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 №3 / 2021

ISSN 2411-3956

protokol № 07-R
08 №03/2021

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

Editor in-Chief:
Gurbanova Jamila

Baş redaktor müavini:
Hüseynova Səadət

Associate Editor-in Chief:
Huseynova Saadat

Elmi-redaktor:
Əlizadə Səmayə

Scientific Editor:
Alizade Samaya

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)

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 üçüncü 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:

БИОЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА
Д.Ф. Курбанова, К.Г. Дадашова, Г.Т. Маммед-заде,
С.Т. Алиева, В.А. Гусейнова 9

ANTENATAL QULLUQ APARILMASININ ƏSAS MƏQAMLARI
A.F. İsmayılova, C.F. Qurbanova, X.M. Təhmazi,
A.S. Həsənova, E.S. Səlimova 12

QEYSƏRİYYƏ KƏSİYİ ƏMƏLİYYATI ZAMANI MİOMEKTOMİYA
ƏMƏLİYYATININ APARILMASININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ
A.Ə. Abdullayeva 18

HAMİLƏLİYİN İLKİN TRİMESTRİNDƏ PREEKLAMPSİYANIN PROQNOZLAŞDIRILMASI ÜÇÜN
KLİNİK İNSTRUMENTAL VƏ LABORATOR MEYARLARIN ÖYRƏNİLMƏSİ
C.F. Qurbanova, N.A. Şahbazova, C.Ə. İslamova 23

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ ОНКОМАРКЕРОВ СА-125,
HE_4, СА19-9, СА15-3 И РЭА В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Алиева Фарах Т., Д.В. Брюнин, Алиева Фидан Т. 30

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Алиева Фидан Т., Д.В. Брюнин 35

ERKƏN REPRODUKTİV DÖVRDƏ ÜMUMİ VƏ GENİTAL İNFANTİLİZMİ OLAN
YENİYETMƏ VƏ GƏNC QIZLARDA VİTAMİN D-NİN DƏYİŞMƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ
G.Q. Həsənli, S.Ş. Məmmədova, E.V. Bayramova,
G.M. Bayramova, F.M. Baxşəliyev 40

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ
З.С. Гусейнова 44

HAMİLƏLİK ZAMANI İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURA:
DOĞUŞ VƏ ANESTEZİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ (KLİNİKİ HAL)
X.M. Təhməzi, A.F. İsmayılova, A.E. Hüseynova 51

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.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Д.Ф. Курбанова, К.Г. Дадашова, Г.Т. Маммед-заде, С.Т. Алиева, В.А. Гусейнова
Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *биоэтика, неонатальный скрининг*

Прогресс развития биомедицинской науки, применение новых технологий и практик, усовершенствование диагностики и лечения наследственной патологии, расширение и развитие прав человека стало толчком и для развития биоэтики [1,2].

Впервые термин «биоэтика» был введен в 1971 г. американским онкологом Ван Ренсселом Потером, который рассматривал эту новую дисциплину, как науку выживания, основанную на объединение научного прогресса и общечеловеческих ценностей. Таким образом, биоэтика является важным учением о недопустимости нанесения вреда человеку и его потомству при проведение биомедицинских исследований и практик [3,4].

Существует ряд международных документов и договоров регулирующие вопросы биоэтики основные из них это: Конвенция о правах человека и биомедицины, Совета Европы, 1997 г; Всеобщая Декларация о геноме человека и правах человека, UNECKO 2005, Всеобщая Декларация о биоэтике и правах человека, UNECKO 2005 г., в которых основополагающими принципами биоэтики обозначены автономность человека, конфиденциальность и информированность [5].

В ракурс биоэтических вопросов входят и различные скрининговые программы, включая и неонатальный скрининг, организация и проведение которых должно основываться на биоэтических стандартах и требованиях. Руководящим принципом для скрининга является потенциальная его польза.

Неонатальный скрининг (массовое обследование новорожденных) является эффективным методом выявления врожденных и наследственных заболеваний, что позволить провести раннее лечения и профилактику развития детской инвалидизирующей патологии [6].

Среди генетически детерминированных болезней – болезни обмена веществ имеет самые тяжелые последствия. Наследственные болезни обмена веществ это врожденные нарушение метаболизма, вызванное генетическими изменениями белка или дефектами приводящих к блокировке процессов метаболизма [7,8].

В Азербайджане принята Государственная Программа по неонатальному скринингу «Скрининг новорожденных на наследственные болезни обмена» реализация которой проводиться НИИ АГ.

В скрининг новорожденных включены следующие заболевания: галактеземия, фенилкетонурия, муковисцидоз, адреногенитальный синдром, и гипотериоз.

Галактеземия это наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение метаболизма глюкозы, приводящее к поражению нервной системы и печени. Распространенность 1 на 5000 - 20000. Тип наследования аутосомно-рессисивный.

Фенилокетанурия – болезнь, связанная с нарушением метаболизма аминокислот, приводит к серьезным умственным и неврологическим нарушениям. Распространенность 1 на 5000 - 10000. Тип наследования аутосомно – рецессивный.

Муковисцидоз (кистозный фиброз) представляет собой множественное поражение эндокринных желез, проявляется выделение секретов повышенной вязкости. В процесс вовлекаются легкие, поджелудочная железа, кишечник. Распространенность 1 на 2000 - 2500. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Адреногенитальный синдром связан с избыточной секрецией гормонов, коры надпочечников, что приводит к нарушению водно-солевого баланса и полиорганной недостаточности. Распространенность 1 на 5000-20000. Тип наследования аутомно-рециссивный.

Врожденный гипотериоз развивается внутриутробно, болезнь связана с недостаточностью щитовидной железы, что приводить к развитию умственной и физической отсталости.

Распространенность врожденного гипотериоза 1 на 4000 – 5000 новорожденных.

Ранее выявление этих заболеваний, своевременное лечение доклинических проявлений способствует нормальному развитию и здоровью детей, снижает социальный груз в семье и обществе. Актуальность неонатального скрининга соответствует руководящему биоэтическому принципу о потенциальной пользе.

Для Азербайджана неонатальный скрининг особенно важен, учитывая высокую частоту распространения в стране кровнородственных браков (по разным данным до 20%), что при рецессивном типе наследования увеличивает риск их распространения.

Рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (2019) по проведению скрининговых программ, основывается на биоэтических принципах, основные из них это:

- Доступность
- Квалификация медицинского персонала
- Четкие сроки и условия проведения обследования
- Квалифицированный забор материала
- Четкая интерпретация результатов
- Информационные согласие
- Маршруты скрининга
- Информация и коммуникация

В настоящее время реализация государственной программы по неонатальному скринингу в Азербайджане находится на этапе организации и в соответствии с биоэтическими требованиями проводиться неонатологами и генетиками НИИАГ, имеющие квалифицированное обучение по всем вопросам неонатального скрининга проведения диагностических тестов на аппарате «Perkin Elmer».

Обозначен также территориальный маршрут проведения скрининга с охватом всех регионов и городов страны.

В рамках организации проведения неонатального скрининга, учитывая сложности, связанные с карантинными мерами в условиях короновирусной пандемии, были подготовлены и проведены онлайн лекции для врачей неонатологов и медицинских сотрудников в регионе, обучение по всем вопросам скрининга, включая и технику взятия крови с пятки новорожденного, условиях хранения и обследования образцов крови.

Важным биоэтическим принципам проведения неонатального скрининга является добровольная информационное согласие, которое дает мать или законный представитель новорожденного. Здесь также соблюдается биоэтический принцип автономности, когда в случаях касающихся автономности детей ответственность берут на себе законные представители.

Информационные согласие включает в себе информацию о целях неонатального скрининга, заболеваниях, которые войдут в данные обследование, ранее выявление, которых гарантирует своевременное лечение, позволяющее предупредить развитие болезни. Информационное согласие подписывается добровольно, однако, возможности и отказы от проведения обследования. Изучение причин отказов является важным для выявления мотивов и барьеров, с тем, чтобы приводить дальнейшие действия по их снижению в ходе реализации данной программы.

Таким образом, этап организации неонатального скрининга в стране проходит в соответствие с основными биоэтическими принципами.

Последующие действия после диагностического выявления заболевания также будут основывается на биоэтических требованиях по своевременному лечению и медико-генетическому консультированию с молекулярной диагностикой выявления мутагенного гена и представлением возможностей пренатальной диагностики.

Для успешного проведения неонатального скрининга важна и роль акушер - гинекологов, которые должны представлять информацию о неонатальном скрининге беременным, объяснив цели и значимость скрининга для здоровья будущих потомств. Другим компонентом для успешного проведения неонатального скрининга является и информационная поддержка населения для осознания и понимания целей неонатального скрининга. Обеспечение доступа к информации о неонатальном скрининге является одним из принципов биоэтики и гарантом для здоровья и развития наших детей. В рамках реализации Государственной Программы планируется проведение широкой информационной работы в этом направлении.

XÜLASƏ

Neonatal skrininqin təşkilinin bioetik problemləri

C.F. Qurbanova, K.Q. Dadaşova, G.T. Məmməd-zadə, S.T. Əliyeva, V.A. Hüseynova

Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *bioetika, neonatal skrininq*

Məqalədə Azərbaycanda yenidoğulmuş uşaqların müayinəsi üzrə dövlət proqramının təşkilati mərhələsinin həyata keçirilməsində bioetik prinsiplər və tələblər təqdim olunur. Neonatal skrininqin məqsədlərinin irsi metabolik xəstəliklərin və uşaqlarda əlilliyi patologiyasının qarşısının alınması baxımından dərk edilməsinə dair əhaliyə vacib bir məlumat dəstəyi göstərilir.

SUMMARY

Bioethical issues of the organization of neonatal screening

D.F. Qurbanova, K.G. Dadashova, G.T. Mammed-zade, S.T. Aliyeva, V.A. Huseynova

Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

Key words: *bioethics, neonatal screening*

The article presents bioethical principles and requirements in the implementation of the organizational stage of the state program for neonatal screening in Azerbaijan. An important informational support to the population on understanding the goals of neonatal screening from the perspective of preventing hereditary metabolic diseases and childhood disabling pathology is indicated.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конвенция о правах человека о права человека и биомедицины Совета Европы, 1997.
2. Всеобщая Декларация и биоэтики и прав человека, UNECKO, 2005.
3. Программы скрининга. Краткое руководство, ВОЗ, 2019.
4. Дерябина С.С. Неонатальный скрининг: этические вопросы расширения скринирующих заболеваний. Вопросы Современной педиатрии 2015, 14(6), ст. 714 – 723.
5. Гчков Н.П. Клиническая генетика, 2001, стр. 337-339; стр. 343-347.
6. Краснопольская К.Д. Наследственные болезни обмена веществ. Справочное пособие для врачей. Москва, 2005, 364 с.
7. Elhics of information and communication technologies. European group of Elhics in Science and New Technologies to Brussel, 2012.
8. Amnon Carmi. Informed Consept. The international centre for Health, Law and Elhics. Israil, 2003.

ANTENATAL QULLUQ APARILMASININ ƏSAS MƏQAMLARI

A.F. İsmayılova, C.F. Qurbanova, X.M. Təhmazi, A.S. Həsənova, E.S. Səlimova
Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *hamiləlik, antenatal qulluq, ana və uşaq sağlamlığı, risk faktorları*

Hamiləlik dövründə yaxşı antenatal qulluq (ANQ) ananın sağlamlığı və doğulacaq uşağın inkişafı üçün vacibdir. Hamiləlik sağlam davranışları və valideynlik bacarıqlarını təşviq etmək üçün həlledici bir zamandır. Yaxşı ANQ qadın və ailəsini rəsmi sağlamlıq sistemi ilə əlaqələndirir, doğuş zamanı bacarıqlı bir köməkçinin (tibb işçisi) iştirak etmə şansını yaradır və həyat dövrü boyunca sağlamlığa kömək edir. Bu müddətdə qeyri-kafi qulluq həm qadınlar, həm də körpələr üçün baxımın davamlılığındakı kritik fasilələrin yaranmasına təsir edir:

Analara təsiri: Ana ölümlərinin yüzdə 25 %-nin hamiləlik dövründə baş verdiyi, bölgədəki təhlükəli abort, zorakılıq və xəstəliklərin yayılmasından asılı olaraq ölkələr arasında dəyişkənlik olduğu təxmin edilmişdir. Ana ölümlərinin üçdə biri ilə yarısı arasında hamiləlik zamanı qeyri-kafi qulluqla birbaşa əlaqəli olan hipertoniya (preeklampsiya və eklampsiya) və doğuşdan əvvəl qanaxma kimi səbəblərə bağlıdır. Hamiləlik zamanı əvvəlcədən mövcud olan bəzi hallar daha şiddətli olur. Malyariya, HİV / QİÇS, anemiya və qeyri-kafi qidalanma, ana və yenidoğulmuşlarda ağırlaşmaların artması ilə yanaşı, bu halların geniş olduğu yerlərdə ölümlə əlaqələndirilir. Cinsiyyətə əsaslanan şiddət və iş yerindəki təhlükələrə məruz qalma əlavə və tez-tez qiymətləndirilməyən ictimai sağlamlıq problemləridir. Depressiyanın dərəcələri III trimestr hamiləlikdə, doğuşdan sonrakı dövrdə olduğu kimi, ən azı daha yüksək ola bilər. [1-3]

Körpələrə təsirləri: Dölün bətndaxili ölümün anada olan infeksiyalar - xüsusən də sifilis - doğuş və hamiləlik fəsadları da daxil olmaqla bir sıra səbəbləri var, lakin antenatal ölü doğuşların səbəbləri üçün sistemli qlobal təxminlər mövcud deyil. Yenidoğulmuşlar hamiləlik dövrün problemlərindən: vaxtından əvvəl doğuş və dölün bətndaxili inkişaf ləngiməsi daxil olmaqla və körpənin inkişafına təsir edən anadangəlmə infeksiyalar və fetal alkoqol sindromu kimi digər amillərdən təsirlənirlər.

İctimai, ailə və icma konteksti və inancları hamiləlik dövründə sağlamlığa pozitiv və ya mənfi təsir göstərə bilər. Bəzi mədəniyyətlərdə hamilə qadınlar üçün xüsusi qidalar və istirahət təşviq edilir, lakin bəzilərində hamiləlik qəbul edilmir. Bu hallarda qadınlar çox çalışmağa davam edirlər və qidalanma tabuları onları əsas qida maddələrindən məhrum edə bilər, xüsusən də dəmir, zülal və bəzi vitaminləri qidalanma çatışmazlıqlarına səbəbdir.[4,5]

Analar və körpələr üçün problemlərin qarşısının alınması hamiləlikdən əvvəl, doğuşda və doğuşdan sonrakı dövrdə əlçatan, yüksək keyfiyyətli qulluğun davamlılığından asılıdır. Həm də hamilə qadınların, xüsusən də fəsadlar baş verdikdə xidmətlərə çatmasına kömək edəcək dəstəyə bağlıdır.

Bu davamlı qulluqda vacib bir element təsirli antenatal qulluqdur. ANQ paketinin məqsədi hamiləlik dövründə ana və körpələrə təsir göstərən üç növ sağlamlıq probleminin qarşısını almaq, aşkarlamaq, yüngülləşdirmək və ya idarə etməklə yanaşı doğuşa və valideynliyə hazırlaşmaqdır:

- hamiləliyin özünün ağırlaşması
- hamiləlik dövründə pisləşən əvvəlcədən mövcud vəziyyət
- sağlam olmayan həyat tərzinin təsirləri.

Antenatal qulluq yeni doğulmuş uşağa qulluq, erkən, müstəsna ana südü ilə qidalanmanın təşviqi və hamiləliyin nəticələrini yaxşılaşdırmaq üçün gələcək hamiləliklərə qərar verməkdə köməklik daxil olmaqla, qadınlara və ailələrinə sağlam hamiləlik, təhlükəsiz doğuş və doğuşdan sonra bərpa üçün müvafiq məlumat və tövsiyələr verir.[6-8]

ANQ birbaşa ölü doğuşları və yenidoğulmuşların ölümlərini azaltmaqla və dolayı yolla davamlı qulluğun əsas nöqtəsində qadınla sağlamlıq təmasları təmin etməklə körpələrin sağ qalmasını və sağlamlığını yaxşılaşdırır.

Bununla birlikdə, ANQ-un faydaları yalnız ölüm azalmasından daha böyükdür və ANQ-un nisbətən aşağı sərfiyyatını nəzərə alınaraq, bu paket hər hansı bir ictimai səhiyyə paketinin ən sərfəli dəyəri arasındadır.

Antenatal qulluq ən yüksək risk dövründə doğuşdan əvvəl və doğuşdan sonrakı erkən dövrdə sağlamlığı inkişaf etdirmək və qurmaqla dolayısı ilə ana və körpələrin həyatını xilas edir.[9-11]

ANQ-un aparılma tezliyi bir qadının səhiyyə xidmətləri ilə əlaqə qurması üçün ilk fürsətini təqdim edir, beləliklə inteqrasiya olunmuş qayğı üçün giriş nöqtəsi təklif edir, sağlam ev təcrübələrini təşviq edir, qayğıkeş davranışları təsir edir və hamiləlik fəsadları olan qadınları müvafiq müəssələrə yönəldilməsində kömək edir.

Ən azı bir ANQ ziyarətində olduqda qadınlar bacarıqlı bir köməkçi (tibb işçisi) ilə doğuş etmə ehtimalı yüksəkdir.

Tədqiqat ANQ-nin faydalarını ana və körpələrin sağlamlığının yaxşılaşdırılması yolu ilə göstərsə də, ANQ-nin dəqiq komponentləri və nə vaxt nə ediləcəyi müzakirə mövzusu olaraq qalır.[12-15]

Son illərdə, aparılan antenatal qulluğun effektiv olmasında hamiləliyin risk faktorların nəzərə alınması müəyyənləşıb. Hamilə qadınları əvvəlcədən təyin olunmuş meyarlara əsasən "aşağı risk" və ya "yüksək risk" kimi təsnif etmək üçün nəzərdə tutulmuş yüksək riskli yanaşma və bir çox ANQ ziyarətini əhatə etmişdir.

Bu yanaşmanın effektiv şəkildə həyata keçirilməsi çətindi, çünki bir çox qadının ən azı bir risk faktoru olduğu, və ya bütün inkişaf etmiş fəsadların olmadığı; eyni zamanda, bəzi aşağı riskli qadınlarda, xüsusilə də doğuş zamanı ağırlaşmalar meydana çıxa bilməsidir.

Diqqətli və ya məqsədyönlü ANQ xidmətləri, hamiləliyin müəyyən kritik vaxtlarında həyata keçirilən bütün qadınlar üçün sübutlu təbabətə əsaslanan müdaxilələr təmin edir. [16-19]

Antenatal qulluğun keyfiyyəti gəlişlərin və aparılan profilaktik tədbirlərin sayı ilə deyil, göstərilən yardımın keyfiyyəti, hamilə qadının və onun ailə üzvlərinin hamiləliyin gedişi barədə məlumatlılığı, yaxınlarının hamiləyə fiziki, psixoloji, emosional və sosial dəstəyinin səviyyəsi, hamiləliyin gedişinə nəzarət və antenatal qulluq sisteminə müraciətin vaxtında olması ilə müəyyən olunur. Bu səbəbdən əsas rol məlumatı düzgün formalaşdırıb təqdim edə bilən, hamiləyə dərk edilmiş doğru seçim etməyə imkan verən təlim keçmiş tibb personalına ayrılır. [20-22]

Azərbaycanda ilk antenatal qulluq üzrə kliniki protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 28 noyabr 2008-ci il tarixli 28 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir. "Fizioloji hamiləliyi olan qadınlara antenatal qulluq" mövzusunda kliniki protokol sübutlara əsaslanmış təbabətin prinsipləri əsasında hazırlanmış və mama-ginekoloqlar, ümumi praktika həkimləri və mamalar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Antenatal qulluğun (doğuşaqədər nəzarət) məqsədi hamilə qadının və onun hələ doğulmamış körpəsinin sağlamlığının qorunması, ailəyə valideynliyə hazırlanmaqda kömək etməkdir. [23]

Perinatal səhiyyənin əsas prinsipləri:

- normal hamiləlik və doğuş zamanı qulluq demedikalizə edilmiş olmalıdır, əsassız həkim müdaxilələri minimuma endirilməlidir.
- qulluq uyğun texnologiyanın istifadəsinə əsaslanmalıdır.
- qulluq regionalaşdırılmağa əsaslanmalıdır – tibb müəssisələrinin səviyyəsinə görə müəyyən olunmalıdır.
- qulluq elmi sübutlara əsaslanmalıdır.
- qulluğa, lazım gəldikdə, müxtəlif ixtisaslı tibb işçiləri cəlb olunmalıdır.
- qulluq tam olmalıdır.
- qulluqda ailənin dəstəyinə geniş yer ayrılmalıdır.
- qulluq cəmiyyətin mədəni ənənələri ilə ziddiyyət təşkil etməməlidir.
- hamilə qadın göstəriləcək yardımla bağlı qərar qəbul edilərkən bu prosesdə iştirak etməlidir.

Risk qrupunda olan hamilələr:

I. Sosial-bioloji faktorlar:

- yaşı 18-dən aşağı, 40-dan yuxarı olan hamilələr
- atanın yaşı 40-dan yuxarı
- BÇI < 18, BÇİ >30
- zərərli vərdişlər

II. Mama-ginekoloji anamnez:

- doğuşlarn sayı 4 və daha çox olan hamilə qadınlar
- təkrari və ya fəsadlaşmış abortlar
- uşaqlığın inkişaf qüsuru olan hamilə qadınlar
- sonsuzluq
- induksiya olunmuş hamiləlik
- uşaqlıq və artımlarda cərrahi müdaxilə
- inkişafdan qalmış hamiləlik
- vaxtından qabaq doğuş
- anamnezində Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı olan hamilələr
- anamnezdə preeklampsiya, eklampsiya
- anamnezində 3 və ya daha çox özbaşına düşük olan hamilələr
- əvvəlki hamiləliklər, doğuş və doğuşdan sonrakı dövrdə psixoz
- anamnezdə ölüdoğulma və ya yenidoğulmuşun neonatal dövrdə ölümü

- əvvəlki hamiləliklərdə dölün anadangəlmə inkişaf qüsuru
- əvvəlki hamiləliklərdə dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi
- ailədə genetik xəstəliklər

III. Ekstragenital xəstəliklər:

- hipertenziya, ürək-damar sisteminin xəstəlikləri, qan xəstəlikləri, hemostaz pozğunluqları, sidik-ifrazat sisteminin xəstəlikləri, qaraciyər xəstəlikləri, ağciyər xəstəlikləri, psixi xəstəliklər, epilepsiya, endokrinopatiya, autoimmun xəstəliklər, onkoloji xəstəliklər, kəskin və xroniki infeksiyaları olan hamilələr, HİV – infeksiyalı hamilələr.

