

NON IMMUNE HYDROPS FETALIS (CASE REPORT)
A.F. Ismayilova, Kh.M. Takhmazi,
K.A. Haydarova, A.S. Hasanova..... 47

Məqalələrin tərtibat qaydaları (əsas müddəalar)

1. Jurnalda yalnız indiyədək əvvəllər digər nəşrlərdə çap olunmamış məqalələr çap olunur. Redaksiyaya digər nəşrlərə istiqamətləndirilmiş işlərin göndərilməsinə icazə verilmir.

2. I səhifənin tərtibatı:

- məqalənin adı;
- müəllifi n (müəllifl ərin) adı, atasının adı və soyadı;
- Tabe olduğu qurumla birlikdə (Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi və s.) işin yerinə yetirildiyi müəssisənin (müəssisələrin) adı, daha sonra müəssisənin yerləşdiyi ölkənin, şəhərin adı;
- müəllifi n soyadı və müəssisənin adı ilə yanaşı, yuxarıda müəllifl ərdən hər birinin işlədiyi müəssisənin adı göstərilməlidir.
- redaksiya üçün məlumatlar: bütün müəllifl ərin adı, soyadı, ata adı (tam şəkildə), elmi dərəcəsi, müəssisədə/ müəssisələrdə tutduğu vəzifə, indekslə birlikdə iş yerinin ünvanı, iş telefonu və elektron poçt ünvanları göstərilməlidir. İxtisarlara yol verilməməlidir.

3. Məqalənin adı qısa və informativ xarakterli olmalıdır. Məqalənin başlığında ixtisarların, həmçinin dərman preparatlarının ticari (kommersiya) adlarının, bioloji fəal əlavələrin, ərzaqların, qulluq vasitələrinin, tibbi ləvazimatların, diaqnostik qurğuların, diaqnostik testlərin və s. adlarının daxil edilməsinə icazə verilmir.

4. "Təcrübə həkiminə kömək" bölməsində orijinal məqalələrin, ədəbiyyat xülasələrinin və məqalələrin həcmi 10, təcrübə qeydləri və rəylər 4 səhifədən artıq olmamalıdır. Məqalədəki rəsmlərin və/və ya cədvəllərin sayı 3-dən artıq olmamalıdır. Redaksiya məqalələri ixtisar və redaktə etmək hüququnu özündə saxlayır.

Rules for submitting articles (Main regulations)

1. The magazine publishes articles that have never been issued in any kind of publications before. Editorial office doesn't accept articles which are already submitted to other publications.

2. Layout of 1st page:

- An article title;
- Author's (authors') first name, father's name and last name;
- Name of an enterprise(s) where task took place, as well as name of institution it belongs to (such as: The Ministry of Health of Azerbaijan Republic, ENTERPRISE's NAME), place of enterprise (including country and city);
- Besides author's last name and name of an enterprise, write down the name of enterprises where each author works
- Information for editorial office: authors' name, last name and father's name (full name), academic degree, academic rank, position at enterprise(s), full address (including postal code) of work station and e-mail addresses. Shortening is prohibited.

3. Article's title should be short and informative. It's not allowed to include any shortening, abbreviations, commercial names of medicine, name of biologically active food supplements, food, care products, medical equipment, diagnostic equipment, diagnostic tests and etc.

4. Original articles, bibliography summaries and articles in "To help the practitioner" section shouldn't be more than 10 pages. As well as practice notes and reviews shouldn't exceed 4 pages. In total an article shouldn't contain more than 3 images and/or graphs. Editorial office holds the right to shorten and edit articles.

Правила оформления статей (основные положения)

1. Опубликованию в журнале подлежат только статьи, ранее не публиковавшиеся в других изданиях. Не допускается направление в редакцию работ, которые отправлены в другие издания.

2. Оформление первой страницы:

- название статьи;
- инициалы и фамилия автора (авторов);
- наименование учреждения (учреждений), в котором (которых) была выполнена работа с указанием ведомственной принадлежности (Министерство здравоохранения Азербайджанской республики и т.д.), затем указываются город, где расположено учреждение и страна;
- рядом с фамилией автора и названием учреждения цифрами в верхнем регистре обозначается, в каком учреждении работает каждый из авторов
- сведения для редакции: указываются фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность в учреждении/ учреждениях, рабочий адрес с почтовым индексом, рабочий телефон и адрес электронной почты всех авторов. Сокращения не допускаются.

3. Название статьи должно быть кратким и информативным. В заглавии статьи не допускается использование сокращений и аббревиатур, а также торговых (коммерческих) названий препаратов, биологически активных добавок к пище, продуктов, средств по уходу, медицинской аппаратуры, диагностического оборудования, диагностических тестов и т.д.

5. Orijinal məqalələr bu bölmələrə malik olmalıdırlar: müxtəsər giriş, tədqiqatın məqsədi, material və metod, nəticələr və müzakirələr, nəticə. Mətndə bütün bölmələr tünd şriftlə fərqləndirilməlidir.

6. Məqalə müəllif tərəfi ndən diqqətlə yoxlanılmalıdır. Riyazi formullarda bütün elementlərin dəqiq yerləşdirilməsi zəruridir: latın və yunan hərfl əri, sətirüstü və sətiraltı indekslər, hərflərin və rəqəmlərin yazılışına bənzər qeyd və sətri hərflər.

7. Cədvəllər ümumiləşdirilmiş və statistik baxımından işlənilmiş məlumatları əks etdirməlidir. Ölçü vahidləri ÖS-də (Ölçü Sistemində) təqdim edilmişdir. Hər bir cədvəlin öz nömrəsi və başlığı olmalıdır.

8. Məqalə mətnindəki biblioqrafi k iqtibaslar kvadratşəkilli mörtərizələrdə müəllifi n sitatlarına müvafiq şəkildə (əlifb a üzrə deyil), həmçinin məqalədən əvvəl verilmiş ədəbiyyat siyahısına tam uyğun formada düzülür. Orijinal məqalələrdə müraciət olunan məqalələrin sayı 30-dan, ədəbiyyat xülasələrində 60-dan çox olmamalıdır. Mühazirələrdə və digər materiallarda 15-ə qədər olmalıdır. Müəllif ədəbiyyat siyahısında verilmiş məlumatların dəqiqliyinə görə məsuliyyət daşıyır.

9. İllüstrasiya materialı mətn üzrə və ayrıca faylda verilir. Fotolar və slaydlar TIFF, JPG formatında (yüksək keyfi yyətli) təqdim olunmalıdır. Fotoşəklin ölçüsü 1500x1500 pikseldən az olmamalıdır. Word proqaramında fotoşəkillər qəbul olunmur! Qrafik materiallar (sxemlər, diaqramlar, qrafi klər) Excel proqramında təqdim olunmalıdır. Şəklə ümümi ad verilir, sonra isə bütün hərfi və rəqəmsal mənalar izah olunur. Mikrofotoşəkillərə verilən adlarda rənglənmə və böyüdülmə metodunun göstərilməsi zəruridir.

5. Original articles should have these sections: brief introduction, purpose of research, material and method, results and discussions, conclusion. All sections should be diff erentiated by bold fonts.

6. Article should be well examined by author. In mathematical formulas all the elements have to be placed correctly: Latin and Greek lett ers, subscript and superscript indexes, uppercase and lowercase lett ers, similar writings of lett ers and numbers.

7. Graphs should show generalized and statistical information. Measurement units are given according to International System of Units (SI). Each graph should have its' own number and caption.

8. In an article bibliographic citations should be writt en in brackets, be ordered according to author's citations' order (not in alphabetic order) and be exactly same as the list of bibliography which author submits in advance to submitt ing an article. Cited sources should not be more than 30 in original articles, 60 in bibliographic summaries, 15 in lectures and in other texts. Author is responsible for accuracy of information in a list of bibliography.

9. Illustrations should be categorized according to each article and be submitt ed in separate file. Pictures and slide shows should be submitt ed in TIFF or JPEG format with highresolution. Size of a picture should be no less than 1500 pixels by 1500 pixels. Pictures are not accepted in a word file, but graphs (schemes, diagrams, graphs) should be submitt ed in an excel fi le. Picture should get a general name fi rst, then literal or other meanings of a picture have to be explained. In microphotographs' paragraph spacing – 1.5. Files sent to editorial offi ceshould be in

4. Объем оригинальных статей, обзоров литературы и статей раздела «В помощь практическому врачу» не должен превышать 10 стр., заметок из практики и рецензий – 4. В статье должно быть не более 3рисунков и/или 3 таблиц. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

5. Оригинальные статьи должны иметь следующие разделы: краткое введение, цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы. Все разделы должны быть выделены в тексте жирным шрифтом.

6. Статья должна быть тщательно выверена автором. В математических формулах необходимо четко разметить все элементы: латинские и греческие буквы, надстрочные и подстрочные индексы, прописные и строчные буквы, сходные по написанию буквы и цифры.

7. Таблицы должны содержать обобщенные и статистически обработанные данные. Единицы измерения даются в системе СИ. Каждая таблица должа иметь номер и заголовок.

8. Библиографические ссылки в тексте статьи располагаются в квадратных скобках в порядке цитирования автором (не по алфавиту) в строгом соответствии с пристатейным списком литературы. В оригинальных статьях допускается цитировать не более 30 источников, в обзорах литературы – не более 60, в лекциях и других материалах- до 15. Автор несет полную ответственность за точность данных списка литературы.

9. Иллюстративный материал прилагается по тексту и отдельным файлом. Фотографии и слайды должны

10. Məqalə mətninin tərtibatına dair tələblər: Vərəq formatı –A4, şrift Times New Roman, keqlem 12, sətirlərarası interval -1,5. Redaksiyaya göndərilən sənədin formatı “doc” və ya “docx”. Məqalələrin formatı: orijinallar üçün 10-dən artıq olmamaqla, 15- ədəbiyyat xülasəsi üçün, 11- mühazirələr üçün, 7- kliniki müşahidə üçün.

11. Dərman preparatlarının təsviri zamanı onlar haqqında ilk dəfə bəhs olunarkən fəal substansiyalar göstərilməlidir (beynəlxalq qeyri-patent adı – BQPA), kommersiya adı, istehsalçı şirkət, istehsalçı ölkə; bütün adlar və dozalar diqqətlə yoxlanılmalıdır.

12. Jurnaldakı məqalədən sitat verərkən– müəllifl ərin soyadı, adı, atasının adı (əgər müəllifl ərin sayı 6 və ya daha çoxdursa, bu halda ilk beş müəllifi n adı qeyd olunmalıdır və daha sonar Azərbaycan dilində olan mətnlərdə “və b.”, rus dilində olan mətnlərdə “и др.”, ingilis dilində olan mətnlərdə “et al.” yazılmalıdır), məqalənin tam adı, jurnalın qısaldılmış adı (ixtisarlar Medline üslubuna uyğun olmalıdır), ili, cildi, sayı, səhifələri (ilk və son) göstərilməlidir. Kitabdan (kitablar, monoqrafi yalar, konfrans materialları və s.) sitat göstərərkən – müəlliflərin soyadı, adı, atasının adı, kitabın tam adı, ölkəsi, nəşriyyatı və nəşr ili tam şəkildə göstərilməlidir.

13. Hər bir məqaləyə açar sözlərlə birlikdə xülasə də əlavə edilir. Xülasə məqalənin bölmələrinin məzmununu müxtəsər şəkildə əks etdirməlidir (tədqiqatın məqsədi, tədqiqatın materialı və metodları, nəticə). Xülasənin həcmi 600-1000 çap işarəsi olmalıdır.

14. Müəllif mütləq öz məqaləsini imzalamalıdır. Müəllif məqalənin sonunda öz imzasını qoymaqla redaksiyaya onu çap etmək hüququ verir, onun orijinallığını təmin edir və təsdiq edir ki, nə məqalənin üzü, captions, coloring and zoom methods have to be written.

10. Text layout of an article: Page size – A4, font – Times New Roman, font size – 12, line and .doc or .docx fi le format. Size of article: for original articles

– not more than 10 pages, for bibliographic summaries – not more than 15 pages, for lectures

– not more than 11 pages, for clinical observations – not more than 7 pages.

11. When you describe the medicine for the fi rst time throughout the article you have to mention active substances (International Non-proprietary Name – INN), it’s commercial name, manufacturer’s name, origin of manufacture (country’s name). All the names and dosage should be carefully checked.

12. When citing from magazine article – names, fathers’ name and last name of authors (if there are six or more authors, then names of first five authors should be written fully and the rest should be mentioned as “və b.” for articles in Azerbaijani, “и др.” For articles in Russian and “et al.” for articles in English), full name of an article, shortened name of magazine (abbreviations should be according to Medline format), issued year, volume number, issue number, pages (fi rst and last) should be well noted.

When quoting from book (books, monographs, materials for conference and etc.) text – last name, first name, father’s name of authors, full name the book, year of publishing, country and publication house it’s published in should be clearly stated.

13. Along with keywords article should also have a summary. Sections should be briefly included in summary (purpose of research, material and methods of research, result). Summary should be between 600 and 1000 characters.

14. Author has to sign at the end of his/her own article. By быть представлены в форматах TIFF, JPG (высокого качества). Размер снимка не менее 1500х1500 пикселей. Фотографии в программе Word не принимаются! Графические материалы (схемы, диаграммы, графики) должны быть представлены в программе Excel. К рисунку дается общая подпись, затем объясняют все цифровые и буквенные обозначения. В подписях к микрофотографиям необходимо указать метод окраски и увеличение.

10. Требования к оформлению текста статьи: Формат листа –А4, шрифтом Times New Roman, кеглем 12, межстрочный интервал-1,5. Формат документа в отправке в редакцию- «. doc или ». docx. Объем статей не более 10 страниц – для оригинальной, 15- для обзора литературы, 11- для лекций, 7- для клинического наблюдения.

11. При описании лекарственных препаратов при первом их упоминании должны быть указаны активная субстанция (международное непатентованное название – МНН), коммерческое название, фирма-производитель, страна производства; все названия и дозировки должны быть тщательно выверены.

12. При цитировании статьи в журнале – фамилии и инициалы авторов (если авторов шесть и более, то указывают первых пять авторов и ставят «и др.» в русских статьях или « et al.» - в английских), полное название статьи, сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Medline), год, том, номер, страницы (первая и последняя). При цитировании книжного издания (книги, монографии, материалов конференций и др.) – фамилии и инициалы авторов, полное название

nə ona əlavə edilmiş rəsmlər əvvəl heç bir yerdə çap olunmayıb və heç bir redaksiyaya göndərilməyib.

15. Redaksiya çap olunacaq materialların seçim, redaktə, çapa gedən materialların ixtisar və jurnala uyğunlaşdırılma hüququnu özündə saxlayır.

16. Göndərilən əlyazmalar geri qaytarılmır.

17. Tərtibat qaydalarına müvafiq olmayan məqalələrə baxılmır.

signing article author grants editorial office the right of publishing this article; he/she also assures that this article is original and copy of this article or any images used in this article have never been published or submitt ed to any publications before.

15. Editorial offi ce holds the right to choose articles for publishing, to edit, to shorten published articles and to reconcile according to the magazine.

16. Submitt ed manuscripts won't be returned.

17. Articles that don't meet submitt ing requirements will not be considered.

книги, место, издательство и год издания.

13. К каждой статье прилагается резюме с ключевыми словами. Резюме должно отражать краткое содержание разделов статьи (цель исследования, материал и методы исследования, результаты исследования, заключение). Объем резюме 600-1000печатных знаков.

14. Автор обязательно подписывает свою статью. Ставя под статьей свою подпись, автор тем самым передает редакции право на ее издание, гарантирует ее оригинальность и удостоверяет, что ни сама статья, ни рисунки к ней не были опубликованы ранее и не посланы для публикации в другие издания.

15. Редакция оставляет за собой право отбора материалов для опубликования, редактирования, сокращения публикуемых материалов и адаптации их к рубрикам журнала.

16. Присланные рукописи обратно не возвращаются.

17. Статьи, представленные с нарушением правил оформления, не рассматриваются.

MAMALIĞIN MÜASİR MƏSƏLƏSİ KİMİ CİFT GƏLİŞİNİN KLİNİKASI VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

C.F. Qurbanova[1], A.Ə. Qasımova[1], A.Q. Qurbanov[2]
[1]Elmi-tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu
[2]Baku Medical Plaza

Açar sözlər: *cift gəlişi, placenta increate, placenta percreta, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, ciftin tam ayrılması, ciftin natamam ayrılması*

Müasir mamalıqda cift ilə bağlı patoloji vəziyyətlərin yaranması aktual olaraq qalır. Son 5-7 ili əhatə edən tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, ana ölümü strukturunda ciftin anormal yerləşməsi, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması əsas yerlərdən birini tutur.

Bir çox ölkələrdə cift gəlişinin tezliyi ümumi doğuş sayının 0,5-0,8% -i təşkil edir. Tam gəliş qismən gəlişdən 4-5 dəfə az olur. Son on ildə cift gəlişinin tezliyindəki artım, abort və uşaqlıq daxili müdaxilələrin, Qeysəriyə kəsiyi əməliyyatları sayının artması ilə izah olunur [1].

Bu patologiya 1980-ci illərdə 1000 doğuşa təxminən 0,8 olmaqla olmuşdur. Son illər isə 1000 doğuşa 3-ə qədər çatmışdır [2]. 1960-2002-ci illər arasında əhali arasında hamiləlik cift gəlişi 3000-də 1-dən, 533-də 1-ə qədər artmışdır [3].

Cift gəlişi dedikdə onun hər hansı bir hissəsinin və ya tam olaraq uaşqlığın aşağı seqmentinə birləşməsi və onun aşağıya doğru münasibətindən ibarətdir. Son zamanlar cift gəlişinin tezliyinin artması abortların, Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı və uşaqlıqdaxili müdaxilələrin sayının artması ilə əlaqələndirilir.

Cift gəlişi plasentanın uşaqlıq boynu daxili mənfəzin üstündə və ya yaxınlığında implantasiyasından ibarətdir. Bir qayda olaraq, 20 həftəlik hamiləlikdən sonra ağrısız al qırmızı qanaxma baş verir. Diaqnoz abdominal və ya uşaqlıq yolu ultrasəs ilə aparılır. 36 həftəlik hamiləliyə qədər yüngül qanaxma ilə müalicə aktivlik rejimini saxlamqla, 36-cı həftədən 37-ci həftələr arasında (6 gün) Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılır. Əhəmiyyətli və ya davamlı qanaxma olduqda və ya dölün vəziyyəti üçün təhlükə yarandıqda təcili Qeysəriyyə əməliyyatına göstəriş vardır [4].

Tam cift gəlişi təhlükəli plasentar anomaliyadır; ixtisaslaşmış tibbi yardım olmadığı təqdirdə, dölün və ananın ölümü ilə sona yetməsi qaçılmazdır. Tam cift gəlişinin baş verməsi və doğuş anına qədər davam etməsi üçün əsas risk faktorları bunlardır: anamnezdə keysəriyyə kəsiyinin olması, süni abortlar və bu hamiləlikdən əvvəl uşaqlıqdaxili müdaxilələr, hamiləlik zamanı infeksiyalar və endokrinopatiya [5].

Cift gəlişi daxili mənfəzdən 3 sm-dən az məsafədə implantasiya edilmiş cift kimi müəyyən edilir [6]. Bu patologiya birdöllü hamiləliyin 1000-dən 2.8-də və çoxdöllü hamiləliyin 1000-dən 3.9-da qeydə alınır. Tam cift gəlişi (plasenta praevia totalis) ümumi sayının 20-30%-i, natamam (plasenta praevia parttisal) - 35-55% -ni təşkil edir. Aşağı plasentasiya 9,1% hallarda baş verir [7].

Cift gəlişi uşaqlığın daxili mənfəzinin hər hansı bir hissəsinə yayılan plasentar toxumaya münasibəti vardır. Cift daxili mənfəzi örtmədikdə, lakin ondan 2 sm məsafəsində olduqda cift aşağıda yerləşmiş hesab edilir.

Kişi cinsindən olan döl üçün risk faktorları ilə əlaqəli araşdırmalar da maraq doğurur. Bundan başqa, cift anomaliyaları Qeysəriyyə kəsiyi və uşaqlıqdakı çapıqlar arasında da dəqiq əlaqənin olması sübut edilmişdir. İlk hamiləlikdə 0,26% olan cift gəlişi riski, uşaqlıqdakı çapıqların sayı ilə xətti əlaqədədir və ya daha çox Qeysəriyyə kəsiyi anamnezi ilə 10%-a çatır. Bəzi müəlliflər miqrasiya fenomenini uşaqlığın alt seqmentinin əzələ böyüməsi və dartılması ilə izah edilir, eyni zamanda ciftin kənar liflərində incəlmə, atrofiya, qismən qovulma və təkrar dartıla ilə izah edilir [8]. Ciftin miqrasiya prosesi, uşaqlığın istmik-servikal hissəsinin vəziyyətindən də təsirlənir: bu şöbənin anatomik və funksional çatışmazlığı və infeksiyası elastikliyi azaldır və artan gərginlik şiddətli patoloji simptomlara səbəb olur. Əksinə, bu hissənin həddindən artıq sıxlığı elastikliyi artırır və gərginliyi azaldaraq dartılmanı ləngidir. Ciftin uşaqlığın ön divarındakı yeri, daha çox alt seqmentdən yuxarıya doğru yerdəyişməsi ilə müşayiət olunur. Ciftin yerləşməsindəki anomaliyalar yalnız qadınlar üçün deyil, döl və yenidoğulmuş uşaqlar üçün də

böyük təhlükə yaradır. Cift gəlişi 7-25%-ə çatan yüksək perinatal ölüm, ilk növbədə feto-plasental çatışmazlıq və erkən doğuş hallarının yüksək olması ilə əlaqədardır [6].

