

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**AZSULULUQLA MÜŞAHİDƏ OLUNAN HAMİLƏLİYİN, DOĞUŞUN
XÜSUSİYYƏTLƏRİ, DÖLƏ, YENİDOĞULMUŞA TƏSİRİ, MÜASİR
KORREKSİYA METODLARININ EFFEKTİVLİYİ**

İxtisas: 3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

Elm sahəsi: Tibb

Fəlsəfə doktoru

elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş

D İ S S E R T A S İ Y A

İddiaçı: _____ **Ləman İsmayıl qızı Əliyeva**

Elmi rəhbər: _____ tibb elmləri doktoru, professor
Elmira Mikayıl qızı Əliyeva

Bakı – 2021

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ	4
I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT İCMALI	10
1.1. Hamiləliyin inkişafında dölyanı mayenin miqdarının və tərkibinin dəyişmə xüsusiyyətləri. Azsululuğun etiopatogenetik xüsusiyyətləri.....	10
1.2. Döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılmasının səbəbləri, risk amilləri, xorioamnionitin formaları, klinik gedişatı, diaqnostik xüsusiyyətləri, anaya, dölə, yenidoğulmuşə təsiri	19
1.3. Döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılmasında, azsululuqda patogenetik müalicənin xüsusiyyətləri, müasir korreksiya metodları	35
II FƏSİL. TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI	41
2.1. Retrospektiv materialın xarakteristikası	41
2.2. Prospektiv materialın xarakteristikası	44
2.3. Müayinə metodları	46
2.4. Alınan nəticələrin statistik işlənməsi	53
III FƏSİL. ŞƏXSİ TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ	55
3.1. Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun gedişat xüsusiyyətləri, anaya, dölə, yenidoğulmuşə təsiri (retrospektiv tədqiqatın nəticələri).....	55
3.2. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə perinatal ölüm göstəricilərinin xüsusiyyətləri və yenidoğulmuşların vəziyyəti (retrospektiv materiala görə).....	62
3.3. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə dopleroqrafik, laborator, biokimyəvi tədqiqatların xüsusiyyətləri (retrospektiv materiala görə).....	64
3.4. Hamiləliyin fəsadsız gedişatında dölyanı mayenin tərkibinin xüsusiyyətləri.....	70
3.5. Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin risk amillərinin rastgəlmə tezliyi (prospektiv tədqiqatın nəticələri)	72
3.6. Azsululuq olan hamilələrdə fetoplasentar sistemin vəziyyəti	75
3.6.1. Hamiləlik müddətində azsululuğun exoqrafik kriteriyalarının xüsusiyyətləri	76
3.6.2. Hamiləlik müddətində azsululuq olan qadınlarda dopleroqrafik müayinənin	

nəticələri	78
3.6.3. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə hormonların və cift zülallarının dəyişmə xüsusiyyətləri	80
3.6.4. Azsululuğu olan hamilələrin uşaqlıq yolu möhtəviyyətinin bakterioloji müayinəsinin nəticələri	82
3.7. Azsululuğu olan hamilələrdə müasir kompleks patogenetik müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi	83
3.8. Hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınlarda doğuş prosesinin gedişatının xüsusiyyətləri (prospektiv tədqiqatın nəticələri)	89
3.9. Anamnezində azsululuq olan doğan qadınların yenidoğulmuşlarının vəziyyəti, erkən neonatal dövrünün xüsusiyyətləri, perinatal ölüm göstəricilərinin xüsusiyyətləri	93
YEKUN	96
NƏTİCƏLƏR	113
PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR	115
İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI	116
İXTİSARLARIN SİYAHISI	138

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Dölyanı maye döl kisəsində yerləşən döl qişalarında ifraz olunan və ana bətnində dölü əhatə edən bioloji aktiv mayedir [21, 49].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, dölyanı mayenin əmələgəlmə mənbəyi və mexanizmi indiyə qədər öyrənilməyib. Bir sıra müəlliflərə görə, dölyanı mayenin birinci miqdarı xorionun sekresiyası nəticəsində hamiləliyin üçüncü həftəsində qeyd olunur. Hamiləliyin 5-ci həftəsində dölyanı mayeyə amniotik qişanın sekreti də daxil olur və hamiləlik artdıqca dölyanı mayenin miqdarı da artır. Hamiləliyin 13-14-cü həftəsində dölyanı maye əsasən, amniotik qişanın sekresiyası nəticəsində əmələ gəlir [87, 184, 185].