Protokola hamilə qadının gəlişlərinin (7 gəliş) cədvəli və 4 əlavə daxil edilmişdir.

Əlavə N 1 - Antenatal xidmət müəssisələrində tibb işçilərinin məsləhətvermə səriştəsi. Əlavə N 2 - Arterial təzyiqin ölçülməsi texnikası. Əlavə N 3 - Hamilənin ev kartası. Əlavə N 4 - Xarici mamalıq müayinəsinin texnikası. Qravidoqramma.

I gəliş (12-ci həftəyə qədər)

Məsləhətvermə zamanı həkim hamilə qadına hamiləliyin fizioloji gedişatı haqqında məlumat verir, anamnez toplayır, ona hamilənin ev kartasını təqdim edərək onun doldurulma qaydalarını başa salır. Hamilə qadının müayinəsində arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, axırıncı aybaşı tarixinə əsasən doğuşun güman edilən vaxtı, bədən çəkisi indeksi (BÇİ) = çəki (kq) / boy^2 (m^2) (BÇİ-nin yol verilən sərhədləri 18-dən 30-a qədərdir) təyin olunur. Aparılan laborator müayinələr: qanın klinik analizi (hemoqlobin), sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriya), qanda şəkərin təyini, qan qrupu, rezus faktorun, əgər qadın Rh (-), partnyoru isə Rh (+) olarsa rezus anticisimlərinin təyini, Hepatit B, HİV, sifilis testləri, Rubella (İgG) skrininqi. Hamilə qadın seroneqativ olduqda xəstəliyin kəskin formasına müayinə aparılmalı və hamiləliyin II, III trimestrlərində dinamik müayinə aparılmalıdır. Uşaqlıq yolundan yaxmanın mikroskopik müayinəsi (yaxma götürülən zaman uşaqlıq boynunun müayinəsi aparılmalıdır), USM. Hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər fol turşusunun (400 mkq/sut) təyini. 7-10 gün sonra hamilə qadın müayinələrin nəticələri ilə təkrar həkimin qəbuluna gəlməlidir.

II gəliş (18-20-ci həftədə)

2ci gəlişdə təkrar məsləhətvermə, arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi (qravidoqramma), sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriyanın təyini üçün), USM aparılır.

III gəliş (26-28-ci həftədə)

3-cü gəlişdə təkrar məsləhətvermə, arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi (qravidoqramma), auskultasiya – dölün ürək döyüntülərinə qulaq asılması, qanın klinik analizi (hemoqlobin), sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriya), antirezus immunoqlobulininin rezus-mənfi immunizasiya olmamış qadına yeridilməsi aparılır.

IV gəliş (30-32-ci həftədə)

4-cü gəlişdə təkrar məsləhətvermə, arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi (qravidoqramma), auskultasiya – dölün ürək döyüntülərinə qulaq asılması, qanın klinik analizi (hemoqlobin), sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriya) aparılır.

V gəliş (34-36-cı həftədə)

5-ci gəlişdə təkrar məsləhətvermə, arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi (qravidoqramma), auskultasiya – dölün ürək döyüntülərinə qulaq asılması, qanın klinik analizi (hemoqlobin), sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriya), Hepatit B, HİV, sifilis testləri, uşaqlıq yolundan yaxmanın mikroskopik müayinəsi, USM aparılır.

VI gəliş (38-ci həftədə)

6-cı gəlişdə məsləhətvermə, arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi (qravidoqramma), dölün vəziyyətinin və gələcək hissəsinin təyini üçün qarnın palpasiyası. Dölün çanaq gəlişi zamanı doğuşun aparılma taktikasının müəyyən olunması (mamalıq vəziyyətindən asılı olaraq hamiləliyin cərrahi və ya təbii yolla başa çatdırılmasının proqnozlaşdırılması), auskultasiya – dölün ürək döyüntülərinə qulaq asılması, sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriya) aparılır.

VII gəliş (40-cı həftədə)

7-ci gəlişdə məsləhətvermə, arterial təzyiqin ölçülməsi, nəbzin sayılması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi (qravidoqramma), auskultasiya – dölün ürək döyüntülərinə qulaq asılması, sidiyin ümumi analizi (proteinuriya, bakteriuriya) aparılır. Əgər bu müddətdə doğuş baş verməyibsə növbəti gəliş 1 həftədən sonraya təyin olunur. 42-ci həftədə hamilə qadın doğuşun induksiyası üçün stasionara göndərilir.

Məsləhətvermə təlim keçmiş tibb işçisi tərəfindən aparılır. Birinci gəlişdən başlayaraq qadına heç

olmazsa, bir dəfə partnyoru və ya ailə üzvü ilə birlikdə məsləhətə gəlməyin məqsədəuyğun olduğunu başa salmaq lazımdır. Məsləhətvermədə məsləhət üçün müraciət edən şəxsin hisslərini, hissiyyatını, tələblərini və ehtiyaclarını nəzərə almaqla onun məlumatlı qərar qəbul etməsinə yönəldilmiş ünsiyyət nəzərdə tutulur. Məsləhətvermə fərdi olaraq bir şəxslə və ya qrupla aparıla bilər. Qərarı tibb işçisi deyil, ailə cütlüyü qəbul etməlidir. Ailəyə məsləhətvermə fərdi məsləhətvermənin bir növüdür. Tibb işçisi qadına düzgün məlumatı tam şəkildə çatdırmalı, qadının əvəzinə bu və ya digər xidmət və ya müayinə metoduna üstünlük verməklə seçim etməməlidir. Seçim qadının özü tərəfindən edilməlidir.[23-25]

Hamilə qadınların ehtiyaclarına cavab vermək üçün antenatal qulluq hamiləlikdə birbaşa və ya dolayı yolla malyariya, qidalanma çatışmazlığı, CYYX, HİV və vərəm daxil olmaqla çoxsaylı problemləri həll etməlidir. ANQ aparıldıqda yeni doğulmuş uşağa qulluq da daxil olmaqla hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı dövr haqqında lazımi məlumatlar və tövsiyələr tibb işçisi tərəfindən verməlidir. Bunun ən təsirli yolu proqramların inteqrasiyası və geniş vərdişlərə sahib səhiyyə xidmətlərinin mövcudluğudur.

Effektiv bir ANQ paketi, müraciət xidmətləri və lazımi təchizat və laboratoriya dəstəyi ilə işləyən bir səhiyyə sistemindəki səlahiyyətli səhiyyə təminatçılarından asılıdır. Yekun olaraq, ANQ paketinin xülasəsi verilir və qadınların əksəriyyəti üçün yeddi dəfə mərkəzləşdirilmiş antenatal qulluq modelinə keçid vurğulanır. Nəhayət, hamiləliyin kritik dövründə ana və körpələrə keyfiyyətli qulluq göstərilməsində və bu dövrü hədəf alan çoxsaylı müdaxilələrin və proqramların inteqrasiyasında əsas problemlərin həllinə kömək etmək üçün praktik tədbirlər təklif edilir.

РЕЗЮМЕ

Особенности проведения антенатального ухода

А.Ф. Исмайлова, С.Ф. Гурбанова, Х.М. Тахмази, А.С. Гасанова, Е.С. Салимова
НИИ Акушерства и Гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *беременность, дородовое наблюдение, здоровье матери и ребенка, факторы риска*

Дородовой уход должен прямо или косвенно решать ряд проблем во время беременности, чтобы удовлетворить потребности беременных женщин, включая малярию, дефицит питания, ИППП, ВИЧ и туберкулез. Во время антенатального ухода врач должен предоставить необходимую информацию и советы по беременности, родам и послеродовому периоду, включая уход за новорожденным. Самый эффективный способ сделать это - интеграция программ и доступность комплексных медицинских услуг. Эффективный пакет антенатального ухода зависит от уполномоченных поставщиков медицинских услуг в системе здравоохранения, которая работает со справочными службами, а также от необходимого оборудования и лабораторной поддержки.

SUMMARY

The main features of antenatal care

A.F. Ismayilova, J.F. Qurbanova, Kh.M. Takhmazi, A.S. Hasanova, E.S. Salimova
Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

Key words: *pregnancy, antenatal care, maternal and child health, risk factors*

Antenatal care must directly or indirectly address a range of problems during pregnancy to meet the needs of pregnant women, including malaria, malnutrition, STIs, HIV and tuberculosis. During antenatal care, the doctor should provide the necessary information and advice on pregnancy, childbirth and the postpartum period, including caring for the newborn. The most effective way to do this is through the integration of programs and the availability of comprehensive health services. An effective antenatal care package depends on authorized healthcare providers in the healthcare system that operate referral services, as well as the necessary equipment and laboratory support.

ƏDƏBİYYAT

1. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. National Institute for Clinical Excellence. NICE clinical guideline 6, October 2003 HTU, www.nice.org.ukUTH
2. Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон, Кэролайн Краутер, Лилиа Дьюли, Элен Ходнет и Джустус Хофмейер. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. "Метрополис" Санкт- Петербург, 2003.
3. Материал по антенатальному уходу, подготовленный при содействии Американского Агентства международного развития (Грузинского офиса Кавказской миссии здоровья и социального развития) HTU, www.jsi.ge, UTH.
4. Курс по оказанию антенатальной помощи. Институт Здоровья Семьи, USAID, Проект "Мать и дитя" HTU, www.ifhealth.ru, UTH.
5. Учебное руководство по сбору антенатального анамнеза, медицинского осмотра и базового ухода. HTU, www.healthfam.uz, UTH.
6. Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья HTU, www.euro.who.int, UTH.
7. Villar J, Carroli G, Khan Neelofur D., Piaggio G., Gulmezoglu M. "Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy" Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001.
8. Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline-88. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006.
9. Pickering T.G., Hall J.E., Appel L., Falkner B.F., Graves J., Nill M.N. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Circulation. 2005 Feb 8;111(5): 697-716.
10. Management of HIV in pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Medical Specialty Society, 2004.
11. Nelson H.D., Glass N., Huffman L., Villemyer K., Hamilton A., Frame P., Berg A.O. Screening for syphilis, 2004.
12. Gooch A, Parker J, Wray J, Qureshi H. Guideline for blood grouping and antibody testing in pregnancy. British Committee for Standards in Haematology Professional Association, 2006.
13. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
14. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. Lancet Glob Health. 2018;6(11): e1186-95. pmid:30322649
15. Victora C.G., Requejo J.H., Barros A.J. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. Lancet. 2016;387(10032): 2049–2059. pmid:26477328
16. Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C., Jordan K., Leslie H.H., Roder-DeWan S., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11); e1196-e1252. pmid: 30196093
17. Pan American Health Organization/World Health Organization, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, World Bank Group, Alliance for Health Policy and Systems Research. Success Factors for Women's and Children's Health: Peru. Geneva: World Health Organization; 2015.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016.
19. Sibai B.M., Stella C.L. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(5): 481.e1-7.
20. Williamson J., Ramirez R., Wingfield T. Health, Healthcare Acces, and use of Traditional Versus Modern Medicine in Remote Peruvian Communities: A Descriptive Study of Knowledge, Attitudes and Practices. Am J Trop Med Hyg. 2015;92(4): 857-864. pmid: 25688165
21. Osungbade KO, Shaahu VN, Uchendu OC. Clinical audit of antenatal service provision in Nigeria. Health Care Women Int. 2011;32(5): 441-52. pmid: 21476162

22. Doubova S.V., Pérez-Cuevas R., Ortiz-Panozo E., Hernández-Prado B. Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14: 168. pmid: 24885103
23. Fizioloji hamiləliyi olan qadınlara antenatal qulluq üzrə kliniki protokol, 2008, Bakı, Azərbaycan.
24. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011;22: 159-60.
25. Moore N, Blouin B, Razuri H, Casapia M, Gyorkos TW. Determinants of first trimester attendance at antenatal care clinics in the Amazon region of Peru: A case-control study. PLoS ONE. 2017;12: e0171136. pmid: 28207749

QEYSƏRİYYƏ KƏSİYİ ƏMƏLİYYATI ZAMANI MİOMEKTOMİYA ƏMƏLİYYATININ APARILMASININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

A.Ə. Abdullayeva
Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *uşaqlığın mioması, miomektomiya, histeroktomiya, BKİ, intramural, submukoz, subseroz miomalar*

Uşaqlıq mioması 45 yaşa qədər qadınların təxminən 70 % - də rast gəlinən ən cox görülən xoşxassəli şişdir. Bir çox miomlar kiçik və asimptomatikdir. Miomalar həm hamar əzələ, həm də fibroblast komponentinə malikdir. Fibromalar patofiziologiyasına, ölçüsünə, lokalizasiya və kliniki simptomatikasına görə heterogendir.

Miomaların yaranma riski irqlə cox əlaqələndirilir. Ağ dərili qadınların təxminən 25 %-də, qaradərili qadınların isə 50% - də simptomatik mioma inkişaf edir. Qaradərili qadınlarda həmçinin xəstəliyin daha ağır gedişatlı formalarına rast gəlinir.[1,2] Klinik olaraq mioma səbəbli histeroktomiya bütün histeroktomiyaların 1/3 hissəsini təşkil edir.[3]

Bədən kütlə indeksi (BKİ) yüksək olan qadınlarda miomaların əmələ gəlmə ehtimalı daha yüksəkdir. Həmçinin çoxsaylı doğuşlar və siqaret istifadəsi də miomanın yaranma riskini artıran faktorlar içərisindədir.[4] Uşaqlıq miomları subseroz, submukoz, intramural formada olur. Bəzən miomalar yoğun bağırsaqda (intraliqamentozis), fallop borularında və ya uşaqlıq boynunda olur. Miomalar saya əzələ hüceyrəsindən inkişaf edir və estrogenə müsbət cavab verdiyi üçün reproduktiv dövrdə böyüyür, menopauzada isə kiçilməyə başlayır. Reproduktiv dövrdə inkişaf etməsi miomaların hamiləlik zamanı da rast gəlmə tezliyini artırır.[5] Uşaqlıq mioması bütün hamilələrin 0,5-5% -ində rast gəlinir. Miomaların əksəriyyəti hamiləlik dövründə böyümür, yalnız 1/3 halda böyümə müşahidə edilə bilər. Hamiləlik dövründə miomaların diaqnostikası daha da çətinləşir. Ölcüsü 5 sm-dən böyük olan miomaların 42 faizini, ölcüsü 3-5 sm olan miomaları isə 12,5 % halda təyin etmək olur. Ultrasəs müayinənin uşaqlıqda miomaları olan hamiləlikdə təyin etmək qabiliyyəti isə çox məhdudlaşır. Bu vəziyyət miomanın hamiləlikdə uşaqlığın əzələ qişasının fizioloji qalınlaşmasından fərqləndidilməsinin çətinləşdirilməsi ilə əlaqəlidir. USM-ə miomaların diaqnostikası 1,4-2,7 % halda qoyula bilər. [6]

Uzun müddət sonsuzluq müalicəsi alan yaşlı qadınlarda uşaqlığın mioması rast gəlmə hallarının 12 - 25 % arasında olduğu öyrənilmişdir.[7] Aparılan tədqiqatlara əsasən hamiləlik dövründə uşaqlıq miomasının ölçülərinin USM-lə izlənməsi zamanı 60-78% halda miomaların ölçülərini dəyişmədiyi müşahidə olunub. 22-32 % halda miomların böyüməsi ilk trimestrə, əsasən də ilk 10 həftəyə təsadüf edirdi. Bəzi tədqiqatlar kiçik və böyük miomanın böyümə ehtimalının eyni olduğunu, digər tədqiqatlar isə kiçik və böyük miomanın fərqli intensivliklə böyüdüyünü, kiçik miomların böyüdüyünün, böyük miomların isə eyni ölçüdə qaldığını və üçüncü trimestrdə miomanın ölçülərinin azaldığını göstərir. [8,9]

Hamiləlik dövründə böyük və birdən çox miomalar varsa bir çox potensial narahatlıq izlənəcəkdir. Bunlara cift patologiyasını (plasenta previa və plasenta dekolmanı) göstərmək olar. Böyük ölçülü mioması olan qadınlarda sağrı gəlişlərinin rast gəlmə ehtimalı daha yüksəkdir. Həmçinin miomanın ağırlığı uşaqlıqda stres yaradaraq uşaqlığın yığılmasına, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasına və vaxtından əvvəl doğuşların yaranmasına səbəb ola bilər. [10,11]

Uşaqlıq miomalarının müalicəsi dünya miqyasında daim ginekoloqların diqqətində olmuşdur. Miomaların ölçüsündən, formasından asılı olaraq histeroktomiya, konservativ miomektomiya, uşaqlıq arteriyalarınn embolizasiyası kimi əməliyyatlar aparılmışdır. Bu üsullar içərisində aparılmış konservativ miomektomiya əməliyyatı düyünlərin çıxarılması, klinik simptomların aradan qaldırılması və pasientin gələcəkdə hamilə qalmasına imkanın yaradılması səbəbindən daha effektiv müalicə üsulu hesab olunmuşdur. Miomektomiyadan sonra qadınların hamilə qalması 27-73 % arasında dəyişmişdir. [8,12-15]

Hamilə qadınlarda Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı miomektomiyanın effektivliyini araşdırmaq üçün aparılmış tədqiqatda Qeysəriyyə kəsiyi zamanı miomektomiya olunmuş 1242 qadın və kontrol qrup olaraq 200 fibromioması olmayan Qeysəriyyə kəsiyi keçirmiş qadın, 145 fibromioması olub Qeysəriyyə

kəsiyi zamanı miomektomiya olmayan və 51 Qeysəriyyə kəsiyi zamanı histeroktomiya olunan qadın müqayisə edilmişdir. Əməliyyatdan əvvəl və sonrakı hemoqlobin səviyyələri arasındakı fərq, qanaxma, qan köçürülməsi, əməliyyatdan sonrakı hərarət, əməliyyat müddəti və xəstəxanada qalma müddəti öyrənilmişdir. Qruplar arasında ortalama hemoqlobin dəyişikliyində, əməliyyatdan sonrakı hərarət halında və xəstəxanada qalma müddətində heç bir statistik dəyişiklik yox idi. Tədqiqatın nəticəsi miomektomiyanın Qeysəriyyə kəsiyi zamanı təhlükəsiz olduğun təsdiqləmişdir. [10]

2016-2019-cı illərdə İstanbul Okmeydan Elmi-Tədqiqat İnstitutunda 172 uşaqlığın mioması olan hamilə qadında aparılan tədqiqatın nəticəsinə əsasən kiçik mioması olan qadınlarla mioması olmayan qadınların hamiləlik gedişatında böyük statistik fərq aşkarlanmadı. Miomaların ölçüsü xəstələrin 60%-də artmış, fibromanın böyümə faizi isə 25% olmuşdur. Nəticədə kiçik ölçülü miomaların (5sm gədər) yüksək riskli hamilələrdə belə hamiləlik nəticəsinə təsir etmədiyi və Qeysəriyyə kəsiyi zamanı miomektomiyanın təhlükəsiz həyata keçirilə biləcəyi aşkarlandı.[12]

İran Respublikası Perinatologiya mərkəzində aparılmış digər tədqiqat uşaqlıq mioması olan 160 və 160 uşaqlıq mioması olmayan hamilə qadın üzərində aparılmışdır. Tədqiqatın nəticəsinə əsasən qeyri baş gəlişləri, erkən doğuş, Qeysəriyyə kəsiyi ilə cərrahi doğuşu nəzarət qrupu ilə müqayisədə mioması olan qadınlarda əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur. Bu hamilələrdə mioma ölçüləri 5 sm-dən böyük idi və 132 xəstədə (83%) miomalar intramural yerləşmişdi. Bundan əlavə 133 xəstədə miomalar uşaqlıq cismində idi. Bununla yanaşı uşaqlıq mioması ilə dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması, birinci trimestrdə abort qanaxması, aşağı çəkili yenidoğulmuş, doğuşdan sonrakı ağır qanaxma arasında heç bir korrelyasion əlaqə aşkarlanmamışdır. Tədqiqatın nəticəsi prenatal qayğının hamiləlik patologiyasının qarşısının alınmasında rolunun əhəmiyyətini böyük olduğunu təsdiqlədi. [16]

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı miomektomiya olunması daha öncə dayandırılmışdı. Aparılmış başqa bir tədqiqatda iki xəstədə böyük subseroz düyünün çıxarılması aparılmışdır. Birinci əməliyyatda Qeysəriyyə kəsiyi ilə cərrahi doğuşu zamanı 10 sm-lik subseroz düyünün çıxarılması makrosomiya şübhəsinə görə aparılmışdır. Hər iki halda əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstənin vəziyyəti Qeysəriyyə kəsiyi zamanı miomektomiya əməliyyatının apara biləcəyini təsdiqləmişdir. Digər bir tədqiqatın nəticəsinə əsasən hamiləlik zamanı müraciət edən 34 yaşlı xəstədə uşaqlıq ölcülərinin 30-32 həftəlik hamiləliyə uyğun olduğu halda hestasiyanın 12-14 həftəlik olması, bundan əlavə bütün qarın boşluğunu dolduran nəhəng 15 sm-lik diametrli miomatoz düyünün olması öyrənilmişdir. Degenerasiya olunmuş düyün əməliyyatla xaric edildi və xəstə 39 həftədə 3,2 kq çəkili uşağın doğulması ilə hamiləlik fizioloji doğuşla başa çatdı. [11]

Histerektomik miomektomiyadan sonrakı dövrdə baş vermiş hamiləlik gedişatı da daim müzakirə mövzusu olmuşdur və bu istiqamətdə bir çox tədqiqatlar aparılmışdır. Aparılmış tədqiqatın nəticəsinə görə histeroskopik miomektomiya aparılmasının hamiləlik öncəsi labüd olduğu təsdiqlənmiş, lakin bu cür hallarda miomektomiya yerlərinə plasenta implantasiyası və plasenta bitişməsi olması ehtimalının göz önünə alınaraq hamilələrə nəzarətin artırılmasının labüdlüyü sübut olunmuşdur. [4]

2013 cü ildə aparılmış başqa bir tədqiqatda 1082 qadın tədqiqata daxil edilmişdir. 443 qadında Qeysəriyyə kəsiyi əməliyatında miomektamiya aparılmış, 613 qadında isə sadəcə Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı olmuşdur. Əməliyyatdan sonra Qeysəriyyə miomektomiyası olan qrupda kontrol qrupla müqayisədə hemoqlobin düşməsi 0,3 q/dL daha çox idi, lakin bu fərq əhəmiyyəli deyildi. Əməliyyat müddəti Qeysəriyyə mimektomiyası qrupunda 4,94 dəqiqə daha uzun çəkmişdir. Bu fərq də əhəmiyyətli fərq olmamışdır. Daxil olunan tədqiqatların heç birində histeroktomiya aparılmadı. Tədqiqatın nəticəsinə əsasən Qeysəriyyə miomektomiyası leyomiomalı qadınlar üçün məqbul bir seçim ola bilər [5,13].