Doğuş sayında cift gəlişinin tezliyi 1/250 təşkil edir. Cift gəlişi hamiləliyin əvvəlində aşkar edilsə, ümumiyyətlə uşaqlıq böyüməsi səbəbindən 28 həftəyə qədər yerdəyişməsi mümkündür.

Cift gəlişi üçün aşağıdakı risk faktorları var:

- Birdən çox doğuş
- Əvvəlki Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı
- Normal implantasiyanın qarşısını alan uşaqlıq patologiyası (küretajdan əvvəl uşaqlıq mioması)
- Uşaqlıqda əvvəlki əməliyyat (məsələn, miomektomiya) və ya tibbi prosedurlar (məsələn, çoxlu küretaj prosedurları).
- Siqaret çəkmək
- Çoxdöllü hamiləlik
- Gənc analar [9].

Cift gəlişinin tezliyi hər 200 hamiləlikdən birində qeydə alınır. Son illərdə bu patoloji vəziyyətin tezliyinin artımasında davamlı tendensiya müşahidə edilir. Başqa alimlər cift gəlişinin inkişafına səbəb olan risk faktorları kimi Qeysəriyyə kəsiyi, uroloji müdaxilələri xüsusilə qeyd edirlər [10].

Cift gəlişi həyat üçün təhlükəli olan qanaxmaların tezliyinin artmasına da təsir göstərir. Çox zaman qanaxmalar hamiləliyin ikinci yarısında baş verir. Bu dövrdən uşaqlıq yığılmaları başlayır. Son illər hamiləlik zamanı ciftin miqrasiyası halları sübut edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin II yarısında cift gəlişinin tezliyi doğuşun başlanması dövrə yaxın 7-11 dəfə yüksək olur. Bu da onu göstərir ki, II və III trimestrlərdə cift müntəzəm olaraq uşaqlıq boynundan uşaqlıq cisminə - yuxarı hissəyə doğru miqrasiya edir [7].

Artıq qeyd ediliyi kimi cift gəlişinin əsas klinik təzahür formalarından qanaxmalar hesab edilir ki, bu da ilk dəfə hamiləlik zamanı qeydə alınır və doğuş zaman güclənməyə başlayır. Qanaxmalar hamiləlik zamanı 34% halda, doğuş zamanı 66% halda başlayır. Cift gəlişinin dərəcəsi nə qədər yüksək olarsa, qanaxma bir o qədər tez baş verər. Qanaxmaların intensivliyi və davametmə müddəti bir neçə faktordan asılı olur. Bunlardan ən əsası vaxtından əvvəl ciftin ayrılma ölçüsüdür. Hamillik zamanı aşağı seqmentin dartılması daha ləng və tədricən baş verir, ona görə də ciftin ayrılması, bir qayda olaraq, kiçik sahədə baş verir. İlkin qanaxmalar adətən cüzi olur. Qopma prosesi müvəqqəti olaraq dayanırsa, qanaxma da kəsilir. Hamiləliyin böyük dövründə təkrarlanan qanaxmalar ciftin ayrılma prosesinin davam etdiyini göstərir, ona görə də cift gəlişi olan qadınlarda qanaxmanın ardınca sancılar baş verir və vaxtından əvvəl doğuşlar başlayır. Vaxtından əvvəl doğuşların teziyi cift gəlişi zamanı 50-60% təşkil edir [11].

Qanaxmanın intensivliyi müxtəlif ola bilir, uşaqlığın zədələnən damarlarının sayından və diametrindən asılı olur. Ciftdə qan axını orta hesabla 700 ml/dəqiqə təşkil edir, ona görə də qan axını böyük miqyaslı və həyatı təhlükəli ola bilər [12].

Cift gəlişi zamanı qanaxma qəfil başlaya bilər və defekasiya, ağır fiziki gərginlik, kəskin öskürək, vaginal müayinə də cift gəlişində qanaxmanı təhrik edə bilər. Qanaxma iri həcmli və ya cüzi ola bilər, qanaxma dərəcəsi həmişə cift gəlişinin növü haqqında fikir yürütməyı imkan vermir. Cift gəlişi ilə qanaxma həmişə xarici olur. Tam gəliş olduqda, hamiləlik dövründə patoqnomonik simptom kimi təkrarlanan qanaxmalar baş verə bilir. Qanaxma nəticəsində anada anemiya inkişaf edir, baxmayaraq ki, xorionik liflərin bütövlüyünün pozulması nəticəsində ağır qanaxma zamanı dölün qanı anada sistem qan dövranına daxil ola bilər.

Hazırda cift gəlişi ilə hamiləlik və doğuşun idarə olunması üçün aydın tövsiyələri işləyib hazırlayan çox mərkəzli bir tədqiqat işi qeydə alınmamışdır. Təcili əməliyyat yolu ilə doğuş üçün risk faktorları cinsiyyət orqanlarından hər hansı bir qanaxma, iri həcmli uşaqlıq yolu qanaxması, uşaqlıq yığılmasının başlaması və döl qişanın vaxtından əvvəl cırılmasıdır. Beləliklə, cərrahi doğuş vaxtı hamilə qadının vəziyyətindən və vaginal qanaxmanın çoxsaylı epizodlarının mövcudluğundan (və ya olmamasından) asılıdır. Əksər müəlliflər cərrahi doğuş üçün optimal vaxtın stabil bir xəstə ilə 34-36 həftəlik hamiləlik olduğuna inanırlar. Vaginal qanaxmanın təkrarlanması və ya erkən doğum təhlükəsi olduqda əməliyyat 32-34 həftələrdə aparıla bilər. Hamiləliyin 32 həftəsindən əvvəl doğuşlar yalnız təcili göstərişlər olduqda həyata keçirilir. *Placenta accreta* (cift natamam bitişməsi) diaqnozu qoyulduqda, planlaşdırma ilə cərrahi müdaxilə ilə yanaşı, lazım olduqda histerektomiyanın aparılmasına da göstəriş ola bilər. Angioqrafik diaqnoz ilə uşaqlıq damarlarının embolizasiyası, dölün çıxarılmasından dərhal sonra kütləvi qanaxmanın qarşısını almaq üçün aparılır [13].

Bu texnika xüsusilə hamiləlik dövründə uşaqlıq divarına ciftin bitişməsi vaxtında ultrasəs diaq-

nostikası üçün faydalıdır. Bu vəziyyətdə qarın hissəsindən dərhal əvvəl uşaqlıq arteriyaları kateterləşdirilir və döl çıxarıldıqdan sonra onların embolizasiyası aparılır. Uşaqlı arteriyalarının embolizasiyası, plasentanın həqiqi bir artması (böyüməsi) ilə, orqansaxlayıcı bir əməliyyat həyata keçirməyə imkan verir: aşağı seqmentin bir hissəsini kəsik aparılaraq, kəsik tikilir, uşaqlıq qorunur. Damar embolizasiyası mümkün deyilsə, cift birləşdiyi halda qan itkisini azaltmaq üçün, cifti ayırmadan uşaqlıq ekstripasiya olunur [14].

Orqansaxlayıcı əməliyyatlarla bir neçə müalicə üsulu mümkündür: ciftin çıxarılması və bütün uşaqlıq kəsiklərinin tikilməsi, lokal rezeksiya və cift cıxarılmadan uşaqlıq boşluğunun küretajı.

Sonuncu üsul uşaqlığı qorumaq istəyən əhəmiyyətli qanaxma olmayan xəstələrdə istifadə olunur. Qanaxma daha aqressiv cərrahi müdaxilələr tələb etmədikdə bu müalicə seçimi daha uğurlu olur.

Antibakterial dərmanların təyin edilməsi mütləqdir. Bəzi müəlliflər metotreksatın istifadəsini təklif etmişlər, lakin bu terapiyanın gözlənilən terapiyadan daha təsirli olduğuna dair heç bir dəlil yoxdur. Nadir hallarda, cift gəlişi ananın sidik kisəsinə təsir göstərir. Bu vəziyyətdə, doğuşun aparılması planı tərtib edildikdə ciftin ayrılmasının qarşısının alınması üçün Qeysəriyyə kəsiyi təyin edilə bilər. Konservativ müalicə variantlarından biri də uşaqlıq boşluğuna traneksam turşusunun lokal tətbiqi ilə uşaqlığın ballon tamponadasıdır.

Bəzi müəlliflərə görə, uşaqlığın ballon tamponadası fonunda qanaxma saxlanmasının tezliyi 60-80% arasında dəyişir. Effekt olmadıqda mütəxəssislər histerektomiyaya qədər qanaxmanın dayandırılması üçün daha aqressiv metodlardan istifadə etməyi tövsiyə edilir [15].

M. Kinugasa et al. (2015), digər müalicə variantları uğursuz olsa da, uşaqlıqdakı balon tamponadasının traneksam turşunun yerli tətbiqi ilə birlikdə istifadəsinin təsirli və təhlükəsiz olduğunu nümayiş etdirdi [16].

Hamilə qadınlarda anesteziya aparmaqda uzun illər təcrübəsinə baxmayaraq, hələ də hansı növ anesteziya ilə bağlı dəqiq bir tövsiyə yoxdur - ümumi və ya regional - daha yaxşı və hansı xüsusi vəziyyətlərdə istifadə etmək daha yaxşıdır. Bu problem, kütləvi qan itkisi ilə müşayiət olunan təcili cərrahi müdaxilələr həyata keçirildikdə xüsusilə kəskindir. Əksər anesteziologların təcili əməliyyatları zamanı ümumi anesteziyadan geniş istifadə etməsinə baxmayaraq, regional anesteziyanın istifadəsini dəstəkləyənlər bunun daha təhlükəsiz, xəstələr tərəfindən dözülməsinin daha asan olduğunu, əməliyyatdan sonrakı dövrün daha hamar gedişatının olduğunu və doğuşdan sonra qadında hərəkət aktivliyinin erkən bərpa olmasını iddia edirlər [17].

Buna görə hər bir konkret vəziyyətdə məsələ fərdi şəkildə həll olunmalıdır. A. Ioscovich et al. (2015), regional anesteziya üsulları ən çox cift gəlişi üçün İsrail klinikalarında istifadə olunur. Bu patologiya zamanı onurğa nahiyəsindən böyümə olmadıqda 65.4%-dən çoxunda istifadə olunur. Uşaqlıq divarına aşağı enmə şübhəsi olan cift gəlişi vəziyyətində, ümumi anesteziya halların 69,2%-də, yüksək bitişmə nəticəsində - 96,2%-də istifadə olunur. Əldə olunan nəticələrə əsasən müəlliflər, cift gəlişi olan hadisələrin 2/3-də onurğa anesteziyasından istifadə edildiyi qənaətinə gəldilər [17].

Xüsusilə cift gəlişi kəskin DDS-nin inkişafının qarşısını almaq üçün massiv qan itkisini bərpa etmək problemidir. 2015-ci ildə kardiopulmonoloji reanimasiya üçün tövsiyələrə əsasən mamalıq praktikasında həyat üçün təhlükəli qanaxmanı dayandırmaq üçün aşağıdakı üsullardan istifadə olunur:

- kütləvi qan köçürmə protokolundan və instrumental qan reinfuziyası texnikasından istifadə edərək dövriyyədə olan qan həcminin doldurulması [18];
- uşaqlıq tonusunun korreksiyası üçün oksitosin və prostaqlandinlərin analoqlarının təyin edilməsi [19];
- uşaqlığın massajı [20];
- traneksam turşusu və qanın laxtalanması faktorları preparatlarının təyin edilməsi ilə koaqulopatiyanın korreksiyası;
- uşaqlığın ballon tamponadası;
- kompression uşaqlıq tikişləri;
- uşaqlıq damaralarının angioqrafiyası və endovaskulyar embolizasiyası;
- histerektomiya [16];
- ağır qanaxmalar zamanı aortanın kompressiyası.

Kəskin qan itkisinə qarşı mübarizə infuzion-transfuziya terapiya taktikasının əsas prinsiplərinin hələ dəqiq müəyyənləşdirilmədiyi və təyin edilmədiyi üçün problem həll olunmayaraq qalmaqdadır. Davranışdakı səhvlər tez-tez ciddi ağırlaşmaların meydana gəlməsinə kömək edir, bəzən xəstələrin ölümünə səbəb olur. Ioscovich A. et al. (2015) göstərmişdir ki, kütləvi qan köçürmə protokolunun olmasına baxmayaraq, əksər

xəstəxanalarda (84,6%) tromboelastoqrafiya və instrumental qan reinfuziyanın aparılması xeyli aşağı - müvafiq olaraq 19,2 və 53,8% təşkil edir [17].

İnsana ilk qan köçürülməsini mama-ginekoloqların icra etməsi təəccüblü deyil. Xüsusilə, 1819-cu ildə mama-ginekoloq George Blundell tərəfindən həyata keçirildi və 20 aprel 1832-ci ildə Rusiyada buna bənzər əməliyyat S.F. Hotovitskinin tələbəsi mama-gnekoloq G.S. Canavar tərəfindən icra edilmişdir [21].

Cift gəlişi və ciftin bitişməsi olan hamilə qadınlarda uşaqlıq və ciftin hemodinamik xüsusiyyətlərinin vaxtında antenatal diaqnozu qoyulması son dərəcə vacibdir, çünki plasentasiya anomaliyalarının tezliyinin durmadan artması dünyanın bütün ölkələri üçün vahid bir tendensiyadır [22].

Bu gün etibarlı və sərfəli müayinə metodu dopplerometriya hesab edilir. Bu metod cift qan dövranının və hemodinamikanın vəziyyətini qiymətləndirmək üçün əsas üsuldur.

Uşaqlıq arteriyalarında, döl arteriya və venalarında qan dövranının Dopplerometriyasına həsr edilmiş tədqiqatlarda onun preeklampsiya, dölün bətndaxili inkişaf ləngiməsi və döldə anemiya və digər mənfi perinatal nəticələrin proqnozlaşdırılmasında geniş imkanlara malik olduğu göstərilmişdir [22].

Lakin invaziv plasentasiyaların tezliyinin davamlı artmasına və bu problemə həsr olunmuş çox sayda müasir tədqiqatların aparılmasına baxmayaraq, cift gəlişi olan hamilə qadınlarda uşaqlıq-cift hemodinamikasının vəziyyəti ilə bağlı praktik olaraq heç bir tədqiqat işi yoxdur.

Hal-hazırda transvaginal exoqrafiya (TVE), cift gəlişinin dəqiq yerini təyin etmək üçün yaxşı öyrənilmiş və üstünlük verilən bir üsuldur. Əməliyyat olunmuş qadınların 60%-da plasentanın yerləşmə təsnifatı TVE-dən sonra dəyişdirilə bilər. TAE zamanı arxa divarda yerləşən cift zəif görünür, dölün baş aşağı seqmenti vizuallaşır, piylənmə də dəqiqliyə təsir edir və sidik kisəsinin qeyri-kafi və ya həddindən artıq doldurulmasını tələb edir. Bu səbəblərdən TAE-də cift gəlişinin yalnış pozitiv diaqnoz tezliyi 25%-ə çatır.

TVE üçün diaqnostik dəqiqlik yüksəkdir (həssaslıq 87,5%, spesifiklik 98,8%, müsbət nəticənin proqnoz dəyəri 93,3%, mənfi nəticənin proqnozlaşdırma dəyəri (97,6%), bu da TVE-ni cift gəlişi diaqnozu üçün "qızıl standart" hesab edilir. TVE və TAE-ni müqayisə edən bu günə qədər aparılan yalnız randomizə olunmuş klinik sınaqda TVE-nin üstünlüyü göstərilmişdir. Vaginal qanaxma halında belə, plasenta previa17,19-da TVE-nin tamamilə təhlükəsiz olduğu göstərildi. Magnit rezonans tamoqrafiya (MRT) plasentanın dəqiq vizualizasiyasını təmin edir və TAE-dən üstündür, MRT-nin plasentanın yerini müəyyənləşdirmək üçün TVE-dən üstün olması ehtimalı yoxdur, lakin bu kifayət qədər tədqiq edilməyib. Əlavə olaraq, əksər tibb şöbələrində MRT ümumiyyətlə yoxdur [23].

Ciftin anormal birləşməsinin etiologiyası bir sıra ana ilə bağlı amilləri əhatə edir: doğuşdan sonra uşaqlığın selikli qişasında distrofik dəyişikliklər, abortdan sonrakı endometrit, Qeysəriyyə kəsiyindən və miomektomiya sonrakı çapıqlar. Döl yumurtasısının özünün çatışmazlığı müəyyən əhəmiyyət kəsb edir - zigotun yavaş bölünməsi və proteolitik qabiliyyətlər azalması nəticəsində, vaxtında uşaqlıq divarına yapışmayan embrion, özünü aşağıda, proteoliz şöbələrə qarşı daha az davamlı olur. Risk faktorları tez-tez abortlar, çoxsaylı doğuşlar, endometritdir [24].

Bütün bunlar endometriumun travmasına, desidual toxumanın kifayət qədər inkişaf etməməsinə, sonradan damarlaşmasının pozulmasına və yumurta implantasiyası şərtlərinin pisləşməsinə səbəb olur. Doğmayan qadınlar arasında ən çox rast gəlinən amil ekstrakorporal mayalanmadır. Bəzi müəlliflərə görə cift gəlişi üçün əhəmiyyətli bir risk faktoru siqaret çəkmədir [25].

Cərrahi doğuşların orta çəkisi, anormal cift bitişməsi kimi hamiləliyin belə bir ağırlaşma tezliyinin artmasına səbəb olur. Bitişik strukturların iştirakı ilə invaziv ciftin yüksək proliferativ fəaliyyəti bədxassəli şişlərin davranışına bənzəyir [26,27,28].

Yuxarıda qeyd olunanlardan məlum olur ki, cift gəlişinin öyrənilməsi, optimal müayinələrin və effektiv müalicə üsullarının təyin edilməsi mamalıq və ginekologiyanın qarşısında duran aktual problemlərdən biridir [29]. Bu hamiləlik patologiyasının uğurlu müalicəsi hamiləliyinin uğurlu gedişatı üçün yaxşı pronozların əldə olunmasına imkan verir. Bütün bunlar həmin istiqamətdə aparılan tədqiqatların aparılmasının məqsədəuyğun olmasını sübut edir.

РЕЗЮМЕ

Клиника и хирургическое лечение предлежании плаценты как современная проблема акушерства

Д.Ф. Курбанова[1], А.А. Гасымова[1], А.Г. Курбанов[2]
[1]НИИ Акушерства и Гинекологии
[2]Частная клиника «Baku Medical Plaza»

Ключевые слова: *предлежание плаценты, placenta accreta, placenta increta, placenta percreta, преждевременная отслойка плаценты, полная отслойка плаценты, неполная отслойка плаценты*

В современном акушерстве остается актуальным патологические состояния связанные с предлдежаением плаценты. Исследования последних 5-7 лет показали, что аномальное расположение плаценты, преждеверенные отслойка плаценты занимают одно из главных мест в структуре материнской смертности. Изучение предлежания плаценты, определение оптимального обследования и эффективных методов лечения - одна из актуальных задач, стоящих перед акушерством и гинекологией. Успешное лечение данной патологии беременности позволяет получить хороший прогноз на успешное течение беременности. Все это доказывает целесообразность проведения исследований в этой области.

SUMMARY

Clinic and surgical treatment of placenta previa as a modern problem of obstetrics

J.F. Qurbanova[1], A.A. Qasimova[1], A.Q. Qurbanov[2]
[1]Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology
[2]Private clinic Baku Medical Plaza

Key words: *placenta previa, placenta accreta, placenta increate, placenta percreta, premature placental abruption, complete placental abruption, partial placental abruption*

In modern obstetrics, pathological conditions associated with placental pre-delivery remain relevant. Studies of the last 5-7 years have shown that abnormal location of the placenta, premature placental abruption occupy one of the main places in the structure of maternal mortality. The study of placenta previa, determination of the optimal examination and effective treatment methods is one of the urgent tasks facing obstetrics and gynecology. Successful treatment of this pregnancy pathology allows you to get a good prognosis for a successful pregnancy. All this proves the expediency of conducting research in this area.