Müasir tədqiqatlara əsasən, müəyyən olunub ki, dölyanı mayenin əsas tərkibi ananın qan plazmasının ciftdən keçən transudatıdır. Hamiləliyin 2-ci trimestrində dölyanı mayeyə dölün sidiyi də qarışır. Müəyyən olunmuşdur ki, amniotik mayenin əmələgəlməsində amnionun hüceyrələri, göbək ciyəsi, dölün ağciyərləri də iştirak edir. Hamiləliyin 16-cı həftəsində dölyanı mayenin miqdarı artır. Hamiləliyin axırında dölyanı mayenin əmələ gəlməsi sutkada 500-600 ml-ə qədər çatır [19, 176].

Dölün bronxiollarında maye 2 istiqamətdə hərəkət edir. Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyin 2-ci trimestrində amniotik mayenin olmaması dölün ağciyərlərinin hipoplaziyası ilə nəticələnir [17, 92, 203].

Son ədəbiyyat məlumatlarına görə, azsululuğun rastgəlmə tezliyi 0,3-5,5 % arasında tərəddüd edir. Dölün anadangəlmə inkişaf qüsurlarında azsululuğun rastgəlmə tezliyi 10 dəfə artır [19, 180].

Müxtəlif elmi tədqiqatların nəticələrinə görə, müəyyən olunmuşdur ki, azsululuqla müşahidə olunan hamiləliklərdə spontan düşüklərin və vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 36-48 %-ə qədər çatır [23, 39, 158].

Təyin edilmişdir ki, azsululuğu olan hamilələrdə doğuş fəaliyyətinin sancı zəifliyi 9,6 %, doğuşda qanaxmalar – 4 %, doğuşda istifadə edilən kiçik əməliyyatların tezliyi isə 12,6 %, uşaqlıq boynunun cırılmasının tezliyi 24 % təşkil edir [15, 27, 57].

Aparılan elmi tədqiqatlara əsasən, azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə dölün vəziyyəti azsululuğun hamiləliyin hansı müddətində diaqnostikasından və onu yaradan səbəblərdən asılıdır.

Adətən hamiləliyin 24 həftəsinə qədər təyin edilən azsululuq dölün hipotrofiyası və ətrafların deformasiyası (oynaqların kontrakturası, əyripəncəlilik) ilə müşahidə edilir.

Hamiləliyin II trimestrində azsululuq hamiləliyin vaxtından qabaq pozulması ilə müşahidə olunur. Kəskin azsululuqda yüksək tezliklə dölün hipotrofiyası və inkişaf etməyən hamiləlik təyin edilir.

Müəyyən edilmişdir ki, azsululuqda perinatal ölüm göstəriciləri 132,7-187,5% təyin edilir.

Kəskin azsululuqda dölün hərəkəti aktivliyinin məhdudluğuna görə, yüksək tezliklə oynaqların kontrakturaları və üz skeletinin anomaliyaları qeyd edilir [79, 86, 208].

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq, azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin bu günə qədər tam öyrənilməyən məsələlərini tərəfimizdən tədqiq etmək qərara alınmışdır.

Tədqiqat obyektı. Azsululuq diaqnozu qoyulmuş hamilələr.

Tədqiqatın məqsədi. Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun xüsusiyyətlərinin, müasir patogenetik müalicənin effektivliyinin öyrənilməsi.

Məqsədə uyğun olaraq tədqiqatın vəzifələri müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Azsululuğun yaranma səbəblərinin, rastgəlmə tezliyinin, hamiləliyin, doğuşun xüsusiyyətlərinin, anaya, dölə, yenidoğulmuşu təsirinə, perinatal ölüm göstəricilərinin təhlili (retrospektiv materiala görə).

2. Hamiləliyin fəsadsız gedişatında yüksək risk qrupuna aid olan qadınlarda dölünü mayenin tərkibinin öyrənilməsi.

3. Hamiləlik müddətində azsululuğun risk amillərinin rastgəlmə tezliyinin təyini (prospektiv tədqiqata görə).

4. Azsululuğu olan hamilələrdə exoqrafik, dopplerometrik, hormonal, bakterioloji müayinələrin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

5. Azsululuğu olan hamilələrdə müasir kompleks patogenetik müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

6. Azsululuğu olan hamilələrdə kompleks patogenetik müalicə fonunda doğuş prosesinin xüsusiyyətlərinin, perinatal ölüm göstəricilərinin təyini.