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı miomektomiya geniş yayılmış bir praktikaya çevrilərsə bu çoxsaylı əməliyyatların qarşısının alınması üçün seçim ola bilər. Uzun zamanlar bu əməliyyatın təhlükəsizliyini göstərən bir dəlil olmadan miomektomiya əməliyyatının Qeysəriyyə kəsiyi zamanı aparılmasından çəkinirdilər, çünki qan itkisinə nəzarətin aparılmasında çətinlik çəkilirdi. Lakin bir çox hallarda miomaların pedinkulyar formasının burulması, böyük ölçülü miomaların təzyiqi, nekrobiozu zamanı ağrı miomektomiyanın hətta hamiləlik müddətində aparılmasına göstəriş verir. Afrika ölkələrində qadınlarda uşaqlıq mioması çox yayıldığı üçün bu istiqamətdə çoxsaylı elmi araşdırmalar aparılmışdır. Aparılmış iki araşdırmanın nəticəsinə əsasən 13 və 47 pasientdə Qeysəriyyə kəsiyi zamanı aparılmış miomektomiyadan sonrakı vəziyyətinin qiymətləndirilməsi zamanı əməliyyat vaxtına 11 dəqiqə,

əməliyyat zamanı qan itkisinə 112 ml və xəstəxanada qalma müddətinə bir yarım gün əlavə edilməsinə baxmayaraq yara infeksiyası və ciddi bir ağırlaşma olmamışdır. Elmi araşdırmanın nəticəsinə əsasən Qeysəriyyə zamanı miomektomiya əməliyyatının qərarına ehtiyatla yanaşmalı, yalnız ayaqcıq üzərində olan mioma variantları hallarında aparılmalı və Qeysəriyyə kəsiyi zamanı miomektomiya aparılan mərkəzlər kifayət qədər tibbi heyətə və qan bankına malik olmalıdılar. [15]

2017 ci ildə Amerikanın Mamalıq kollecində 362 xəstə qiymətləndirilmişdir. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı miomektomiya olmuş xəstələr və miomektomiya keçirilməmiş xəstələrin müqayisəsi zamanı hemoqlobin səviyyəsində enmə, demoqrafik göstəricilər, ağırlaşmalar, qan köçürmə nisbətləri və əməliyyat müddətləri müqayisə edilmişdir. Miomanın ölçüsü 5 sm-dən böyük olduqda bu parametrlərin müqayisəsi zamanı $p<0,01$ və $p< 0,05$ dən kiçik olub statistik əhəmiyyət kəsb etmişdir. Hemoqlobin səviyyəsindəki azalma, ağırlaşmalar dərəcəsi, qan köçürülmə sayı hər iki qrupda bərabər olmuşdur və işin nəticəsinə əsasən Qeysəriyyə kəsiyi zamanı miomektomiyanın aparılması təhlükəsiz bir müdaxilədir.[13]

Miomektomiya əməliyyatının aparılmasının önəmini araşdırmaq üçün uşaqlıq mioması və sonsuzluq arasındakı əlaqə də araşdırılmışdır. İmplantasiya mərhələsində uşaqlıq yığılmasının kəskin sürətdə azaldığı bilinir ki, bu da embrionun endometriuma implantasiyasını asanlaşdırdığı düşünülür. 2017-ci il Türkiyədə aparılmış tədqiqatda KTQ müayinəsinin aparılması mioması olan pasientlərin yarısından azında luteal fazada uşaqlıq yığılmasının artdığı görüldü. İntramural mioması olan və KTQ də anormal uşaqlıq yığılması olan (3 dəqiqədə 22 dəfə) 15 sonsuz xəstəyə miomektomiya və daha sonra ikinci KTQ müayinəsi tətbiq edildi. 15 xəstədən 14-də uşaqlığın anormal yığılması normaya düşdü (3 dəqiqədə 0 və ya 1 dəfə). Aparılmış sonsuzluq müalicəsindən sonra 6 xəstədə hamiləlik əldə edildi. Bu tədqiqat aparılmış miomektomiyanın hamiləlik əldə edilməsi üçün önəmini təstiqlədi.[16]

Nəticə: Aparılan elmi-tədqiqatların nəticələrinin araşdırılması zamanı alınan nəticəyə əsasən mioması olan hamilə qadınlar risk qrupuna daxil edilməlidirlər. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı aparılmış miomektomiya əlavə əməliyyat sayını azaltmaqla seçim üsulu ola bilər, həmçinin, növbəti hamiləlik ağırlaşmalarının qarşısını ala bilər. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı miomektomiya aparan klinikalarda gücləndirilmiş tibbi xidmət, əlavə qan ehtiyatının olması və həmçinin doğuşdan sonrakı nəzarətin olması önəmlidir.

РЕЗЮМЕ

Оценка миомэктомии во время кесарева сечения

А.А. Абдуллаева
НИИ акушерства и гинекологии

Ключевые слова: *миома матки, миомэктомия, гистерэктомия, ИМТ, интрамуральная, подслизистая, субсерозная миома*

В статье исследуется течение беременности у беременных с миомой матки, связанные с миомой осложнения, снижение вероятности беременности у пациенток с миомой матки, эффективность влияния лечения мином и миомэктомии на течение беременности, а также возможности предотвращения проведения дополнительных операций, проведенных миомэктомий во время операций Кесарево сечения. Заключение: По результатам научных исследований, беременных с

SUMMARY

Evaluation of myomectomy during Cesarean section

A.A. Abdullaeva
Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Key words: *uterine myoma, myomectomy, hysterectomy, BMI, intramural, submucosal, subserous myoma*

Abstract: The article examines the course of pregnancy in pregnant women with fibroids, its complications, a decrease in the likelihood of pregnancy in patients with uterine fibroids, the effectiveness of the treatment of fibroids and myomectomy on the course of pregnancy, as well as the possibility of preventing additional operations of myomectomies during cesarean sections. Conclusion: According to the results of scientific research, pregnant women with fibroids should be included in the risk group.

миомой матки следует отнести к группе риска. Миомэктомия во время операции Кесарево сечения может быть методом выбора за счёт уменьшения количества дополнительных операций, а также предотвращения дальнейших осложнений беременности. Важно наличие усиленного медицинского обслуживания, дополнительных резервов крови и послеродового наблюдения в клиниках, в которых проводят миомэктомию во время операции Кесарево сечения.

Myomectomy during Caesarean section can be a choice by reducing the number of additional surgeries, as well as preventing further pregnancy complications. It is important that in clinics where providing myomectomy during caesarean section should have enhanced medical care, additional blood supply, and postpartum follow-up.

ƏDƏBİYYAT

1. McWilliams MM,et.al. Recent Advances in Uterine Fibroid Etiology. Semin Reprod Med 2017. PMID: 28278535
2. Hee Joong Lee,MD,PHD,Errol R Norüitz, MD,PhD,and Julia Shaw,MD,MBA. Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy. Rev Obstet Gynecol. Winter; 3(1): 20-27.2010.
3. Pawan Lhalta et.al. Successful miomectomy in early pregnancy for a large asymptomatic uterine myoma :case report. Pan Afr Med J.2016
4. Yoshifumi Kasuga et.al. The Assosiation between Placenta Implantation at Prioir Myomectomy Locations and Perinatal Outcomes in Pregnant Women Who Previously Underwent One-Step Hysteroscopic Myomectomy. Gynecol Minim Invasive Ther.2020.
5. R.O Sullivan R.Abder. Myomectomy at the time of cesarean delivery. Iris Journal of Medical Science. 2016. PMID: 26563108
6. Keserci B, et.al. Volumetric MRI- guided,high-intensity focused ultrasound ablation of uterine leioyomas: ASEAN preliminary exprience. Diagn Interv Radiol.2020.
7. J.O.Awoleke. Myomectomy during Caesarean Birth in Fibroid –Endemic Low –Resource Settings Obstet Gynecol Int. 2013.
8. Mehmet Baki Senturk et al. Outcome of Cesarean Myomectomy: Is it a Safe Procedure? Geburtshife Frauenheilkd.2017 Nov.
9. Giusi Natalia Milazzo et al. Myoma and myomectomy:Poor evidence concern in pregnancy. J Obstet Gynaecol Res.2017 Dec.
10. Şafak Hatırnaz, Oğuz Güler, Alper Basbuğ, Mehmet Bilge Cetinkaya, Mine Kanat-Pektaş,Kaidr Bakay. A Comparative Multicentric Study on Serosal and Endometrial Myomectomy During Cesarean Section: Surgical Outcomes. Journal of Investigative surgery, DOI: 10.1080|08941939.2020.1725188
11. Jayesh Tigdi and Cynthia Chan. A Case Report of Overcoming an Obstructive,Pedunculated Cervical Fibroid at the Time of Uterine Evacuation Received 8 January 2019. Published 9 june 2019
12. Şafak Hatırnaz,Oğuz Güler, Serdar Başaranoğlu, Cengiz Tokgöz Gokhan S.Kılıc. Endometrial myomectomy: a novel surgical method during cesarean section. The Journal of Maternal–Fetal and aNeonatal Mecicine,31:4, 433-438, DOI:10.1080/14767058.2017.1286320
13. Murat Akbaş,Veli Mihmanlı, Berk Bulut,İkbal Temel Yüksel,Gulshen Karahisar and Gokhan Demirayak. Myomectomy for intramural fibroids during caesarean section : A therapevtic dilemma.(2017).Journal of Obstetrics and Gynecology, 37:2,141-145, DOI: 10.1080|014436,2016,1229272
14. Vasilios Pergialiotis, MD PHD, İlias Sinanidis,MD, Joannis Evangelos Louloidis,MD, Theodoras Vichos, MD Despina N.Perrea,phd and Stergios K.Doumouctsis,phd, MRCOG. Periopertiv Complications of Cesarean Delivery Myomectomy. Vol.130, NO.6, December 2017.
15. Amy Mackey, MF, Joshua I. Ng, BSE, Jason Core, BS, Linh Nguyen, MS, Devon Cross,BS, BA, Philip Lim, MD, Courtney Woodfield, MD, Robert Pugliese,PharmD, and Bon Ku,MD,MPP. Three –

Dimensional-Printed Uterine Model for Surgical of a Cesarean Delivery Complicated by Multiple Myomas VOL.133, NO.4, April 2019.
16. SY Huang, SW Shaw,SY Su,WF Li, HH Peng,PJ Cheng. The impact of a novel transendometrial approach of cesarean myomectomy on obstetric outcomes of subsequent pregnancy: a longitudinal panel study. Accepted 19 Iyune 2017.Published online 28 AUGUST 2018.
17. Rong Zhao, Xin Wang, Liying Zou,and Weiyuan Zhang. Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. Departament of Obstetric, Beijing Obstetrics and Gynecology Hospital, Capital Medical University, Beijing 100026, China. Recieved 3 january 2019; Accepted 21 February 2019;Published 10 March 2019.

HAMİLƏLİYİN İLKİN TRİMESTRİNDƏ PREEKLAMPSİYANIN PROQNOZLAŞDIRILMASI ÜÇÜN KLİNİK İNSTRUMENTAL VƏ LABORATOR MEYARLARIN ÖYRƏNİLMƏSİ

C.F. Qurbanova, N.A. Şahbazova, C.Ə. İslamova
Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *preeklampsiya, yüksək risk faktorları, erkən diaqnostik markerlər (PAPP-A, HCG, b-2 glycoprotein-1, PLGF)*

Aktuallıq. Preeklampsiya ana və döl ölümlərinin və xəstələnmələrinin əsas səbəbi olub həm klinik, həm də laborator dəyişikliklərlə gedən kompleks etiopatogenezi (proteniuriya, hipertenziya və ödem), həmçinin hədəf orqan və uteroplasentar qan damarlarının zədələnməsinin morfoloji qanunauyğunluğu ilə xarakterizə olunan patoloji prosesdir [1]. Buna baxmayaraq preklampsiyanın klinik əlamətlər üçlüyü həmişə birlikdə rast gəlinmir[2]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının 2003-2009-cu illərdə ana ölümünün səbəbinin qiymətləndirən bir təhlildə preeklamsiya 14 % təşkil edərək 27,1% halda rast gəlinən hemorragik problemlərdən sonra ikinci yerdə durur[3].

Preeklampsiya 20 həftəlik hamiləlikdən sonra başlayan protenuriya və hipertenziya ilə xarakterizə olunur. Preeklampsiyalı qadınlar və preeklampsiyalı hamilələrdən doğulan uşaqlar sonrakı dövrlərdə ciddi ürək damar ağırlaşmaları və metabolik sindromların inkişafı ilə risk altında olurlar[4].

Preeklampsiyanın patofiziologiyası hələ tam aydınlaşdırılmamışdır. Ehtimal edilir ki, bir-biri ilə əlaqəli iki mərhələdən ibarət bir modeldən keçsin: anormal plasentasiya və anada iltihabi reaksiya [5]. Preeklampsiyanın sosial və iqtisadi təsirlərin böyüklüyünü nəzərə alaraq aşkar klinik nəticələrə əlavə olaraq bu vəziyyəti qabaqcadan görməyə ehtiyac var. Preeklampsiya əlamətlərinin 32 həftədən daha qabarıq özünü göstərməsinə baxmayaraq ilk trimestrdə inkaredilməz bir konsentrasiyası var [6,7]. İllər ərzində biofiziki və biokimyəvi markerlər preeklampsiyaya səbəb olacaq kompleks plasentasiya prosesindəki uğursuzluqların mümkün qədər erkən göstəriciləri kimi müəyyən edilmişdir. Preeklampsiyanın risk faktoru kimi əvvəlki hamiləlikdə preeklampsiya, 20 yaş altı və 40 yaşüstü doğuşlar və Afrika-Amerika mənşəyi qeyd olunmuşdur. Xroniki hipertenziya, diabet, antifosfolipid sindrom, BÇİ- nin 35-dən yuxarı olması və Köməkçi Reproduktiv Texnologiyanın istifadəsi də bu risk faktorlar sıralamasına aiddir [8]. Milli Səhiyyə və Klinik Mükəmməllik İnistitutu 2010 cu ildə nəşr olunan sənətdə preeklampsiya ücün risk faktorlarını orta risk və yüksək risk olaraq təsnif etmişdir. Yüksək risk qrupuna aid olan xəstələrə dərhal profilaktik tədbirlərin aparılmasının lazım olduğu irəli sürülmüşdür. Yüksək risk qrupuna əvvəlki hamiləlikdə preeklampsiyası, diabeti, hipertenziyası, xroniki böyrək catmamazlığı, sistem lupuz eritromatozusu və antifosfolipid sindromu olan xəstələr aiddir. Orta risk qrupuna isə yaşı 40 və daha çox olan qadınlar, BKİ >35 olan və ailəsində preeklampsiya tarixçəsi olan qadınlar aid edilmişdir [4,9].

2016-2018 ci illərdə Asiyanın 7 bölgəsindən 10,935 hamilədə müayinə aparıldı və dopplerometrik nəticələrə və plasentanın böyümə faktorun konsentrasiyasına əsasən 37 həftədən erkən dövrdə preeklampsiya riskinin təyinin mümkünlüyü təstiq olunmuşdu. Bu tədqiqatda profilaktik müalicənin risklərə əsaslanaraq vaxtında başlamasının önəmini təstiqlədi [10,11].

Preeklampsiya hallarının inkişaf etməkdə olan ölkələrdə daha yüksək olduğu öyrənilmişdir. İnkişaf etmiş ölkələrdə ana ölümü səbəbi 15-20% halda preeklampsiyanın payına düşür [10,12]. Həmçinin preeklampsiya kəskin hamiləlik patologiyalarınınperinatal ölüm, erkən doğuş və uşaqlıqdaxili inkişafdan qalmanın əsas səbəbidir [5,13]. Müxtəlif preeklampsiya fenotiplərinin multifaktorial patogenezi hələ tam öyrənilmədiyindən xəstəliyin qarşısının alınması və proqnozlaşdırılması hələ mümkün deyil və simptomatik klinik idarəçilik əsasən ana ağırlaşmasının (eklampsiya) və ölümün qarşısını almağa yönəldilməlidir [11,14]. Xəstəliyin böyük polimorfizminə baxmayaraq son 10 ildə preeklampsiya meyarları dəyişməyib (sistolik qan təzyiqi >140 mm/c.süt, diastolik qan təzyiqi >90 mm.c.süt və24 saatlıq protenuriya >0,3q) [6]. Klinik xüsusiyyətləri və laborator anomaliyası xəstəliyin şiddətini təyin edir. Doğum preeklampsiya ücün yeganə secim üsulu olaraq qalır[12]. Yüksək risk qrupuna aid qadınların vaxtında müayinəsi və risklərin qarşısının alınması preeklampsiyanın idarə edilməsində əsas məsələdir[14].

2016-cı ildə Braziliyada dərc olunan məlumatlara əsasən 80000 dən çox qadında ağır ana xəstəlikləri izlənildi. Ölkədəki ana ölümünün əsas səbəbinin eklampsiya olduğunu nəzərə alaraq xəstəxanaya gətirilmənin 73% nin hipertoniya olduğu müşahidə edildi [2].

Preeklampsiya riski olan xəstələrin erkən aşkarlanması çox vacibdir, lakin proqnozlaşdırıcı modellər hələ də mübahisəlidir. Hamiləliyin 18-24 –cü həftəsi və preeklampsiyaların əlamətləri aydın görünməmişdən əvvəl plasenta axın sürətində dəyişikliklər Doppler texnikası ilə aşkar görünə bilər [9]. Preeklampsiyanın etiologiyasına dair plasental nəzəriyyələr ikinci trimestrdə trofoblast toxumasında hipoksik təsirə yönəlmişdir. Plasenta işemik dəyişiklikləri uroplasentar yataqda aydın şəkildə görünür. Preeklampsiyada görünən qüsur trofoblastın ana arteriyalara daxil olmamasıdır. Azalan plasentar perfuziya, ehtimal ki, endotelial ziyan yaradır [12]. Son zamanlar yüksək miqdarda b-xorionik qonadotropin ikinci trimestrdə trofoblastik invaziyanın olmaması ilə əlaqələndirilir, buna görə də bu faktorun təyini preeklampsiya inkişaf edəcək xəstələr üçün çox önəmlidir [4,15]. Bütün bu faktorların təyini preeklampsiyanın vaxtında diaqnostikası, proqnozlaşdırılması və profikaktikası ücün çox önəmlidir.

Tədqiqatın məqsədi: Tədqiqat işimizin məqsədi hamiləlik dövründə preeklampsiyanın erkən proqnostik diaqnostik markerlərin işlənib hazırlanması və profilaktika metodlarının optimallaşdırılması ilə hamiləliyin ağırlaşmalarının profilaktikası, reproduktiv itkilərin səviyyəsinin azaldılmasıdır.

Müayinə və metodlar:

Tədqiqat işimizdə preeklampsiya üzrə risk faktorları olan 220 qadın və kontrol qrup - risk faktorları olmayan 50 sağlam hamilə qadın müayinə olunmuşdur. Bütün qadınlarda müasir mamalıqda istifadə olunan anamnestik, ümumi klinik, laborator, instrumental (USM, doppler, KTG), statistik qiymətləndirilmə aparılmışdır. Onlarda erkən diaqnostik klinik, laborator və instrumental risk faktorları seçilmişdir və bu faktorların proqnostik əhəmiyyəti öyrənilmişdir.

Əsas qruplara hamilələri daxil etmək üçün müayinə zamanı onların somatik, mamalıq anamnezi və şikayyətləri diqqətlə öyrənilmişdir. Yaşa (18 yaşa qədər və 35 yaşdan yuxarı), paritetə (ilk hamilə və ya təkrar hamilə), təkrar hamiləliklərdə doğuşlar arasında vaxt intervalına (2 ildən az və ya 10 ildən çox), premorbid fona (ürək-damar sisteminin, böyrəklərin xəstəlikləri, endokrinopatiyalar, varikoz xəstəliyi, antifosfolipid sindrom və s.), əvvəlki hamiləliklərdə reproduktiv itkilərin olmasına (trofoblast xəstəliyi, dölün antenatal ölümü, bətndaxili inkişafın ləngiməsi, inkişafdan qalmış hamiləlik və s.), ailə anamnezinə (yaxın qohumlarda hipertenziya, infarkt, insult, trombofilik pozğunluqlar, şəkərli diabetin olması, anasında, bacılarında preeklampsiya, eklampsiya hallarının, sonsuzluğun qeyd olunması və s.) xüsusi diqqət yetirilmiş, müayinə olunanların generativ funksiyası (sonsuzluq, yumurtalıqların polikistozu kimi patologiyaların olması, sonsuzluğun müalicəsində köməkçi reproduktiv texnologiyaların tətbiqi və s.) ətraflı təhlil olunmuşdur. Obyektiv müayinələrə ümumi baxış (boy, çəki, bədən kütlə indeksi), arterial təzyiqin ölçülməsi və proteinuriyanın mövcudluğu və dərəcəsinin müəyyən edilməsi daxil edilmişdir.

Son illərdə müxtəlif patoloji vəziyyətlərin, o cümlədən mamalıq patologiyalarının klinikaönü diaqnostikasında bir sıra autoantitellərin tətbiqinin əhəmiyyəti və imkanı məsələsi geniş müzakirə olunur. Bununla əlaqəli olaraq biz hipertenziv pozğunluqların erkən diaqnostikasında laborator markerləri kimi 3 göstəricinin rolunu öyrəndik - B-2 qlikoprotein-1, Xorionik qonadotropin və PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein). Eyni zamanda ən geniş yayılmış hipotezlərdən biri preeklampsiya uşaqlıq-cift çatışmazlığına və dölün bətndaxili inkişaf ləngiməsinə gətirən xovdankənar trofoblastın səthi invaziyası və nəticədə ananın damar strukturlarının natatam remodelləşməsi ilə əlaqəli meydana çıxması nəzəriyyəsidir. Natamam invaziya öz növbəsində plasentar angiogenezin dəyişikliklərinə gətirir və beləliklə preeklampsiya formalaşmasında əhəmiyyətli rol oynayır. Endotelial boy faktoru kimi angiogen faktorların və həll olunan FMS-bənzər tirozinkinaza 1 kimi angiogenezin qarşısını alan faktorların disbalansı preeklampsiya patogenezində fundamental rol oynayır. Bunu nəzərə alaraq hazırkı tədqiqatda biz preeklampsiyanın erkən diaqnostikasında plasentar boy faktorunun rolunu da öyrənmişik.