ƏDƏBİYYAT

1. Wu S., Kocherginsky M., Hibbard J.U. Abnormal placentation: twenty-year analysis // Am J of Obstetrics and Gynecology. -2005.- vol.192(5). - p.1458-61. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.074.
2. Flood K.M., Said S., Geary M. et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades // Am J of Obstetrics and Gynecology. -2009.- 200(6). - 632.e1- 632.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2009.02.001.
3. Silver R.M., Barbour K.D. Placenta accrete spectrum: accreta, increta, and percreta // Obstet Gynecol Clin North Am.- 2015.- vol.42(2). - p.381-402. doi: 10.1016/j. ogc.2015.01.014
4. Gyamfi-Bannerman C., Thom E.A., Blackwell S.C. et al. Gec erkən doğum riski olan qadınlar üçün antenatal betametazon // N Engl J Med.- vol.374(14).- p.1311-1320, 2016. doi: 10.1056 / NEJMoa1516783
5. Рыкалина Е.Б., Новичков Д.А. Центральное предлежание плаценты: что нового? // Bulletin of Medical Internet Conferences.- 2018. – vol.8. Issue 5, c.188

6. Буштырев А.В., Буштырева И.О., Заманская Т.А., Антимирова В.В. Возможности пролонгирования беременности у пациенток с предлежанием плаценты при применении акушерского пессария. Акушерство и Гинекология Санкт-Петербурга. 2017.- №4.- с.16-21
7. Горин В.С., Зайцева Р.К., Серебренникова Е.С., Чернякина О.Ф., Кугушев А.В. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты // Российский вестник акушера-гинеколога. 2010. Т.10.- № 6.- С. 26-31
8. Опенхаймер Л. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады: диагностика и ведение предлежания плаценты // Акушерство и гинекология.- 2014.- №1.- с.6- 83. 11
9. Spong C.Y., Mercer B.M., D'alton M. et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth // Obstet Gynecol.- 2011.- vol.118 (2 Pt 1). - 323-333. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182255999
10. Гайдуков С.Н., Резник В.А., Антоненко В.С. Характеристика соматизированных расстройств пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в позднем репродуктивном возрасте // Педиатр. -2011. - Т. 2. - № 4. - С. 82-84
11. Волков В.Г. Распространенность предлежания плаценты в тульской области (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. – 2016. - N 4.
12. Александрович Ю.С., Муриева Э.А., Пшениснов К.В., Рязанова О.В. Особенности гормонального статуса матери и новорожденного ребенка при использовании длительной эпидуральной анальгезии в родах // Педиатр. -2011. - Т. 2. - № 4. - С. 51-56
13. Laas E., Bui C., Popowski T. et al. Trends in the rate of invasive procedures after the addition of the intrauterine tamponade test to a protocol for management of severe postpartum hemorrhage // Am J Obstet Gynecol.- 2012.- vol.207(4). - p.281.e1-7. doi: 10.1016/j. ajog.2012.08.028
14. Jennings A., Brunning J., Brennan C. Management of obstetric haemorrhage // Anaesthesia tutorial of the week. - 2012- vol.257.
15. Martin E., Legendre G., Bouet P.E. et al. Maternal outcomes after uterine balloon tamponade for postpartum hemorrhage // Acta Obstet Gynecol Scand.- 2015.- vol.94(4). - p.399-404. doi: 10.1111/aogs.12591
16. Kinugasa M., Tamai H., Miyake M., Shimizu T. Uterine balloon tamponade in combination with topical administration of tranexamic acid for management of postpartum hemorrhage // Case Rep Obstet Gynecol.- 2015.- vol.195036. doi: 10.1155/2015/195036
17. Ioscovich A., Shatalin D., Butwick A.J. et al. Israeli survey of anesthesia practice related to placenta previa and accrete // Acta Anaesthesiol Scand.- 2015.- vol.24
18. Geoghegan J., Daniels J.P., Moore P.A. et al. Cell salvage at caesarean section: the need for an evidence-based approach // BJOG. - 2009.-vol.116(6). - p.743-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02129
19. Bouwmeester F.W., Bolte A.C., van Geijn H.P. Pharmacological and surgical therapy for primary postpartum hemorrhage // Curr Pharm Des. - 2005.-vol.11.- p.759-73. doi: 10.2174/1381612053381882
20. Hofmeyr G.J., Abdel-Aleem H., Abdel-Aleem M.A. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage // Cochrane Database Syst Rev.- 2008.- CD006431. doi: 10.1002/14651858.cd006431.pub2
21. Руководство по перинатологии / под ред. Д.О. Иванова. - СПб.: Информ-Навигатор, 2015. - 1216 с.
22. Заманская Т.А., Буштырев А.В., Буштырева И.О. И ДР. Особенности маточно и фетоплацентарной гемодинамики у беременных с предлежанием и врастанием плаценты // Акушерство, гинекология, репродукция. - 2017.- №3.-с.5-8
23. Армсон Э., Фрин Д., Кинэн-Линдси Л. И др. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады (SOGC): диагностика и ведение предлежания плаценты (placenta previa) // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение №1 2014, с.77-84.
24. Агрба И.Б. Органосохраняющее хирургическое лечение у родильниц с патологией прикрепления плаценты. дис. к.м.н. Москва, 2014.
25. Бадалова О.А. Предлежание плаценты и тромбофилии: автореф дис. канд. мед. наук. М., 2013.

26. Балмагамбетова Г.Н., Айдымбекова А.Б., Мамитниязова М.И. и др. Операционные исходы при предлежании плаценты // Вестник Каз НМУ, 2016, №1, с.18-20
27. Bajwa S.K., Singh A., Bajwa S.J. Contemporary issues in the management of abnormal placentation during pregnancy in developing nations: An Indian perspective // Int J CritIllnInj Sci.- 2013.- vol.3.- p.183-189.
28. Tuzovic L., Djelmis J., Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta praevia development: case-control study // Croat. Med. J.- 2003.- vol.44 (6). - p.728- 733.
29. Bartels H.C., Postle J.D., Downey P., Donal J., Brennan D.J. Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology // Molecular Biology, and Biomarkers. Hindawi Disease Markers. - 2018.- Article ID 1507674. 11 p. doi.org/10.1155/ 2018/1507674

MÜASİR ESTETİK GİNEKOLOJİ PATOLOGİYALARIN KLİNİKİ HƏLLİ ÜSULU – PİKSEL CO2 LAZER TEXNOLOGİYASININ TƏTBİQİ VƏ AKTUALLIĞI

N.A. Həmidova, İ.A. Quliyeva
Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq-ginekologiya kafedrası,
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun mamalıq-ginekologiya kafedrası

Açar sözlər: *vulvovaginal atrofiya, piksel CO2 lazer texnologiyası, postmenopauzal dövr*

Giriş. Reproduktiv və postmenopauza dövrünü yaşayan qadınlar arasında qeyd olunan müxtəlif ginekoloji patologiyaların etiopatogenezində müstəsna rollardan biri də yaş faktoru hesab edilir. Qadın həyatının hər bir dövründə yaş artımı digər somatik və ekstragenital patologiyaların formalaşmasına təkan verməklə yanaşı, ginekoloji sferaya da təsirsiz ötüşmür, bir sözlə əhəmiyyətli risk faktoru hesab edilir. 25-30 yaşlardan başlayaraq, həyatlarının sonrakı zaman intervallarında əksər reproduktiv yaşlı qadınların toxumalarında bir sıra struktur dəyişikliklər izlənilir; bu sıraya toxuma elastikliyinin və tonusun zəifləməsi, kollagen və elastinlərin azalması, hidratasiyanın itməsi, selikli qişaların funksional fəallığında ləngimələr (nazilmə, turqorluğun zəifləməsi və s..) şamil edilir. Artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkən, oturaq həyat tərzi olan qızlarda və qadınlarda, o cümlədən patoloji hamiləlik və ağır fizioloji doğuş keçirən qadınlarda yuxarıda sadalanan əlamətlər fonunda immun sistemin ümumi və yerli zəifləməsi, müxtəlif xroniki vaginal infeksiyalaşmalar müşahidə olunur [1-8].

Ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, yetişmiş hamiləlik və fizioloji doğuş keçirmiş istənilən qadınların genital sferasında-xarici cinsiyyət üzvləri, uşaqlıq yolunun selikli qişası, uşaqlıq boynu toxumaları və aralıqda əhəmiyyətli struktur dəyişikliklər izlənilir. Belə ki, normal keçmiş əksər doğuşlardan sonra genişlənmiş və boşalmış toxumalar təbii olaraq tədricən yığılır, kiçilir və əvvəlki həcm, formasına qayıdırlar. Bu proses təxminən 6 ay ərzində davam edir və qadın orqanizminin bioloji fərdi xüsusiyyətlərindən asılı olur. Əgər, toxuma liflərinin elastikliyi qeyri-kafidirsə və doğulan körpənin baş ölçüləri böyükdürsə, o zaman aralıq toxumaların zədələnmələri, cırılmaları baş verə bilir. Mikrotravmalar vizual izlənilməyə bilər, lakin daha ağır hallarda cərrahi tikişlərin qoyulması və ya aralıq nahiyəsində kiçik kəsiklərin aparılması qaçınılmaz olur. Bu cür proseslərdən sonra yığılma aktivliyini itirmiş yerli birləşdirici çapıq toxuması formalaşır və bunun hesabına bərpa prosesi tam olaraq qeyri-mümkün olur, uşaqlıq yolu mənfəzində daralmaya, cinsi yaxınlıq zamanı isə ağrılara səbəb olur. Zədələnmiş toxumlarda incə sinir lifləri və kiçik qan damarlarının da prosesə qoşulması sağalmanı kifayət qədər gecikdirir. Əksər hallarda uşaqlıq yolunun relaksasiyası (tonusun itməsi, toxumaların boşalması), bəzi hallarda isə diskomfort və quruluq hissi, cinsi yaxınlıq zamanı hissiyyatın azalması və daha sonralar ciddi cərrahi problem olan sidiyin stres sidik saxlamamazlığı formalaşır.

Statistika məlumatlarına əsasən, doğuş keçirmiş 90% qadınların intim həyatları da müxtəlif səbəbli problemlərlə əhatə olunur. Belə ki, cinsi yaxınlıq zamanı partnyorları tərəfindən hiss olunan vaginal elastikliyin itməsi, uşaqlıq yolundan gələn qeyri-təbii "səslər" cavan cütlüklərdə cinsi məmnunluq hissinin azalmasına zəmin yaradır [9].

Vaginal zəifliyin inkişafı keçirilmiş hamiləliklər və doğum sayı ilə birbaşa əlaqəli olub dinamikada aralığın deformasiyaları, asqırdıqda və öskürdükdə sidik qaçırması halları ilə aşkar olunur.

Qadın həyatının intim sferasında yaranan, qadının yaşından asılı olan və olmayan bu cür dəyişikliklər müasir estetik ginekologiyanın aktual məsələləri kimi dəyərləndirilməkdədir. Problemlərin kliniki həlli yolunun tapılmasında əsas məqsəd qadın həyatının ümumi yaxşılaşdırılması və cinsi yaşayışda keyfiyyətin artırılmasıdır [1,5].

Bu məqsədlə, qabaqcıl, tam təhlükəsiz və minimal invaziv ambulator həll üsulu kimi dünyanın əksər inkişaf etmiş ölkələrində piksel CO_2 lazer texnologiyasının uğurla tətbiqinin start verilməsinə başlanıldı [4,5].

Yaş dəyişikliklərindən biri kimi nəzərə alınan və qadınlarda urogenital sindrom ("menopauzanın sidik-cinsiyyət sindromu") kimi dəyərləndirilən patoloji halı dinamikada vulvovaginal atrofiyalar və

ya urogenital atrofiyalar (VVA; UGA) əlamətləri ilə üzə çıxır. Klinik olaraq uşaqlıq yolunun nazilməsi izlənilir ki, etiologiyasında əsas yeri qadın orqanizminin proqressivləşən estrogen itkisi tutur. Əsasən fizioloji və ya cərrahi doğuşlardan sonra, qadın həyatının menopauza dövründə və digər endokrin və immun patologiyaların nəticəsi kimi özünü biruzə verir. Klinikada vaginal quruluq, qaşınma, qıcıqlanma, cinsi yaxınlıq zamanı ağrı və diskomfort hissi kimi (20-45%) üzə çıxır [7,10].

Hal-hazırda dünya miqyasında təxminən 200 mln qadında stres sidik saxlamamazlığı patologiyasına rast gəlinir. İrihəcmli metaanaliz nəticəsində təyin olunmuşdur ki, bu qadınlardan 30%-i 30-60 yaşlar arası, 20-22%-i isə 65 yaşdan böyükdür. Ümumi kontingentin ¼ hissəsi yenicə ağır doğuş keçirmiş 18 yaşdan yuxarı gənc qadınların payına düşür. Bütövlükdə bu patoloji vəziyyət onlarda ilk əlamətlər izlənildikdən sonra təxminən 6-7il ərzində formalaşaraq həkim-ginekoloqlara müraciət etmələrinə zəmin yaradır. Sosial, seksual, şəxsi və insanlararası münasibətlərdə, o cümlədən gündəlik həyat fəaliyyətlərində qadınların yaşam tərzini əhəmiyyətli çətinləşdirərək (asqırdıqda, öskürdükdə, kiçik ağırlıq qaldırdıqda sidik qaçırması halları) yaxın gələcəkdə ağır psixoloji pozulmalaradək davam edir [5,7,11].

Etiologiyasında irsiyyət, artıq çəki və müxtəlif dərəcəli piylənmələr, estrogen defisiti ilə əlaqədar sidikçıxarıcı kanalın ətraf toxumalarının nazilməsi, ağır doğuşlar zamanı travmatik zədələnmələr qeyd edilən bu ciddi patologiyanın patogenezi uretra və sidik kisəsi strukturunun, sfinkterin toxuma keyfiyyətinin dəyişilməsi, toxuma və əzələ liflərində kollagen və elastin itməsi sayəsində elastikliyin zəifləməsi izlənilir. Habelə, təbii doğuş keçirən gənc qadınlarda uşaqlıq yolunun relaksasiyası və genişlənməsi səbəbindən də yaxın gələcəkdə I-li və II-li sidik saxlamamazlığı patologiyası formalaşa bilir [7].

Vaginoplastika (ön və arxa kolporrafiya) əməliyyatları keçirmiş qadınlar əməliyyatdan sonrakı dövrü qeyri-qənaətbəxş keçirdikdə (ağırlıq qaldırdıqda və s..) uşaqlıq yolu toxumasının tonusu azalır, birləşdirici toxumanın keyfiyyəti aşağı düşür və sonralar həyat fəaliyyətinin əhəmiyyətli pozulmaları müşahidə edilir [12].

Qadınların menstrual həyatının əhəmiyyətli dövrlərindən biri kimi menopauzal dövrdə stabil və müntəzəm aybaşı tsikllərinin dayanması müşahidə edilir. Etioloji amil ovarial aktivliyin zəifləməsi ilə əlaqədar yumurtalıqların hormonal funksiyasının itməsi (cinsi steroid hormonların və estrogen səviyyəsinin çox aşağı olması) qeyd edilir. Fizioloji (50-51 yaşdan sonra) və patoloji (cərrahi ginekoloji müdaxilələr, kiçik çanaq orqanlarının kimya terapiyası və şüa terapiyası) hallarda yaranır, son nomenklaturaya əsasən ("NAMS") klinikada çox zaman vulvovaginit əlamətləri kəskin izlənilən urogenital sindrom ("menopauzanın sidik-cinsiyyət sindromu") kimi dəyərləndirilir [11-14]. Bu patologiyaya vaxtında aktiv müdaxilə edilmədikdə sonradan mental xarakterli dərin postmenopauzal pozulmalar (seksual və emosional) aşkar edilir. Hal-hazırda inkişaf etmiş ölkələr arasında aparılmış tədqiqatlar zamanı 65-72 yaşarası qadınlarda müşahidə edilir (1998-2012-ci illər).

Menopauzal dövrü əhatə edən kliniki simptomlar vazomotor (istilik gəlmələr) və vulvovaginal olmaqla təsnif edilir. Vulvovaginal əlamətlərə uşaqlıq yolu nahiyəsində ağrılar, dispareuniya, quruluq, qaşınma şamil edilir. Uroloji simptomokompleksə tez-tez sidiyəgetmələr, təcili sidiyə çixma hissiyyatı, fiziki gərginliklər zamanı sidik qaçırması, hematuriyalar, sidik yollarının residivləşən infeksiyalaşmaları aid edilə bilər [13-15].

Xarici və daxili cinsiyyət üzvlərinin struktural makroskopik və mikroskopik dəyişiklikləri fonunda bu patologiyadan əziyyət çəkən təxminən 20% qadın düzənli həkim nəzarətində olmaqda, ənənəvi hormonal və ya qeyri-hormonal vasitələr/dərmanlar daxil edilən sxematik müalicə almaqdadırlar [10,11, 16,17].

Müalicə kursunun effektivliliyi təyin edilən dərman maddələrinin yalnız konkret zaman çərçivəsində təsiri ilə əlaqədar olaraq, uzunmüddətli olmaması və pasientlərdə bənzər simptomların yenidən izlənilməsinə zəmin yarada bilir (35-40%).

Qadınlarda vulvovaginal nahiyənin atrofiyaları, vulvanın leykoplagiyası və kraurozları, cinsi disfunksiyalar, uşaqlıq yolu selikli qişasının quruluğu və dartılması, uşaqlıq yolu iltihablaşması, uşaqlıq yolunun I-li və II-li sallanmaları, stres sidik saxlamamazlıq halları, təbii doğuşlar zamanı icra edilmiş epiziotomiyadan sonrakı zədələnmələr və çapıqlar, intim zonada aparılmış cərrahi müdaxilələrdən sonrakı müxtəlif defektlər o cümlədən intim nahiyədə dəri qaralmaları və piqment ləkələrinin istənilən yaşlarda qeyd edilməsi ciddi ginekoloji şikayətlər hesab olunur və onlarda dərin narahatlıqlar yaradır.

Yuxarıda sadalanan çoxsaylı etiologiyalı patoloji vəziyyətləri və ginekoloji nasazlıqları nəzərə alaraq, yaşam tərzini yaxşılaşdırmaq, optimal nəticələr əldə etmək məqsədilə tətbiq edilən üsullar arasında cərrahi müdaxilələrə yeganə alternativ hesab edilən

və təmamilə yeni, innovasion metodologiya kimi qəbul edilən piksel CO_2 lazer texnologiyalı prosedurlar hal-hazırda ilk yerdə durur [8].

Müasir estetik ginekologiya sahəsində piksel CO_2 lazer texnologiyalı prosedurlar müxtəlif cihazlar ilə yerinə yetirilir, lakin bunlar arasında İzrail istehsallı FemiLift Pixel CO_2 (Alma Lasers) cihazının bir sıra üstünlükləri vardır. Bu sıraya aşağıdakılar şamil edilir [1-3,6,18,19]:

1) *Fraksion intim cavanlaşma*. Robotik Pixel CO_2 texnologiyası sayəsində birdəfəlik flüens zamanı toxumalara ötürülmüş lazer şüasının impuls davamlılığı digər adi Scanner cihazları ilə müqayisədə 81 dəfə çox qeyd edilir, yəni lazer şüasındakı 81 mikrofraksiyaya bölünmə prosesi toxumalara daha incə nanoşüaların təsir effekti deməkdir ki, bu da dinamik izlənmədə intim zonaya mükəmməl zərif təsirdən və ümumilikdə Femilift cihazının unikallığından xəbər verir.

2) Prosedur tam ağrısız şəraitdə cəmi 15-20 dəq. ərzində ambulator olaraq həyata keçirilir və vulvovaginal nahiyənin lazer remodelləşməsi prosesi (cavanlaşma, intim sferanın müalicəsi və sidik saxlanılmazlığının aradan qaldırılması) müvafiq başlıqlarla tam steril olaraq həyata keçirilir (retraktorlar tək istifadəlikdir).

3) Piksel CO_2 texnologiyasının mikroablasion fraksion effekti nəticəsində uşaqlıq yolu divarı toxumalarında həcmi kiçilmələr müşahidə edilir. Normada fizioloji olaraq təbii doğuşdan sonrakı ilk 30 gün ərzində uşaqlıq yolu həcminin kiçilməsi qeyd olunur. Lakin, əksər ağır doğuşlardan sonra bu proses qənaətbəxş nəticə almaya bilir və məhz doğuşdan 1 ay sonra ilk prosedur planlı və davamlı olaraq həyata keçirildikdə uşaqlıq yolu mənfəzinin daralması, toxuma həcminin kiçilməsi və vaginal lazer cavanlaşma prosesi daha dayanıqlı, effektiv və uzunmüddətli olacaqdır.

4) Menopauzal yaş qruplu qadınların şikayətləri içərisində ən aktuallarından biri də toxuma səviyyəsində yaşla əlaqəli müxtəlif yerli dəyişikliklərin getməsidir. Genital sferada Piksel CO_2 texnologiyasının tətbiqi və istilik effekti təsiri ilə, uşaqlıq yolu divarı toxumalarında yeni kollagen və elastin liflərinin sintezi — neokollagenez prosesinin stimullaşması formalaşır, beləliklə, uşaqlıq yolu toxumalarının yenidən struktur qurulması, cavanlaşması, boşalmış toxumaların tonuslanması, qalınlaşması və mənfəzin daralması müşahidə edilir (83-87%).

5) Vulvovaginal toxumaların struktur dəyişikliklərinin ağırlıq dərəcələrindən, kliniki nozologiyadan və prosesin davam etmə müddətindən asılı olaraq prosedurlar müxtəlif seans sayları ilə həyata keçirilməkdədir (1-2 seansdan 5-6 seansadək davam edə bilir).

6) Cinsi yaxınlıq keyfiyyəti yaxşılaşır. Prosedurların tətbiqindən sonrakı cinsi aktlar zamanı həssaslığın, cinsi məmnunluq hissinin artması müşahidə olunur (70-75%).

7) Yerli immunitetin güclənməsi hesabına uşaqlıq yolu mühiti yaxşılaşır, disbioz aradan qalxır və uşaqlıq yolunun təbii müdafiəsi bərpa olunur. Toxumaların qan təchizatı güclənir, qidalanma yaxşılaşır, eyni zamanda uşaqlıq yolunun normal PH mühiti (<6) bərpa olunur.

8) Sağalma və reabilitasiya prosesi 5-6 gün ərzində müşahidə edilir. Cərrahi müdaxilədən fərqli olaraq, uşaqlıq yolunun lazer cavanlaşdırılması prosesi uzunmüddətli bərpa tələb etməməkdədir.

9) Tam təhlükəsiz proses (100%) olub, FDA tərəfindən təsdiq edilmiş və uğurlu kliniki təcrübələrdən keçirilmişdir.

10) Lazer effekti santimetrlərlə deyil, mikronlarla ölçülür. Ətraf toxumalar maksimal qorunulur.

Pasientlər digər cərrahi əməliyyatlardan qabaq əməliyyat öncəsi hazırlıq mərhələləri keçdikləri kimi, bu prosedura müraciət etməmişdən əvvəl də bir sıra hazırlıq işləri görməlidirlər, bu sıraya kiçik çanaq orqanlarının kontrol USM-si, lazım gəldikdə uşaqlıq yolu yaxması florasının öyrənilməsi, onkositoloji müayinəsi, CYKİ (cinsi yolla keçən infeksiyalar) və İPV (insan papillomavirusu) təhlilləri, qanın və sidiyin ümümi müayinəsi, qanda şəkər səviyyəsinin müəyyən edilməsi də şamil edilə bilər. Əldə edilmiş nəticələrə əsasən, prosedur müalicəsinin həcmi təyin edilir.