Tədqiqat metodları

Ultrasəs müayinəsi, doppleroqrafik müayinə, dölün antenatal kardiotoqrafiyası, qanın laborator, hormonal, biokimyəvi müayinəsi, uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsi, uşaqlıq yolundan yaxmanın mikroskopik müayinəsi.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Retrospektiv tədqiqatın nəticəsinə görə azsululuğu yaradan səbəblərdən döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması (54%), ölü döl (19%), fetoplasentar çatmazlıq nəticəsində dölün inkişaf ləngiməsi (10%), dölün ana bətnində inkişaf qüsurları (8%), orta ağır və ağır preeklampsiya (9%) təyin edilir. Azsululuq olan qadınlarda yüksək tezliklə çox erkən vaxtından qabaq doğuşlar (47%), erkən vaxtından qabaq doğuşlar (41,1%) və xüsusu vaxtından qabaq doğuşlar (11,8%) qeyd edilir.

2. Azsululuğun risk amiləri: hamiləliyin I trimestrində erkən toksikoz (24%), kəskin respirator virus infeksiyası (42,7%), başlamış düşük (32%), simptomuz bakteriuriya (28%):

– hamiləliyin II trimestrində düşük təhlükəsi (42,7%), xronik iltihabi xəstəliklərin kəskinləşməsi;

– hamiləliyin III trimestrində dölün xronik hipoksiyası (77,3%), döl qişaların vaxtından əvvəl cırılması (70,7%), dölün ana bətnində infeksiyalaşma ehtimalı (97,3%), vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi (56%), orta ağır və ağır preeklampsiya (44%), həddindən artıq fiziki gərginlik (32%), psixogen stress (24%) yüksək tezliklə qeyd olunur.

3. Hamiləlik müddətində azsululuq olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicənin aparılması, o cümlədən mamalıq, ekstragenital fəsadların müalicəsi və

fetoplasentar çatmamazlığın korreksiyası vaxtından qabaq doğuşları, perinatal ölüm göstəricisini nəzərəcarpacaq qədər azaldır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi

Aparılan tədqiqat nəticəsində azsululuğu yaradan səbəblər, rastgəlmə tezliyi, hamiləliyin gedişatına, doğuşun nəticələrinə, perinatal ölüm göstəricilərinə təsiri öyrənilmişdir. Təyin edilmişdir ki, azsululuğun səbəbi 54% döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması, 19% ölü döl, 10% dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi, 8% dölün ana bətnində inkişaf qüsurları, 9% orta ağır və ağır preeklampsiyadır. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə yüksək tezliklə vaxtından qabaq doğuş baş vermişdir. Təyin edilmişdir ki, azsululuq olan hamilələrdə perinatal ölüm göstərici 420%₀ olmuşdur. Tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, azsululuğun erkən diaqnostikası, kompleks patogenetik müalicənin aparılması vaxtından qabaq doğuşları nəzərəcarpacaq qədər azaldır.

Tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, antibakterial, infuzion, antiaqreqant, simptomatik müalicə nəticəsində perinatal ölüm göstəricisi 420%₀-dən 119,9%₀-ə qədər azalmışdır.

İlk dəfə olaraq hamiləliyin 16-17 həftəsində dölyanı mayenin tərkibi təyin edilib, bu da hamiləliyin bu müddətində yüksək proqnostik və diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Aparılan tədqiqat nəticəsində hamiləliyin hər bir trimestrində azsululuğu yaradan risk amillərinin rastgəlmə tezliyi təyin edilib. Aparılan tədqiqat hamiləlik müddətində azsululuğu olan qadınlarda vaxtından qabaq doğuşların tezliyinin və perinatal ölüm göstəricilərinin (3,5 dəfə) azalmasına imkan verir.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, azsululuğun diaqnostikasında amniotik maye indeksinin (AMİ) exoqrafik göstəricisi yüksək informativdir. Hamiləliyin 23,6±0,21 həftəsində AMİ 1,9±0,8 sm, hamiləliyin 31,8±0,18 həftəsində 2,3±0,3 sm, hamiləliyin 34,5±0,9 həftəsində isə 3,0±0,2 sm qeyd olunur. Təyin edilmişdir ki, azsululuq olan hamilələrdə AMİ-nin azalması ilə yanaşı ciftin

qalınlığının, uşaqlıq boynunun uzunluğunun, döln güman olunan çəkisinin nəzərəcarpacaq qədər azalması qeyd olunur.