Preeklampsiyanın instrumental diaqnostik üsullardan hazırki işimizdə biz ultrasəs və dopplerometrik müayinələrdən istifadə etmişdik. Aşağıda qeyd edilən ultrasəs parametrləri: dölün başının biparietal ölçüsü (BPÖ) və alın-ənsə ölçüsü (AƏÖ), dölün qarnının boylama və köndələn ölçüləri, dölün bud sümüyünün uzunluğu, bu ölçülərin hestasiya müddətinə uyğunluğu, amniotik indeks (Aİ), ciftin qalınlığı və ciftdə struktur dəyişikliklər qiymətləndirilmişdir. Dopplerometrik müayinələr hər iki

uşaqlıq arteriyalarında, göbək ciyəsi arteriyasında və orta beyin arteriyasında (OBA) aşağıdakı parametrlər dəyərləndirməklə aparılmışdır: rezistentlik indeksi (Rİ), nəbz indeksi (Nİ) və sistolo-diastolik münasibət (SDM).

Həmcinin klinik-anamnestik və laborator markerlərinin proqnostik əhəmiyyətinə dair aldığımız göstəricilərin klinik yoxlanması icra edilmişdir. Bu məqsədlə biz müayinəyə daxil edilmiş hamilələrdə hamiləliyin nəticəsi təhlil olunmuş və hər bir əlamətin hamiləliyin nəticəsi baxımından proqnostik əhəmiyyətini dəqiqləşdirmək məqsədilə proqnostik göstəricilər təyin olunmuşdur: həssaslıq (Se), spesifiklik (Sp), əlamətin olmamasının proqnostik dəyəri (PV-) və əlamətin olmasının proqnostik dəyəri (PV+).

Nəticələr və onların müzakirəsi:

Aşağıdaki cədvəl 1-də öyrənilən kliniko-anamnestik risk faktorların tezliyi göstərilib.

Cədvəl 1.

Preeklampsiya üzrə kliniko-anamnestik risk faktorların tezliyi

Kliniko-anamnestik risk faktorları	**I-ci əsas qrup (n=220)**	**Kontrol qrup (n=50)**	**P**
	Aбс. %	**Aбс. %**	
İlk hamiləlik	154 70,0	22 44	<0,01
Anamnezdə preeklampsiya və eklampsiya	54 24,5	-	-
Doğuş arası interval 2ildən az ya da 10 ildən yuxarı	26 11,8	3 6	<0,05
Preeklampsiya üzrə fəsadlaşmış ailəvi anamnez	38 17,3	4 8	<0,05
Anamnezində sonsuzluq	29 13,2	4 8	<0,05
Hamilənin yaşı 18-dən aşağı və 35-dən yuxarı	27 12,3	3 6	<0,05
BÇİ > 35	48 21,8	3 6	<0,01
Çoxdöllü hamiləlik	16 7,3	1 2	<0,05
Anada somatik xəstəliklər (xroniki hipertenziya, endokrinopatiyalar, böyrəkxəstəlikləri və s.)	73 33,2	7 14	<0,05
Hazırkı hamiləlikdə vaginal qanaxma	58 26,4	4 8	<0,01
3 və daha çox risk faktorların müştərək olması	66 30	3 6	<0,01

Kliniko-anamnestik risk faktorlarının əhəmiyyətinin qiymətləndirilməsi göstərdi ki, ilk hamiləlik, hamilə qadında xroniki hipertenziyanın və ekstragenital patologiyanın, anamnezdə preeklampsiya və eklampsiyanın mövcudluğu, hazırki hamiləlikdə vaginal qanaxmanın olması daha əhəmiyyətli risk faktorlarıdır. Somatik statusun öyrənilməsi əsas qrup hamilələrdə müxtəlif xəstəliklərin yüksək rastgəlmə tezliyini aşkar etmişdir: müxtəlif ağırlıq dərəcəli piylənmə **(bədən-çəki indeksi >35) – 48 (21,8%, p<0,01), böyrək-sidik yolların xəstəlikləri – 22 (10%), hipertoniya xəstəliyi və ürək-damar sistemin patologiyaları –14 (6,4%), endokrin xəstəliklər –18 (8,2%), mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri – 9 (4,1%).** Eyni zamanda müəyyən olunub ki, hər üç hamilədən ikisində 3 və daha çox risk faktorların müştərək olması rast gəlinir.

Aşağıdakı cədvəl 2-də erkən laborator markerlərin tezliyi göstərilir: B-2 glikoprotein 79% halda, xorionik qonadotropin 66% yüksəlmiş, qanda plasentar boy faktorunun səviyyəsi 85,5% halda, PAAP-A səviyyəsi 58,1% aşağı düşmüşdür. Aparılan araşdırmalar göstərdi ki, qanda plasentar boy faktorunun səviyyəsinin enməsi ən informativ göstəricidir və hər iki hamilədən birində 2-dən artıq preeklampsiyanın erkən laborator markerləri müştərək rast gəlinir.

Cədvəl 2

Müayinə olunan hamilələrin erkən laborator markerlərin tezliyi

№	Erkən laborator göstəricilər	I-ci əsas qrup (n=220)	Kontrol qrup (n=50)	P
1	B-2 qlikoprotein-1	↑ 79%	↑ 24,5%	<0,01
2	Xorionik qonadotropin	↑ 66%	↑ 28,2%	<0,05
3	Qanda plasentar boy faktorunun səviyyəsi, PLGF (pq/ml)	↓ 85,5% 109,8(22-357)	↓ 10,9% 442,7(264-540)	<0,001
4	PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein)	↓ 58,1	↓ 20%	<0,05
5	2-dən çox laborator göstəricilərin müştərək olması	57,3%	8%	<0,001

Tədqiqatın tərəfimizdən qoyulmuş məsələlərindən biri hipertenziv pozğunluqları olan hamilələrdə fetoplasentar komleksin pozğunluqlarının erkən ultrasəs və dopplerometrik diaqnostik meyarlarının müəyyən edilməsi olmuşdur. Hamiləliyin müxtəlif müddətlərində ultrasəs şəklinin öyrənilməsi hipertenziv pozğunluqların meydana çıxma vaxtından asılı olaraq fetoplasentar çatmamazlığın ultrasəs əlamətlərini müəyyən etməyə imkan vermişdir. Fetoplasentar çatmamazlıq kompensator xarakter daşıyan erkən ultrasəs əlamətlərinə ciftdə qalınlaşma - 75% pasiyentlərdə və kistoz genişlənmələr -71,4% pasiyentlərdə - şəklində dəyişikliklər, subkompensasiya mərhələsində - ciftin qalınlığının azalması (18%) və onun vaxtından əvvəl qocalması (51,4%) aid edilir. Və nəhayət, hamiləliyin hipertenziv pozğunluqlarının gec ultrasəs kriterilərinə amniotik indeksin azalması (67,5%) və biometrik göstəricilərə əsasən dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi (48,1%) aid edilir ki, bu da fetoplasentar kompleksin dekompensasiyasına və patoloji prosesin dönməz xarakterli olmasına dəlalət edir. Beləliklə, hamiləliyin hipertenziv pozğunluqlarında ultrasəs kriteriləri fetoplasentar çatışmazlığın inkişafının qarşısını almağa və hestasiya prosesinin gedişatının yaxşılaşmasına təsir göstərməyə imkan verən erkən klinikaönü parametrlərə aid edilə bilməz.

Hamiləliyin hipertenziv pozğunluqlarının diaqnostikasında uşaqlıq damarlarının dopplerometriyasının praktik imkanları bir sıra müəlliflər tərəfindən təsvir olunur. Trofoblastın spiral arteriyalara invaziyasının zəif olması plasentar qan axının enməsinə və uşaqlıq arteriyalarının rezistentliyinin yüksəlməsinə gətirir. Hamiləliyin birinci və ya ikinci trimestrində uşaqlıq arteriyalarında dopplerometriyanın köməyi ilə təyin olunana qan axınının sürətlənməsi bu prosesin dolayı sübutudur və beləliklə, preeklampsiyanın proqnostik testi kimi tətbiq oluna bilər. Şəxsi tədqiqatların nəticələri hamiləliklə bağlı hipertenziv pozgunluqlarda 100% hallarda uşaqlıq-cift qan axınının sol uşaqlıq arteriyasında daha çox təzahür edən dəyişikliklərlə və 55,9% hamilələrdə dikrotik oymanın olması ilə müşayiət edilən enməsi müəyyən etmişdir. Hipertenziv pozğunluqlarda 65,5% hallarda fetoplasentar qan axınının enməsi qeyd olunur, hamilələrin 5,5%-də kritik göstəricilər təyin olunur. Ağır formalı hipertenziv pozğunluqlarda uşaqlıq-cift və fetoplasentar qan axınlarında dəyişikliklərıuт daha çox təzahür etməsi müşahidə olunur. Ağır preeklampsiyalı hamilələrdə rezistentlik indeksi göstəricisinin səviyyəsi və dikrotik oymanın mövcudluğu arasında asılılıq öyrənilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, ağır preeklampsiya zamanı aşağıdakı dəyişikliklər qeyd olunur: Rİ 0,60-a qədər yüksəlməsi və hər iki uşaqlıq arteriyalarında dikrotik oymanın olması və ya Rİ 0,61-0,70 arasında yüksəlməsi və ancaq bir uşaqlıq arteriyasında dikrotik oymanın olması və uşaqlıq arteriyalarında dikrotik oymanın qeyd olunmadığı halda Rİ 0,70-dən yüksək olması. Tədqiqatın nəticələri alınan göstəriciləri ağır preeklampsiyanın proqnostik dopplerometrik markerləri kimi baxmağa imkan vermişdir.

Tədqiqat işinin ikinci mərhələsi çərçivəsində preeklampsiya üzrə tərəfimizdən müəyyən olunmuş klinik-anamnestik və laborator markerlərinin proqnostik əhəmiyyətinə dair aldığımız göstəricilərin klinik yoxlanması icra edilmişdir. Alınmış göstəricilərin təhlili belə bir nəticəyə gəlməyə imkan vermişdir ki, PE klinik-anamnestik proqnostik markerləri xroniki hipertenziyanın mövcud olması (PV+ 100%), anamnezdə PE və eklampsiya (PV+ 83,3%), hazırkı hamiləlikdə vaginal qanaxma (PV+ 83,3%), 3 və daha

çox risk faktorlarının müştərək olması (PV+ 85,2%). Qeyd etmək lazımdır ki, klinik-anamnestik risk faktorlarının olmaması hamiləliklə bağlı hipertenziv pozğunluqlarının inkişafı imkanını istisna etmir (PV+ 64%).

Preeklampsiyanın klinikaönü laborator markerləri - B-2 qlikoprotein-1 (PV+ 88,9%) və XQ-nın yüksəlməsi (PV+ 76%), qanda plasentar boy faktorunun (PV+ 93,8%) və PAPP-A səviyyəsinin enməsi (PV+ 77,8%) aid edilir. Hipertenziv pozğunluqların proqnozu baxımından ən vacibi plasentar boy faktoru və B-2 qlikoprotein-1 olmuşdur. Bütün bu markerlər yüksək həssaslıq və spesifikliklə (72,4-96,6% arasında) səciyyələnir ki, bu da klinik təcrübədə tətbiq baxımından vacibdir.

Alınan məlumatları yekunlaşdıraraq aşağıdakı nəticələr alınmışdır :

1. Kliniko-anamnestik və laborator markerlər preeklampsiyanın erkən klinikaönü risk faktorlarına aid etmək olar (16 həftəyə qədər).

2. Preeklampsiyanın klinik-anamnestik faktorlardan aşağıdakılar yüksək proqnostik əhəmiyyətə malikdir: xroniki hipertenziyanın mövcud olması (PV+ 100%), anamnezdə PE və eklampsiya (PV+ 83,3%), hazırkı hamiləlikdə vaginal qanaxma (PV+ 83,3%), 3 və daha çox risk faktorlarının müştərək olması (PV+ 85,2%)

3. Preeklampsiyanın klinikaönü laborator markerləri - B-2 qlikoprotein-1 və XQ-nın yüksəlməsi, qanda plasentar boy faktorunun və PAPP-A səviyyəsinin enməsi aid edilir. Hipertenziv pozğunluqların proqnozu baxımından ən vacibi plasentar boy faktoru (PV+ 93,8%) və B-2 qlikoprotein-1 (PV+ 88,9%) olmuşdur.

4. Preeklampsiyanın erkən dopplerometrik göstəricilərdən dikrotik oymasının olmasını və uşaqlıq-cift qan dövranının enməsini qeyd etmək olar. Ağır preeklampsiyanın dopplerometrik göstəriciləri - Rİ 0,60-a qədər yüksəlməsi və hər iki uşaqlıq arteriyalarında dikrotik oymanın olması və ya Rİ 0,61-0,70 arasında yüksəlməsi və ancaq bir uşaqlıq arteriyasında dikrotik oymanın olması və uşaqlıq arteriyalarında dikrotik oymanın qeyd olunmadığı halda Rİ 0,70-dən yüksək olması – proqnostik markerləri kimi istifadə oluna bilər.

РЕЗЮМЕ

Изучение клинико-инструментальных и лабораторных критериев прогноза преэклампсии в первом триместре беременности

Дж.Ф. Гурбанова, Н.А. Шахбазова, Дж. А. Исламова
НИИ Акушерства и Гинекологии Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *преэклампсия, факторы высокого риска, маркеры ранней диагностики (PAPP-A, HCG, b-2 glycoprotein-1, PLGF)*

Преэклампсия - одна из основных причин материнской смертности. Возникает после 20-й недели беременности и сопровождается артериальной гипертензией, протеинурией и гестационными отеками. Она может привести к эклампсии другим грозным осложнениям как со стороны матери, так и плода. Целью данной статьи было изучение различных факторов риска развития преэклампсии, а также оценка возможности прогнозирования преэклампсии с

SUMMARY

Study of clinical instrumental and laboratory criteria for the prediction of preeclampsia in the first trimester of pregnancy

J.F. Qurbanova, N.A. Shahbazova, J.A. İslamova
Scientific research İnsitute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

Keywords: *preeclampsia, high risk factors, early diagnostic markers (PAPP-A, HCG, b-2 glycoprotein-1, PLGF)*

Preeclampsia is one of the leading causes of maternal mortality. It is found after the 20th week of pregnancy and is characterized by hypertension, proteinuria, gestational edema, and eclampsia, leading to maternal death. The purpose of this article was to study the risk factors for preeclampsia, as well as to predict preeclampsia using diagnostic (Doppler) and laboratory markers (B-2 glycoprotein-1, XQ, PAPP - A, placental height factor) until. According to the results of the study, the presence of

использованием клинико-анамнестических, ранних лабораторных маркеров до начала заболевания в первом и втором триместрах беременности. По результатам исследования установлено, что наличие хронической гипертензии (PV + 100%), ПЭ и эклампсия в анамнезе (PV + 83,3%), вагинальное кровотечение при текущей беременности (PV + 83,3%), сочетание 3 и более факторов риска (PV + 85,2%) рассматривались как клинико-анамнестические факторы риска преэклампсии. Преклинические лабораторные маркеры преэклампсии включают повышенный уровень гликопротеина-1 и XQ B-2, снижение уровня фактор роста плаценты и пониженные уровни PAPP-A. Наиболее важными для прогноза преэклампсии были плацентарный фактор роста (PV + 93,8%) и B-2 гликопротеин-1 (PV + 88,9%). Ранними допплерометрическими показателями преэклампсии служат наличие дикротической выемки в маточных артериях и снижение фетоплацентарного кровотока. Допплерометрические показатели тяжелой преэклампсии - RI до 0,60 и дикротическая выемка в обеих маточных артериях или RI между 0,61-0,70 и только одна маточная артерия с дикротической выемкой и без дикротической выемки в маточных артериях при RI более 0,70 - могут использоваться в практике в качестве прогностических маркеров тяжелой преэклампсии.

chronic hypertension in previous pregnancies (PV +100%), history of PE and eclampsia (PV + 83.3%), vaginal bleeding in current pregnancies (PV + 83.3%), a combination of 3 and more risk factors (PV + 85.2%) was assessed as a risk factor for preeclampsia. Preclinical laboratory markers of preeclampsia include elevated B-2 glycoprotein-1 and XQ, decreased placental growth factor, and decreased PAPP-A levels in the blood. The most important factors in the prognosis of hypertensive disorders were placental height factor (PV + 93.8%) and B-2 glycoprotein-1 (PV + 88.9%). Early dopplerometric indications for preeclampsia include dichroic carving and decreased uterine-double blood flow. Dopplerometric indicators of severe preeclampsia - RI up to 0.60 and dichrotic notch in both uterine arteries or RI between 0.61-0.70 and only one uterine artery with dichrotic notch and no dichrotic notch in the uterine arteries Above 0.70 - can be used as prognostic markers.

ƏDƏBİYYAT

1. The clinical and anotomical aspects of preeklampsia: current features of its course.//L.M Mikhaleva et al.Arkh Patol.2018.
2. Preeklamsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction J.Mayrink,M.L.Costa, and J.G.Cesatti
3. Preeklampsia: Disease biology and burden, its management strategies with reference to India Ankita Malik et.al. Preqnancy Hypertens.2019 Jan.
4. Preeklampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. Bokslag A,et al.Early Hum Dev.2016
5. Observations on pe-eclamsi-eclamsia and the advaces in the evolution of some laboratorry tests M F Noguera Sanchez et al. Ginecol Obstet Mex. 1997 Jul.
6. Screening for pre-eclampsia and fetal groüth restriction by uterine artery Doppler and PAPP- A at 11-14 weeks gestation. A Pilalis et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007
7. Prediction of first trimestr preeklamsia: Relevance of the oxidative stress marker MDA in a combination model with PP-13, PAAP-A and beta -HGG. Burak Asiltaset.al. Patophysiology.2018 Jun.
8. Clinical risk factors for preeklamsia determined inearly pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies.Emily Barts,medical student, Karyn E Medcalf, and Joel G.Ray, clinician scientisist.
9. Preeclamsia-associated homeostasis changes in pregnant women after ART. V Kaminsky et al.Ceska Gynekol.Winter 2020.

10. A new model for screening for early-onset preeclampsia. Bernat Serra et al. Am J Obstet Gynecol.2020 Jun.
11. Prospective evaluation of screening performance of first trimestr prediction models for preterm preeclampsia is in Asian population Piya Chaemsaithong et al. Am J Obstet Gynecol.2019 Dec.
12. Competing risks model in screeening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks gestation Neil O Gorman et al.AM J Obstet Gynecol.2016 Jan.
13. Mini –combined test compared with NICE guidelines for early risk-assesment for pre-eclamsia: the SPREE diagnostic accuracy study Liona C Poon et al.
14. PAAP–A2 and İnhibin A as Novel Predictors for Pregnancy Complicationas in Women With Suspected or Confirmed Preeclampsia.Rugina I Neuman et al. J Am Heart Assoc.2020.
15. The value of maternl first and second trimester serum data of HGG, AFP and uE3 in the prediction of preeclampsia Wei Gu et al.Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.2015 feb.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ ОНКОМАРКЕРОВ CA-125, HE4, CA19-9, CA15-3 И РЭА В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Алиева Фарах Т.[1], Д.В. Брюнин[2], Алиева Фидан Т.[1]

[1]ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Минздрава России (Сеченовский университет)

[2]Клиника Акушерства и Гинекологии им.В.Ф.Снегирева

[1]Алиева Фарах Тарлан кызы – аспирант кафедры Акушерства и Гинекологии 1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет) 1119991, Москва, ул.Трубецкая, 8/2, Российская Федерация.

[2]Брюнин Дмитрий Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий гинекологическим отделением клиники акушерства и гинекологии им.В.Ф.Снегирева.

[1]Алиева Фидан Тарлан кызы – аспирант кафедры Акушерства и Гинекологии 1 Первого МГМУ им.И.М.Сеченова (Сеченовский Университет) 1119991, Москва, ул.Трубецкая, 8/2, Российская Федерация.

Ключевые слова: *эндометриоз, CA-125, HE4, CA19-9, CA15-3, индекс ROMA, РЭА, рецидивирующий наружный генитальный эндометриоз (НГЭ)*

Эндометриоз - хроническое заболевание, частота которого колеблется у женщин в репродуктивном возрасте и составляет 5-10% [1,2].

Установлено, что у 80% женщин с эндометриозом наличие хронической тазовой боли, у 50% отмечается бесплодие, что существенно отражается на состоянии здоровья и качество жизни у женщин репродуктивного возраста [3-5].

Несмотря на то, что эндометриоз является доброкачественным гинекологическим заболеванием, он имеет тенденцию к инвазивному росту, малигнизации и рецидивированию [3,5].

Установлено, что эндометриоз может быть диагностирован клинически и методом ультразвукового исследования. В то же время золотым стандартом является лапароскопия, позволяющая визуализировать эндометриоидное поражение. Следует отметить, что недостатками применения лапароскопического метода является травматизм, высокий риск и его дороговизна, что позволяет изучить информативность определения различных онкомаркеров как неинвазивных методов диагностики [3,4,6-9].

Одним из методов диагностики является определение уровня CA-125 гликопротеин, присутствующего в эпителии яичников, поджелудочной железы, желчного пузыря, желудка, бронхов, почек, кишечника. Установлено, что концентрация антигена CA-125 может коррелировать с прогрессированием заболевания.

По данным различных авторов CA-125 характеризуется низкой диагностической специфичностью и может увеличиваться при раке эндометрия, молочной железы, поджелудочной железы, легких. Отмечается высокое показание CA-125 при туберкулезе, циррозе печени, а также при различных физиологических состояниях, включая беременность, различные стадии менструального цикла. В тоже время информативностью CA-125 в дифференциальной диагностике эндометриоза и рака яичника ограничена [8,10,11-14].