Hər bir cərrahi-ambulator müdaxilələrdə olduğu kimi bu prosedurun da bir sıra əks göstərişləri vardır. Bu sıraya hamiləlik, laktasiya, kəskin infeksion xəstəliklər, uşaqlıq yolu sallanmasının III dərəcəsi şamil edilir.

Müasir ginekoloji praktikada piksel CO_2 yeni texnologiyanın tətbiqi ilə standart kliniki effektlər və uğurlu nəticələr əldə edilmişdir [20-22].

Nəticə. Ədəbiyyat icmalının təhlili göstərir ki, piksel CO_2 yeni texnologiyalı lazer effektli qeyri-invaziv müalicə metodu yaş faktoru nəzərə alınmaqla, müxtəlif ginekoloji şikayətləri olan qadınlar arasında perspektivli variant hesab oluna və bu sahədə alternativi olmayan bir müalicə metodu olaraq dəyərləndirilə bilər. Bu metodun köməkliyi ilə, dinamikada vulvovaginal reyuvenasiya prosesi və uzun müddətli müalicəvi təsir izlənilməklə

yanaşı, estetik simmetriyanın bərpasına, cərrahi müdaxiləsiz uşaqlıq yolu elastikliyinin əldə olunmasına və intim həssaslığın artırılmasına və s. – qadınlarda həyat keyfiyyətinin misli yaxşılaşmasına şərait yaradılır.

Adıçəkilən innovasion texnologiya sahəsində əldə edilmiş kliniki nəticələr müxtəlif kiçikhəcmli tədqiqat işlərində işıqlandırılsalar da, hərtərəfli randomizasiya, plasebo və müqayisəli təhlillər hələ tam mövcud olmadığı üçün bundan sonrakı illər ərzində çoxsaylı elmi təhlillərə, sübutlu dəlillərə ehtiyac duyulmaqdadır. Bu baxımdan piksel CO_2 texnologiyalı müalicə üsulu yaxın gələcəkdə daha geniş öyrənilməkdə aktual hesab edilir, terapiyanın uzunmüddətli nəticələri və qadın orqanizminə təhlükəsizliyi sahəsində tətbiqi yeniliklərin araşdırılması və gələcək elmi-tədqiqat işlərinin hazırlanması tövsiyyə olunur.

РЕЗЮМЕ

Метод клинического решения современных эстетических гинекологических патологий - применение и актуальность технологии пиксельного CO2-лазера

Н.А. Гамидова, И.А. Кулиева
Азербайджанский Медицинский Университет кафедра акушерство и гинекология II., Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им.А.Алиева кафедра Акушерство и Гинекология

Ключевые слова: *вульвовагинальная атрофия, микроаблятивное CO_2-фракционное лазерный фототермолиз, постменопауза*

В течение жизни практически все женщины сталкиваются с патологическими изменениями вульвовагинальной области, вызванными различными причинами: дисплазией соединительной ткани, чрезмерными физическими нагрузками, родами, снижением уровня половых гормонов и т.д. Вульвовагинальная атрофия, не влияя значимо на продолжительность жизни, оказывают существенное влияние на ее качество. В связи с этим особую важность приобретают современные возможности коррекции этих состояний, особенно малоинвазивные.

В статье обсуждаются методы лечения и профилактики возраст-ассоциированных патологических изменений вульвовагинальной области с использованием CO_2-лазера. Рассматриваются механизмы воздействия лазерного излучения на ткани при использовании различных режимов. Показаны преимущества микроаблятивного CO_2-фракционного лазерного фототермолиза в программах омоложения тканей влагалища и вульвы.

SUMMARY

The method of clinical solution of modern aesthetic gynecological pathologies - the use and relevance of the pixel CO2 laser technology

N.A. Hamidova, İ.A. Quliyeva
Azerbaijan Medical University Obstetrics and Gynaecology Department II, Azerbaijan State Institute of Postgraduate Doctors after name A. Aliyev, department of obstetrics and gynaecology

Key words: *vulvovaginal atrophy, microablative CO2-fractional laser photothermolysis, postmenopause*

During their life, almost all women are faced with pathological changes in the vulvovaginal area caused by various reasons: connective tissue dysplasia, excessive physical exertion, childbirth, a decrease in the level of sex hormones, etc. Vulvovaginal symptoms, without significantly affecting life expectancy, have a significant impact on its quality. In this regard, modern possibilities for correcting these conditions, especially minimally invasive ones, are of particular importance.

The article discusses methods of treatment and prevention of age-associated pathological changes in the vulvovaginal area using a CO2 laser. The mechanisms of action of laser radiation on tissues using various modes are considered. The advantages of microablative CO2-fractional laser photothermolysis in programs for rejuvenating the tissues of the vagina and vulva are shown.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адейшвили-Сыромятникова М.К., Диколь Л.Г., Загоруйко Ю.В., Мясоедов В.В. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в схемах лечения патологии шейки матки // Материалы XXIX Межд. научно-практ. конф. «Применение лазеров в медицине и биологии». – Харьков, 2008. – С. 11–12.
2. Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Одинокова В.А. Малоинвазивные инновационные лазерные технологии в гинекологической практике. Акушерство и гинекология. 2014; 11:17-22.
3. Аполихина И.А., Назимова Е.М. Применение микроаблятивного фракционного CO_2-лазерного фототермолиза для коррекции возраст-ассоциированных процессов вульвовагинальной области. Медицинский совет. 2019; 7: 8-12. https://doi. org/10.21518/2079-701X-2019-7-8-12.
4. Баранов В.Н., Калинина В.Н., Кирсанова Т.А., Спицина Н.Б. Нейро-рефлекторные и информационно-энергетические механизмы лазерьной терапии гинекологических больных // Материалы Межд. Научно-практ. конф. «Лазер. техн. в медиц. науке и практ. здравоохр.». – М., 2004. – С. 59–60.
5. Беликов А.В., Скрипник А.В. Лазерные биомедицинские технологии. СПб.: СПбГУ ИТМО, 2008. 116 с.
6. Гамбаччиани М, Палациос С. Лазерная терапия для восстановления функции влагалища. Матуритас. 2017 г., с. 10-5.
7. Гонзалес Исаза П., Ягужевска К., Кардона Дж.Л., Лукашик М. Долгосрочный эффект термоабляционного фракционного CO2- лазера как новый подход к лечению недержания мочи у женщин с мочеполовым синдромом менопаузы. Международный журнал урогинекологии. 2017г.:1-5.
8. Звелто О. Принципы лазеров. СПб.: «Лань», 4-е изд., 2008. 720 с.
9. Карабут М.М., Гладкова Н.Д., Фельдштейн Ф.И., Киселева Е.Б., Фомина Ю.В., Мураев А.А. Применение фракционного лазерного фототермолиза в клинической практике. Современные технологии в медицине. 2010; 4:115-121.
10. Palacios S., Castelo-Branco C., Currie H., Miatovic V., Nappi R.E., Simon J. et al. Update on management of genitourinary syndrome of menopause: A practical guide. Maturitas. 2015 Nov 1;82(3):308-313. https://doi.org/10.1016/j. maturitas.2015.07.020.
11. Zerbinati N., Serati M., Origoni M., Candiani M., Iannitti T., Salvatore S., et al. Microscopic and ultrastructural modifcations of postmenopausal atrophic vaginal mucosa after fractional carbon dioxide laser treatment. Lasers in medical science. 2015 Jan;30(1):429-436. PubMed PMID: 25410301.
12. Stefano S., Stavros A., Massimo C. The use of pulsed CO_2 lasers for the treatment of vulvovaginal atrophy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2015;27(6):504–508.
13. Gaspar A., Brandi H., Gomez V., Luque D. Efficacy of Erbium: YAG laser treatment compared to topical estriol treatment for symptoms of genitourinary syndrome of menopause. Lasers in Surgery and Medicine. 2017;49(2):160–168.
14. Salvatore S., Nappi R.E., Parma M., et al. Sexual function after fractional microablative CO_2 laser in women with vulvovaginal atrophy. Climacteric. 2015; 18:219-225.
15. Salvatore S., Stavros A., Massimo C. The use of pulsed CO_2 lasers for the treatment of vulvovaginal atrophy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2015; 27:504-508.
16. Siliquini G.P., Tuninetti V., Bounous V.E., Bert F., Biglia N. Fractional CO_2 laser therapy: a new challenge for vulvovaginal atrophy in postmenopausal women. Climacteric. 2017; 20:379-384. doi: 10.1080/13697137.2017.1319815.
17. Archer D.F. Efcacy and tolerability of local estrogen therapy for urogenital atrophy. Menopause. 2010; 17:194-203.
18. Filippini M., Del Duca E., Negosanti F., Bonciani D., Negosanti L., Sannino M., Cannarozzo G., Nisticò. Fractional CO_2 Laser: From Skin Rejuvenation to Vulvo-Vaginal Reshaping. Photomedicine and Laser Surgery. 2017; 35:1-5. doi: 10.1089/pho.2016.4173.

19. Sturdee D.W., Panay N. International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric. 2010; 13:509-522.
20. FDA. FDA warns against use energy-based devices to perform vaginal «rejuvenation» or vaginal cosmetic procedures: FDA Safety Communication. 2018. [2018 August 1].
21. Abbas Shobeiri S., Kerkhof M.H., Vatche A. Minassian, Bazi T. IUGA committee opinion: laserbased vaginal devices for treatment of stress urinary incontinence, genitourinary syndrome of menopause, and vaginal laxity. International Urogynecology Journal. 2019;30(3):371-376. doi: 10.1007/s00192-018-3830-0.
22. Garcia B., Pardo J. Academic cosmetic gynecology and energy-based therapies: ambiguities, explorations, and FDA advisories. International Urogynecology Journal. 2019; 30:1-2. doi: 10.1007/s00192-018-3812-2

ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОЦИТО-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.Ф. Курбанова[1], Т.М. Мухаррамова[2], А.С. Гасанова[1], Ф.А. Каракурбанлы[3]
[1]Научно - Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии
[2]Медицинский центр «Микросист»
[3]Ассоциация «Поддержка Развития Гинекологии и Перинатологии»

Ключевые слова: *привычное невынашивание беременности, иммунологические факторы, лимфоцито-иммунотерапия*

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) характеризуется широким спектром варьирования этиологии, включая иммунологические факторы. Лимфоцито-иммунотерапия – метод, эффективность которого для пар с ранним ПНБ исследуется с 1985 г. Результаты применения процедуры неоднозначны и противоречивы. Однако многочисленные исследования подтверждают эффективность метода. В настоящей статье проведен анализ литературы, посвященной результатам применения лимфоцито-иммунотерапии, с указанием иммунологических факторов, уровень которых варьирует при нормальном протекании беременности, ее привычном невынашивании и после применения процедуры.

Синдром привычной потери беременности (СППБ) встречается у 1–5% пар репродуктивного возраста [1]. Этиология его развития включает различные причины (рис. 1). Беременность называют полуаллогенной потому, что часть генетического материала эмбриона чужеродна [2]. Для сохранения гестации необходимы иммунологические ответы матери в формате материнофетальной толерантности для предотвращения отторжения зародыша. Нарушение этого процесса приводит к периодической потере беременности, преэклампсии и ограничению роста плода [3].

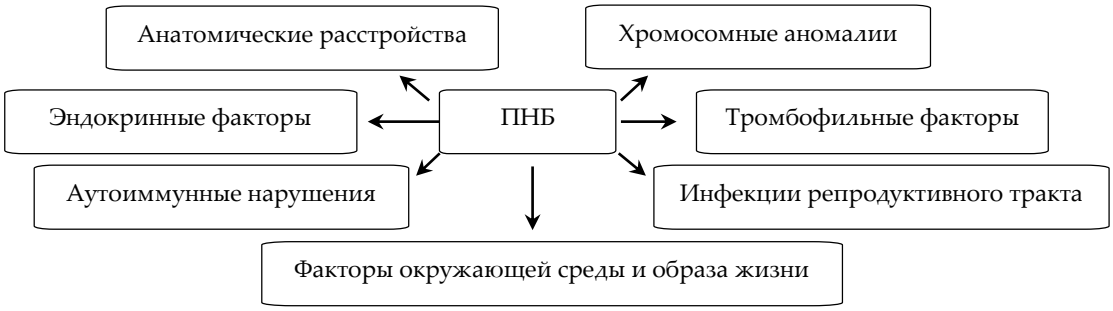


Рис. 1. *Факторы синдрома ПНБ. Схема составлена по данным (Малышкина, 2015; Батрак, 2016; Pei 2019). ПНБ-привычное невынашивание беременности [4,5,6].*

Предполагаемыми факторами развития необъяснимого ПНБ, встречающегося в 50% случаев, являются аллоиммунные нарушения течения беременности (Grimstad 2016; Pei 2019), то есть иммунный ответ матери против антигенов плода. Возможно, формируется отсутствие/слабое проявление блокирующего эффекта сыворотки вследствие низкого уровня специфических аллоантител. В норме у 83,3% будущих матерей выявлена сенсибилизация (повышение уровня) лейкоцитов к антигенам плода [4,7, 8].

Механизмы аллоиммунных ПНБ. Механизмы аллоиммунных ПНБ до конца не изучены. Предположительно, основной причиной является совпадение большого количества антигенов HLA II класса (по трем и более). В результате возникает низкий уровень иммуностимуляции организма беременной [9]. Наряду с недостатком аллоантител могут появляться аутоиммунные реакции, приводящие к выработке антифосфолипидных, антинуклеарных и других антител, повреждающих плаценту [10,11]. Повышение

вероятности гомозиготности генов у плода имеет негативное значение для последнего [9]. В табл. 1 представлен спектр сравнительных исследований изменения факторов при нормальном протекании беременности и ПНБ.

Таблица 1.
Иммунологические факторы при беременности и ПНБ

Фактор	Нормальная беременность	ПНБ
Аллели HLA II	Гетерозиготность у партнеров → Расширение спектра антигенных пептидов, представляемых Т-клеткам и интенсификация пролиферации клеток трофобласта.	Совпадение большого количества антигенов HLA II класса (по трем и более) → Низкий уровень иммуностимуляции организма беременной.
Баланс Th1/Th2/Treg клеток в сыворотке	Доминируют Th2-/Treg	Преобладают Th1
Клетки с экспрессированными CD4+, CD25+ и транскрипционным фактором FOXP3+	Увеличивается уровень	Обнаруживается низкий уровень. Два последних протеина экспрессируются Treg. По уровню данных маркеров можно предсказать риск выкидыша.
Уровень NK-клеток	Низкий	Высокий
Блокирующие факторы/антитела (APCA, Ab2, MLR-Bf)	Обнаружение	Отсутствие/низкий уровень

Примечание: таблица составлена по данным (Pandey 2005).

APCA – анти-отцовские цитотоксические антитела; Ab2 – антиидиотипические – антитела, специфические по отношению к антигенным детерминантам, расположенным на вариабельных участках других антител; MLR-Bf (Mixed lymphocyte reaction blocking factors) – MLR-блокирующие антитела, инактивирующие реакцию в смешанной культуре лимфоцитов партнеров.

Неоднозначные эффекты лимфоцитоиммунотерапии. Поиск применения иммунотерапии у бесплодных пар базируется на пассивном (использование иммуноглобулинов) и активном (лимфоцитоиммунотерапии – ЛИТ) способах иммунизации. Суть последнего метода заключается в иммуностимуляции женщины клетками отца или донора [12]. ЛИТ в США не рекомендована к применению, ее использование допустимо в исследовательских центрах. В Японии до 70% клиник используют данную терапию при ПНБ у супружеских пар [13,14]. На рис. 2 представлены возможные направления применения ЛИТ, исследованные в литературе.

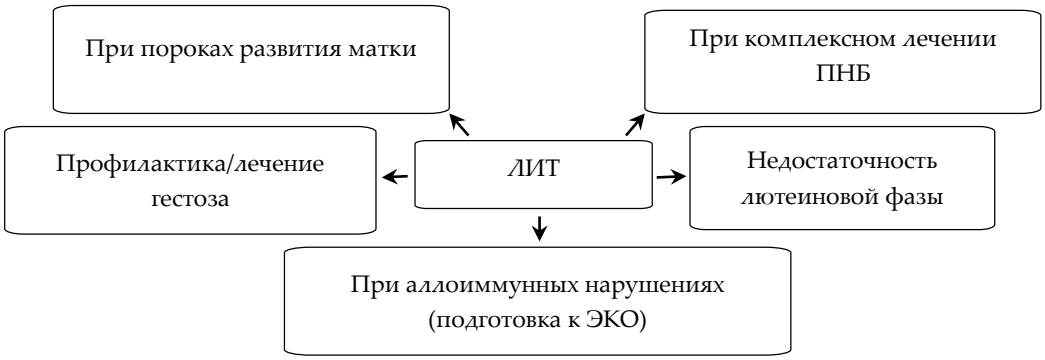


Рис. 2. *Варианты использования ЛИТ, исследованные в литературе*

На сегодняшний день нет однозначного ответа, касающегося эффективности применения ЛИТ как при проведении рандомизированных, так и других неслучайных исследований [14,15]. Успешность применения терапии подтверждена во многих исследованиях, а наличие отрицательных результатов может свидетельствовать о необходимости разработки четкого и эффективного алгоритма отбора пациентов. В их анамнезе должны присутствовать критерии, необходимые для достижения эффективного лечения. Например, недопустимо применение ЛИТ для женщин с поздними сроками прерывания, так как у них другие механизмы/причины невынашивания беременности. Однако существует предположение, что ЛИТ может рассматриваться в качестве профилактики поздних осложнений беременности. Установлено, что терапия снижает в 2,5 раза количество случаев внутриутробного ограничения роста плода [8]. Считается, что противопоказаниями к проведению ЛИТ являются: наличие более одного живого ребенка от одного партнера, антифосфолипидный синдром (АФС), онкологическая патология. В этот список необходимо включить хромосомные аберрации с высоким риском рождения ребенка с пороками развития [16]. Высокий/средний титр антикардиолипиновых антител приводит к достоверному (в 1,5 раза) снижению эффективности ЛИТ. Присутствие серопозитивных антиядерных или антикардиолипиновых антител у женщин снижает частоту рождения здоровых детей после терапии [17]. В табл. 2 указаны возможные причины противоречивости результатов проведения ЛИТ и предполагаемые критерии неэффективности терапии.

Таблица 2.
Возможные причины противоречивости результатов и неэффективности ЛИТ

Противоречивость результатов	**Критерии неэффективности ЛИТ**	
Разные дозировки лимфоцитов и кратность инъекций	Фактор	Вывод
Рекомендуется не менее 100×10^6 клеток, доза 500×10^6 может быть неэффективной	Иммунная несостоятельность донора	Необходимо детальное исследование анамнеза.
Необходимо сравнивать исследования с учетом дозы и кратности повторения процедуры.	Комплексное лечение	Наряду с ЛИТ необходимо поддерживающая терапия витаминно-метаболическими препаратами/спазмолитиками.
Комбинированное применение ЛИТ до беременности и в ее первом триместре более эффективно, чем только до и после зачатия.	Анамнез пациентки	Отсутствие комплексной системы скрининга и применение неподходящих методов получения данных анамнеза пациентов.

Примечание: таблица составлена по данным (Pandey 2004).

Требуется параклинические исследования пациентов посредством иммунологических и молекулярно-генетических тестов. Необходима предварительная проверка аллелей повышенного риска невынашивания беременности, развития АФС, преэклампсии, эклампсии.

Иммунологический анализ влияния ЛИТ. Исследования, показавшие эффективность ЛИТ, подвергаются критике. В отдельных работах не обнаружено отличий в исходах беременности при отсутствии и использовании терапии [11,15]. Различные иммунологические результаты применения ЛИТ у женщин с ПНБ представлены на рис. 3.

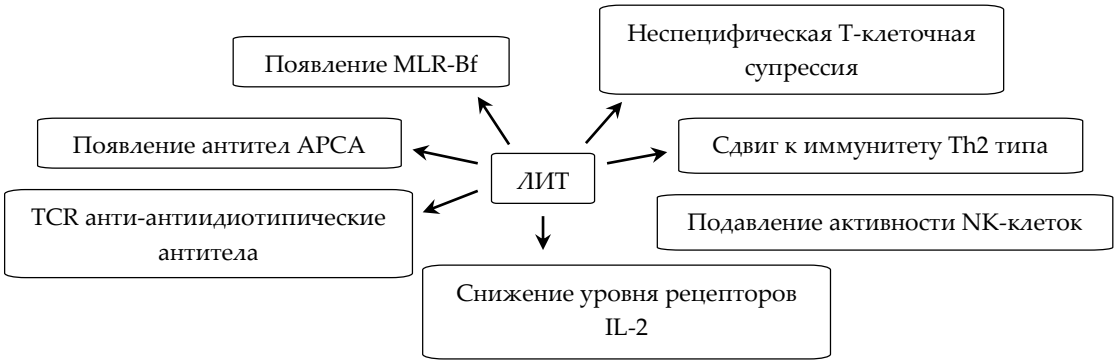


Рис. 3. *Различные иммунологические результаты применения ЛИТ. Схема составлена по данным (Pandey 2004; Liu 2017).*

Применение ЛИТ, по-видимому, вызывает трансформацию $CD8^{+}\alpha\beta$ Т-клеток в $CD4^{-}CD8^{-}$ клетки. Это предотвращает аборт путем ингибирования активации NK-клеток и продукции образования аллоантител [11]. Кроме вышеуказанных эффектов ЛИТ некоторые исследователи обнаружили следующие достоверные изменения иммунологических факторов после терапии (табл. 3).

Другие проблемные стороны сравнения эффективности ЛИТ в отдельных исследованиях включают:

1. Отсутствие достоверных параметрических критериев влияния ЛИТ на иммунологический статус. Например, посредством анализа появления/увеличения MLR-Bf, анти-HLA, антиотцовских лимфоцитных (APLA) и/или антиотцовских цитотоксических (APCA) антител [18].