Azsululuğu olan qadınlarda sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında və göbək ciyəsi arteriyasında rezistentlik indeksinin nəzərəcarpacaq qədər artması qeyd olunur.

Müəyyən edilmişdir ki, azsululuğu olan hamilələrdə cift zülalların (hamiləlikdə əlaqəli plazma proteinin-A, α -fetoprotein, β_2 -mikroqlobulin) və fetoplasentar sistemin hormonlarının (estriol, progesteron) azalması qeyd olunur.

Müəyyən edilmişdir ki, azsululuq olan hamilələrdə uşaqlıq yolu möhtəviyyatında patogen və şərti-patogen mikroflora yüksək tezliklə qeyd olunur.

İşin aprobeasiyası

Dissertasiya işinin əsas müddəaları «Müasir təbabət: yeni yanaşmalar və aktual tədqiqatlar» mövzusunda VI beynəlxalq elmi-praktik konfransda (Moskva, 2017); Azərbaycan Xalq Cümhuriyyətinin yaranmasının 100 illik yubileyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri – 2018” mövzusunda elmi-praktik konfransda (Bakı, 2018); “Azərbaycanda Mamalıq və Ginekologiyanın bəzi problemlərinə aktual yanaşmalar” mövzusunda konfransda (Bakı, 2019) məruzə edilmişdir.

Dissertasiyanın materialları Azərbaycan Tibb Universitetinin (ATU) I mamalıq və ginekologiya kafedrasının iclasında (10.04.2018, protokol № 16), ATU nəzdində fəaliyyət göstərən D 03.011 Dissertasiya Şurasının Aprobeasiya komissiyasının iclasında (30.05.2018, protokol № 1), ATU nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurasının elmi seminarında (05.03.2021, protokol № 2) məruzə və müzakirə olunmuşdur.

İş yerinə yetirildiyi yer. Dissertasiya işi ATU-nun I mamalıq və ginekologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Tədqiqat nəticələrinin praktikaya tətbiqi. Tədqiqatın nəticələri ATU-nun I mamalıq və ginekologiya kafedrasının tədris prosesinə, həmçinin ATU-nun Tədris-Cərrahiyyə Klinikasının klinik praktikasına daxil edilmişdir.

Publikasiyalar: Dissertasiya mövzusu üzrə 10 elmi iş dərc olunub. Onlardan 7-si məqalə, 3 tezis, o, cümlədən 2 məqalə və 1 tezis xarici nəşriyyatda dərc olunub.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi. Dissertasiya işi kompyuter mətnindən ibarət 138 (162 952 işarə) səhifəsində yazılmışdır, girişdən (6 səhifə), ədəbiyyat icmalından (31 səhifə), material və metodlar fəslindən (14 səhifə), şəxsi tədqiqatın nəticələri fəslindən (41 səhifə), yekundan (17 səhifə), nəticələrdən (2 səhifə), praktik tövsiyələrdən (1 səhifə) və ədəbiyyat siyahısından (22 səhifə) ibarətdir.

Dissertasiyada 41 cədvəl, 16 şəkil, 4 sxem verilmişdir. Ədəbiyyat siyahısına 209 mənbə daxil edilmişdir.

I FƏSİL

ƏDƏBİYYAT İCMALI

1.1. Hamiləliyin inkişafında dölyanı mayenin miqdarının və tərkibinin dəyişmə xüsusiyyətləri. Azsululuğun etiopatogenetik xüsusiyyətləri

Dölyanı maye dölün ana bətnində inkişafını təmin edir, fetoplasentar kompleksin vəziyyətini əks etdirir. Dölyanı maye döl kisəsinin daxilində olan, döl qişalarının məhsulu olan və ana bətnində dölü əhatə edən bioloji mayedir. O, ana bətnində dölün fizioloji inkişafını təmin edən və hamiləliyin dinamikasında intensiv mübadilə nəticəsində dəyişməyə məruz qalan bioloji maye kimi qeyd edilir [21].