Исследование, проведенное Anastasi E. et.al. [1] позволили установить, что концентрация CA-125 у здоровых женщин репродуктивного возраста составляет 16,8±8,6 МЕ/мл, у больных с доброкачественной опухолью яичников 19,9±13 МЕ/мл, при овариальном эндометориозе 48,1±34 МЕ/мл, при карциноме яичника 1976,3±480 МЕ/мл.

По данным Mckinnon B. et., al. [10] уровень CA-125 при отсутствии эндометриоза составляет 806 МЕ/мл, при этом данный показатель в пролиферативную фазу менструального цикла 1064 МЕ/мл, лютеиновой фазе – 566 МЕ/мл. У больных с эндометриозом показатель CA-125 составляет 1114 МУ/мл, в пролиферативной фазе - 1416 МЕ/мл, в лютеиновой фазе - 818 МЕ/мл.

Другим онкомаркерам применяемым в диагностике опухолей яичников, включая рак яичника, является эпидермальный протеин человека (Human Epididymis protein, HE4). Установлено, что HE4

является высокоспецифичным и чувствительным в диагностике рака яичника [2,8,12].

Одновременное измерение HE4 и CA-125 увеличивает информативность в диагностике рака яичника, а также позволяет диагностировать аденокарциному легких. Отмечаются высокие показатели HE4 при карциноме яичника составляющий 508,3±301,5 пмоль/л, у здоровых женщин данный показатель составил 13,6 пмоль/л [2,9,10].

В последние годы на основании CA-125 и HE4 с учетом менопаузального статуса определяется интегрированный показатель индекс ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algoritm). Установлено, что индекс ROMA у практически здоровых женщин составляет 2,8% (1,96-4,36), при эндометриозе 3,87% (2,67-5,76).

CA15-3 (carcinoma antigen 15-3) является высокомолекулярным гликопротеином муцинового типа, находящегося на поверхности эпителиальных клеток органов дыхания, молочных желез и матки. В больших количествах данный протеин выделяется клетками эпителиальных и неэпителиальных опухолей. Данный онкологический маркер является высокочувствительным при злокачественных процессах молочной железы.

Установлено, что показатель CA15-3 у практически здоровых женщин составляет 10,2±0,86 Ед/мл, при мастопатии уровень данного онкомаркера находится в пределах 27,5±4,6 Ед/мл [3].

По данным Chen T, et.al [2] уровень CA15-3 у практически здоровых женщин репродуктивного возраста составляет 7,8 (6,05-11,55) МЕ/мл, при эндометриозе - 8,4 (63-11,20) МЕ/мл.

В клинической практике наиболее часто используется онкомаркер CA19-9, являющийся специфическим при раке поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта. Данный онкомаркер продуцируется клетками поджелудочной железы, печени и желчных протоков. Уровень CA19-9 у практически здоровых женщин составляет 7,9 (4,08-14,19) МЕ/мл, при эндометриозе данный маркер был в пределах 22,14 (9,30-54,31) МЕ/мл [2,5].

В клинической медицине одним из часто используемых онкомаркеров является раковый эмбриональный антиген (РЭА), который синтезируется в эмбриональном периоде, является информативным при раке прямой кишки. Информативность данного онкомаркера при эндометриозе не изучена.

Следует отметить, что имеются ограниченные противоречивые сведения об информативности онкомаркеров при рецидивирующем НГЭ.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель данного исследования.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось определение информативности онкомаркеров в диагностике рецидивирующего наружного генитального эндометриоза.

Клинический материал и методы исследования. Исходя из цели настоящего исследования, в основную группу были включены 48 больных с рецидивирующим НГЭ. Средний возраст обследуемых составил 34,96±1,1 лет и колебался в пределах от 19 до 50 лет. Изучение особенности менструальной функции позволило установить, что менархе отмечалось с 13,8±1,9 лет, продолжительность менструального цикла была в пределах 28,75±0,53 (23-45) дней, длительность менструаций составила 5,65±0,17 (3-10) дней. Начало половой жизни у больных отмечалось с 18,98±0,39 (15-30) лет. Исследование репродуктивной функции позволило выявить, что общее количество беременностей у обследованных больных составило 3,66±0,15 (1-3). При этом количество родов 1,32±0,1 (1-2), абортов 1,14±0,14 (1-2), самопроизвольных выкидышей 1,2±0,2 (1-2).

Изучение длительности эндометриоза у больных с рецидивирующими формами НГЭ составила 10,0±1,41 (9-11) лет. Частота рецидива в среднем колебалась в пределах 2,02±0,44 (1-4) лет. Длительность ремиссии была в среднем 6,1±0,84 (1-15) лет.

В сравнительную группу исследования были включены 40 больных впервые выявленным наружным генитальным эндометриозом. Средний возраст в данной группе составил 33,56±1,16 (18-48) лет. Менархе было с 12,6±0,86 лет, продолжительность менструального цикла 28,21±0,38 (23-36) дней, длительность менструации составила 5,26±0,16 (3-7) дней, половая жизнь с 18,95±0,29 (16-26) лет. Среднее количество беременностей 1,2±0,02 (1-4), из них родов 1,4±0,08 (1-3), абортов 1±0,02 (1-2).

Всем больным были определены онкомаркеры CA-125, HE4, индекс ROMA, CA15-3, CA19-9 и РЭА в сыворотке крови иммуноферментным методом. Полученные результаты онкомаркеров были сравнены с аналогичными показателями практически здоровых женщин, представленные T.Chen et.al. (2021).

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с применением стандартных компьютерных программ «Statgraph», предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчета средних значений.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования было установлено, что рецидивирующий НГЭ проявляется наличием эндометриоидных кист яичников (35,7%), эндометриоидных инфильтратов крестцово-маточных связок (24,6%), эндометриоза тазовой брюшины (10,3%), ретроцервикального эндометриоидного инфильтрата (6,3%), эндометриоза крестцово-маточных связок (7,1%), эндометриоза яичников (5,6%) и эндометриоидного инфильтрата, пузырно-маточной складки брюшины (4,8%). В единичных случаях отмечалось наличие эндометриоидного инфильтрата широкой маточной связки (1,6%), эндометриоза маточных труб (2,4%) и эндометриоза пузырно-маточной складки брюшины (1,6%).

Изучение больных с первичным НГЭ позволили установить, что эндометриоидная киста яичника отмечалась у 33,6%, эндометриоидный инфильтрат крестцово-маточной связки у 25,5%, эндометриоз тазовой брюшины у 13,6%, эндометриоз крестцово-маточной связки у 7,3%, эндометриоз яичников у 6,4%, эндометриоидный ифильтрат пузырно-маточной складки брюшины у 5,5%, ретроцервикальный эндометриоидный инфильтрат у 2,7%, эндометриоз пузырно-маточной складки брюшины у 2,71%, эндометриоидный инфильтрат широкой маточной связки у 1,8% и эндометриоз маточных труб у 0,9%.

- Результаты исследования онкомаркеров СА-125, HE4, индекс ROMA, CA15-3, CA19-9, РЭА представлены в таблице.

Таблица.

Показатели онкомаркеров при рецидивирующем (основная группа) и впервые выявленным (сравнительная группа) НГЭ

Онкомаркеры	**Рецидивирующий НГЭ (основная группа)**	**Впервые выявленный НГЭ (сравнительная группа)**	**Показатели онкомаркеров у практически здоровых женщин по T.Chen et.al (2021)**	**P**
	P_1	P_2		
CA-125, МЕ/мл	31,21±1,36 (4,2-125)	43,42±1,2 (1-139)	15,50 (12,20-21,60)	$P_{1-2}<0,05$
HE-4, пмоль/л	39,71±1,51 (2,1-71,5)	39,92±2,13 (22,8-73,5)	32,50 (28,00-38,70)	$P_{1-2}>0,05$
Индекс ROMA, %	6,23±0,13 (1,18-21,6)	5,92±0,11 (1,34-16,94)	2,80 (1,96-4,36)	$P_{1-2}>0,05$
CA15-3, МЕ/мл	14,1±0,33 (3,5-27,5)	11,92±0,11 (2,6-20,8)	(6,05-11,55)	$P_{1-2}<0,05$
CA19-9, МЕ/мл	15,96±0,23 (5-27,39)	21,31±0,36 (3,2-39)	7,90 (4,08-14,19)	$P_{1-2}<0,05$
CEA (РЭА), нг/мл	0,8±0,03 (0,49-1,1)	0,67±0,07 (0,5-1,1)	-	$P_{1-2}>0,05$

Примечание:

1. P-достоверность признака
2. Аббревиатура: CA, carbohydrate antigen; HE4, human epididymis protein; ROMA, the risk of ovarian malignancy algorithm; CEA, carcinoembryonic antigen.

Как видно из таблицы, показатели онкомаркеров при впервые выявленном и рецидивирующем НГЭ были существенно выше по сравнению с аналогичными показателями практически здоровых женщин представленные T.Chen et.al. [2].

Следует отметить, что у больных с рецидивирующим НГЭ отмечается статистически достоверное снижение онкомаркеров СА-125 и СА 19-9 и увеличение СА 15-3 по сравнению с показателями при впервые выявленном НГЭ (P<0,05). В тоже время показатели всех исследуемых онкомаркеров

при рецидивирующем НГЭ находятся в пределах допустимых физиологических колебаний.

Таким образом, при рецидивирующем НГЭ отмечаются достоверно низкие показатели СА-125 (31,21±1,36 МЕ/мл), СА 19-9 (15,96±0,23 МЕ/мл) и высокий уровень СА 15-3 (14,1±0,33 МЕ/мл) по сравнению с показателями при первичном НГЭ.

XÜLASƏ

Residivləşən xarici genital endometriozun diaqnostikasında CA-125, HE4, CA 19-9, CA 15-3, XEA-nın informativliyi

Əliyeva Fərəh T.[1], prof. D.V. Byunin [2], Əliyeva Fidan T.[1]

[1]İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universiteti
[2]Sneqiryov V.F. adına Mamalıq və Ginekologiya klinikası

Açar sözlər: *residivləşən xarici genital endometrioz, CA-125, HE4, ROMA indeksi, CA 15-3, CA 19-9, XEA onkomarkerləri*

Tədqiqatın məqsədi: Residivləşən xarici genital endometriozun diaqnostikasında onkomarkerlərin informativliyinin təyini. Kliniki material və metodları. 48 residivləşən xarici genital endometriozlu xəstəlik müayinə edilmişdir (tədqiqatın əsas qrupu). Xəstələrin yaşı 34,96±1,1 yaş olmuşdur. Endometriozla xəstələnmə müddəti 10,0±1,4 yaş. Residivləşmənin tezliyi 2,02±0,44 yaş. Remissiyanın müddəti 6,1±0,84 yaş. Müqayisəli qrupa 40 ilkin xarici endometriozlu xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin orta yaşı 33,56±1,16. Bütün xəstələrə CA-125, HE4, ROMA indeksi, CA 15-3, CA 19-9, XEA (xərçəng embrional antigen) qan zərdabında immunoferment metodu ilə təyin edilmişdir. Tədqiqatın nəticələri: Təyin edilmişdir ki, residivləşən endometriozda CA-125-in (31,21±1,36 TV/ml), CA 19-9 (15,96±0,25 TV/ml) ilkin xarici endometriozla müqayisədə statistik dürüst dərəcədə azalması, CA 15-3 isə (14,1±0,33 TV/ml) artması müçahidə edilir.

SUMMARY

Informative value of CA-125, HE4, CA 19-9, CA 15-3, CEA in the diagnosis of recurrent external genital endometriosis

Aliyeva Farah T.[1], D.V. Bryunin[2], Aliyeva Fidan T.[1]

[1]First Moscow State University of Medicine named after I.M. Sechenov, Ministry of Health of Russia, Department of Obstetrics & Gynecology
[2]Clinic of Obstetrics and Gynecology named after V.F. Snegiryov

Key words: *recurrent external genital endometriosis, oncomarkers, CA 125, HE4, CA19-9, CA 15-3, ROMA index, CEA*

The goal of investigation was to study the Informative value of various oncomarkers in the diagnosis of recurrent external genital endometriosis. Material and Methods: 48 patients with recurrent external genital endometriosis were examined. The average age of the patients was 34,96±1,1 years. The average duration of the disease was 10.0±1,4 years. The frequency of the recurrences was 2.02±0,44 years. The duration of the remission was 6,1±0,84 years. The comparative group was presented with 40 women with initially diagnosed external genital endometriosis. The average age of the examined was 33,56±1,16 years. All patients underwent immune-assay blood serum determination of the following markers: CA-125, HE4, CA 19-9, CA 15-3, CEA and ROMA index. Results: It was confirmed that there was significant decline in the parameters of CA 125 (31,21±1,36 U/ml) and CA 19-9 (15,96±0,25 U/ml) in comparison with initial cases of external genital endometriosis, at the same time there was increase in the parameters of CA 15-3 (14,1±0,33 U/ml)

ЛИТЕРАТУРА

1. Anastasi E., Granato T., Falzarano R., Storelli P. The use of HE4, CA-125 and CA72-4 biomarkers for differential diagnosis between ovarian endometrioma and epithelial ovarian cancer // Am.J.Ovarian Research., 2013, №6, p.44-51.

2. Chen T., Wei J.L., Leng T., Gao F. The diagnostic value of the combination of hemoglobin, CA 199, CA125, and HE4 in endometriosis // Am.J.Clin.Lab.Anal., 2021, p.2347-2354.
3. Зурочка А.В., Тиунова Т.А. Актуальные вопросы диагностики заболеваний молочных желез в крупном промышленном городе Челябинской области // Ж.Медицинская иммунология, 2015, т.17, №3, с.281-286.
4. Ceccaroni M., Bounous V.E., Clarizia R., Mautone D. Recurrent endometriosis: a battle against an unknown enemy // Eur. J. Cont,Reprod.Health Care, 2019, №24, p.464-474.
5. Kvaskoff M., Mhamat-Saleh Y., Farland L.V. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis // Am.J.Hum.Reprod Update, 2021, №27, p.393-420.
6. Chapron C., Marcellin L., Borghese B., Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endomtriosis // Nat.Rev.Endocrinol., 2019, №15, p.666-682.
7. Dai Y., Zhang J.J., Lang J.H. A convenience sampling questionnaire survery of the current status of diagnosis and treatment of endometriosis in China in 2018 // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2020, №55, p.402-407.
8. Granato T., Midulla C., Longo F., Colaprica B., Frati L. Role of HE4, CA 72-4, and CA-125 in monitoring ovarian cancer // Am.J.Tumor Biol., 2012, vol.33, №5, p.1335-1339.
9. Hamed E.O., Ahmed H., Sedeek O.B. Significance of HE4 estimation in comparison with CA-125 in diagnosis of ovarian cancer and assessment of treatment response // Am.J.Diagn Pathol., 2013, vol.8, №11, p.25-30.
10. McKinnon B., Muller M., Nirgianakis K., Bersinger N. Comparison of ovarian cancer markers in endometriosis favours HE4 over CA-125 // Am.J.Molecular Medicine Reporst, 2015, №12, p.5179-5184.
11. McLemore M.R., Aouzerat B.E., Lee K.A., Chen L.M. A comparison of the cyclic variation in serum levels of CA-125 across the menstrual cycle using two commercial assays // Am.J.Bio.Res.Nurs., 2012, №14, p.250-256.
12. Moore G., Miller M.C., Stenhoff M.M., Skates S.J.Serum HE4 levels are less frequently elevated than CA-125 in women with bening gynecologic disorders // Am.J.Obstet.Gynecol., 2012, vol.206, №4, p.351.
13. Raffi F., Metwally M., Amer S. The impact of excision of ovarian endometrioma on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis // Am.J.Clin.Endocrinol.Metab., 2012, vol.97, №9, p.3146-3154.
14. Vasilakaki T., Skafica E., Arkouman E., Grammatologlou X. Borderline clear cell adenofibroma of the ovary associated with ovarian endometriosis: a case report // Eur.J.Gynaecol.Oncol, 2012, vol.33, №2, p.230-232

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Алиева Фидан Т.[1], Д.В. Брюнин[2]
[1]ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им И.М.Сеченова, Минздрава России (Сеченовский университет)
[2]Клиника Акушерства и Гинекологии им.В.Ф.Снегирева

[1]Алиева Фидан Тарлан кызы – аспирант кафедры Акушерства и Гинекологии 1 Первого МГМУ им.И.М.Сеченова (Сеченовский Университет) 1119991, Москва, ул.Трубецкая, 8/2, Российская Федерация.
[2]Брюнин Дмитрий Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий гинекологическим отделением клиники акушерства и гинекологии им.В.Ф.Снегирева.

Ключевые слова: *пременопаузальный период, патология эндометрия, гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, лейомима, карцинома эндометрия*

Актуальность проблемы. Одним из клинических проявлений патологии эндометрия в пременопаузальном периоде является маточные кровотечения, в 40% проявляющиеся менорргией, в 34% менометроррагией [1-7].

По данным научных исследований причинами маточных кровотечений в пременопаузальном периоде являются:

- Коагулопатия;
- Ятрогенные причины:
  - прием антикоагулянтов;
  - прием антидепрессантов;
  - внутриматочная спираль Copper TCu 380A;
  - гормональная контрацепция, другая гормональная терапия;
  - прием тамоксифена;
- Инфекционные заболевания:
  - острый или хронический эндометрит;
  - наличие воспалительных заболеваний органов малого таза;
- Дисфункциональные овуляторные маточные кровотечения:
  - гиперпролактинемия;
  - незрелость гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у
  - подростков;
  - интенсивные физические упражнения или стресс;
  - длительная персистенция фолликулов в перименопаузе;
  - Синдром поликистозных яичников (СПКЯ);
  - голодание, либо расстройства пищеварения;
  - заболевание щитовидной железы;
- Беременность:
  - спонтанный выкидыш;
  - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Структурные причины:
  - Аденомиоз;
  - Эндометриоз;
  - Лейомиома;
  - Малигнизация либо гиперплазия;
  - Полип эндометрия [2,3,7,8).

Причинами маточных кровотечений в большинстве случаев является гиперплазия эндометрия. По данным трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ) толщина эндометрия у данного контингента больных составляет 11,2±2,4 мм. Толщина эндометрия при полипе эндометрия составляет 18,0±5,3 мм [8,9].

Исследование больных методом 2D-трансвагинальной сонографии (ТВС) позволили установить, что у 24% больных отмечалась гиперплазия эндометрия, у 10% полип эндометрия, у 10% аденомиоз, у 14% сочетание гиперплазии и полипа эндометрия, у 10% сочетание гиперплазии с аденомиозом. В единичных случаях отмечалась атрофия эндометрия, эндометрит в сочетании с полипом эндометрия, субмукозная лейомиома, у 22% больных отмечался нормальный эндометрит [7,10-12].

По данным Зайдиевой Я.З. [1] наличие дисфункциональных маточных кровотечений в пременопаузальном периоде в возрасте 45-50 лет

являются результатом возрастных изменений функциональных состояний гипоталямических структур, регулирующих яичники, при этом нарушается цикличность выброса люлиберина и соответственно ФСГ и ЛГ, в результате чего нарушается функциональная активность яичников, проявляющаяся ановуляцией и недостатком прогестерона, дефицит которого приводит к относительной гиперэстрогении и развитию гиперпластических процессов эндометрия.

Автором установлено, что в пременопаузе повышается частота диффузной гиперплазии эндометрия, в 20% случаев сочетающиеся с аденомиозом, в 25% с миомой матки, в 30% с полипом эндометрия. В пременопаузальном периоде несколько реже гиперплазия эндометрия сочетается с гормонально активными опухолями яичников.

Исходя из актуальности проблемы, определена цель исследования - изучить информативность трансвагинальной сонографии в диагностике патологии эндометрия в пременопаузальном периоде.

Клинический материал и методы исследования. Было обследовано 73 женщины с различными клиническими проявлениями в пременопаузальном периоде. Средний возраст обследуемых больных составил 47,82±0,27 (45-51) лет. Менархе у обследуемых женщин отмечалась с 11,0±0,15 (11-17) лет, длительность менструального цикла была в пределах 27,24±0,47 (21-45) дней, длительность менструаций – 5,1±0,14 (3-8) дней. Половая жизнь отмечалась с 19,5±0,57 (16-31) лет. Количество беременностей 5,2±0,02 (1-10), родов – 1,72±0,11 (1-4), абортов – 1,57±0,11 (1-4), самопроизвольных выкидышей – 1,91±0,34 (1-4).

Всем больным, находящимся в пременопаузальном периоде, были проведены клинические, лабораторные, эндоскопические, функциональные и морфологические методы исследования. Окончательный диагноз был поставлен по результатам гистологического исследования.

При проведении ультразвукового исследования вагинальным датчиком определялись длина, ширина и переднезадний размер матки, толщина эндометрия. При наличии опухолей органов репродуктивной системы определялись размеры данного образования. Были также определены эхографические показатели длины и ширины обоих яичников.

Результаты эхографического исследования были сравнены с аналогичными показателями женщин без патологии эндометрия в пременопаузальном периоде (n=20).

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с применением стандартных компьютерных программ «Statgraph», предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчета средних значений.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования было установлено, что у 4 (5,5%) больных из 73 клинические проявления патологии эндометрия отсутствовали, у 69 больных отмечались различные клинические проявления патологии эндометрия.

Наиболее частыми клиническими проявлениями патологии эндометрия в пременопаузе являются полименорея (27%), менорргия (17,4%), мажущие кровянистые выделения из половых путей (12,2%), нарушение менструального цикла по типу опсоменореи (12,2%), боли в пояснице и внизу живота (10,4%), ациклические кровянистые выделения (13%).

На основании клинических, функциональных, эндоскопических, гормональных и морфологических методов исследования была определена патология эндометрия в пременопаузальном периоде. Было установлено, что частота полипа эндометрия в пременопаузальном периоде составила 54,8% (n=40) при этом у 45,2% больных (n=33) диагностировался железисто-фиброзный полип эндометрия. Частота диффузной гиперплазии эндометрия составила 20,34% (n=15), из них у 11% (n=8) отмечалась простая железистая гиперплазия эндометрия без атипии. Частота эндометрита у больных составила 11% (n=8), субсерозной лейомиомы с диффузной гиперплазией эндометрия – 9,6% (n=7), карциномы эндометрия составила 2,7% (n=2).

Результаты трансвагинальной сонографии у больных с патологией эндометрия в пременопаузальном периоде представлены в таблице.