2. Варианты хранения лимфоцитов (использование для инъекции свежеприготовленных клеток или хранящихся в течение ночи) [11].

Вышеуказанный перечень антител нельзя считать достоверным показателем эффективности терапии, так как их высокий уровень неоднозначно коррелирует с успешным исходом беременности. Возможно, антитела являются следствием, не причиной сохранения беременности. В настоящее время, наибольший интерес в качестве критерия эффективности ЛИТ представляют MLR-Bf, наличие которых показало хороший результат для прогнозирования результатов терапии для пациентов, имевших 3 и более ПНБ без проявления сердечной деятельности эмбриона [18].

Таблица 3.
Изменение некоторых иммунологических факторов после ЛИТ

Фактор	Изменение
IL-2, IFNγ	Снижение их секреции мононуклеарными клетками Th1
IL-1, 6; TNFα	Снижение уровня их моноцитарной функции/цитотоксической активности
IL-4, 10, TGF-β2	Повышение секреции
IL-12	Снижение продукции
CD56+NK-клеток	Снижение уровня
CD3+ Т-клеток	Увеличение популяции

Примечание: таблица составлена по данным (Pandey 2004).

Заключение

Таким образом, ЛИТ является перспективным методом лечения ПНБ. Однако недостаточно изучены критерии применения процедуры, не полностью разработан ее алгоритм и не определены факторы снижения эффективности с учетом критерия отбора пациентов. Противоречивость

результатов рандомизированных и неслучайных исследований необходимо объяснять после детального сравнения их протоколов. Например, в неудачные результаты ЛИТ могут внести пациенток, у которых беременность вообще не произошла. Данный исход можно воспринимать как неудачу ЭКО, но сравнение эффективности ЛИТ должно учитывать удачную беременность и выкидыш на ранних стадиях. Под вопросом остаются такие исходы как замершая беременность и поздний самопроизвольный аборт. Вследствие недостатка сведений о механизмах потери плода еще предстоит проведение многочисленных исследований для формирования концептуальных моделей применения ЛИТ.

SUMMARY

The importance of lymphocyte-immunotherapy in the treatment and prevention of recurrent miscarriage of pregnancy

J.F. Qurbanova[1], T.M. Mukharamova[2], A.S. Hasanova[1], F.A. Qaraqurbanli[3]

[1]Scientific Research Insitutue of Obstetrics and Gynecology
[2]Medical Center "Microsyst"
[3]Assoatioan of Support to Development of Gynecology and Perinatology

Key words: *recurrent miscarriage, immunological factors, lymphocyte-immunotherapy*

The recurrent miscarriage of pregnancy (RMP) is characterized by a wide range of variations in etiology, including immunological factors. Lymphocyte-immunotherapy is a method, the effectiveness of which for couples with early RMP has been studied since 1985. The results of the procedure are ambiguous and contradictory. However, numerous studies confirm the effectiveness of the method. This article analyzes the literature on the results of the use of lymphocyte-immunotherapy, indicating the immunological factors, the level of which varies during the normal course of pregnancy, her recurrent miscarriage and after the application of the procedure.

XÜLASƏ

Limfosit-imunoterapiyanın hamiləliyin təkrarlanan düşüklərin müalicəsində və qarşısının alınmasında əhəmiyyəti

C.F. Qurbanova[1], T.M. Muharamova[2], A.S. Həsənova[1], F.A. Qaraqurbanlı[3]

[1]Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu
[2]Tibbi Mərkəz "Mikrosist"
"Ginekologiya və Perinatologiya İkişafına Dəstək" Assosiasiyası[3]

Açar sözlər: *təkrarlanan düşüklər, immunoloji amillər, limfosit-immunoterapiya*

Hamiləliyin təkrarlanan düşükləri (HTD), immunoloji amillər daxil olmaqla, etiyologiyada geniş bir dəyişiklik ilə xarakterizə olunur. Limfosit-immunoterapiya, erkən HTD olan cütlüklər üçün effektivliyi 1985-ci ildən bəri öyrənilən bir üsuldur. Prosedurun nəticələri birmənalı deyil və ziddiyyətlidir. Bununla yanaşı, çoxsaylı tədqiqatlar metodun effektivliyini təsdiqləyir. Bu məqalədə limfosit-immunoterapiyanın istifadəsinin nəticələrinə dair hamiləliyin normal gedişi zamanı, onun təkrarlanan düşüklərdə və prosedur tətbiq edildikdən sonra səviyyəsi dəyişən immunoloji faktorları göstərən ədəbiyyat təhlil olunur.

ЛИТЕРАТУРА

1. Liu M., Zhen X., Song H., et al. Low-dose lymphocyte immunotherapy rebalances the peripheral blood Th1/Th2/Treg paradigm in patients with unexplained recurrent miscarriage. Reprod Biol Endocrinol. 2017;15(1):95. Published 2017 Dec 16. doi:10.1186/s12958-017-0315-9.
2. Yang F., Zheng Q., Jin L. Dynamic Function and Composition Changes of Immune Cells During Normal and Pathological Pregnancy at the Maternal-Fetal Interface // Frontiers in Immunology. 2019.V. 10. P. 2317. DOI=10.3389/fimmu.2019.02317.
3. Абламуниц В.Г. Механизмы толерантности матери к плоду: уроки молекулярной дипломатии // Проблемы репродукции. 2016;22(2): 8-16. DOI=10.17116/repro20162228-16.

4. Pei CZ, Kim YJ, Baek KH. Pathogenetic factors involved in recurrent pregnancy loss from multiple aspects. Obstet Gynecol Sci. 2019;62(4):212-223. doi:10.5468/ogs.2019.62.4.212.
5. Малышкина А.И., Батрак Н.В. Факторы риска самопроизвольного прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием в анамнезе // Медицинский совет. 2015. №XX. С.46-49.
6. Батрак Н.В., Малышкина А.И. Факторы риска привычного невынашивания беременности // Вестник ИвГМА. 2016. № 4. С. 37-41.
7. Grimstad, F., Krieg, S. Immunogenetic contributions to recurrent pregnancy loss. J Assist Reprod Genet 33, 833–847 (2016). https://doi.org/10.1007/s10815-016-0720-6
8. Маркова А.С., Меньшиков И.В., Бедулева Л.В. и др. Клинико-диагностическая ценность методов определения иммунного ответа матери на антигены отца и установления толерантности при беременности // Вестник Удмуртского университета. Серия «Биология. Науки о Земле». 2011. №4. С. 102-106.
9. Meenakshi Singh, Jyoti Rajak, Shalaka Kadam and Sunil B. Rajadhyaksha (May 13th 2019). Alloimmunization and Role of HLA in Pregnancy, Complications of Pregnancy, Hassan Abduljabbar, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.84211.Available from: https://www.intechopen.com/books/complication-of-pregnancy/alloimmunization-and-role-of-hla-in-pregnancy.
10. Pandey, Manoj & Rani, Reena & Agrawal, Suraksha. (2005). An update in recurrent spontaneous abortion. Archives of gynecology and obstetrics. 272. 95-108. 10.1007/s00404-004-0706-y.
11. Pandey, Manoj & Thakur, Seema & Agrawal, Suraksha. (2004). Lymphocyte immunotherapy and its probable mechanism in the maintenance of pregnancy in women with recurrent spontaneous abortion. Archives of gynecology and obstetrics. 269. 161-72. 10.1007/s00404-003-0560-3.
12. Hajipour, H, Nejabati, HR, Latifi, Z, et al. Lymphocytes immunotherapy for preserving pregnancy: Mechanisms and Challenges. Am J Reprod Immunol. 2018; 80: e12853. https://doi.org/10.1111/aji.12853
13. Takeshita, Toshiyuki. (2004). Diagnosis and Treatment of Recurrent Miscarriage Associated with Immunologic Disorders: Is Paternal Lymphocyte Immunization a Relic of the Past? Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi. 71. 308-13. 10.1272/jnms.71.308.
14. Cavalcante, Marcelo & Sarno, Manoel & Da Silva Costa, Fabricio & Barini, Ricardo. (2016). Lymphocyte immunotherapy in the treatment of recurrent miscarriage: systematic review and meta-analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics. 295. 1-8. 10.1007/s00404-016-4270-z.
15. Wong LF, Porter TF, Scott JR. Immunotherapy for recurrent miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(10):CD000112. Published 2014 Oct 21. doi: 10.1002/14651858.CD000112.pub3
16. Гинзбруг Б.Г. Лимфоцитотерапия как метод лечения пациенток с репродуктивными потерями при невынашивании беременности. РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА 1, 2015. 42-46. doi: 10.17116/rosakush201515142-46
17. Wang WJ (2014) Lymphocyte Immunotherapy is Not Necessary for Primary Unexplained Abortions. Reprod Syst Sex Disord 3: 132. doi:10.4172/2161-038X.1000132
18. Yang, K. & Zhang, B. & Lou, G.-Y & Wang, H.-D & Hou, Q.-F & He, M. & Chu, Y. & Chen, Y.-Q & Li, Q.-C & Zhang, C.-Y & Song, Y.-P & Liao, S.-X. (2017). The study of the prognostic value of mixed lymphocyte reaction blocking factor (MLR-Bf) for the pregnancy outcome after lymphocyte immunization in different kinds of patients with unexplained recurrent spontaneous abortion. International Journal of Clinical and Experimental Pathology. 10. 688-694.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Г.Д. Алиева, Г.А.Халилова, Д.Г. Дадашева
Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *новорожденные, неонатальный скрининг, профилактика*

Проведение в государственных и частных учреждениях здравоохранения неонатального скрининга в целях раннего выявления наследственных заболеваний (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземия, муковисцидоз), их своевременное лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения детской смертности от наследственных заболеваний имеет в Республике наиважнейшее значение в данный период времени [1,2].

Массовый скрининг новорожденных на генетические болезни обязан своим появлением Р. Маккриди (R. MacCready), директору Диагностической лаборатории в отделе здравоохранения штата Массачусетс (США), и Р. Гатри (R. Guthrie), американскому доктору. Методику микробиологического анализа определения концентрации фенилаланина в крови (Гатри-тест), которые в 1962 г. организовали сбор бланков из фильтровальной бумаги с пятнами сухой крови от каждого новорожденного в штате Массачусетс. Их тестировали на наличие фенилкетонурии **[3].** За свою полувековую историю неонатальный скрининг из простого биохимического теста превратился в передовую современную технологию, стоящую на страже сохранения здоровья нации, со своими научной и производственной базой, четкими диагностическими программами, высокими требованиями к лабораторной диагностике, соблюдению этических норм и др. Однако необходимо признать, что бурное, если не сказать взрывное, развитие молекулярной биологии в конце прошлого века, появление технологии тандемной масс-спектрометрии (ТМС), метода секвенирования (определение биополимеров) следующего поколения (next generation sequencing, NGS) и повышение общедоступности генетических тестов с низкой стоимостью открыли возможность бесконтрольного роста числа скрининговых программ на определение заболеваний. На повестке дня стоит вопрос об организации соответствующей правовой базы для определения необходимости введения той или иной нозологии в программу скрининга, для обеспечения родителей информационной поддержкой до начала скрининга и качественным медико-генетическим консультированием после него. Исходя из этого, Комитет общественной и профессиональной политики Европейского общества генетики человека (ESHG) в мае 2000 г. опубликовал разработанную экспертами 15 европейских стран систему правил, стандартов и мер безопасности для организации и проведения генетических скрининговых программ. Основными критериями, необходимыми для включения болезни в программу скрининга, названы следующие:

- болезнь должна быть четко очерчена клинически и биохимически;
- болезнь должна представлять собой значимую проблему (высокую степень инвалидизации и смертности);
- болезнь должна быть распространенной (встречаться с частотой не менее 1:10 000–1:15 000 новорожденных);
- процедура скрининга должна быть приемлемой и корректной для пациента и общества;
- процедура скрининга должна иметь адекватную стоимость;
- болезнь должна иметь готовое, апробированное лечение, эффективное на доклиническом этапе» [4,5].

Согласно современным представлениям, тестирование на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз является «золотым стандартом» скрининга. Указанные нозологии включены в списки скринируемых заболеваний всех стран, имеющих государственные программы массового обследования новорожденных, потому что полностью соответствуют критериям, описанным выше.

Наследственные болезни обмена (НБО) представляют собой фенотипически и генетически гетерогенную группу заболеваний, возникающих в результате генетических повреждений, приводящих к недостаточной функции или отсутствию ферментативной активности различных метаболических процессов. Из-за тяжелых клинических последствий НБО являются важной причиной заболеваемости и смертности, а во многих случаях имеют долгосрочные последствия для здоровья [1, 2]. На сегодняшний день известно более 1000 нозологий НБО, суммарная частота которых может быть свыше 1 на 800. В связи с этим во многих странах мира проводится неонатальный скрининг (НС) новорожденных на НБО [5]. НС — это диагностическая технология сплошного безвыборочного лабораторного обследования всех новорожденных. Целью НС является выявление детей с серьезными врожденными нарушениями на доклинической стадии для предотвращения развития симптомов и коррекции осложнений заболевания **(5-7).** Для максимального выявления всех больных чувствительность скринингового теста максимизируется за счет установления относительно низких порогов концентрации анализируемых веществ. Это приводит к получению большого числа ложноположительных результатов. Еще одной проблемой скрининга является недостаточная специфичность исследуемых маркеров — метаболический профиль при различных нозологиях может частично совпадать, из-за чего возможно замедление постановки правильного диагноза [6].

С целью повышения диагностической точности для оценки находок скрининга большинства заболеваний используются несколько методов: биохимические тесты и генотипирование **[7].** С 2006 г. в рамках национального проекта «Здоровье» во всех регионах России программа массового обследования новорожденных включает следующие заболевания: врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию (ФКУ), галактоземию (ГАЛ), адреногенитальный синдром и муковисцидоз (МВ).

Скрининг включает количественное определение уровней биохимических маркеров соответствующих заболеваний: иммунореактивного трипсиногена (ИРТ)-муковисцидоз, фенилаланина (ФА)-фенилкетонурия, общей галактозы (ГАО)-галактоземия, тиреотропного гормона-врожденный гипотиреоз и 17-ОН-прогестерона-адреногенитальный синдром в образцах сухих пятен крови. При положительных результатах проводятся повторный забор крови и исследование вышеуказанных метаболитов (ретест). Подтверждающий этап диагностики скринируемых заболеваний подразумевает проведение молекулярно-генетических исследований, однако данный этап является вариативной частью и четко не регламентирован. Вследствие того, что используемые на первых двух этапах биохимические маркеры наряду с высокой чувствительностью обладают низкой специфичностью, после скрининга получается примерно 20% ложноположительных результатов.

К примеру, биохимический маркер для диагностики муковисцидоза — ИРТ — может повышаться при ряде врожденных патологий, таких как: конъюгационная желтуха новорожденных, внутриутробные инфекции и др. Кроме того, при таком частом осложнении муковисцидоза, как мекониальный илеус, уровень ИРТ может быть нормальным, обусловливая ложноотрицательные результаты скрининга. Материалом для биохимических методов исследования (иммунофлюоресцентный, флюориметрический, флюоресцентный методы) является капиллярная кровь на бланках фильтровальной бумаги, взятая в родильном доме из пятки новорожденного на 4—5-й день жизни у доношенных и 7—9-й день у недоношенных (прибор Victor 2, «Perkin Elmer», США; наборы реагентов «ИРТ-Неоскрин», «Галактоза-Неонатал», «ФКУ-Неоскрин», Россия). Для проведения ретестов на МВ используют капиллярную кровь, взятую на 21—28-й дни жизни независимо от срока гестации.

Материалом для молекулярно-генетического исследования служили образцы ДНК, выделенные из сухих пятен крови. Оптимизация методов молекулярно-генетической диагностики и реформирование организационной структуры подтверждающего этапа для усовершенствования на этой основе программ массового скрининга на наследственные болезни позволят повысить диагностическую эффективность НС.

Профилактическая направленность скрининга подразумевает идентификацию бессимптомных детей и последующее проведение подтверждающих тестов (биохимических или генетических). В то время как дети, у которых симптомы уже проявились, сначала проходят первичную клиническую оценку и

последовательное диагностическое тестирование на основании представления анамнеза заболевания или клинических заключений, что способствует снижению скорости постановки диагноза и ограничивает диагностическую эффективность. Появление технологии NGS создает беспрецедентные возможности проведения полного скрининга наследственных заболеваний. Таргетное секвенирование следующего поколения (TNGS) является перспективным методом экономически эффективного решения диагностического тестирования новорожденных второго уровня, благодаря возможности выборочного секвенирования геномных областей, представляющих интерес, как правило, экзонов (это участки ДНК, копии которых составляют зрелую РНК, в белке являются первичными генетическими единицами, рекомбинация которых приводит к возникновению новых генов и соответственно белков). Такое селективное исследование ДНК имеет преимущество экспресс-теста (4,5 рабочих дня), более низкую стоимость, а кроме того, позволяет избежать материальных и этических проблем, связанных с полногеномным секвенированием.

Таким образом, проведение данной скрининговой программы является важным моментом в определении и своевременном лечение наследственных болезней обмена. В Азербайджане планируется проведение данной скрининговой программы с вовлечением максимально большего количества родовспомогательных учреждений. Проведены вебинары по методике сбора крови с последующим направление материала в НИИ Акушерства и Гинекологии, где и будет проводиться лабораторное исследование с выдачей результатов. Полученные данные будут представлены в последующих статьях.

XÜLASƏ

Doğum evlərdə neonatal skrininqin aparırmasının ardıcıllığı

G.C. Əliyeva, G.A. Xəlilova, D.Q. Dadaşova
Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

***Acar sözlər** : yenidoğulmuşlar, neonatal skrininq, profilaktika*

Azərbaycanda erkən neonatal skrininqin aparılması irsi xəstəliklərin əşkarlanmasında və fəsadlarının qarşısının alınmasında əsas rol oynayır. Biokimyəvi müayyinə üçün kapilyar qan istifadə olunur.Bu ekspress test müayyinəsi maddi və etik problemlərin yaranmamasına kömək edir

SUMMARY

Procedure of Conducting Neonatal Screening in Obstetric Institutions

Q.J. Aliyeva, Q.A. Khalilova, D.A. Dadashova
Scientific-Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbayjan

***Key words:** newborn, neonatal screening, prophylaxis*

Early mass neonatal screening for hereditary diseases is important in reducing their severe consequences among children in Azerbaijan. The material for biochemical research is capillary blood. This analysis with the help of a rapid test enables us to avoid a lot of material and ethical problems.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глик Б., Пастернак Дж. Молекулярная биотехнология. Принципы и применение. - Москва: Мир, 2002. -589 с.
2. Денисенкова Е.В., Бочков Н.П., Калинченко Н.Ю., и др. Реультаты скрининга новорожденных на наследственные болезни в г. Москве. Мед. генетика.2008: 6(10);3-12.
3. Pandor A., Eatham J., Beverley C., et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of neonatal screening for inborn errors of metabolism using tandem mass spectrometry: a sistematik review. Health technol. Assess. 2004:8(11): 1-121.

4. Дерябина С.С. Неонатальный скрининг: этические вопросы расширения спектра скринируемых заболеваний. Вопросы современной педиатрии. 2015; 14 (6): 714-723.
5. Краснопольская К.Д. Наследственные болезни обмена веществ. Справочное пособие для врачей. М: РОО Центр социальной адаптации и реабилитации детей "Фохат", 2005;364 с.
6. Чурюмова Ю.А., Вавилова Т.В., Вохмянина Н.В. Совершенствование алгоритма неонатального скрининга на наследственные болезни обмена с помощью технологии секвенирования следующего поколения. *Лабораторнаяслужба.* 2017;6(3):190-197.
7. Матулевич С.А. Массовый скрининг новорожденных на наследственные заболевания как часть системы медико-генетического консультирования: Автореф.дисс. …докт. мед. наук. М.2009 г

COVİD-19 PANDEMİYA DÖVRÜNDƏ BAŞ VERƏN 44 GÜNLÜK VƏTƏN MÜHARİBƏSİ DÖVRÜNDƏ HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞLARIN XARAKTERİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

C.F. Qurbanova, X.M. Təhməzi, A.F. İsmayilova, F.R. Hacıyeva
Azərbaycan Respublikası İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu Publik Hüquqi Şəxsi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *hamiləlik, müharibə, COVİD-19, pandemiya, vaxtından əvvəl doğuşlar*

Müharibə xüsusi qayda, təlimat, etik davranışlara əsaslanan, elmi əsası olan silahlı hərəkatdır. Terrorizm isə pərakəndə silahlı basqın olub, yırtıcılıq, haqsızlıq, ədalətsizlik mücəssiməsidir. Vətənimiz 44 gün qürurlu, ağıllı, savadlı və bəşəriyyət qanunlarına əsaslanaraq müharibə aparıb, özünün tarixi, qanuni torpaqlarını geriyə qaytardığı halda, düşmən yalnız terrora əl ata bilirdi. Terrordan ən çox əziyyət çəkən cəmiyyətin zəif hissəsi: qadınlar, uşaqlar və qocalar olur. BMT-in Baş assambleyasının Deklarasiyasında fövqəlda hallarda və silahlı münaqişələr zamanı qadınların və uşaqların mühafizəsinə xüsusi olaraq toxunulur. Əgər müharibə aparılan ərazinin yaxınlığında qadınlar və uşaqlar yaşayırlarsa, hərbi əməliyyatları ətraflı şəkildə düşünmək lazımdır. 44 günlük müharibə dövründə Bərdə, Gəncə, Tərtər kimi ərazilərə qarşı terror aktı törədən düşmənin də əsas məramı elə bu həssas populyasiyaya xətər yetirmək idi.