Dölyanı mayeyə aid çoxsaylı elmi tədqiqatlara baxmayaraq, bu günə qədər dölyanı mayenin əmələgəlmə mexanizmi və mənbəyi haqqında məlumatlar azdır və təzadlıdır. Bir sıra alimlərə görə, dölyanı mayenin ilk miqdarı xorionun sekresiyası nəticəsində hamiləliyin erkən müddətində əmələ gəlir və hestasiyanın 3-cü həftəsində vizualizasiya olunur. Hamiləliyin 5-ci həftəsində isə dölyanı mayenin miqdarı amnion qişanın sekresiyası nəticəsində progressiv artır [87, 184, 185].

Təyin edilmişdir ki, hamiləliyin 13-14-cü həftəsinə qədər dölyanı maye əsasən, amnion qişanın sekresiyasının məhsuludur.

Son məlumatlara görə, hamiləliyin II trimestrində dölyanı mayenin əsas tərkibini ananın zərdabı təşkil edir. Bu, cift vasitəsilə döl kisəsinə keçir. Eyni zamanda hamiləliyin II trimestrindən dölyanı mayenin əmələ gəlməsində dölün sidiyi, amnion hüceyrələri, göbək ciyəsi və dölün ağciyərləri iştirak edir. Hamiləliyin 16-cı həftəsində dölyanı mayenin artması dölün dölyanı mayeni udmasına nisbətən böyrəklərlə daha çox ifraz etməsi hesabına artır [19, 176]. Hestasiyanın 3-cü trimestrində dölyanı mayenin əmələ gəlməsində dölün iştirakı yüksəkdir və hamiləliyin sonunda sutkada 500-600 ml təşkil edir. Bu müddətdə dölyanı mayenin ifrazı ilə yanaşı rezorbsiya prosesi də baş verir. Bu proses hissəvi olaraq (400 ml) döl tərəfindən baş verir, dölyanı mayenin digər hissəsi isə döl qişaları vasitəsilə

hamilənin bədənində daxil olur. Döl kisəsindən dölyanı mayenin xaric olması paraplantar yolla baş verir. Təyin edilmişdir ki, dölyanı mayenin tərkibində olan metabolizm məhsulları amnion, hüceyrəarası sahə və yastı xorionun qan damarları decidua parietalis vasitəsilə hamilənin venoz sistemində daxil olur. Dölyanı maye hər 3 saatdan bir tamamilə yenilənir və bu proses hamiləliyin müddətindən asılıdır. Hamiləliyin nisbətən erkən dövrlərində dölyanı mayenin miqdarı 300 ml, son həftələrdə isə 1,5 l-ə qədər çatır. Elmi tədqiqatlara əsasən, hamiləliyin 10 həftəsində amnion mayesinin həcmi 30 ml, 20 həftəsində 300 ml, 30 həftəsində 600 ml, 38 həftəsində 1000 ml, 40 həftəsində 800 ml, 42 həftəsində 350 ml qeyd olunur [13, 55, 58, 80, 82, 87, 176].

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində oliqohidroamnionda yüksək tezlikə dölün bəndaxili inkişaf qüsurları təyin edilir (13 %-ə qədər). Kəskin azsululuqda dölün hərəkəti aktivliyinin məhdudluğuna görə, yüksək tezliklə oynaqaların kontrakturaları və üz skeletinin anomaliyaları qeyd edilir. Bu zaman dölün dərisi ilə amnion arasında sapvari birləşmələr əmələ gəlir. Bu da dölün müxtəlif anomaliyaları ilə, o cümlədən, eybəcərliklə və ətrafların və barmaqların amputasiyası ilə nəticələnə bilər [79, 86, 208].

Vaxtı ötmüş hamiləlikdə dölyanı mayenin həcmində azalması bu günə qədər izah edilə bilmir. Amniotik mayenin dölün normal inkişafını təmin edən bir neçə vacib funksiyası var. Bu funksiyalara dölün mexaniki zədələnmədən qorunması, dölün hərəkəti aktivliyinə şəraitin yaradılması, dölün ətraflarının kontrakturasının və döllə amnion qısa arasında bitişmələrin əmələ gəlməsinin qarşısının alınması, dölün ağciyərlərinin inkişafına şərait yaradılması aiddir. Müəyyən edilmişdir ki, II trimestrdə dölyanı mayenin olmaması ağciyərlərin hipoplaziyası ilə nəticələnir [40, 61].