Таблица.
Показатели трансвагинальной сонографии органов репродуктивной системы у больных с патологией эндометрия в пременопаузальном периоде (M±Se)

Показатели трансвагинальной сонографии	Больные с патологией эндометрия в пременопаузальном периоде (n=73)	Больные в пременопаузальном периоде	P
Матка:			
-длина, мм	56,6±0,23 (39-95)	60,5±0,9 (54-70)	<0,05
-ширина, мм	40,95±0,25 (31-77)	56,3±0,06 (50-65)	<0,05
-переднезадний размер, мм	53,97±0,3 (40-70)	45,2±0,11 (30-46)	<0,05
-толщина эндометрия, мм	10,1±0,12 (3-29)	1,4±0,08 (1-3)	<0,05
Правый яичник:			
-длина, мм	26,81±0,4 (13-67)	29,1±0,07 (22-38)	<0,05
-ширина, мм	20,1±0,11 (10-48)	23,9±0,01 (22-29)	<0,05
Левый яичник:			
-длина, мм	24±0,11 (10-48)	26,1±0,02 (19-32)	<0,05
-ширина, мм	21,0±0,07 (12-55)	24,6±0,06 (21-32)	<0,05

Примечание: P – достоверность признака

Как видно из таблицы, у больных с патологией эндометрия в пременопаузальном периоде отмечается достоверное уменьшение длины и ширины матки, эхографические показатели обоих яичников и увеличение передне-заднего размера матки и толщины эндометрия (P<0,05).

Таким образом, у больных с патологией эндометрия в пременопаузальном периоде на фоне низких эхографических показателей длины (56,6±0,23 мм), ширины матки (40,95±0,25 мм), размеров яичников, существенное увеличение переднезаднего размеров матки (53,97±0,3 мм) и толщины эндометрия (10,1±0,12 мм).

XÜLASƏ

Premenopauzal dövrdə endometriumun patologiyada transvaginal sonografiyasının informativliyi

Əliyeva Fidan T.[1], prof. D.V. Byunin[2]
[1]İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universiteti
[2] Sneqiryov V.F. adına Mamalıq və Ginekologiya klinikası

Açar sözlər: *premenopauzal dövr, endometriumun patologiyası, endometriumun polipi, endometriumun hiperplaziyası, leyomioma, endometriumun karsinoması*

Tədqiqatın məqsədi: Premenopauzal dövrdə endometriumun patologiyasını diaqnostikasında transvaginal sonoqrafiyanın informativliyinin öyrənilməsi. Kliniki material və metodları. Premenopauzal dövrdə endometriumun patologiyasının müxtəlif

SUMMARY

Informative value of transvaginal ultrasonography in patients with pathology of the endometrium in the premenopausal period

Aliyeva Fidan T.[1], prof. D.V. Brunin[2]
[1]Sechenov First Moscow State University of Medicine, Ministry of Health of Russia, Department of Obstetrics & Gynecology
[2] Clinic of Obstetrics and Gynecology named after V.F. Snegiryov

Key words: *premenopausal period, endometrial pathology, endometrial hyperplasia, endometrial polyp, leiomyoma, endometrial carcinoma*

The goal of investigation: To study the Informative value of transvaginal ultrasonography in the pathology of the endometrium in the premenopausal period. Material and Methods: 73 women with various clinical manifestations of endometrial pathology

klinik əlamətləri olan 73 qadın müayinə edilib. Müayinə olunan xəstələrin orta yaşı 47,82±0,27 yaş olmuşdur, menarxe 11,0±0,15 yaşdan, aybaşı tsiklin müddəti 27,24±0,47 gün, aybaşının müddəti 5,1±0,4 gün olmuşdur. Cinsi əlaqə 19,5±0,57 yaş qeyd edilir. Hamiləliklərin sayı 5,2±0,02, o cümlədən doğuşların sayı 1,72±0,11, süni abortların sayı 1,57±0,11, spontan düşüklərin sayı 1,91±0,34 olmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri: Kliniki, funksional, endoskopik, hormonal və morfoloji tədqiqatlar əsasında təyin edilmişdir ki, premenopauzal dövrdə endometriumun polipin tezliyi 54,8%, bunlardan 45,2%-da endometriumun vəzilifibroz polip təyin edilmişdir. Endometriumun diffuz qiperplaziyasının tezliyi 20,34%, onlardan 11%-da endometriumun atipiyasız sadə vəzili hiperplaziyası təyin edilmişdir. Aparılan tədqiqat nəticəsində endometriumun tezliyi 11%, endometriumun diffuz hiperplaziyası ilə müştərək olan subseroz miomanın tezliyi 9,6%, endometriumun karsinoması – 2,7% təyin edilmişdir. Premenopauzal dövrdə endometriumun patologiyası olan qadınlarda uşaqlığın uzunluğunun (56,6±0,23 mm), eninin (40,95±0,25 mm) exoqrafik göstəriciləri, yumurtalıqlarının göstəricilərinin statistik dürüst dərəcədə azalması və uşaqlığın ön-arxa ölçüsünün (53,97±0,3 mm), endometriumunun qalınlığının (10,1±0,12 mm) nəzərə çarpacaq dərəcədə artması müşahidə edilir.

in the premenopausal period were examined. The average age of the examined women was 47.82±0.27 years. The onset of Menarche in the examined women was observed from 11.0±0.15 years, the duration of the menstrual cycle was within 27.24±0.47 days, the duration of menstruation was 5.1±0.14 days. The onset of Sexual activity was from 19.5±0.57 years. The number of pregnancies was average 5.2±0.02, childbirth - 1.72±0.11, abortions - 1.57±0.11, spontaneous miscarriages - 1.91±0.34.

Results: Based on clinical, functional, endoscopic, hormonal and morphological research methods, it was found that the frequency of endometrial polyps in the premenopausal period was 54.8%, of which 45.2% of patients were diagnosed with glandular fibrous polyp of the endometrium. The incidence of diffuse endometrial hyperplasia was 20.34%, of which 11% of patients had simple glandular hyperplasia of the endometrium without atypia. The incidence of endometritis in patients was 11%, subserous leiomyoma with diffuse endometrial hyperplasia - 9.6%, the incidence of endometrial carcinoma was 2.7%.

In patients with endometrial pathology in the premenopausal period there were observed low echographic indicators of the uterus: length (56.6±0.23 mm), width (40.95±0.25 mm) and the size of the ovaries, at the same time there was significant increse in the anteroposterior size of the uterus (53.97±0.3 mm) and the thickness of the endometrium (10.1±0.12 mm).

ƏDƏBİYYAT

1. Зайдиева Я.З. Дисфункциональные маточные кровотечения в возрастном аспекте // Ж.Медицинский совет, 2012, №3, с.78-83.
2. Корниенко С.М. Факторы риска рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста // Ж. Репродуктивная эндокринология, 2017, №2, вып.34, с.28-31.
3. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Современный подход к лечению гиперплазии эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом в перименопаузе // Ж.Гинекология Эндокринология, 2016, №7, вып.124, с.15-20.
4. Узденова А.И., Павлова Е.А., Аракелов С.Э., Ордиянц И.М. Отдаленные результаты лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде // Вестник Российской военно-медицинской академии, 2012, №4, вып.40, с.233-236.
5. Bazot M., Daraï E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis // Sm.J.Fertil.Steril., 2018, vol.109, №3, p.389-397
6. Bradiey L.D., Gueye N.A. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women // Am.J.Obstet.Gynecol., 2016, vol.214, №1, p.31-44.
7. El-khayat W., Sleet M.E., Mahdi E.Y. Comparative study of transvaginal sonography and hysteroscopy for the detection of pathological endometrial lesions in women with perimenopausal bleeding // J.Middle East Fertility Socirty., 2011, №16, p.77-82.

8. El-Tamamy E.A.E., El-Sayed M.F. Comparative Study of Transvaginal Sonography and Hysteroscopy for Detection of Pathological Endometrial Lesions in Women with Perimenopausal Bleeding // Egyptian Journal of Hospital Medicine, 2018, vol.73, №9, p.7566-7573.
9. Getpook C., Wattanakumtornkul S. Endometrial thickness screening in premenopausal women ith abnormal uterine bleeding // Am.J.Obstet.Gynaecol.Res., 2006, №32, p.588-592.
10. Kumari M., Gupta A.S. A prospective comparative study to evaluate the efficacy of ultrasonography and hysteroscopy and their correlation with the histopathology of endometrium in a case of abnormal uterine bleeding // Int.J.Reprod,Contrac.Obstet.Gynecol., 2017, vol.4, №6, p.1926-1935.
11. Pillai S.S. Sonographic and histopathological correlation and evaluation of endometrium in perimenopausal women with abnormal uterine bleeding // Int.J.Reprod, Contraception, Obstet.Gynecol, 2014, vol.3, №1, p.113-117.
12. Runner G.J., Gerscovich E.O., Fodor A. Practical Utility of Color Doppler Sonography in the Evaluation of Endometrial Pathology // Am.J.Diag.Med.Somog., 2014, vol.30, №6, p.281-287.
13. Tehranian A., Bayani L., Heidary S., Rastad H., Rahimi A. Diagnostic accuracy of sonohysterography compared to endometrial biopsy in pre-menopausal women with abnormal uterine bleeding// Am. J.Obstet.Gynecol.Res., 2015, №31, p.480-485.
14. Wheeler K.C., Goldstein S.R. Transvaginal ultrasound for the diagnosis if abnormal uterine bleeding // Cam.J.Clin.Obstet.Gynecol., 2017, vol.60, №1 p.11-17.
15. Wouk N., Helton M. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women // Am.J.Family Physician, 2019, vol.99, №7, p.435-443.

ERKƏN REPRODUKTİV DÖVRDƏ ÜMUMİ VƏ GENİTAL İNFANTİLİZMİ OLAN YENİYETMƏ VƏ GƏNC QIZLARDA VİTAMİN D-NİN DƏYİŞMƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

G.Q. Həsənli, S.Ş. Məmmədova, E.V. Bayramova, G.M. Bayramova, F.M. Baxşəliyev
Azərbaycan Tibb Universiteti, I Mamalıq-Ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *ümumi infantilizm, genital infantilizm, hipoqonadotropik hipoqonadizm, hipergonadotropik hipoqonadizm, normoqonadotropik hipoqonadizm, D vitamini çatışmazlığı*

Problemin aktuallığı. Müasir şəraitdə vitamin D-nin defisiti bütün yaş dövrlərində aktual problem olaraq qeyd edilir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə vitamin D defisiti, kalsium hemostazında, sümük metabolizmində, böyrək xəstəliklərində mühüm əhəmiyyət kəsb edir [1-6].

Aparılan tədqiqatlar əsasında təyin edilmişdir ki, sümük xəstəliklərində, piylənmədə, autoimmun xəstəliklərdə, xərçəngdə və reproduktiv orqanların patologiyalarında vitamin D-nin səviyyəsi nəzərəçarpacaq dərəcədə aşağıdır.

Müəyyən olunmuşdur ki, vitamin D defisiti cinsi yetişkənlik dövrün gedişatına, menarxenin başlanma vaxtına təsir edir [5,7,9].

Aparılan tədqiqat əsasında müəyyən edilmişdir ki, ilbəil vitamin D defisiti cinsi yetişkənlik dövründə olan qızlarda sürətlə artır. İnkişaf etmiş ölkələrdə yeniyetmə qızların 81,8%-də vitamin D defisiti təyin edilir [10-13].

Ədəbiyyat məlumatları nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, vitamin D defisiti qan zərdabında 25 hidroksi vitamin D (25(OH)-D) səviyyəsinin 20 ng/ml (50 nmol/l) aşağı olduqda qeyd olunur [2,8].

Müəyyən olunmuşdur ki, Avropa ölkələrində yeniyetmə qızların 80%-da vitamin D-nin miqdarının azalması, 39%-da çatışmazlıq, 29%-da defisit, 15%-da ağır defisit təyin edilir [10,12].

İranda qış aylarında vitamin D defisitinin tezliyi 66,8%, Kanada da ilin bütün mövsümlərində vitamin D defisiti 32%, Yaponiyada yay-qış fəsillərində 46,7%, Türkiyədə qış fəsilində 74,9%-ə qədər çatmağı qeyd edilir [11].

Hindistanda vitamin D-nin defisiti 50-90% əhalidə təyin edilir və bu əksər hallarda qidada kalsiumun az olması, həyat tərzinin aşağı səviyyədə olması ilə əlaqələndirirlər [3,4].

Ümumiyyətlə vitamin D-nin defisiti uşaq yaşlarında bir neçə amillərdən asılıdır. Bunlardan uzun müddət döşlə qidalanma, ananın qanında vitamin D-nin az olması, ilin fəslindən, dəridə vitamin D-nin sintezinin azalması qeyd olunur [5,13].

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən olunub ki, vitamin D-nin defisitinin etiologiyasında bağırsaq xəstəlikləri, qaraciyər və mədəaltı vəzi xəstəlikləri, öd yollarının obstruksiyası, yaşlı nəsildə ciddi vegeterian dieti, rifampsin, qlükokortikoid, izoniozid, antikonvulsant qəbul edən əhalidə müşahidə olunur [6,11].

Talıblı A.A. [1] tədqiqatlarına əsasən cinsi yetişkənlik dövründə hiperandrogeniya sindromu (HA) olan 12-13 yaşında olan qızlarda vitamin D 22,9±1,9 ng/ml, 14-15 yaşında 17,48±2,71 ng/ml, 16-17 yaşında 13,4±1,83 ng/ml qeyd olunur. Müəllif təyin etmişdir ki, HA sindromu olan qızlarda vitamin D-nin səviyyəsi cinsi yetişkənlik dövrün dinamikasında nəzərəçarpacaq dərəcədə azalması müşahidə edilir.

M.Misra et.all. [8] vitamin D defisitinin göstəricilərinə görə ≤5 ng/ml ağır defisit, 15 ng/ml defisit, 15-20 ng/ml çatışmazlıq, 20-100 ng/ml kifayət qədər olması, 100 ng/ml artıq olması, >150 ng/ml intoksikasiyaya dəlalət edir.

Qeyd etmək lazımdır ki, ümumi və genital infantilizmi olan qızlarda vitamin D-nin dəyişmə xüsusiyyətləri öyrənilməyib.

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın məqsədi təyin edilib.

Tədqiqatın məqsədi. Ümumi (hipoqonadotrop hipoqonadizm) və genital (hiper-, normoqonadotrop hipoqonadizm) infantilizmi olan yeniyetmə və gənc qızlarda vitamin D-nin dəyişmə xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Klinik material və müayinə metodları. Tədqiqatda 70 ümumi və genital infantilizmi olan qızlarda vitamin D-nin səviyyəsi müəyyən edilib. Onlarda ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) (n=33), genital infantilizmin hiperqonadotrop hipoqonadizm (n=8) və normoqonadotrop hipoqonadizm formaları (n=29) olmuşdur.

Vitamin D-nin təyinində test üsulundan istifadə olunmuşdur. Bu zaman 75 mkl sentrifuqadan keçirilmiş qan zərdabı dozatorla götürülür və üzərinə bufer A, bufer B mərhələli olaraq qarışdırllır. Alınmış möhtaviyyatdan 75 mkl götürülərək termostata (37 ° C) 10 dəq müddətində qoyulur.

Sonra alınmış möhtəviyyatın üzərinə bufer C (75 mkl) qarıştırılıb yenidən termostata 5 dəq müddətində qoyulur. Son mərhələdə alınmış möhtəviyyatdan 75 mkl götürülərək vitamin D üçün nəzərdə tutulmuş testə tökülür 15 dəq müddətində test "Finecare" aparatına daxil edilir.

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

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Tədqiqatda ümumi və genital infantilizmi olan yeniyetmə və gənc qızlarda vitamin D-nin dəyişmə xüsusiyyətləri cədvəl 1-də təqdim edilir.

Cədvəl 1.

Erkən reproduktiv dövrdə ümumi və genital infantilizmi olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən əvvəl vitamin D-nin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

Müayinə qrupları (n=70)	Əsas qrup göstəriciləri	Müqayisə qrup (n=30)	P
Ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) (n=33) ng/ml	12,02±0,82 (3,79-22,2)	21,6±2,53 (12,53-31,78)	<0,05
Genital infantilizm (hiperqonadotrop hipoqonadizm) (n=8) ng/ml	15,27±2,1 (6,27-25)	21,6±2,53 (12,53-31,78)	>0,05
Genital infantilizm (normoqonadotrop hipoqonadizm) (n=29) ng/ml	14,29±0,87 (3,36-23,3)	21,6±2,53 (12,53-31,78)	<0,05

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, ümumi (hipoqonadotrop hipoqonadizm) və genital (normoqonadotrop hipoqonadizm) infantilizmi olan yeniyetmə və gənc qızlarda vitamin D-nin defisiti aşkar olunur, bu da erkən reproduktiv dövrdə ümumi və genital infantilizmin patogenezində mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Aparılan tədqiqatda ümumi və genital infantilizmi olan qızlarda səbəbindən asılı olaraq parogenetik müalicə aparılıb və onun dəyişmə xüsusiyyətləri öyrənilib.

Alınan nəticələr cədvəl 2-da təqdim edilir.

Cədvəl 2.

Erkən reproduktiv dövrdə ümumi və genital infantilizmi olan yeniyetmə və gənc qızlarda müalicədən sonra vitamin D-nin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

Müayinə qrupları (n=70)	Göstəricilər		P
	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra	
Ümumi infantilizm (hipoqonadotrop hipoqonadizm) (n=33) ng/ml	12,02±0,82 (3,79-22,2)	28,63±1,48 (11,53-55,41)	<0,05
Genital infantilizm (hiperqonadotrop hipoqonadizm) (n=8) ng/ml	15,27±2,1 (6,27-25)	28,13±2,58 (17,25-39,55)	<0,05
Genital infantilizm (normoqonadotrop hipoqonadizm) (n=29) ng/ml	14,29±0,87 (3,36-23,3)	32,15±1,56 (13,59-100)	<0,05

Cədvəl 2-dan göründüyü kimi, ümumi və genital infantilizmi olan yeniyetmə və gənc qızlarda aparılan patogenetik müalicənin effektivliyi vitamin 25(OH)-D-nin statistik dürüst dərəcədə artması ilə özünü birüzə verir (P<0,05).

Beləliklə, ümumi və genital infantilizmin patogenezində vitamin D-nin çatışmazlığı mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Ümumi infantilizmdə (hipoqonadotrop hipoqonadizm) vitamin D-nin səviyyəsi 12,02±0,82 ng/ml, genital infantilizmin hiperqonadotrop hipoqonadizm formasında 15,27±2,1 ng/ml, genital infantilizmin normoqonadotrop hipoqonadizm formasında 14,29±0,87 ng/ml olmuşdur, bu da müayinə olunan qızlarda vitamin D-nin defisitini əks edir. Aparılan patogenetik müalicə nəticəsində vitamin D-nin statistik dürüst dərəcədə artması müşahidə edilir (P<0,05).

РЕЗЮМЕ

Особенности изменения уровня витамина *Д* у девушек с общим и генитальным инфантилизмом в раннем репродуктивном периоде

Г.Г. Гасанлы, С.Ш. Мамедова, Э.В. Байрамова, Г.М. Байрамова, Ф.М. Бахшалиев
Азербайджанский Медицинский Университет, I Кафедра акушерства и гинекологии

Ключевые слова: *общий инфантилизм, генитальный инфантилизм, гипогонадотропный гипогонадизм, гипергонадотропный гипогонадизм, нормогонадотропный гипогонадизм, дефицит витамина Д*

Цель исследования: Изучить уровень витамина *Д* у девушек с общим и генитальным инфантилизмом. Клинический материал и методы исследования: Обследовано 70 девушек с общим и генитальным инфантилизмом. Уровень витамина *Д* определялся с помощью тестов «Finecare» в сыворотке крови с предварительной обработкой крови в центрифуге. Результаты исследования: Установлено, что показатель витамина *Д* при общем инфантилизме (гипогонадотропном гипогонадизме) составил 12,02±0,82 нг/мл, при генитальном инфантилизме (гипергонажотропный гипогонадизм) - 15,27±2,1 нг/мл, при генитальном инфантилизме (нормогонадотропный гипогонадищм) - 14,29±0,87 нг/мл, что соответствовало наличию дефицита витамина *Д*. Проведенная патогенетическая терапия общего и генитального инфантилизма позволило существенно увеличить показатели данного витамина в сыворотке крови.

SUMMARY

Features of changes in the level of vitamin D in girls with general and genital infantilism in the early reproductive period

G.G. Hasanli, E.V. Bayramova, S.S. Mammadova, G.M. Bayramova, F.M. Bakhshaliyev
Azerbaycan Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology

Key words: *general infantilism, genital infantilism, hypogonadotropic hypogonadism, hypergonadotropic hypogonadism, normogonadotropic hypogonadism, vitamin D deficiency*

The goal of the study*:* To study the level of vitamin D in girls with general and genital infantilism. Material and Methods: 70 girls with general and genital infantilism were examined. Vitamin D levels were determined using "Finecare" tests in blood serum with previous work out in a centrifuge. Results: It was found that the indicator of vitamin D in girls with general infantilism (hypogonadotropic hypogonadism) was 12.02 ± 0.82 ng / ml, with genital infantilism (hypergonadotropic hypogonadism) - 15.27 ± 2.1 ng / ml, genital infantilism (normogonadotropic hypogonadism) - 14.29 ± 0.87 ng / ml, which corresponded to the presence of vitamin D deficiency. The conducted pathogenetic therapy of general and genital infantilism made it possible to significantly increase the indicators of this vitamin in the blood serum.