XX Əsrin 80-ci illərin sonlarından düşmənlərin əvvəlcə iddia, sonra isə ədalətsiz müharibəyə başlamışdır. "Qarabağ" müharibəsi tibbi və sosial xidmət üçün çox böyük sınaq olmuşdur [1].

COVID-19 pandemiyası bəşəriyyətin həyatını böyük təhlükələr qarşısında qoyur. Pandemiya dövründə müharibənin də yaşanması əhalinin sağlamlığına, psixi-emosional vəziyyətinə təsir göstərən bir çox ağır vəziyyətlərin yaranmasına səbəb olur: 1) həyat üçün bənzəri olmayan təhlükə yaranır; 2)geniş miqyaslı karantin tədbirləri ilə yanaşı hərbi vəziyyət insanların həyat tərzini də məhdudlaşdırır; 3) bir tərəfdən virusun inkubasiya dövrünün, digər tərəfən müharibənin davametmə müddəti haqqında tam məlumatın olmaması; 4)tibbi vasitələrin çatışmaması qorxusu; 5) zidiyyətli informasiya ilə zəngin davamsız informasiya mühitinin yaranması; 6) COVİD-19-un təsiri nəticəsində zəifləmiş iqtisadi vəziyyətin müharibə nəticəsində daha da ağırlaşması [2,3,4].

Bütün dünyada virus pnevmoniyası ölümün əsas səbəblərindən biri hesab edilir. Hamiləlik zamanı funksional qalıq həcmi diafraqmanın artması və tənəffüs yollarının selikli qişasının ödemi kimi fizoloji dəyişikliklər virus infeksiyalarına qarşı orqanizmi daha da həssas edir [5,6]. Lakin hazırda COVİD-19 olan hamilə qadınların tədqiqinə həsr edilmiş çox az işlər vardır. Göstərilmişdir ki, COVİD-19-un hamilə qadınlarda gedişatı hamilə olmayan qadınlardan çox fərqlənmir. Bununla yanaşı SARS-CoV-2-in hamilə qadınlardan uşaqlara şaquli ötürülməsi haqqında da göstəricilər yoxdur [7,8].

COVİD-19 üzrə pandemiya dövrünə təsadüf edən bu 44 günlük müharibə, sözsüz ki, əhalinin, xüsusilə də uşaq və qadınların həyatında təsir etmişdir. Bunları nəzərə alaraq biz aşağıdakı məqsədi qoyaraq tədqiqat işinə başlamışıq.

Tədqiqatın məqsədi. 27 sentyabr-10 noyabrı əhatə edən 44 günlük Vətən müharibəsi dövründə COVİD-19 pandemiyasında virus yoluxmuş hamilə qadınların hamiləlik və doğuşun gedişatının təhlil edilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın aparılmasında Gəncə Regional Perinatal Mərkəzi, Klinik Tibbi Mərkəzin məlumatlarından istifadə edilmişdir. Bununla yanaşı K.Fərəcova adına ET Pediatriya İnstitutunda vaxtından əvvəl doğuş nəticəsində dünyaya gəlmiş uşaqların xəstəlik tarixləri təhlil edilərək, vaxtından əvvəl doğuşların və bununla bağlı bir sıra göstəriciləri müqayisəli aspektdə öyrənilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Gəncə rayonun göstəriciləri - 11 hamilə qadın. Onlarda COVİD-19-a yoluxma 16, 20,24, 28, 35, 36, 37, 38 həftəlik hamiləliklər zamanı baş verib. 4 hamilə qadın xəstəxanaya hospitalizasiya olunub, 2 nəfərdə - Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılıb, 1 nəfərdə doğuş olub. Digərləri isə COVİD-19 virusuna qarşı konservativ müalicə alıb evə yazılıblar. Bu günə

qədər Gəncə regional xəstəxanasında 24 COVİD-19 infeksiyasına yoluxmuş hamilə olub, onlardan 5 Gəncədən digərləri kənar rayonlardan gəlib. Ümumilikdə 4 təbii doğuş olub, 4 Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı olub. 3 Hamilə qadının vəziyyəti ağırlaşdığı üçün qanda saturasiya səviyyəsi və qanda CRP səviyyəsi nəzərə alınaraq, klinik tibbi mərkəzə göndərilib. Bu üç nəfərdən 2-si Mingəçevidrən olub. Gəncədə bu 44 gün ərzində COVİD-19 olmayan 10 nəfər vaxtından əvvəl doğuş olub. Bir nəfər 28-33 həftə, o biriləri 33-34 həftəsi arası vaxtından əvvəl doğanlardır. Ümumi daxil olan (aprel-noyabr) 24 qadından 11 nəfəri 44 günlük müharibə dövründə daxil olmuşdur, bu da 45,8%-i təşkil etmişdir. Bu qadınlardan 7 nəfərdə (63,6%) vaxtından əvvəl doğuş olmuşdur. Vaxtından əvvəl doğuş istər müharibə dövründə, istərsə də ümumi daxil olan xəstələr arasında məhz müharidə dövüründə müddət ərzində üstnülük təşkil etmişdir

Klinik tibbi mərkəzin doğuş şöbəsinə 44 günlük müharibə dövründə COVİD-19-a yoluxan 47 hamilə qadın daxil olmuşdur.

Ümumi 47 hamilə daxil edilmişdir. 24 hamilə müvafiq müalicə alaraq, hamiləliyi davam etdirilməsi üçün əlverişli şərait yaradılmış və evə buraxılmışdır. Qalan 23 hamilə doğuşdan sonra uşaq və özü qənaətbəxş şəkildə evə göndərilmişdir.

23 hamilədən 13 nəfərdə hamiləlik 38-40 həftələrində başa çataraq fizioloji doğuşlar olmuşdur.

Digər 10 nəfərdə 43,5%-də hamiləlik 23-37-ci həftələrdə vaxtından əvvəl doğuşla başa çatdırılmışdır. 3 nəfərdə Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə doğuş aparılmışdır.

1 saylı klinik tibbi mərkəzə İyuldan noyabra qədər cəmi 112 hamilə qadın daxil olmuşdur. Bunlardan iyulda vaxtından əvvəl doğuş 4 nəfərdə, 10 vaxtında doğuş olmuşdur. Avqust 7 vaxtında doğuş olub (vaxtından əvvəl olmayıb). Sentyabrda 6 vaxtından doğuş (vaxtından əvvəl olmayıb). Oktyabrda 2 vaxtından əvvəl doğuş, 8 vaxtında doğuş olub. Noyabr 6 hamilə vaxtından əvvəl doğuş, 42 hamilə-lik vaxtından doğuş. Bu qadınların böyük əksəiyyəti Qeysəriyyə kəsiyi ilə əməliyyat olunmuşdur. 112 hamilədən 78 nəfərdə təbiib və ya cərrahi yolla doğuş olmuşdur. Digərləri isə 34 xəstədə hamiləlik düşüyü baş vermişdir. Onlar müalicə alıb, evə buraxılmışlar. Müharibənin getdiyi oktyabr – noyabr aylarında 8 doğuş vaxtından əvvəl baş vermişdir. 50 hamiləlik vaxtından əvvəl doğuşla başa çatmışdır. Lakin bu doğuşlar zamanl müxtəlif ağırlaşmalar baş verdiyi üçün Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə sona yetmişdir. İyul, avqust, sentyab aylarında isə hələ 44 günlük müharibəni başlamadığı dövrlərdə cəmi 10 vaxtından əvvəl doğuş olmuşdur. 112 hamilədən 58 nəfəri məhz müharibə dövründə COVİD-19 virusu ilə şöbəyə daxil olmuşdur. Bu da 6 ayda daxil olanların 51,78%-ni təşkil etmişdir, yəni iki ayda daxil olan COVİD-19-a yoluxmuş xəstələrin sayı 6 ayda daxil olan xəstələrin 51,78%-ni təşkil etmişdir. Ümumilikdə 6 ayda 12 vaxtından əvvəl doğuş olmuşdur. Bunların da 8 nəfəri, yəni 66,7%-n i təşkil etmişdir.

K.Fərəcova adına ET Pediatriya İnstitutunun göstəricilərinə əsasən müharibədən əvvəl, müharivə dövründ və müharibədən sonra vaxtından əvvəl doğulan yenidoğulmuşarın sayı təhlil edilmişdir. Tədqiqatda daxil edilən vaxtından əvvəl yenidoğulmuşlar üç qrupa ayrılmışdır:

- müharibədən əvvəl vaxtından əvvəl doğuş- 127
- müharibə dövründə vaxtından əvvəl doğuş-133
- müharibədən sonra vaxtından əvvəl doğuş- 134

Cədvəl 1.

Tədqiqata daxil edilən yenidoğulmuşların hestasiya müddəti

Qruplar	**28-30**		**31-33**		**34-35**		**35-59**	
	Müt.r	%	Müt.r.	%	Müt.r	%	Müt.r	%
Müharibə dövrü (n=133)	10	7,5	20	15,3	35	26,3	36	27,6
Müharibədən əvvəl (n=127)	8	6,3	30	23,6	36	28,4	44	34,6
Müharibədən sonra (n=134)	10	6,8	31	23,1	25	18,6	30	22,9

Cədvəl 2.

Tədqiqata daxil edilən yenidoğulmuşların analarının doğuş anında yaşlar üzrə bölgüsü

Qruplar	20-30 yaşlar		30 və daha artıq yaşlar	
	Müt.r	%	Müt.r.	%
Müharibə dövrü (n=133)	40		36	
Müharibədən əvvəl (n=127)	55		33	
Müharibədən sonra (n=134)	79		22	

Müharibə dövründə 30 və daha artıq yaş qrupun daxil edilən qadınlardan 4(11,1%) nəfər 41 yaş, 1 nəfər 42 yaşda olmuşdur. Bir qadın 46 yaşda olmuşdur. Daha az yaş qrupuna daxil olan 3 qadın qeydə alınmışdır. 16 yaşda bir qadın, 17 yaş 1 qadın, 18 yaş 1 qadın olmuşdur.

Müharibədən sonra vaxtından əvvəl doğuşa məruz qalmış 4 (2,9%) qadının 18 yaşı, 5 qadının 19 yaşı olmuşdur. Daha bir qadının yaşı isə 17 olmuşdur. Bu qrupa daxil olan ən yüksək yaş həddi bir qadında olmuşdur. Onun 52 yaş olmuşdur.

Mühirəbədən əvvəl vaxtından əvvəl doğuşla hamiləliyi sona yetmiş 8 qadının yaşı 18, 4 qadının yaşı 19 olmuşdur. Daha 3 qadın böyük yaş rupuna daxil olmuşdur. Onlardan hər biri 1 nəfər olmaqla 55, 45, 48 yaşlarda olmuşdur.

Cədvəl 3.

Tədqiqata daxil edilən ölən yenidoğulmuşların hestasiya həftəsinin paylaşdırılması

Qruplar	26-30 həftələr		30-33 həftələr		34 və daha artıq	
	Müt.r.	%	Müt.r.	%	Müt.r.	%
Müharibə dövrü (n=9)	1	11,1	4	44,4	4	44,4
Müharibədən əvvəl (n=3)	1	33,3	2	66,6		
Müharibədən sonra (n=12)	4	33,3	3	25	5	41,6

Müharibə dövründə doğuş zamanı ölən uşaqların 3 nəfəri Bərdə ərazisində olmuşdur. Bu dövrdə ölən yenidoğulmuşlardan birinin doğum anında bədən kütləsi 1100 qram olmuşdur. Cədvəl 3 - dən göründüyü kimi bu dövrdə ölən vaxtından əvvəl yenidoğulmuşların heç birinin kütləsi 2500-dən artıq olmamışdır.

Müharibədən sonra ölən yenidoğulmuşlardan 1 uşağın bədən kütləsi 900 qram, 1 uşaq 600 qram qeydə alınmışdır. Stasionara daxil olduqda bir uşağın bədən kütləsi 604 qr, 1 uşaq 940 qram olmuşdur.

Müharibədən əvvəl ölən yenidoğulmuşlardan 1 uşağın bədən kütləsi doğulduqda 990 qram, daxil olduqda 800 qram qeydə alınmışdır.

Cədvəldən göründüyü kimi ölən vaxtından əvvəl yenidoğulmuşların sayı daha çox müharibədən sonra olan dövrə düşür (n=12), müharibə dövründə 9 uşaq ölmüşdür. Daha az ölən körpə müharibədən əvvəlki dövrə təsadüf edir. Bu bir daha müharibənin reproduktiv sağlamlığa nə dərəcədə ağır zərbə vurduğunu göstərir. Xüsusilə müharibə gedən ərazilərdə və düşmənin terror əməliyyatlarına məruz qalan ərazilərdə vəziyyət daha da ağır olmuşdur.

Müharibə və silahlı qarşıdurma aparılan bölgələrdə yaşayan bütün insanların fiziki və psixi sağlamlığı, ictimai həyat və ətraf mühitin mühafizəsi üçün dağıdıcı nəticələrə səbəb olur. Müharibə səhiyyə infrastrukturunu məhv edir, on illərlə davam edən səhiyyə nailiyyətlərinə zərbə vurur və səhiyyə sistemlərinin hərbi əməliyyatlar birbaşa və dolayısı olaraq səhiyyənin təsirlərə cavab vermə qabiliyyətini ciddi şəkildə sarsıdır. Silahlı qarşıdurma nəticəsində milyonlarla insan məcburi köçkün və ya didərgin düşmüşdür. Məcburi köç, tranzit zamanı, məcburi düşərgələrdə və ev sahibi ölkələrdə sağlamlıq hüququ məhdud olduğu üçün əlavə fiziki və zehni sağlamlıq problemləri yaradır. Gələcək nəsillər üçün fəlakətli nəticələr davam edə bilər. Bir sözlə, müharibə insan tərəfindən yaradılan ictimai səhiyyə problemidir.

РЕЗЮМЕ

Особенности беременности и родов в период 44-дневной Отечественной войны, прошедшей во время пандемии COVID-19

Дж.Ф. Курбанова, Х.М. Тахмази, А.Ф. Исмаилова, Ф.Р. Гаджиева

Государственное Агентство Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики Ассоциация Управления Медицинских Территориальных Подразделений Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии Государственно-Правовое Частное, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *беременные, война, COVİD-19, пандемия, преждевременные роды*

Целью исследования был анализ течения беременности и родов беременных, инфицированных вирусом, во время пандемии COVID-19 вовремя 44-дневной войны, которая длилась с 27 сентября по 10 ноября. В исследовании использованы данные Гянджинского областного перинатального центра и клинического медицинского центра. Кроме того, в НИИнституте Педиатрии им. К. Фараджевой был проанализирован анамнез детей, рожденных в результате преждевременных родов, а ряд показателей преждевременных родов и связанных с ними показателей изучались в сравнительном аспекте.

По данным НИИнститута педиатрии им. Фараджова, были проанализированы довоенные, послевоенные и послевоенные преждевременные роды. Включенные в исследование недоношенные новорожденные были разделены на три группы: преждевременные роды - 127; преждевременные роды вовремя войны-133; Преждевременные роды до войны - 134.

Войны и вооруженные конфликты имеют разрушительные последствия для физического и психического здоровья, общественной жизни и окружающей среды всех людей, живущих в этих районах. Войны разрушают инфраструктуру здравоохранения, подрывают десятилетия оказания медицинской помощи и серьезно подрывают способность систем здравоохранения прямо или косвенно реагировать на последствия для здоровья.

SUMMARY

Features of pregnancy and childbirth during the 44-day World War II, which took place during the COVID-19 pandemic

J.F. Qurbanova, X.M. Takhmazi, A.F. Ismayilova, F.R. Haciyeva

State Agency for Compulsory Medical Insurance of the Republic of Azerbaijan Medical Territorial Units Management Association Scientific-Research Institute of Obstetrics and Gynecology Public Legal Private, Baku

Keywords: *pregnant women, war, COVID-19, pandemic, premature birth*

The aim of the study was to analyze the course of pregnancy and childbirth of pregnant women infected with the virus during the COVID-19 pandemic during the 44-day war, which lasted from September 27 to November 10. The study used data from the Ganja Regional Perinatal Center and Clinical Medical Center. In addition, at the Institute of Pediatrics. K. Faradzhevoy E.T. the history of children born as a result of preterm birth was analyzed, and a number of indicators of preterm birth and related indicators were studied in a comparative aspect.

According to the Farajov Institute of Pediatrics, pre-war, post-war and post-war premature births were analyzed. The premature newborns included in the study were divided into three groups: premature birth - 127; premature birth during the war-133; Premature birth before the war - 134.

War and armed conflict have devastating consequences for the physical and mental health, public life and the environment of all people living in these areas. Wars destroy health infrastructure, undermine decades of health care delivery, and severely undermine the ability of health systems to respond directly or indirectly to health consequences.

ƏDƏBİYYAT

1. Holley J, Akhundov O, Nolte E. Health care systems in transition: Azerbaijan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Obser< vatory on Health Systems and Policies, 2004, 84 p.
2. Elshafeey F., Magdi R., Hindi N. et al., A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth // Int J. Gynaecol. Obstet., 2020. doi: 10.1002/ijgo.13182.
3. Monteleone P.A., Nakano M., Lazar V. et al. A review of initial data on pregnancy during the COVID-19 outbreak: implications for assisted reproductive treatments // JBRA Assist. Reprod., 2020, Vol.24 (2), P. 219-225.
4. Li Q., Guan X., Wu P. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia // N. Engl. J. Med., 2020, Vol. 382, P. 1199-207.
5. Zhao S., Lin Q., Ran J. et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak // Int. J. Infect. Dis. — 2020. — Vol. 92. — P. 214-217.
6. Rothe C., Schunk M., Sothmann P. et al. Transmission of 2019- nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany // N. Engl. J. Med., 2020, Vol. 382, P. 970-971.
7. Drosten C., Gunther S., Preiser W. et al. Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome // N. Engl. J. Med., 2003, Vol. 348, P. 1967-1976.
8. Ksiazek T.G., Erdman D., Goldsmith C.S. et al. SARS Working Group. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome // N. Engl. J. Med., 2003, Vol. 348, P. 1953-1966.

ERKƏN REPRODUKTİV DÖVRDƏ ÜMUMİ VƏ GENİTAL İNFANTİLİZMİ OLAN YENİYETMƏ VƏ GƏNC QIZLARDA KARBOHİDRAT MÜBADİLƏSİNİN DƏYİŞMƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

G.Q. Həsənli, N.E. Axundova, E.M. Əliyeva, S.Ş. Məmmədova, V.Ə. Əhmədzadə, İ.R. Mustafayeva, F.M. Baxşəliyev
Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq-Ginekologiya kafedrası

Açar sözlər: *ümumi infantilizm, genital infantilizm, hipoqonadotropik hipoqonadizm, hipergonadotropik hipoqonadizm, normogonadotropik hipoqonadizm, karbohidrat mübadiləsi*

Problemin aktuallığı. Erkən reproduktiv dövr cinsi yetişkənlik dövründə formalaşan fiziki və cinsi inkişafın xüsusiyyətlərini əhatə edir. Qeyd etmək lazımdır ki, reproduktiv dövrdə olan qızların karbohidrat mübadiləsinin xüsusiyyətlərinə görə qlükozanın acqarına səviyyəsi 5,6±0,11 mmol/l. Oral qlükoza tolerantlıq testdən sonra (OQTS) qlükozanın səviyyəsi 6,11±0,09 mmol/l, insulinin acqarına miqdarı 9,1±0,006 uU/ml olmuşdur [1,2,3,4].

Eyni zamanda erkən reproduktiv dövrdə karbohidrat mübadiləsinin vəziyyətinə aid elmi məlumatlar məhduddur. Müasir ədəbiyyat məlumatlarına görə pubertat dövrdə olan qızların karbohidrat mübadiləsinin göstəricilərinə görə qlükozanın acqarına 82,26±0,016 mq/dl, insulin acqarına 9,3±0,06 uİU/ml, oral qlükoza tolerantlıq testindən sonra (OQTS) 110,51±1,25 mg/dl, insulin OQTS-dən sonra 20,11±0,35 uİU/ml olmuşdur. Təyin edilmişdir ki, inteqra göstəricilərindən HOMA indeksi 1,89±0,016, KARO indeksi 0,49±0,08 olmuşdur [5,6,7,8].

Qeyd etmək lazımdır ki, erkən reproduktiv dövrdə ümumi və genital infantilizmi olan qızlarda karbohidrat mübadiləsinin xüsusiyyətləri öyrənilməmişdir.

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın məqsədi təyin edilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi. Erkən reproduktiv dövrdə ümumi (hipoqonadotrop hipoqonadizm) və genital infantilizm (hiper-, normoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri olmuşdur.

Klinik material və müayinə metodları. Aparılan tədqiqatda 82 ümumi infantilizm (n=45) (hipoqonadotrop hipoqonadizm) və genital infantilizm (n=37) (hiper-, normoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda karbohidrat mübadiləsinin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Bu qızlarda patogenetik müalicədən əvvəl və sonra qlükoza və insulinin acqarına, HOMA-İR və KARO-əmsalını inteqra göstəriciləri təyin edilmişdir: KARO indeksi qlükozanın insulinə nisbəti ilə təyin edilir və fizioloji göstəriciləri 0,33> olmasıdır. Bu göstəricidən 0,33-dən azalması hiperinsulinemiya və insulinrezistentliyə dəlalət edir. HOMA indeksi qlükozanın acqarına x insulin acqarına / 22,5 ilə təyin edilir. HOMA indeksin 2,5< fizioloji göstərici, 2,5> olması insulinrezistentliyi təsdiq edir.

Tədqiqat zamanı alınan nəticələr statistik işlənmişdir. Qrup göstəriciləri variasiya sırasında yerləşdirilmişdir. Hər qrup üçün orta qiymət (M), orta qiymətin orta kvadratik meyli (λ^2), onun standart xətası (Se), eyni zamanda sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri müəyyən olunmuşdur.