Dölyanı mayenin miqdarını qiymətləndirmək üçün ultrasəs müayinəsi geniş istifadə olunur. Bu müayinə metodu ilə Y.Phelan (1987) tərəfindən təklif olunan amniotik maye indeksi hesablanır. AMİ-ni təyin etmək üçün şərti olaraq uşaqlıq boşluğu vertikal olaraq qarın ağ xətti ilə, horizontal olaraq göbəkdən keçən xəyal xətt ilə 4 kvadranta bölünür. Ultrasəs müayinəsi zamanı hər kvadrantın dölün

hissələrindən azad olan amniotik maye tərkibli böyük cibin dərinliyi təyin edilir. Bu 4 göstəricinin cəmi AMİ kimi qeyd edilir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, amniotik mayenin miqdarını təyin etmək üçün digər üsullar da təklif olunur. Lakin, klinikada bu üsullar geniş yayılmayıb [157, 152].

Döl qişalarının strukturunu öyrənərkən məlum olmuşdur ki, amnion qişa epiteldən, bazal membrandan, kompakt qat, fibroblast və aralıq qatlarından ibarətdir. Amnion epitelinin hüceyrələri III və IV tip kollagen və qeyri-kollagen qlikoproteinlər, o cümlədən, lametil, nidogen, fibronektin ifraz edir. Bu hüceyrələr amnionun bazal qatının formalaşmasında iştirak edir. Amnionun kompakt qatı bazal membrana yaxın yerləşir və birləşdirici toxumadan ibarətdir. Kompakt qat amnionun əsas fibroz sütununu təşkil edir və mezenximal hüceyrələrdə sintez olunan kollagendən ibarətdir. Amnionun tamlığını təşkil edən I və III tip interstisial kollagenin üstünlüyü qeyd edilir. V və VI tip kollagenlər isə bazal membranın epiteli ilə birləşir [10, 89, 90, 180, 184].

Elmi tədqiqatlar əsasında təyin edilmişdir ki, amnion və xorion qatları arasında süngəri qat və ya spongioz zona yerləşir. Aralıq qatı əsasən, qeyri fibrilyar II tipli kollagen torvarı strukturdan ibarətdir [13, 22]. Aralıq qat hamiləlik müddətində fiziki gərginlik nəticəsində amnionun xorion üzərində sürüşməsinə təmin edir. Amnion qişasının əsas vəzifəsi ana bətnində dölün inkişafını təmin edən mühitin-dölyanı mayenin ifrazıdır.

Eyni zamanda amnion mayesi dölü mexaniki zədələnmələrdən qoruyur. Təyin olunmuşdur ki, amnionun epiteli dolyanı mayenin ifrazı ilə yanaşı amnion mayesində duzların miqdarının və tərkibinin sabit saxlanması iştirak edir [10, 161, 195].

Dölyanı mayenin 500 ml-dən az olması azsululuq və yaxud oliqohidramnion adlanır. Dölyanı mayenin olmaması anhidramnion adlanır [21, 24, 88, 120]. Müasir ədəbiyyat məlumatlarına görə, azsululuğun rastgəlmə tezliyi 0,3-5,5 % arasında tərəddüd edir və dölün bətn daxili inkişaf qüsurları zamanı yüksək tezliklə rast gəlinir.

Azsoluluğun əmələ gəlmə mexanizmi bu günə qədər öyrənilməyib. Bəzi müəlliflərə görə, azsoluluq amnion qişanı örtən epitelin natamam inkişafı nəticəsində və ya tam zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir [18, 33, 108, 114, 124, 198].

Yüksək tezliklə azsoluluq hipertoniya xəstəliyi fonunda qeyd olunur və hipertoniya xəstəliyinin müddətindən və damarlarda gedən kompensator dəyişikliklərdən asılıdır. Müəyyən edilmişdir ki, hipertoniya xəstəliyi olan qadınlarda azsoluluqla dölün hipotrofiyası eyni tezliklə rast gəlinir.

Elmi tədqiqatlara əsasən, müəyyən edilmişdir ki, azsoluluq anada olan infeksiyon – iltihabi və ginekoloji xəstəliklərdə 40 % tezliklə, mübadilə proseslərinin pozğunluğunda, əsasən, III dərəcəli piylənmədə 19,6 % tezliklə rast gəlinir. Eyni zamanda dölün sidik-axar sisteminin pozğunluqlarında, fetoplasentar çatmamazlığı olan hamilələrdə yüksək tezliklə qeyd olunur [25, 113, 173, 177, 178].