ƏDƏBİYYAT

1. Talıblı A.A., Əliyeva E.M., Axundova N.E. Cinsi yetişkənlik dövründə hiperandrogeniya sindromu olan qızlarda vitamin D və karbohidrat mübadiləsinin dəyişmə xüsusiyyətləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2020, №1, s.119-123.
2. Громова О.А., Торшин И.Ю., Захарова И.Н., Малявская С.И. Недостаточность витамина D и коморбидные состояния у детей 7-16 лет: интеллектуальный анализ данных // Ж. Качественная клиническая практика, 2017, №4, с.58-67.
3. Спиричев В.Б., Громова О.А. Витамин D и его синергиенты // Ж. «Земский Врач», 2012, №2, вып.13, с.33-38. ISSN: 2077-8392. eLIBRARY ID: 17729620

4. Al-Daghri N.M., Al-Attas O.S., Alkharfy K.M. Association of VDR-gene variants with factors related to the metabolic syndrome, type 2 diabetes and vitamin D deficiency // Gene, 2014, №542, p.129-133. PMID: 24680778
5. Aypak C., Türed Ö., Yüce A. The association of vitamin D status with cardiometabolic risk factors, obesity and puberty in children // Eur.J.Pediatr, 2014, №173, p.367-373.
6. Hekimsoy Z., Dinç G., Kafesçiler S., Onur E. Vitamin D status among adults in the Aegean region of Turkey // BMC Public Health., 2010, №10, p.782.
7. Maghbooli Z., Hossein-Nezhad A., Shafaei A.R., Karimi F. Vitamin D status in mothers and their newborns in Iran//BMC Pregnancy Childbirth., 2007, №7, p.1.
8. Mirsa M., Pacaud D., Petryk A. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations // Pediatrics, 2008, vol.122, №2, p.398-417. doi:https://doi.org/10.1542/peds.2007-1894.
9. Nanri A., Foo L.H., Nakamura K., Hori A. Serum 25-hydroxyvitamin d concentrations and season-specific correlated in Japanese adults // J.Epidemiol., 2011, №21, p.346-353.
10. Palacios C., Gonzalez L. Is vitamin D deficiency a major global public health problem?// J.Steroid Biochem Mol.Biol., 2014, №144, p.138-145.
11. Tabrizi R., Moosazadeh M., Akbari M., Dabbaghmanesh M.H. High Prevalence of Vitamin D Deficiency among Iranian Population. A Systematic Review and Meta-Analysis // Iran.J.Med.Sci., 2018, №43, p.125-139.
12. Torkaman M., Abolghasem H., Amirsalari S., Beiraghdar F. Compaison of the Vitamin D Status of Children Younger and Older Than 2 Years in Tehran: Are Supplements Really Necessary?// Int J. Endocrin.Metab., 2016, №14, p.34676.
13. Zhao Y., Long W., Du C., Yang H., Wa S. Prevalence of vitamin D deficiency in girls with idiopathic central precocious puberty // Front Med., 2018, №12, p.174-181.

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

З.С. Гусейнова
Клинический Родильный Дом имени Шамама Алескеровой №5, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *гиперплазия эндометрия, нарушения репродуктивной функции, бесплодие, невынашивание*

Гиперплазия эндометрия – одна из наиболее часто встречающихся гинекологических патологий [1]. Под гиперплазией эндометрия понимают патологическую, диффузную или очаговую пролиферацию (утолщение) железистого и стромального компонентов слизистой оболочки матки с преимущественным поражением железистых структур. В структуре гинекологической патологии гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) встречаются с частотой 15-40% [2,3]. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения существует четыре вида гиперплазии эндометрия: простая и сложная с атипией или без таковой [4]. Гиперплазия эндометрия без атипии встречается у 6,19 - 114,36 на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста. На самом деле заболеваемость выше с учетом значительного числа бессимптомных не диагностированных женщин [5]. Согласно литературным данным, в странах Западной Европы регистрируется около 200 000 новых случаев гиперплазии эндометрия в год [6]. Хирургическому лечению подвергаются около 40% женщин молодого возраста с гиперплазией эндометрия, что приводит к потере репродуктивной функции [1]. Клинически данная патология проявляется нарушениями менструальной и репродуктивной функций [7]. Клиника обусловлена абсолютной или относительной гиперэстрогенией, прогестерон-дефицитным состоянием, которые вызывают: 1) аномальные маточные кровотечения (АМК): 2) ановуляторное бесплодие; 3) общие симптомы, связанные с анемией: слабость, повышенную утомляемость, головокружение и т.д.

Следует отметить повышение распространенности патологии эндометрия у женщин старших возрастных групп [8]. На сегодняшний день нет единого представления об этиопатогенезе гиперпластических процессов эндометрия. Согласно литературным данным, основными механизмами развития гиперплазии эндометрия являются: ановуляция, гиперпродукция эстрогенов вследствие имеющегося гиперпластического процесса в яичниках, повышенная чувствительность рецепторов эндометрия при нормальной или пониженной секреции эстрогенов, нарушение баланса между половыми гормонами, что тормозит процессы структурной подготовки клеток эндометрия к воздействию прогестерона, гормональный дисбаланс в организме при обменно-эндокринных нарушениях (ожирение, гиперлипидемия, гипергликемия, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия), воспаление, генетические факторы и др.[6].

Целью данного исследования являлось изучение частоты распространенности, факторов риска, клиники и диагностики нарушений репродуктивной функции у пациентов с гиперплазией эндометрия в ретроспективной группе, оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий

Материал и методы исследования. Ретроспективное исследование было проведено по истории болезни 380 пациентов с нарушением репродуктивной функции при доброкачественных патологиях матки в возрастной группе 18-45 лет. Нарушения репродуктивной функции были выявлены и изучены у пациентов с гиперплазией эндометрия матки путем анализа истории болезни Родильного дома №5, Клинического Медицинского Центра №1 и частной клиники "HB Гювена" в 2014-2017 гг. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 65 пациентов с нарушением репродуктивной функции при гиперплазии эндометрия, во 2-ю группу вошли пациенты с другими доброкачественными патологиями матки (аденомиоз, миома матки, полипы эндометрия).

Критериями исключения явились пубертатный период, женщины пери- и постменопаузального возраста и женщины с нарушениями репродуктивной функции без доброкачественных

патологиях матки. В ходе исследования оценивались и сравнивались гинекологический и соматический анамнез пациентов, длительность заболевания, методы клинического и лабораторного обследований, антропометрические особенности, социальный статус, место жительства, особенности менструальной функции в их анамнезе, семейное положение, проводимые операции в малом тазу, особенности репродуктивной и генеративной функций, в том числе сравнивались методы лечения, течение беременности и их результаты. Клинические обследования во время беременности проводились в соответствии со стандартами перинатальной диагностики, включая клиническую оценку триместров и результатов беременности в сопоставимых группах. Оценивалась эффективность терапии. В качества специального метода обследования, изучались результаты УЗИ (допплера), гистероскопии и гистеросальпингографии.

Цифровые значения, полученные из исследования, были проанализированы методом статистики показателей альтернативных вариаций.

Результаты исследования и их обсуждение

В нашем ретроспективном исследовании нарушения репродуктивной функции наблюдались у 65 пациентов с гиперплазией эндометрия. Исследование показало, что большинство пациентов с гиперплазией эндометрия и нарушением репродуктивной функции составляли женщины, проживающие в г. Баку. Таким образом, 83,1% пациентов, включенных в обследуемую группу, были женщинами, проживающими в столице, 16,9% были женщинами, проживающими в регионе (p=0,008), и из них 16,8% пациентов имели неудовлетворительный социальный статус (p=0,146). Было обнаружено, что в нашем исследовании, у женщин с гиперплазией эндометрия нарушения репродуктивной функции чаще встречаются в возрасте старше 25 лет. Согласно литературным данным, повышение распространенности патологии эндометрия у женщин старших возрастных групп [8]. Следует отметить, что у 15,4% пациентов с гиперплазией эндометрия нарушения репродуктивной функции встречаются в возрасте 18-24, у 41,5% пациентов в возрасте 24-34, у 43,1% пациентов в возрасте старше 34 лет. Изучено что, увеличение продолжительности жизни женщин и нарастающая пандемия ожирения в мире являются значимыми факторами риска развития патологии эндометрия [9]. Сравнительный анализ индекса массы тела у женщин с нарушением репродуктивной функции при гиперплазии эндометрия показал, что избыточная масса тела пациенток (62,5%) в 1.7 раза превышала нормальную массу тела (37,5%).

Из соматического анамнеза пациентов с нарушением репродуктивной функции при гиперплазии эндометрия 52,3% пациентов имели анемию, 3,1%- артериальную гипертензию, 6,2%- желудочно-кишечные заболевания, и только 1,5%- почечную патологию и 6,2%- нейроциркуляторную дистонию. Следует отметить, что в группе с гиперплазией эндометрия 6,2% пациенток перенесли операцию по каутеризации яичников на основании диагноза синдрома поликистозных яичников и хронической гиперплазией эндометрия. У 10% пациенток на основании диагноза различного генеза доброкачественных кист яичников была выполнена kистэктомия. Хронический эндометрит встречался в 3,1% случаев. Было изучено, что хронический эндометрит вызывает структурные изменения в слизистой оболочке полости матки, что в свою очередь приводит к снижению рецептивности эндометрия, срыву имплантации плодного яйца и часто становится причиной бесплодия и невынашивания беременности [10].

В нашем исследовании было установлено, что у пациентов с гиперплазией эндометрия первый менструальный цикл (менархе) начался в среднем в 13,4±0.07 лет и средняя продолжительность менструации составляла 7.18±1.24 дней. Следует отметить, что у 35,5% пациентов, интервал менструального цикла составлял 21-35 дней и нарушения менструального цикла у этих пациентов наблюдались в виде метроррагии и менометроррагии. Как видно из таблицы 1, нарушения менструальной функции наблюдались в обеих группах. Наши исследования показывают, что в группе с гиперплазией эндометрия менструальные нарушения метроррагического (76,9%) характера встречаются чаще, чем другие нарушения менструального цикла. Таким образом, в группе без гиперплазии эндометрия и нарушением репродуктивной функции метроррагия встречается в 61.0% случаях, и статистическая разница между группами составляет p=0.015.

Таблица 3.
Характеристика менструальной функции у пациентов с гиперплазией эндометрия

Показатели нарушения менструального цикла		Пациенты				Chi-square p	pKU
		без гиперплазии эндометрия		с гиперплазией эндометрия			
		n	%	N	%		
Продолжительность менструального цикла	<21	111	35.2	26	40.0	χ2=0.603 p=0.740	p=0.440
	21-35	197	62.5	38	58.5		
	>35	7	2.2	1	1.5		
Меноррагия	не наблюдалась	113	35.9	26	40.0	χ2=0.396 p=0.529	p=0.530
	наблюдалась	202	64.1	39	60.0		
Метроррагия	не наблюдалась	123	39.0	15	23.1	χ2=5.942 p=0.015	P=0.015
	наблюдалась	292	61.0	50	76.9		
Дисменорея	не наблюдалась	194	61.6	45	69.2	χ2=1.349 p=0.245	P=0.246
	наблюдалась	121	38.4	20	30.8		

Исследования показало, что 80% пациенток с гиперплазией эндометрия имели отягощенный гинекологический и 20 % пациенток отягощенный акушерский анамнез. При анализе анамнеза, у 32,3% пациенток имелось первичное и 63,1% пациенток вторичное бесплодие и три пациента имели в анамнезе оба типа бесплодия. Первичное бесплодие в группе с гиперплазией эндометрия не отличается от первичного бесплодия в группе без гиперплазии с репродуктивными нарушениями (32,3% и 42,2% соответственно). Однако, вторичное бесплодие в группе с гиперплазией эндометрия резко отличается от вторичного бесплодия другой группы, и между группами существует статистическая разница (63,1% и 14,9% соответственно) p<0.001. Следует отметить, что в литературе последних лет широко обсуждаются вопросы гиперпластических изменений эндометрия у бесплодных женщин, поскольку именно эти состояния наиболее сложно поддаются коррекции при подготовке пациенток к процедуре ЭКО [11,12].

Самопроизвольные выкидыши в группе с гиперплазией эндометрия и нарушением репродуктивной функции наблюдались у 10,7% пациенток, в другой группе эта патология возникла у 44,4% пациенток, при этом между группами обнаружена статистическая разница p<0.001. Неразвивающаяся беременность была диагностирована у 12,3% пациенток в группе с гиперплазией эндометрия и 36,5% в группе без гиперплазии, была статистическая разница между двумя группами с нарушением репродуктивной функции (p<0.001). Исследование показало, что повторные выкидыши чаще встречались (почти 9 раз больше) в группе без гиперплазии. Таким образом, в группе с гиперплазией повторные выкидыши произошли у 4,6% пациенток, а в группе без гиперплазии у 42,9% пациенток и статистическая разница составила p<0.001. Угрозы преждевременных родов были обнаружены у 44,6% в группе с гиперплазией и у 30,2% в группе без гиперплазии (p=0,024). Таким образом, в группе с гиперплазией эндометрия, беременность протекала с осложнениями у 52,3% пациенток и принимались меры по сохранению беременности, не отличаясь от группы без гиперплазии (54,3%).

Таблица 2.

Характеристика нарушений репродуктивной функции у пациентов с гиперплазией эндометрия

Показатели		Пациенты				Chi-square p	pKU
		Без гиперплазии эндометрия		с гиперплазией эндометрия			
		n	%	n	%		
Бесплодие	не наблюдалось	135	42,9	3	4,6	χ2=76,962 p=0,000	P=0,000
	первичное	133	42,2	21	32,3		
	вторичное	47	17,9	41	63,1		
Самопроизвольный выкидыш	не наблюдался	175	55,6	58	89,2	χ2=25,761 p=0,000	p=0,000
	наблюдался	140	44,4	7	10,8		
Неразвивающаяся беременность	не наблюдалась	200	63,5	57	87,7	χ2=14,415 p=0,000	p=0,000
	наблюдалась	115	36,5	8	12,3		
Повторные выкидыши	не наблюдались	180	57,1	62	95,4	χ2=34,071 p=0,000	p=0,000
	наблюдались	135	42,9	3	4,6		
Угрозы преждевременных родов	не наблюдались	220	69,8	36	55,4	χ2=5,122 p=0,024	p=0,024
	наблюдались	95	30,2	29	44,6		

Комплексное клинико-лабораторное обследование включало в себя ультразвуковое исследование с допплерометрией, а также гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием матки. Во время обследования, ультразвуковое исследование (УЗИ) было предпочтительным и проводилось на первой фазе менструации. Методом выбора ультразвуковой диагностики патологии эндометрия является трансвагинальная эхография [6]. У пациентов с гиперплазией эндометрия, размер матки в среднем составил 58,5±1.3×47,8±1.6×55.9±1.9 мм, а толщина эндометрия 16±0.5 мм. В 40,0% случаев, была выполнена гистероскопия и поставлен диагноз гиперплазии эндометрия. В 93,8% случаев, было выполнено выскабливание полости матки и проведено гистологическое исследование. По результатам гистологического исследования, сложная гиперплазия выявилась только в 1,5% случаев. Кроме того, кольпоскопия и тест на Папаниколау были проведены в 8,2% случаев, патологии не было обнаружено.

Анализ группы крови обследованных пациентов показывает, что A (II) группа чаще встречается (43,1%) у больных с гиперплазией. Таким образом, в группе без гиперплазии, но с нарушением репродуктивной функции 36,7% пациентов имели A (II) группу, между группами не обнаружено достоверной разницы (p=0,688). RH (-) отрицательная кровь была обнаружена у 4,6% пациентов. Следует отметить, что в общий анализ крови, мочи, коагулограмме и биохимический анализы крови и исследование мазки не выявили достоверных различий между двумя группами с нарушением репродуктивной функции.

Традиционно, одним из первых методов лечения гиперплазии эндометрия является лечебно-диагностическое выскабливание слизистой матки с последующей гормонотерапией [13]. Для пациентов с гиперплазией эндометрия и нарушением репродуктивной функции, использовались гормональные препараты (гестагенов, КОК), с целью нормализовать гормональный фон женщины и подавить дальнейшую пролиферацию эндометрия. Гестагены принимались (норколут, дюфастон) в стандартных дозах на протяжении 3-6 месяцев. С гемостатической и лечебной целью назначался дидрогестерон (дюфастон) – при неатипичной ГЭ в репродуктивном возрасте с 5-го по 25-й день в дозе 20-30 мг/сут (а при менометроррагиях во второй фазе менструального цикла с 14-16-го по 25-й день менструального цикла). У женщин репродуктивного возраста, на этапе лечения гиперплазии эндометрии широко использовались комбинированные оральные контрацептивы (КОК), при этом предпочитались монофазные препараты, на протяжении 3-6 месяцев. Патогенетическая терапия у молодых пациенток заключалась в восстановлении менструального цикла. При рецидиве гиперплазии эндометрия женщине была введена ЛНГ-ВМС и проведено соответственное наблюдение в течение 1-1,5 лет.

Во время исследования было установлено, что для лечения использовалось больше гестагенов.

При лечении гестагенами наблюдается более высокая скорость регресса гиперплазии эндометрия без атипии. Гестагены могут применяться в качестве симптоматической терапии при наличии аномальных маточных кровотечений [3,15]. Таким образом, 72,3% пациентам были назначены гестагены, а в группе без гиперплазии эндометрия с нарушением репродуктивной функции 63,5% пациентам, но эти группы статистически не отличались. Также прием оральных контрацептивов предотвращает и оказывает лечебный эффект при гиперплазии эндометрия [14]. Оральные контрацептивы назначались в 21,5% случаев и существенно не отличались от других групп (28,3%) без гиперплазии с нарушением репродуктивной функции, p=0,268. Кроме того, выявлено улучшение профиля кровотечений у пациенток, применявших оральные контрацептивы [6,15]. Исследование показало, что антианемическое лечение было назначено 60,0% пациентов, гемостатическая терапия 53,8% пациентов, а переливание крови в 3,1% случаев. При этом гормональная внутриматочная спираль (мирена) использовалась с гемостатическими и терапевтическими целями в 10,9% случаев.

Следует отметить, что у пациентов с гиперплазией эндометрия и нарушением репродуктивной функции, после лечения (лечение гиперплазии эндометрия основанном на консервативных и оперативных методах) беременность наступила в 67.7% случаев, и из них беременность протекла успешно в 47,7% случаев. Тем временем, у 10,8% пациентов, не получивших адекватное лечение и прегравидарную подготовку, беременность закончилась выкидышем на ранних сроках беременности, но в другой группе с доброкачественными патологиями матки (аденомиоз, миома матки, полипы эндометрия) и репродуктивными нарушениями аналогичное прерывание беременности наблюдалось у 44,4% пациенток, а статистическая разница между группами составила p<0.001. По сравнению с другой группой (36,5%) неразвивающиеся беременности были обнаружены в 12,8% случаев, а статистическая разница составила p<0.001.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы

- Большинство женщин с нарушением репродуктивной функции при гиперплазии эндометрия являются женщинами старше 25 лет, с избыточным весом;
- У женщин с нарушением репродуктивной функции при гиперплазии эндометрия менструальная дисфункция более метроррагического и менометроррагического характера;
- Вторичное бесплодие чаще встречается у женщин с гиперплазией эндометрия и нарушением репродуктивной функции;

Адекватное лечение и прегравидарная подготовка у женщин с гиперплазией эндометрия способствует успешному протеканию и завершению беременности.

SUMMARY

Reproductive dysfunction in women with endometrial hyperplasia

Z.S. Huseynova
Maternity Hospital №5 named after Shamama Alasgarova, Baku, Azerbaijan

Key words: *endometrial hyperplasia, reproductive dysfunction, infertility miscarriages*

Aim: study of the frequency of prevalence, risk factors, clinical picture, and diagnosis of reproductive disorders in patients with endometrial hyperplasia in the retrospective group, assessment of the effectiveness of therapeutic and prophylactic

XÜLASƏ

Endometriumun hiperplaziyası olan qadınlarda reproduktiv funksiya pozulmaları

Z.S. Hüseynova
KTM, Şamama Ələsgərova adına 5 saylı Doğum evi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *endometriumun hiperplasiyası, reproduktiv funksiya pozulmaları, sonsuzluq, düşüklər*

Tədqiqatın məqsədi: retrospektiv qrup üzrə müşahidə olunan xəstələrdə reproduktiv funksiya pozulmalarının yayılma tezliyini, risk faktorlarını, klinika və diaqnostikasının xüsusiyyətlərini öyrənmək, aparılan müalicə-profilaktika tədbirlərinin

measures. **Materials and methods.** A retrospective study was carried out on 380 patients with reproductive dysfunctions and benign uterine pathologies in the age group of 18-45 years. Patients were divided into 2 groups. The first group included patients with endometrial hyperplasia (65 patients) and reproductive dysfunction, the second group included patients with reproductive dsfunction and other benign uterine pathologies (adenomyosis, myoma of the uterus, endometrial polyps). During the study, the gynecological and somatic anamnesis of patients, generative functions, duration of the disease, methods of clinical and laboratory examination and pregnancy were assessed, and their results were evaluated and compared. The effectiveness of the therapy was evaluated. The figures obtained from the study were analyzed by the method of statistics of indicators of alternative variations. **Results.** It was found that in women with endometrial hyperplasia reproductive disorders are more common at the age of t 25. A comparative analysis of the body mass index in women with endometrial hyperplasia and reproductive function disorders showed that 62,5% of patients were overweight. Menstrual irregularities in these patients were observed in the form of metrorrhagia (76,9%) and menometrorrhagia (60,0%). Primary infertility occurred in 32,3% of patients and 63,1% of patients had secondary infertility. Spontaneous abortion was observed in 10,7% of patients, non-developing pregnancy was diagnosed in 12,3% of cases and repeated miscarriages occurred in 4,6% of patients. It was found that more progestogens were used for treatment. In this way, 72,3% of patients were prescribed progestogens, oral contraceptives were prescribed in 21,5% cases. Study showed that antianemic treatment was prescribed in 60.0% of patients. Hemostatic therapy in 53,8% and blood transfusion in 3.1% of patients. At the same time the hormonal intrauterine device (mirena) was used for hemostatic and therapeutic purposes in 10,9% of cases. It should be noted that after treatment in patients with endometrial hyperplasia and reproductive function disorders pregnancy occurred in 67,7% of cases and in 47,7% of cases pregnancy ended successfully. **Conclusion.** Timely diagnosis and adequate treatment in woman with benign endometrial hyperplasia improves the quality of life and reproductive functions of women in the reproductive period and contributes to the successful completion of pregnancy.