Statistik işlənmə orta qiymətin parametrik və qeyri-parametrik üsullarla hesablanması üçün nəzərdə tutulmuş «Statgraph» proqramı tətbiq etməklə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticiləri və müzakirəsi. Aparılan tədqiqatda 45 müxtəlif mənşəli hipoqonadotrop hipoqonadizm olan qızlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri təyin edilmişdir.

Ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) səbəblərindən hiperprolaktinemiya hipotireoz, hipertireoz, fiziki gərginlik, sinir anoreksiyası, medikament qəbulu, xroniki stres qeyd olunmuşdur.

Genital infantilizm (normoqonadotrop hipoqonadizm) səbəblərindən müxtəlif mənşəli hipoplaziyalar, Rokitanski-Küstner-Mayer-Xauzer sindromu, ikibuynuzlu uşaqlıq qeyd edilmişdir.

Hiperqonadotrop hipoqonadizmin səbəblərindən qonadların disgeneziyasının tipik forması, disgeneziyanın təmiz forması, qonadların normal anatomik inkişafı fonunda funksional çatışmazlığı təyin edilmişdir. Ümumi infantilizm olan qızların müalicədən əvvəl karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1.

Ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən əvvəl karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

	Hipoqonadotrop hipoqonadizm (n=45)	**Müqayisə qrupu (n=30)**	**P**
Qlükoza acqarına, mmol/l	5,6±0,1 (4-6,3)	5,23±0,25 (4,5-6,6)	>0,05
İnsulin acqarına, uİU/ml	16,93±1,89 (6,68-49,5)	12,7±1,62 (5,88-22)	>0,05
HOMA-İR	4,21±0,13 (1,0-13,2)	2,32±0,52 (1,29-3,0)	<0,05
KARO	0,33±0,02 (0,06-1,56)	0,52±0,03 (0,39-1,16)	>0,05

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, ümumi infantilizmi (hipoqonaditrop hipoqonadizm) olan qızlarda insulinin acqarına bir qədər artması (P>0,05) və HOMA indeksinin statistik dürüst dərəcədə artması müşahidə edilir (P<0,05), bu da hipoqonadotrop hipoqonadizm olan qızlarda insulinrezistentliyə meyilliyi əks edir.

Aparılan patogenetik müalicədən sonra karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri cədvəl 2-də təqdim edilir.

Cədvəl 2.

Ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən sonra karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

	Hipoqonadotrop hipoqonadizm (n=45)	**Müqayisə qrupu (n=30)**	**P**
Qlükoza acqarına, mmol/l	4,49±0,09 (3,5-5,2)	5,23±0,25 (4,5-6,6)	<0,05
İnsulin acqarına, uİU/ml	8,37±0,13 (3,71-19,18)	12,7±1,62 (5,88-22)	>0,05
HOMA-İR	1,67±0,02 (0,8-2,41)	2,32±0,52 (1,29-3,0)	<0,05
KARO	0,54±0,12 (0,09-1,16)	0,52±0,03 (0,39-1,16)	>0,05

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi qlükoza və insulinin acqarına, HOMA və KARO indeksinin fizioloji göstəriciləri uyğundur.

Eyni zamanda patogenetik müalicədən sonra qlükoza və HOMA indeksinin göstəriciləri fizioloji göstəricilərdən statistik dürüst dərəcədə aşağı olmuşdur (P<0,05).

Aparılan tədqiqatda hiperqonadotrop hipoqonadizm olan qızlarda (n=8) karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri cədvəl 3-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.

Genital infantilizm (hiperqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən əvvəl karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

	Hiperqonadotrop hipoqonadizm (n=8)	**Müqayisə qrupu (n=30)**	**P**
Qlükoza acqarına, mmol/l	5,51±0,22 (4,2-6,3)	5,23±0,25 (4,5-6,6)	>0,05
İnsulin acqarına, uİU/ml	19,79±0,76 (8,16-39,2)	12,7±1,62 (5,88-22)	<0,05
HOMA-İR	4,85±0,36 (1,69-10,9)	2,32±0,52 (1,29-3,0)	<0,05
KARO	0,28±0,02 (0,12-0,66)	0,52±0,03 (0,39-1,16)	<0,05

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi, hiperqonadotrop hipoqonadizm olan qızlarda insulinin acqarına, HOMA indeksinin statistik dürüst dərəcədə artması, KARO əmsalının isə azalması müşahidə edilir (P<0,05).

Aparılan patogenetik müalicədən sonra hiperqonadotrop hipoqonadizm qızlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəricilərinin nəticələri cədvəl 4-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 4.

Genital infantilizm (hiperqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən sonra karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

	Hiperqonadotrop hipoqonadizm (n=8)	**Müqayisə qrupu (n=30)**	**P**
Qlükoza acqarına, mmol/l	4,73±0,2 (3,5-5,3)	5,23±0,25 (4,5-6,6)	>0,05
İnsulin acqarına, uİU/ml	8,94±1,35 (4,37-15,5)	12,7±1,62 (5,88-22)	>0,05
HOMA-İR	1,88±0,33 (0,82-5,6)	2,32±0,52 (1,29-3,0)	>0,05
KARO	0,53±0,06 (0,17-0,93)	0,52±0,03 (0,39-1,16)	>0,05

Cədvəl 4-dən göründüyü kimi, patogenetik müalicədən sonra hiperqonadotrop hipoqonadizm olan qızlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri praktiki sağlam qızlarda fərqlənmirdirlər (P>0,05).

Aparılan tədqiqatda normoqonadotrop hipoqonadizm olan yeniyetmə və gənc qızlarda (n=29) karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri cədvəl 5-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 5.

Genital infantilizm (normoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən əvvəl karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

	Normoqonadotrop hipoqonadizm (n=29)	**Müqayisə qrupu (n=30)**	**P**
Qlükoza acqarına, mmol/l	5,24±0,13 (4,0-6,0)	5,23±0,25 (4,5-6,6)	>0,05
İnsulin acqarına, uİU/ml	15,91±0,18 (5,6-36,1)	12,7±1,62 (5,88-22)	>0,05
HOMA-İR	3,7±0,67 (1,0-9,0)	2,32±0,52 (1,29-3,0)	>0,05
KARO	0,33±0,11 (0,09-1,16)	0,52±0,03 (0,39-1,16)	>0,05

Cədvəl 5-dən göründüyü kimi, normoqonadotrop hipoqonadizm olan yeniyetmə və gənc qızlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri praktiki sağlam qızların analoji göstəricilərindən fərqlənmirdirlər (P>0,05).

Aparılan patogenetik müalicədən sonra alınan nəticələr cədvəl 6-də təqdim edilib.

Cədvəl 6.

Genital infantilizm (normoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən sonra karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

	Normoqonadotrop hipoqonadizm (n=45)	**Müqayisə qrupu (n=30)**	**P**
Qlükoza acqarına, mmol/l	4,66±0,11 (4,0-5,3)	5,23±0,25 (4,5-6,6)	>0,05
İnsulin acqarına, uİU/ml	7,9±1,6 (5,1-14,2)	12,7±1,62 (5,88-22)	>0,05
HOMA-İR	1,63±0,33 (1,0-5,6)	2,32±0,52 (1,29-3,0)	>0,05
KARO	0,59±0,06 (0,21-0,99)	0,52±0,03 (0,39-1,16)	>0,05

Cədvəl 6-dan göründüyü kimi, insulinin acqarına HOMA indeksinin azalması, KARO əmsalının isə artması müşahidə edilir.

Beləliklə, ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) olan qızlarda insulinərezistentlik qeyd olunur, bu da özünü HOMA (1,67±0,02) indeksinin statistik dürüst dərəcədə artması ilə birüzə verir.

Genital infantilizm (hiperqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda insulinrezistentlik özünü insulinin acqarına (8,94±1,35 uİU/ml), HOMA (1,88±0,33) indeksinin artması ilə, KARO (0,53±0,06) əmsalının azalması ilə müşahdə edilir (P<0,05).

Genital infantilizm (normoqonadotrop hipoqonadizm) olan yeniyetmə və gənc qızlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri praktiki sağlam qızların analoji göstəricilərindən fərqlənmirdirlər (P>0,05).

РЕЗЮМЕ

Особенности изменения углеводного обмена у подростков и юных девушек с общим и генатальным инфантилизмом в раннем репродуктивном периоде

Г.Г. Гасанлы, Н.Э. Ахундова, Э.М. Алиева, С.Ш. Мамедова, В.А. Ахмедзаде, И.Р. Мустафаева, Ф.М. Бахшалиев
Азербайджанский Медицинский Университет, Акушерство и гинекология I

Ключевые слова: *общий инфантилизм, генитальный инфантилизм, гипогонадотропный гипогонадизм, гипергонадотропный гипогонадизм, нормогонадотропный гипогонадизм, углеводный обмен*

Цель исследования: Изучить особенности изменения углеводного обмена при общем и генатальном инфантилизме (гипогонадотропный гипогонадизм) у подростков и юных девушек в раннем репродуктивном периоде.

Клинический материал и методы исследования. Обследовано 82 девушки с общим и генатальным инфантилизмом. Определены уровни глюкозы, инсулина натощак и интегрированные показатели HOMA и KAPO.

Результаты исследования. Установлено, что у девушек с общим инфантилизмом (гипогонадотропный гипогонадизм) отмечается инсулинрезистентность проявляющаяся статистически достоверным увеличением индекса HOMA (1,67±0,02) (P<0,05).

У девушек с генитальным инфантилизмом (гипогонадотропный гипогонадизм) определяется статистически достоверное увеличение уровня инсулина натощак (8,94±1,35 МЕ/мл), индекса HOMA (1,88±0,33), и снижение индекса KAPO (0,53±0,06) (P>0,05).

SUMMARY

Features of changes in carbohydrate metabolism in adolescents and young girls with general and genital infantilism in the early reproductive period

G.G. Hasanli, E.M. Aliyeva, S.S. Mamedova, N.E. Akhundova, V.A. Ahmed-zadeh, I.R. Mustafayeva, F.M. Bakhshaliyev
Azerbaijan Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology I

Key words: *general infantilism, genital infantilism, hypogonadotropic hypogonadism, hypergonadotropic hypogonadism, normogonadotropic hypogonadism, carbohydrate metabolism*

Goal of Study: To study the features of changes in carbohydrate metabolism in adolescents and young girls with general and genital infantilism (hypogonadotropic hypogonadism) in the early reproductive period. Material and Methods: 82 girls with general and genital infantilism were examined. The levels of glucose, fasting insulin and integrated HOMA and CARO indices were determined. Results: It was found that girls with general infantilism (hypogonadotropic hypogonadism) have insulin resistance manifested by a statistically significant increase in the HOMA index (1.67 ± 0.02) (P <0.05). In girls with genital infantilism (hypogonadotropic hypogonadism), a statistically significant increase in fasting insulin levels (8.94 ± 1.35 IU / ml), HOMA index (1.88 ± 0.33), and a decrease in the CARO index (0.53 ± 0.06) (P> 0.05) were determined.

ƏDƏBİYYAT

1. Əkbərli K.R., Əliyeva E.M., Qaraşova M.A. Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızları və gənc qadınlarda hormonal və biokimyəvi tədqiqatın dəyişmə xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, 2014, №5, səh. 77-81.
2. Həsənova A.S., Əliyeva E.M. Sonsuz qadınlarda insulin rezistentliyin diaqnostik xüsusiyyətləri // Görkəmli dövlət elmi xadimi, professor Ə.M.Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materiallarının toplusu, 2012, səh. 215.

3. Harrington J., Palmet M.R. Distinguishing Constitutional Delay of Growth and Puberty from isolated Hypogonadotropic Hypogonadism: Critical Appraisal of Available Diagnostic Tests // J. Clin. Endocrinol. Metab., 2012, vol.97, №9, p.3056-3067.
4. Welt C.K., Barbieri R.L. Etiology, diagnosis, and treatment of secondary amenorrjea // UpToDate, 2014.
5. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Шалимов В.Ф. Клинические Рекомендации по диагностике и лечению инфантилизма у несовершеннолетних // Москва, 2015, т.15, №3, с.767-770.
6. Уварова Е.В, Трифонова Е.В. Гипогонадотропный гипогонадизм // Рупродуктивное здоровье детей и подростков, 2008, 784 с.
7. Bouvattier C. Neonatal gonadotropin therapy in male congenital hypogonadotropic hypogonadism // Nat.Rev.Endocrinol., 2012, №8, p.172-182.
8. Della Valle E. Prevalence of olfactory and other developmental amolalies in patients with ventral hypogonadotropic hypogonadism // Front.Endocrinol., 2013, №4, p.70.

ÇOX AŞAĞI VƏ HƏDDİNDƏN AZ BƏDƏN KÜTLƏSİ İLƏ DOĞULMUŞ KÖRPƏLƏRİN HƏYATININ İLK İLİNDƏ PSİXİ-FİZİKİ İNKİŞAFININ TƏHLİLİ

Z.N. Mikayılova, K.S. Əbdürəhmanova, B.T. Əjdərova
Azərbaycan Respublikası İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi, Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi
Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu Publik Hüquqi Şəxsi

Açar sözlər: *vaxtında əvvəl doğuş, həddindən az bədən çəkisi (HABÇ), çox az bədən çəkisi (ÇABÇ), psixoloji və fiziki inkişaf*

Çox erkən doğulmuş (ÇED) körpələrin həyatının ilk ilində sağlamlığı vacibdir, çünki uşaqların məhz bu kontingenti arasında gələcək həyatda əlilliyin yaranması riski yüksəkdir. ÜST-nin 500 q və daha artıq bədən kütləsi ilə doğulan körpələrin sağaldılması zərurəti haqqında tövsiyələri ilə əlaqədar olaraq, bütün dünyada çox aşağı (1000,0-1499,0 r) və həddindən az (500,0-999,0 r) bədən kütləsi ilə çox erkən doğulmuş körpələrin sayı artmışdır. Bu, belə körpələrin müalicəsi və sağaldılması üçün maddi-texniki bazanın yaxşılaşması ilə bağlıdır [1,2,3,4].

Əvvəllər aparılmış yerli və xarici tədqiqatların nəticələrindən məlumdur ki, aşağı bədən kütləsi ilə doğulmuş uşaqlarda xəstəlik halları çox, fiziki və psixomotor inkişaf səviyyəsi isə aşağı olur. Çox erkən doğulmuş uşaqlarda inkişafın uğursuz nəticələrinin təsvirləri mövcuddur [5,6]. Lakin əvvəllər çox aşağı bədən kütləsinə (ÇABK) malik və həddindən az bədən kütləsinə (HABK) malik çox erkən doğulmuş körpələrin sağlamlıq vəziyyətinin müqayisəli tədqiqatları aparılmamışdır. ÇABK və HABK malik sağ qalmış körpələrin həyatının ilk ilində sağlamlıq vəziyyətinin və xəstəliklərinin dəqiq struktur səciyyəsi yoxdur, reabilitasiyanın ambulator mərhələsində bu kateqoriyaya aid uşaqlara qulluq göstərilməsində əhəmiyyətli çətinliklər vardır [7,8,9,10].

Bu tədqiqatın məqsədi çox aşağı və həddindən az bədən kütləsinə malik körpələrin həyatının ilk ilində inkişafının müqayisə edilməsi olmuşdur.

Material və metodlar

Gestasiyanın 22-ci həftəsində dünyaya gəlmiş və həddindən az bədən kütləsinə malik çox erkən doğulmuş körpələrin dinamik müşahidəsinin aparılması üçün Mamalıq və Ginekologiya ETİ-nin bazasında yarımçıq doğulmuş körpələr üçün katamnez kabineti yaradılmışdır.

Bir yaşadək olan 75 çox erkən doğulmuş körpə: doğularkən çox aşağı bədən kütləsinə malik 45 uşaq (1-ci qrup), doğularkən həddindən az bədən kütləsinə malik 30 uşaq (2-ci qrup) müayinə olunmuşdur. Uşaqların sağlamlıq vəziyyətinin qiymətləndiriməsi 6, 12 aylığında aparılmışdır. Uşaqlar dar profilli həkimlər tərəfindən müayinə olunmuş, həmin həkimlər uşaqları həm planlı, həm də təcili qaydada müayinə etmişlər.

Əvvəlcədən işlənib hazırlanmış anketə antropometriya və psixomotor inkişaf göstəriciləri, xəstələnmə halları, dar ixtisas həkimləri tərəfindən aparılmış müayinələrin nəticələri daxil edilmişdir. Fiziki inkişaf (Fİ) somatotipin və müntəzəmliyin müəyyənləşdirilməsi ilə qiymətləndirimişdir. Bir yaşınadək uşaqların sinir-psixi inkişafının (SPİ) qiymətləndirilməsi sinir sisteminin perinatal zədələnmələrinin təsnifatı nəzərə alınmaqla aparılmışdır.

Nəzarət qrupuna 30 vaxtında doğulmuş yenidoğulmuş körpə daxil edilmişdir.

Nəticələr və müzakirə

ÇABK malik uşaqlar qrupunda orta bədən kütləsi 1164,8 ± 107,3 q, HABK malik uşaqlar qrupunda 871,3 ± 109,1 q təşkil etmişdir. Doğularkən gestasiya dövrünə uyğun olan müntəzəm fiziki inkişaf çox erkən doğulmuş körpələrin yalnız 45,3 %-də qeyd edilmişdir (I qrupda 44,4 %, II qrupda 46,7 %). Həyatın ilk ayında düz və ya düzləşmiş çəki meyarları I qrupda 28,0 %-də, II qrupda isə 33,3 %-də qeyd edilmişdir.

İki qrupa aid yarımçıq doğulmuş körpələrin fiziki inkişaf göstəricilərinin müqayisə olunması nəticəsində əhəmiyyətli fərqlər yalnız bədən kütləsi ilə bağlı məlumatlarda aşkarlanmışdır ($p < 0,001$).

Əsas qruplara aid uşaqlarda bətndaxili inkişaf ləngiməsi (BDİL) 54,7 ± 5,7 %-də müşahidə edilmişdir, onlardan 25 uşaq ÇABK (həmin qrupa aid bütün uşaqların 55,6 ± 7,4 %-i), 16 uşaq isə HABK (həmin qrupa aid bütün uşaqların müvafiq olaraq, 53,3 ± 9,1 %-i) malik olmuşdur. ÇABK malik uşaqlarda hipotrofiya tipli BDİL daha çox – 18 uşaqda aşkarlanmış (bu da 72,0 ± 6,7 % təşkil etmişdir), HABK malik uşaqlar qrupunda isə hipoplastik tipli BDİL daha çox

– 12 uşaqda aşkarlanmışdır (bu da 75,0 ± 7,9 % təşkil etmişdir), p < 0,001.

6 aylıq yaş dövründə HABK malik uşaqlar, ÇABK malik uşaqlar qrupu və nəzarət qrupu ilə müqayisədə, mikrosomiya hesabına qeyri-müntəzəm fiziki inkişaf şəklində daha çox fiziki inkişaf qüsurlarına malik olmuş, lakin 12 aylıq yaş dövrünə qədər qeyri-müntəzəm fiziki inkişafa malik uşaqların sayının azalması və bu qrupa aid uşaqlarda mikrosomiyanın xeyli azalması qeyd edilmişdir (cədv.1).

Cədvəl 1.

Çox erkən doğulmuş uşaqların fiziki inkişafı (%)

Uşaqların yaşı	Uşaqlarda əlamətlər	Əsas qrup				Nəzarət qrupu	
		ÇABK malik uşaqlar (n=45)		HABK malik uşaqlar (n=30)		vaxtında doğulmuş uşaqlar (n=30)	
		Müt.s.	%	Müt.s.	%	Müt.s.	%
6 aylıq	Makrosomiya	0	0*	0	0**	5	16,6±6,8
	Mezosomiya	36	80,0±5,9	18	60,0±8,9	22	73,3±8,1
	Mikrosomiya	9	20,0±5,9	12	40,0±8,9**	3	10,0±5,5
	Müntəzəm	34	75,6±6,4	21	70,0±8,3	24	80,0±7,3
	Qeyri-müntəzəm	11	24,4±6,4	9	30,0±8,3	6	20,0±7,3
12 aylıq	Makrosomiya	5	11,1±4,9	3	10,0±5,4	1	3,3±3,3
	Mezosomiya	31	68,9±6,9	23	76,7±7,7	26	86,6±6,2
	Mikrosomiya	9	24,4±6,4	4	13,3±6,2	3	10,0±5,5
	Müntəzəm	30	66,7±7,0	26	86,6±6,2	25	83,3±6,8
	Qeyri-müntəzəm	15	33,3±7,0	4	13,3±6,2	5	16,6±6,8

* - I qrup və nəzarət qrupu arasında statistik cəhətdən əhəmiyyətli fərqlər.

** - II qrup və nəzarət qrupu arasında statistik cəhətdən əhəmiyyətli fərqlər.

Qeyd etmək lazımdır ki, HABK malik çox erkən doğulmuş uşaqlarda bir yaşınadək mikrosomiyalı uşaqların faizi xeyli azalmışdır (26,7 %), p < 0,05, halbuki ÇABK malik uşaqlarda bir yaşınadək mikrosomiyalı uşaqların faizi 14,4 % artmışdır.

Çox erkən doğulmuş uşaqlarda böyümə və inkişaf templərinin qiymətləndirilməsinin əsas meyarı onların vaxtında doğulmuş uşağın parametrlərinə çatma yaşıdır. ÇABK malik uşaqların 68,9 %-i, HABK malik uşaqların 80,0 %-i həyatının birinci ili ərzində vaxtında doğulmuş həmyaşıdlarının fiziki inkişaf səviyyəsinə çatmışdır. Tərəfimizdən aşkarlanmışdır ki, bir yaşında HABK malik uşaqlar arasında (86,6 %) müntəzəm fiziki inkişafa malik uşaqların sayı, I yarımqrupla müqayisədə (66,7 %), xeyli çox olmuşdur.