effektivliyini qiymətləndirməkdir. Tədqiqatın material və metodları: araşdırma retrospektiv olaraq 380 xəstəlik tarixi üzrə 18-45 yaş qrupuna daxil olan reproduktiv funksiya pozulmaları müşahidə olunan xəstələrin xəstəlik tarixləri üzrə aparılıb. Xəstələr 2 qrupa bölünüb. Birinci qrupa endometriumun hiperplaziyası və reproduktiv funksiya pozulmaları olan xəstələr (65 xəstə), ikinci qrupa isə uşaqlığın digər xoşxassəli (uşaqlığın miomaları, adenomioz, endometriumun polipləri) patologiyaları olan xəstələr daxil edilib. Araşdırma zamanı xəstələrin ginekoloji, somatik anamnezləri, generativ funksiyaları, xəstəliyin müddəti, klinik-laborator müayinələrin nəticələri, aparılan müalicə metodlarının, baş verən hamiləliklərin gedişatları, onların nəticələri qiymətləndirilib və müqayisə edilib. Statistik analiz variasiya (KU-Kruskal-Wallis) və diskriminant (Pearson Chi-Square) üsullarının tətbiqi SPSS-22 statistik proqram paketində aparılıb. Tədqiqatın nəticələri : müəyyən olunub ki, endometriumun hiperplaziyası və reproduktiv funksiya pozulmaları daha çox yaşı 25-dən yuxarı olan qadınlarda rast gəlinir. Bədən çəki indeksinin müqayisəli araşdırmasında endometriumun hiperplaziyası və reproduktiv funksiya pozulmaları olan qadınlar içərisində ağır bədən çəkili (62,5%) qadınlar normal (37,5%) bədən çəkili qadınlara nisbətən 1,7 dəfə artıq rast gəlinib. Aybaşı funksiyasının pozulmaları bu xəstələrdə metrorragiya (76,9%), menometrorragiya (60,0%) xarakterində olub. Sonsuzluğu araşdıran zaman 32,3% xəstədə birincili, 63,1% xəstədə ikincili sonsuzluq müəyyən olunub. Özbaşına düşüklər 10,7% xəstədə, inkişafdan qalmış hamiləlik 12,3%, adəti düşüklər 4,6% xəstədə rast gəlinib. Araşdırma zamanı məlum olub ki, müalicə məqsədi ilə daha çox hestagenlərdən istifadə olunub. Beləliklə, 72,3% xəstəyə hestagenlər, 21,5% xəstəyə isə oral kontraseptivlər təyin olunub. Antianemik müalicə 60.0% xəstəyə, hemostatik terapiya 53,8%, hematransfuziya 3,1% halda aparılıb. Uşaqlıq daxili hormonal vasitə (mirena) hemostatik və terapevtik məqsədlə 10,9% halda istifadə edilib. Qeyd etmək lazımdır ki, endometriumun hiperplaziyası və reproduktiv funksiya pozulmaları olan xəstələrdə müalicədən sonra hamiləlik 67,7% halda baş verib və 47,7% halda hamiləliklərin gedişatlarında patologiya aşkar olunmayıb. Nəticə: endometriumun xoşxassəli hiperplaziyası zamanı vaxtında aparılmış diaqnostika və adekvat müalicə qadınların reproduktiv funksiyasını və həyat fəaliyyətini yaxşılaşdırır, eləcə də hamiləliyin gedişatına və nəticəsinə müsbət təsir göstərir.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kadirogullari P., Atalay C.R., Ozdemir O., Sari E.M. Prevalence of co-existing endometrial carcinoma in patients with preoperative diagnosis of endometrial hyperplasia. J. Clin. Diagn. Res. 2015; 9(10): QC10-4.
2. Завалко А.Ф., Котельникова Н.А. Гиперплазия эндометрия — патогенетические аспекты, классификация и распространенность патологии среди пациенток репродуктивного возраста (обзор литературы) // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, врач и здоровье. 2016. №1. С. 22–27.
3. Свиридова Н.И. Обоснование дифференцированного подхода к лечению гиперпластических процессов эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом. Материалы VIII Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Сочи, 2015. С. 81–82.
4. Emons G., Beckmann M.W., Schmidt D. et al. New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias // Geburtshilfe Frauenheilkd. 2015. Vol. 75. № 2. P. 135–136.
5. Reed SD, Newton KM, Clinton L et al. Incidence of endometrial hyperplasia. Am J Obstet Gynecol 2009; 200 (6): 678.e1–678.e6.
6. Chandra V., Kim J.J., Benbrook D.M., Dwivedi A., Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia // Journal of Gynecologic Oncology. 2016. №27(1). P. 8-15.
7. Ключаров И.В., Трубникова Л.И., Хасанов А.А. Гистероскопия в комплексной диагностике патологии полости матки и эндометрия // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2013. – № 1. – С. 155-158.
8. Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А., Думановская М.Р. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды. Акушерство и гинекология. 2018; 8: 129-34.
9. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med 2017; 377 (1): 13–27
10. Puente E, Alonso L, Laganà AS, et al. Chronic endometritis: old problem, novel insights and future challenges. Int J Fertil Steril. 2020;13(4):250-256. https://doi.org/10.22074/ ijfs.2020.5779.
11. Ибрагимова, А.Р. Оценка содержания факторов роста и альфа-2-микроглобулина фертильности в диагностике и лечении эндометриоидной болезни: автореф. 119 дис. … канд. мед. наук / А.Р. Ибрагимова. – Самара: Самарский государственный медицинский университет, 2015.
12. Малышкина, А.И. Сравнительная оценка эффективности и безопасности препаратов микронизированного прогестерона в программах вспомогательных репродуктивных технологий / А.И. Малышкина, С.Б. Назаров, С.С. Семененко, Е.В. Козелкова // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 5. – С. 122–126.
13. ACOG Technology Assessment No. 13: Hysteroscopy. Obstet Gynecol. 2018;131(5):151-156. https://doi.org/10.1097/ AOG.0000000000002634
14. Wang Y, Nisenblat V, Tao L et al. Combined estrogen-progestin pill is a safe and effective option for endometrial hyperplasia without atypia: a three-year single center experience. J Gynecol Oncol 2019; 30 (3): e49.
15. Royal College of Obstetrician and ginecologists. Management of Endometrial Hyperplasia. GreenTop Guideline No.67. RCOG/BSGE Joint Guideline – February 2016.

HAMİLƏLİK ZAMANI İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURA: DOĞUŞ VƏ ANESTEZİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ (KLİNİKİ HAL)

X.M. Təhməzi, A.F. İsmayılova, A.E. Hüseynova
Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *immun trombositopenik purpura, hamiləlik, yüksək risk qrupu*

Trombositopeniya trombositlərin yüksək dağılma dərəcəsi və ya istifadə edilməsilə xarakterizə olunan vəziyyət olub, trombositlərin sintezinin aşağı düşməsilə özünü göstərir. Trombositopeniya qazanılmış və ya irsi (trombositlərin funksional xassələrinin dəyişməsilə əlaqədar vəziyyət) ola bilər, eləcə də immun və ya müxtəlif zədələyici faktorların təsirilə də baş verə bilər. çox zaman idiopatik trombositopenik purpura aşkar edilir. Bütün trombositponeyiaların 90%-i məhz bu növün payına düşür.

Normal hamiləlik zamanı fizioloji olaraq hemodilyusiya, yüksək aqreqasiya nəticəsində trombositlərin aşağı düşməsi müşahidə edilir (daha yüksək tromboksan A2). Hamiləlik zamanı fizioloji trombositopeniya yüngül dərəcədə keçir, ana-döl üçün təhlükə daşımır. Lakin müxtəlif xəstəliklərlər əlaqədar olaraq, yüksək tromobositopeniya ana və döl üçün ciddi təhlükələrə səbəb olur və lazımi nəzarət və müalicəni aparılmasını tələb edir [1].

Praktik nöqteyi-nəzərdən tövsiyələrdə göstərilmişdir ki, trombositlərin miqdarı 30000/mkl-dən yüksək olmadıqda fizioloji doğuşların aparılması məqsədəuyğundur. Cərrahi vaginal doğuşlar və Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatlarının aparılması üçün trombositlərin miqdarının 5000/mkl-dən az olmamasına diqqət yetirmək lazımdır. Epidural anesteziyanın aparılması üçün tromobistlərin dəqiq miqdarı ilə bağlı hələ də dünya ədəbiyyatında müzakirələr aparılır, lakin əksər rəhbərliklərdə əsas səviyyə kimi 75000-80000/mkl hesab edilir. Trombositlərin miqdar səviyyəsi aşağı olduqda epidural hematoma riksi yüksək olur. Trombositlərin miqdar səviyyəsi 20000/mkl olduqda özbaşına qanaxmaların, eləcə də daxili qanaxmaların baş verməsi riski yüksək olur.

Hamiləlik zamanı trombositopeniyanın ən nadir forması immun trombositopenik purpura hesab edilir, autoimmun xəstəlik olub, tromobositlərin qlikoproteinlərinə qarşı anticisimlərlə xaraterizə olunur. Bunlar da dalaqda trombositlərin dağılmasında özünü göstərir [2].

İki tip immun trombisitopenik purpira (İTP) vardır: kəskin forma və xronik forma. Xronik forma daha çox virus infeksiyaları zamanı rast gəlinir. İTP zamanı trombositopeniya orta səviyyədə olsa da, trombositlərin miqsarı 10000/mkl-dən aşağı olur. Xəstəlik tamamilə simptomsuz ola bilər. Bəzən özünü ekximoz, petexiyalar, damarlardan qanaxmalar və menorragiya kimi özünü göstərir [3].

Hestation trombositopeniyadan fərqli olaraq İTP hamiləliyin istənilən dövründə baş verə bilər. Bundan başqa, belə hamilə qadınların anamnezində trombositopeniya və ya hər hansı bir immun xəstəlik olar bilər.

Beləliklə, doğuş mamalıq göstərişlərinə əsasən təyin edilir. Hesab edilir ki, trombositlərin miqdarı $50,0x10^9$ /l-dən yüksək olduqda özbaşına təbii doğuşlar və Qeysəriyyə kəsiyi zamanı qanaxma riskini asanlıqla aradan qaldırmaq mümkündür. Trombositar kütlənin istifadə edilməsi profilaktik tədbir kimi istifadə edilər bilər (köçürülən tromobositlərin istifadə müddəti 2 sutka): qabarıq hemorragik sindrom və ya yüksək qan itkisi olduqda trombositlərin köçürülməsi birbaşa olaraq əməliyyatdan əvvəl və ya əməliyyat zamanı aparılmalıdır. Təbii doğuş zamanı həcimli qan itkisi olduqda kəskin trombositopeniya fonunda ($10,0x10^9$ /l-dən az olmayaraq) birinci dərəcəli preparatlar insan immunoqlobulini olub, venadaxili yeridilməlidir, lakin trombositlərin transfuziyası da mümkündür. Bir çox müəlliflər hesab edirlər ki, trombositopeniya olan xəstələrdə Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatını aparmaq lazımdır, sirkulyasiya edən anticisimlər transplasentar baryeri keçərək, döldə və yenidoğulmuşda immun tromobistopeniyaya səbəb olur, kəllədaxili qansızama riski artır. Bundan başqa müəlliflər hesab edirlər ki [4], döl doğuş yollarının keçərkən travmanın minimuma endirilməsi üçün immun tromobositopeniya olan bütün qadınlara Qeyrəsiyyə kəsiyi əməliyyatı tövsiyə edilir. Buna baxmayaraq, göstərilmişdir ki, immun trombositopeniya zamanı Qeysəriyyə kəsiyi

əməliyyatının aparılması yenidoğulmuşlarda qanaxmanın qarşısını almır.

Ağır hallarda alternativ yollarla müalicə edilməsi mümkün olmayan İTP zamanı hamiləliyin ikinci trimenstrində splenektmiya aparıla bilər. Hamiləlik zamanı splekektomiyadan əvvəl immunlaşdırma təhlükəsizdir.

J. Bussel et al. [5] tədqiqatlarında göstərilmişdir ki, immun trombositopeniya zamanı Qeysəriyyə kəsiyinin aparılması təbii doğuşla doğulan uşaqlarda ağırlaşmalar 29%, Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə dünyaya gələn uşaqlarda isə 30% təşkil etmişdir.

Ona görə də təbii doğuşlar daha etibarlı hesab edilir. Bu halda regional anesteziya idealdır; lakin trombosit sayının azalması ilə epidural hematoma və nevroloji ağırlaşmalar inkişaf riski artır. Doğuş zamanı iştirak edən anestezioloqlar trombositlərin sayı ən az 75.0 x 10^9 / l olduqda epidural anesteziya aparılmasını mümkün hesab edirlər, hematoloqlar isə Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatında trombositlərin sayının 50.0 x 10^9 / l -dən artıq olmasını təhlükəsiz hesab edirlər. Bununla yanaşı, təhlükəsiz minimum trombosit sayını təyin etmək üçün dəqiq göstəricilərin olmadığını nəzərə almaqla, hər bir prosedurla əlaqəli riskin (epidural hematomanın əmələ gəlməsi) müsbət təsirinə (analgetik təsir, qan təzyiqi daha yaxşı nəzarət, ümumi anesteziyanın istisna edilməsi) fərdi yanaşma olmalıdır [6].

Qanaxma olmadıqda, anamnezdə qanaxma, antikoagulyant sistemdə dəyişikliklər (beynəlxalq normallaşmış nisbətin (İNR) normal dəyərləri - xəstənin protrombin vaxtının standart plazmanın protrombin vaxtına, qismən aktivləşdirilmiş tromboplastin vaxtına və fibrinogen nisbəti) və trombositlərin miqdarının 75.0 x 10^9 / l-dən az olmadıqda, anestezioloqlar spinal anesteziyasının mümkün olması ilə bağlı yekdil fikirdədirlər. Trombositlərin miqdarı az olduqda, epidural hematoma riskini qiymətləndirmək üçün hər bir vəziyyətdə məsləhətləşmə aparılmalıdır. İmmun trombosipeniya zamanı başqa üsulların istifadəsi (məsələn, tromboellastoqram) hemostazı qiymətləndirmək üçün məqsəduyğun deyildir [7-9].

2021-ci ildə Elmi –Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda bu patolojı vəziyyətlə kliniki hal müşahidə olunub. İlk olaraq 29 yaşında olan hamilə qadın, Balakən şəhər sakini, Tovuz Mərkəzi Rayon Xəstəxanasına müraciət etmişdir. Kliniki diaqnoz: 15-16 həftəlik hamiləlik. Cift gəlişi, trombositopenik purpura, FGA, St (1) 5 il. Anemiya I dərəcəli. Piylənmə II dərəcəli.

Hamilə immun trombositopenik purpura xəstəsi olduğunu hamilə qalmamışdan 2 ay əvvəl təsadüfən öyrənmişdir. Müalicəyə təzə başladığı müddətdə spontan hamiləlik 5 il birincili sonsuzluqdan sonra baş vermişdir. Hamilədə hamiləliyin gedişi zamanı 2-ci trimestrdə cift gəlişi olduğu müəyyən edilmişdir. Qadına yaşadığı yer üzrə Qadın Məsləhətxanasında hamiləliyin təhlükəli və yüksək riskli olması səbəbindən pozulması tövsiyyə edildiyindən ETMGİ-yə müraciət etmişdir. Məqsədi qəti şəkildə hamiləliyini qoruyub davam etdirmək olmuşdur. Qadının hamiləliyi yüksək risk qrupuna aid olması səbəbi ilə antenatal qulluq ETMGİ-də davam etdirilmişdir. Aparılan klinik-laborator və instrumental müayinələr nəticəsində təyin olunmuşdur: Hemoqlobin – 10.1 g/dl, trombositlər – 37 x10^3/µl, USM-də dölün biometrik ölçüləri hestasiya həftəsinə uyğun olmuşdur, dalağın ölçüləri norma daxilində (95x36 mm), qara ciyərdə hepatosteatoz II grade, öd kisə möhtəviyyatında sladc və sladc daxilində konkrementlər kimi dəyişiklik aşkarlanmışdır, digər laborator göstəricilərdə (qanın biokimyavi analizi, koaquloqramma, sidiyin ümümi analizi və s.) nəzərə çarpan dəyişikliklər təyin olunmamışdır. Nəzarət əsasında yanaşı olaraq digər müvafiq profilli mütəxəssislərin - hematoloq, hepatoloqun konsultasiyası aparılmışdır. Hamiləliyin 24-25 həftəsindən etibarən ALT, AST analizlərinin nəticələri normadan bir gədər yüksək (ALT – 50.2 U/L, AST – 37.6 U/L) və hamiləliyin toksikozu əlamətləri (ürəkbulanma, qusma) olduğundan hamilə 1 həftə müddətinə ETMGİ-nin "Hamiləliyin patologiyası" şöbəsinə hospitalizasiya olunmuşdur. Xəstəxanada olduğu müddət ərzində təyin olunmuş müvafiq konservativ müalicə nəticəsində ALT, AST göstəriciləri aşağı, normal göstəricilərə gədər düşmüşdür (ALT – 27.5 U/L, AST – 30.7 U/L). Sonrakı nəzarət ambulator şəraitdə davam etdirilmişdir.

Hamilədə cift gəlişi olduğunu nəzərə alaraq 32-ci həftəlik müddətdən başlayaraq ETMGİ-nin HPŞ-də stasionar nəzarət aparılmışdır və 36-37-ci həftədə 31.05.2021-ci il tarixində cərrahi yolla doğuşla sonlandırılmışdır. Əməliyyatdan öncə qanın ümumi analizində Hb – 9.0 g/dl, trombositlərin miqdarı 29 x10^3/µl olmuşdur. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə 3.000 qr çəkidə sağlam uşaq dünyaya gəlmişdir. Əməliyyat endotraxeal anesteziya şəraitində keçirilmişdir. Cift gəlişi olduğuna görə uşaqlıqda kəsik dib nahiyyədə aparılmışdır, uşaq çıxarılandan sonra hər iki tərəfdən uşaqlıq arteriyaları bağlanıldı, uşaqlığı saxlamaq mümkün oldu. Əməliyyat zamanı ümumi qan itkisi təxmini 500 ml olmuşdur. Əməliyyatdan

sonra qanda Hemoqlobin 7.6 g/dl, trombositlərin miqdarı 54 x10^3/µl olmuşdur. Əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra ümumi köçürülən infuzion məhlullar: 1 doza eritrositar kütlə, 2 doza təzə dondurulmuş plazmanın köçürülməsi aparılmışdır. Əməliyyatdan sonra qadının zahılıq dövrü normal keçmişdir. Müvafiq qlyukokortikoid (Deksametazon 16mg x 2dəfə əzələ/daxili), antikoaqulyant (Kleksan 0.4 d/a), antibakterial, uterotonik, ağrıkəsici müalicə təyin olunmuşdur. Zahılıq dövrünün 4-cü sutkasında qadın uşaqla birgə kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır.

Beləliklə, immun trombosipeniya periferik qanda trombositlərin sayının təcrid olunmuş şəkildə azalması olub, sümük iliyində meqakariositlərin miqdarının artması və ya normal olması, klinik təzahürləri və ya faktorları olmayan xəstələrdə trombositlərin həyat dövrünün qısalması ilə xarakterizə olunan qazanılmış autoimmun xəstəlikdir. İmmun tromositopeniya zamanı klinik hematoloji remissiya fonunda hamiləliyin başlanğıcı və hestasiyası xəstəliyin gedişatının pisləşməsinə səbəb olmur və hamiləliyin gedişatının proqnozuna və çatdırılma üsuluna təsir etmir. ITP-nin kəskinləşməsi hamiləlik və dölün həyat qabiliyyətinə mamalıq ağırlaşmaları şəklində mənfi təsir göstərə bilər ki, bu da ümumi populyasiyada ağırlaşmalardan təqribən 2-3 dəfə çoxdur.

SUMMARY

Immune thrombocytopenic purpura during pregnancy: features of childbirth and anesthesia (Clinical case)

Kh.M. Takhmazi, A.F. Ismayilova, A.E. Huseynova
Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku Azerbaijan

Keywords: *immune thrombocytopenic purpura, pregnancy, high risk group*

Immune thrombocytopenia is an isolated decrease in the number of platelets in the peripheral blood, an acquired autoimmune disease characterized by an increase or normalization of megakaryocytes in the bone marrow, a shortening of the life of platelets in patients without clinical manifestations or factors. The onset and progression of pregnancy against the background of clinical hematological remission in immune thromocytopenia does not worsen the course of the disease and does not affect the prognosis and method of delivery. Exacerbation of ITP can adversely affect pregnancy and fetal viability in the form of obstetric complications, which are approximately 2-3 times higher than complications in the general population.

РЕЗЮМЕ

Иммунная тромбоцитопеническая пурпура при беременности: особенности родов и наркоза (Клинический случай)

Х.М. Тахмази, А.Ф. Исмайлова, А.Э. Гусейнова
НИИ Акушерства и Гинекологии Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *иммунная тромбоцитопеническая пурпура, беременность, группа высокого риска.*

Иммунная тромбоцитопения (ИТП) - изолированное снижение количества тромбоцитов в периферической крови, приобретенное аутоиммунное заболевание, характеризующееся увеличением или нормализацией мегакариоцитов в костном мозге, сокращением жизни тромбоцитов у пациентов без клинических проявлений или факторов. Наступление и прогрессирование беременности на фоне клинической гематологической ремиссии при иммунной тромбоцитопении не ухудшает течение заболевания и не влияет на прогноз и способ родоразрешения. Обострение ИТП может отрицательно сказаться на течении беременности и жизнеспособности плода в виде акушерских осложнений, которые примерно в 2-3 раза выше, чем осложнений в общей популяции.

ƏDƏBİYYAT

1. Scully M, Hunt BJ, Benjamin S, et al. - Guidelines on the diagnosis and management of thrombotic thrombocytopenic purpura and other thrombotic microangiopathies. Br J Haematol. 2012;158:323-35.
2. Sharma R, Keyzner A, Liu J, et al. - Successful pregnancy outcome in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH) following escalated eculizumab dosing to control breakthrough hemolysis. Leuk Res Rep. 2015; 4:36-8.
3. Usha Perepu, MBBS Lori Rosenstein, MD - Maternal thrombocytopenia in pregnancy. Proceedings in Obstetrics and Gynecology. 2013; 3:6.
4. Vesely SK, Li X, McMinn JR, et al. - Pregnancy outcomes after recovery from thrombotic thrombocytopenic purpura-hemolytic uremic syndrome. Transfusion. 2004; 44:1149-58.
5. Bussel J.B. Immune thrombocytopenia in pregnancy: autoimmune and alloimmune. J Reprod Immunol 1997; 37:1:35-61.
6. Teeling JL, Jansen-Hendriks T, Kuijpers TW, et al. Therapeutic efficacy of intravenous immunoglobulin preparations depends on the immunoglobulin G dimers: studies in experimental immune thrombocytopenia. Blood. 2001;98(4):1095.
7. McCrae K. Thrombocytopenia in Pregnancy. In: Michelson A, editor. Platelets. New York, NY: Elsevier; 2006.
8. Cines DB, Bussel JB, Liebman HA, et al. The ITP syndrome: pathogenic and clinical diversity. Blood. 2009.
9. McMillan R. Immune-mediated thrombocytopenias: focus on chronic immune thrombocytopenic purpura. Semin Hematol. 2007; 44(4 Suppl 5): S1.

Qeydlər / Заметки / Notes

Qeydlər / Заметки / Notes