6 aylıq yaş dövründə yarımçıq doğulmuş uşaqların ümumi sayının ¾ -dən çoxu, həm HABK malik uşaqlar, həm də ÇABK malik uşaqlar sinir-psixi inkişafda bərabər səviyyədə olmuşdur (cədv. 2).

Cədvəl 2.

Çox erkən doğulmuş uşaqların sinir-psixi inkişafı (Müt.s., P±mp, %)

	Uşaqların əlamətləri	Əsas qrup.				Nəzarət qrupu.	
		ÇABK (n=45)		HABK (n=30)		Vaxtında doğulmuş uşaqar (n=30)	
		Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
6 aylıq	Norma	12	26,7±6,6	7	23,3±7,7	24	80,0±7,3
	Ləngimə	33	66,7±6,6	23	56,5±7,7	5	16,7±6,8
	Qabaqlama	0	0	0	0	1	3,3±3,3
1 yaş	Norma	10	22,7±6,2	10	33,3±8,6	26	86,7±6,2
	Ləngimə	35	77,8±6,2	20	66,7±8,6	3	10,0±5,5
	Qabaqlama	0	0	0	0	1	3,3±3,3

Tədqiq olunan qruplarda bir yaşınadək müxtəlif istiqamətli tendensiya olmuşdur. ÇABK malik uşaqlar qrupunda həyatın ilk ilində sinir-psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların sayı 4,5 % artmış, ÇABK malik və nəzarət qrupunda isə normal psixi-nevroloji statusa malik uşaqların sayı artmışdır. Sinir-psixi inkişaf göstəriciləri həyatının birinci ilində ÇABK malik uşaqların 22,7 %-də, HABK malik uşaqların isə 33,3 %-də yaşa uyğun olmuşdur. Bir yaşınadək HABK malik uşaqlar, ÇABK malik uşaqlarla müqayisədə, sinir-psixi inkişaf məsələlərinin öhdəsindən daha yaxşı gəlirlər, halbuki psixi-nevroloji inkişaf pozuntuları faizi, vaxtında doğulmuş uşaqlarla müqayisədə, kifayət qədər böyükdür. Həyatının ilk 6 ayında çox erkən doğulmuş uşaqlarda birinci yerdə mərkəzi sinir sisteminin (MSS) patologiyası qeydə alınmışdır. Lakin qıcolma sindromu ilə MSS-nin kobud zədələnmələri və simptomatik qıcolma vəziyyətləri ÇABK malik uşaqların yalnız 8,8 %-də, HABK malik uşaqların isə 6,6 %-də qeyd edilmişdir. Ürəyin kiçik inkişaf anomaliyası şəklində bu patologiya, II qrupla müqayisədə (3,3%), I qrupda xeyli çox (22,2 %) qeydə alınmışdır. Bu, embriogenez prosesində ürəyin daha erkən formalaşması ilə və patogen amillərin uzunmüddətli bətndaxili təsiri zamanı onun anomaliyalarının yaranması ilə izah edilir. Çanaq-omba oynaqlarının displaziyalarının baş vermə tezliyi, I qrupla müqayisədə (40,0 %, fərq statistik cəhətdən əhəmiyyətlidir), II qrupda daha yüksək (46,7 %) olmuşdur, lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu uşaqlarda onun nüvəsiz forması aşkarlanmışdır ki, bu da uşağın morfo-funksional cəhətdən yetkinləşməməsini səciyyələndirir. Həyatın ilk yarım-ilində xora-nekrotik enterokolit ÇABK malik uşaqların 4,4 %-də aşkarlanmış, 2,2 % hallarda cərrahi müalicə aparılmışdır. HABK malik uşaqlar qrupunda müalicənin ilk mərhələlərində xora-nekrotik enterokolitin yaranması ölümlə nəticələnmə hallarının aparıcı səbəblərindən biri olmuşdur.

ÇABK malik uşaqlarda 6 aylıq yaş dövründə həyat fəaliyyətinin pozulmasına gətirib çıxaran xəstəliklər arasında birinci yerdə tənəffüs sisteminin patologiyası, daha dəqiq, bronx-ağ ciyər displaziyası (BAD) (13,3 %), ikinci yerdə yarımçıq doğulmuşların retinopatiyası (YDR) (6,6 %) və MSS patologiyası (qıcolma sindromu 6,6 %) olaraq qalmaqdadır.

Bir yaşınadək xəstəliklərin strukturuna uşaqlarda uşaq serebral iflicinin aşkarlanması əlavə olunmuşdur (ÇABK malik uşaqların - 4,4 %, HABK malik uşaqların - 3,3 %).

HABK malik uşaqlarda bir yaşınadək əlilliklə nəticələnən xəstəliklər arasında birinci yerdə - yarımçıq doğulmuşların retinopatiyasıdır (30,0 %). Lakin, qeyd etmək vacibdir ki, əvvəldən YDR diaqnozu qoyulmuş HABK malik bütün uşaqlarda onun geriləməsi müşahidə olunur, halbuki, ÇABK malik uşaqlarda bu, yalnız 4,4 % hallarda baş verir.

Beləliklə, əldə edilmiş nəticələrin təhlili çox erkən doğulmuş uşaqların həyatının ilk ilində, doğularkən bədən kütləsindən asılı olaraq, sağlamlıq vəziyyətinin və inkişaf dinamikasının qarşılıqlı əlaqəsini aşkarlamağa imkan vermişdir.

Nəticə

1. Çox erkən doğulmuş uşaqların həyatının ilk ilində fiziki və sinir-psixi inkişafı doğularkən bədən kütləsindən asılı olmuşdur. Həyatının ilk ili ərzində HABK malik uşaqların 56,5 %-i, ÇABK malik uşaqların isə 66,7 %-i vaxtında doğulmuş həmyaşıdlarının fiziki inkişaf səviyyəsinə çatmışdır. Həyatını ilk ilində sinir-psixi inkişaf göstəriciləri doğularkən HABK malik uşaqların 33,3 %-də, ÇABK malik uşaqların isə 22,7 %-də yaş dövrünə uyğun olmuşdur.

Əlilliklə nəticələnən ağır xəstəliklər hər iki qrupda yaranmışdır. Lakin həyatının ilk ilində əlillik ÇABK malik qrupda uşaqların 13,3 %-də müəyyən edildiyi halda, HABK malik uşaqlar qrupunda yalnız 8,4% hallarda qeydə alınmışdır.

SUMMARY

Nalysis of mental-physical development in the first year of the life of babies born with very low and little body mass

Z.N. Mikayılova, K.S. Abdurahmanova, B.T. Ajdarova
State Agency for Compulsory Medical Insurance of the Republic of Azerbaijan Medical Territorial Units Management Association
Scientific-Research Institute of Obstetrics and Gynecology Public Legal Private

Key words: *preemies, very low birthweight (VLB), extremely low birthweight (ELB), psychological and physical development*

Health of preemies during the first year of their life is very important as they are the primary risk group to develop some kind of disability during their lifetime. 75 preemies have been observed and examined. They were divided into two groups according to their gestational periods: I group - 45 preemies with very low body weight, II group - 30 preemies with extremely low body weight. Condition of psychological and physical development was examined in 6 months and 12 months. It was concluded that the psychological and physical development of preemies during the first year of their life differed from each other depending on their birthweight. During the first year the physical development of 56.5% of preemies with ELB and 66.7% of preemies with VLB have reached their full term born peers. The psychological development of 33.3% of preemies with ELB and 22.7% of preemies with VLB have reached their full term born peers. Newborns of both groups have developed diseases causing heavy disabilities. But during the first year of their life the group with VLB has seen 13.3% disability, while the group with ELB only 8.4%.

РЕЗЮМЕ

Анализ психического развития в первом году жизни младенцев, рожденных с очень низкой и низкой массой тела

З.Н. Микаилова, К.С. Абдурахманова, Б.Т. Аждарова
Государственное Агентство Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики Ассоциация Управления Медицинских Территориальных Подразделений
Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии Государственно-Правовое Частное

Ключевые слова: *недоношенные дети, очень низкая масса тела при рождении (VLB), чрезвычайно низкая масса тела при рождении (ELB), психологическое и физическое развитие*

Здоровье глубоко недоношенных детей на первом году жизни является важным - именно среди этого контингента высок риск развития инвалидности в дальнейшей жизни. Было обследовано в катамнезе 75 глубоконедоношенных детей до 1 года. По сроку гестации дети были разделены на 2 группы: I группа – 45 детей с очень низкой массой тела, II группа – 30 детей с экстремально низкой массой тела. Состояние физического и нервно-психического развития проводилось в 6 и 12 месяцев. Установлено, что физическое и нервно-психическое развитие глубоко недоношенных детей на первом году жизни отличалось в зависимости от массы тела при рождении. За первый год жизни 56,5 % с ЭНМТ и 66,7 % детей с ОНМТ достигли уровня физического развития доношенных сверстников. На первом году жизни показатели нервно-психического развития соответствовали возрасту у 33,3 % детей с ЭНМТ и 22,7 % детей с ОНМТ при рождении. Тяжелые инвалидизирующие заболевания развивались в обеих группах. Но на первом году жизни в группе с ОНМТ инвалидность установлена у 13,3 % детей, тогда как в группе детей с ЭНМТ инвалидность регистрировалась только в 8,4 % случаев.

ƏDƏBİYYAT

1. Дементьева Г.М. Выхаживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы / Г. М. Дементьева, И. И. Рюмина, М. И. Фролова // Педиатрия. - 2004. - № 3.- С. 60-66.
2. Мерзлова Н.Б. Катамнез детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела / Н.Б. Мерзлова, Ю.В. Курносов, Л.Н. Винокурова, В.И.Батурин // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 3. - С. 121-125.
3. Bracewell M. Patterns of motor disability in very preterm children / M. Bracewell, N. Marlow // Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. - 2002. - Vol. 8, № 4. - P. 241-248.
4. Софронова Л.Н. Опыт применения обогатителя грудного молока в питании недоношенных детей. / Л.Н. Софронова, Н.П. Шабалов, С.Г. Грибакин, Н.Ю. Яшина, Е.Ю. Павловская // Вопросы практической педиатрии. - 2009. - Т.4, № 5. - С. 66-71.
5. Sweet D.G., Carnelli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Vento M, Halliday HL, European association of Perinatal Medicine: European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants − 2013 update. Neonatology 2013; 99:353-368.
6. Dunn M.S. Kaempf J., de Klerk A, de Klerk R, Reilly M, et al. Study Group: Randomized trial comparing 3 approaches to the initial respiratory management of preterm neonates. Pediatrics 2011; 128: e1069-e1076.
7. Sweet DG, Carnelli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Halliday HL, European association of Perinatal Medicine: European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants − 2010 update. Neonatology 2010; 97:402-417.
8. Сборник научных трудов. Научно-практическая конференция кафедры неонатологии «Внедрение новых перинатальных технологий в практику родовспоможения» ЮНИСЕФ г. Алматы – 2007г.
9. Guyatt GH et al. Users's guides to the medical literature. IX.A method for grading health care recommendations/ Evidence-Based Medicine Working Group, JAMA, 1995,274,1800-4.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятый пересмотр – МКБ –Х 2009г.

NON IMMUNE HYDROPS FETALIS (CASE REPORT)

A.F. Ismayilova, Kh.M. Takhmazi, K.A. Haydarova, A.S. Hasanova
Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

Key words: *non immune hydrops fetalis, antenatal death, effusion in cavities*

Non immune Hydrops Fetalis (NIHF) – accumulation of extracellular fluid in tissues and 2 or more serous cavities without evidence of circulatory antibodies against red cell antigens. It is the end-stage of a wide variety of disorders. Diagnosis requires generalized skin edema more 5 mm and 2 or more of the following: Pericardial effusion, pleural effusion, ascites, placental enlargement more than 6 sm. (pic.1)



Pic.1. *Newborn with Non immune Hydrops Fetalis*

The prevalence of NIHF is unknown as it is difficult to obtain when many cases are not diagnosed before intrauterine death or may spontaneously resolve antenatal. Clinical description: NIHF presents during the gestational period and manifests as pleural and pericardial effusion, ascites and subcutaneous edema in the fetus. Decreased fetal movements may be noted prior to diagnosis. Often associated are polyhydramnios, fetal tachycardia, and antenatal hemorrhage. Mothers may develop massive anasarca, hypertension, and proteinuria (mirror syndrome). Death of fetus is usually due to heart failure and hypoxia. Surviving newborns may present with respiratory distress, pale skin, severe edema (mainly of abdomen) and enlarged liver and spleen. There is sometimes a risk of death of the mother.

Etiology of NIHF is the result of an increase in interstitial fluid production or, in turn, of an obstruction of lymphatic return. Causes can be: cardiovascular (21.7%; Ebstein malformation, tetralogy of Fallot), hematologic (10.4%; Hb Bart's HF), chromosomal (13.4%; Turner syndrome) and more rarely: infectious (TORCHES-CLAP (*Toxoplasma gondii*; Rubella virus; Cytomegalovirus; *Herpes simplex virus*; Enterovirus; Syphilis; Chickenpox virus; Lyme disease; Aids; Parvovirus B19)), syndromic (Costello syndrome, Meckel syndrome, thanatophoric dysplasia) or idiopathic. Other causes can include lymphatic dysplasia, inborn errors of metabolism (transaldolase deficiency, mucopolysaccharidosis, Niemann-Pick disease type C, GM1 gangliosidosis type 1), thoracic and urinary tract malformations, cardiac /extra thoracic tumors, and congenital diaphragmatic hernia.

The most important diagnostic methods are decreased fetal movements, polyhydramnios, and maternal preeclampsia may lead one to suspect NIHF. Usually diagnosis is by ultrasound (showing fluid accumulations) during the 2nd to 3rd trimester of gestation. Having a placenta thickness of 5 mm or more, especially with a "ground glass" appearance on ultrasound may also be indicative of NIHF. Maternal laboratory tests such as blood typing, antibody screens for TORCHES-CLAP, hemoglobin electrophoresis, maternal anti-SSA/SSB antibodies as well as Kleihauer-Betke and alpha-fetoprotein tests, can also aid in the diagnosis of NIHF.

For providing differential diagnosis it is necessary to keep in mind the many disorders associated with HF are differential diagnoses such as neonatal hemochromatosis, twin-to-twin transfusion syndrome, congestive heart failure, hepatitis B, hypercalcemia, hypernatremia, hypothrombinemia, hypothyroidism and diabetes (in mother). Conditions that mimic full-blown HF include obstructed or mature bowel, fetal abdominal cysts and an obstructed

urinary system. Antenatal diagnosis: Prenatal diagnosis is by ultrasound. Genetic counseling: If NIHF is due to a genetic disorder, counseling can be offered in regards to that disease.

During this fetal condition management and treatment depends on the cause. Intrauterine treatment can involve thoraco-amniotic drainage, antiarrhythmic drugs (digoxin, sotalol, propranolol) and blood transfusion when anemia is present. In many cases, especially those caused by chromosomal abnormalities, the mother may choose to terminate the pregnancy. If the fetus comes to term it should be delivered at a tertiary care center where the neonate can receive intensive resuscitation procedures in the delivery room, intensive neonatal care, high frequency ventilation, parenteral nutrition, medications for the kidneys and removal of excessive fluid from around the lungs and abdomen as necessary. In most cases, prognosis is poor with a perinatal mortality rate ranging from 55-98%, but it is dependent on etiology. (1,2,3)

In 2019 year one case observed with non immune hydrops fetalis at Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology. Patient was 32 years old. Her nationality is Azerbaijan. Occupation – Pharmacist. She was married and non closely related with husband. No Special Habits: smoking, alcohol intake, druq abuse. It was her first pregnancy (G1P0). Blood group of pregnant was B(III)Rh (+), her husband - O (I) Rh (+). Last menstruation period was 23.01.2019 and estimated delivery date (EDD) 30.10.2019.

Table 1.

Physical examination of pregnant woman according to the antenatal protocol.

Date	**16/04/19**	**24/05/19**	**24/06/19**	**16/08/19**	**20/09/19**
General condition	Satisfactory	Satisfactory	Satisfactory	Satisfactory	Satisfactory
Weight	50 kg	52,5 kg	54kg	60kg	62,5kg
Blood Pres.	90/60	85/55	90/60	90/60	90/70
Edema	no	no	no	slight on legs	no
AC	-	-	81sm	92sm	93sm
UterFundHeight	-	-	18sm	30sm	33sm
Fetus Position			Changed	Longitudinal	Longitudinal
Foregoing Part				Head	Head
Heart beats/min	156	148	145	136	150
Fetus movements		+	+	+	+
Gestation age in weeks	11-12	17-18	21-22	29-30	34-35

Duration of gestation at the first visit was 11-12 weeks of pregnancy. During pregnancy some physical examination, laboratory evaluation and diagnostic procedures were provided according to the national antenatal care protocol for healthy pregnant as it was presented at the table 1. and table 2.

Table 2.
Laboratory evaluation and diagnostic procedures provided during pregnancy

Weeks of Pregnancy	11-12	17-18	21-22	29-30	34-35
Blood test	Hb 12.0 HCT35.6 MCV74.0MCH25 MCHC33.7 PLT 253 TSH 1.4 PAPP-A 1467 HCG 58600 Glucose 4.4	Hb 11.4HCT33.4 MCV73.2MCH25. MCHC34.1 PLT 318	Hb 10.0 HCT30.9 MCV73.9 MCH23.9MCHC32.4 PLT 349 CRP 12 Glucose 4.5	Hb 9.3HCT28.8 MCV68.9 MCH22.2 MCHC32.3 PLT 405 CRP 6 Glucose 3.6	Hb 10.7HCT33.1 MCV71.2 MCH23.0 MCHC32.3 PLT 355
Urine test	Bacteria ++	Bacteria -	Bacteria +	Bacteria -	Bacteria ++
Coaqulation	APTZ 33.5 LW 6 min	APTZ 28.4 LW 8 min	APTZ 30.8 LW 5 min	APTZ 24.7 LW 8 min	APTZ 22.7 LW 6.30 min
USM	NT 1.5mm Nazal bone 2.8mm Placenta 14mm	Normal findings Fetus weight 234 gr Placenta22mm	Normal findings Fetus weight 459gr Placenta25mm	Normal findings Fetus app. weight 1450 gr Placenta 36mm	Dilata-on kidney KLS 3.7m FAW2500 gr Placenta 40mm
Vaginal Smear	Leycosysts 15-18 a/v				Leycosysts 6-8 a/v
HepatitB.C TP, HIV	Negative	TRIPLE TEST – Normal result (AFP27.9, HCG 23400, FreeE3 -7.2)			
Rubella IgG	Negative		Negative		Negative

On 1st October, 2019-year pregnant woman came to hospital with with the complain on the decreased movements of baby during previous day. It was decided to do USG. And the next findings were detected:

- FHR 124 per minute
- AFW 2800 gr
- Brain posterior fossa dilatation 18 mm
- Free fluid in abdomen (Pic.2)
- Edema and increased thickness of skin on all body
- Hydrocele
- Polyhydramnios
- Cor dilatation – signs of dilated heart cavity and pericardial effusion
- Doppler MBA PI 2.66



Pic. 2. *Free fluid in abdomen of fetus*

Outcomes: It was obtained diagnosis: 35-36 weeks of pregnancy. Fetal distress. Non immune fetal hydrops. Urgent C-section was provided. Despite on applied resuscitation measures after delivery newborn was died. At birth the skin of baby was with solid edema, color – white, open mouth with enlarged tongue and the weight 3000gr. It was planned to provide infection screening examination and genetic counseling for next pregnancy preparation.

XÜLASƏ

Qeyri-immun dölün hidropsu (kliniki hal)

t.f.d., dos. A.F. İsmayılova, t.f.d., dos. X.M. Təhmazi, t.f.d. K.A. Heydərova, t.f.d. A.S. Həsənova
Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *qeyri-immun dölün hidropsu, antenatal ölüm, boşluqlarda maye yığılması*

Qeyri-immun dölün hidropsu (QİDH) – toxumalarda və 2 və ya daha çox seroz boşluqda qırmızı hüceyrə antigenlərinə qarşı qan dövranında anticisimlərinə dair sübut olmadan hüceyrədaxili mayenin yığılmasıdır. Çox müxtəlif pozğunluqların son mərhələsidir. Diaqnoz ümumi dəri ödeminin 5 mm-dən artıq və 2 və ya daha çox qeyd olunanları tələb edir: Perikardial mayenin yığılması, plevrada mayenin yığılması, assitlər, 6 sm-dən çox ciftin genişlənməsi.

РЕЗЮМЕ

Неиммунный гидропс плода (клинический случай)

д.ф.м., доц. А.Ф. Исмаилова, д.ф.м., доц. Х.М. Тахмази, д.ф.м. К.А. Гейдарова, д.ф.м. А.С. Гасанова
Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *неиммунный гидропс плода, антенатальная гибель плода, выпот в полостях*

Неиммунный гидропс плода - накопление внеклеточной жидкости в тканях и 2 или более серозных полостях без признаков циркулирующих антител против эритроцитарных антигенов. Это конечная стадия самых разных расстройств. Диагностика требует генерализованного отека кожи плода более 5 мм и 2 или более из следующих: выпот в перикарде, выпот в плевральной полости, асцит, увеличение плаценты более 60 мм.

LITERATURE

1. Expert reviewer(s): Dr Carlo BELLINI - Last update: December 2013. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1970.tb03511.x
2. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002937884904538
3. https://www.researchgate.net/publication/233383017_Lysosomal_storage_disorder_in_non_immunological_hydrops_fetalis_NIHF_More_common_than_assumed_Report_of_four_cases_with_transient_NIHF_and_a_review_of_the_literature

Qeydlər / Заметки / Notes

Qeydlər / Заметки / Notes