Azsoluluğun patogenezi bu günə qədər öyrənilməyib. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, ultrasəs müayinəsinə, əsasən, təyin edilən erkən azsoluluq və gec azsoluluq ayırd edilir. Hamiləliyin 18-24 həftəsinə qədər azsoluluq döl qişalarının funksional çatmamazlığı ilə izah edilir və erkən azsoluluq adlandırılır. Hamiləliyin 24-26 həftəsindən sonra azsoluluğun səbəbi döl qişalarının hissəvi cırılması hesab olunur və gec azsoluluq adlanır [149, 152, 166, 167].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, dölyanı mayenin azalmasının 3 patogenetik variantı qeyd edilir:

– Parietal membranit – döl qişalarının iltihabi dəyişməsi (xorioamnionit, xorioamniodesiduit, xoriodesiduit) azsoluluğun bu forması 74 % tezliklə ananın infeksiyon – iltihabi xəstəliklərində, 25 % isə cift çatışmazlığı xəstəliklərində təyin edilir.

– Desidual qişaların atrofik zədələnmələri: azsoluluğun bu forması 46 % tezliklə cift çatmamazlığı nəticəsində və dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsi nəticəsində təyin edilir;

– Döl qişalarının dizontogenetik formalı dəyişməsi nəticəsində qeyd olunur. Bu formalı azsoluluq hamiləlikdən əvvəl və hamiləliyin birinci trimestrində ananın infeksiyon-iltihabi xəstəliyi fonunda təsadüf edilir. Azsoluluğun bu forması 86 %

cift çatmamazlığı, 54 %-də dölün inkişaf qüsuru qeyd olunur [50, 59, 64, 126, 138, 177].

Azsoluluğun səbəblərindən biri də döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasıdır. Elmi tədqiqatlara əsasən, 3 qrup amillər bu mamalıq fəsadını yarada bilər. Bu amillərdən:

- ana;
- uşaq – cift;
- döl amilləri qeyd edilir [14, 142, 181, 189, 191, 207].

Ana amillərinə nəzərdən kənar hamiləlik, aşağı sosial-iqtisadi vəziyyət, zərərli vərdişlər, o cümlədən, tütün və narkotik maddələrdən istifadə, bədən çəkisi indeksinin ≤ 20 kq/m² olması, qidada misin və askorbin turşusunun çatışmazlığı, ananın xronik, infeksiya xəstəliklərinin olması, anemiyanın olması, uzun müddətli steroid hormonlarının qəbulu, anamnezdə adəti düşüklərin və vaxtından qabaq doğuşların olması aiddir.

Uşaq – cift amillərinə uşaqlığın inkişaf anomaliyalarının olması, normal yerləşən ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, hamiləliyin II trimestrində uşaq boynunun kəskin qısalması, hamiləlikdən əvvəl uşaq boynunun konizasiyası, ilkin plasental çatmamazlıq, xorioamnionit, çoxsaylı vaginal müayinələr aiddir.

Döl amillərinə çoxdöllülük, dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi, dölün bətdaxili inkişaf qüsurları aiddir [29, 44, 46, 50, 52, 53, 168].

Azsoluluq – oliqohidramnion dölün vəziyyətini əks edən dölyanı mayenin exoqrafik olaraq bir neçə ml azalması deməkdir [27].

Müəyyən edilib ki, oliqohidramnion dölün ana bətnində inkişaf ləngiməsində, dölün inkişaf qüsurlarında yüksək tezliklə qeyd olunur. Hamiləliyin fizioloji gedişatında hestasiyanın 36 həftəsinə qədər dölyanı mayenin 11-ə qədər artması qeyd olunur. Doğuşa yaxın isə dölyanı mayenin azalması nəzərə çarpır. Oliqohidramnion zamanı amnion mayesinin azalması normadan bir qədər azalmasından bir neçə ml həcmə qədər qeyd oluna bilər. Hamiləlik müddətində dölyanı mayenin axmasının tezliyi 3-5 % qeyd edilir.

Dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi olan hamiləliklərdə azsululuğun tezliyi 40-45 % təşkil edir. Son ədəbiyyat məlumatlarına görə, bu hamiləliklərin 50-55 %-i perinatal ölümlə nəticələnir. Oliqohidramnionla müşahidə olunan dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi hamiləlik, doğuş müddətində döl üçün yüksək risk amili kimi qeyd olunur [15, 95, 147, 193].

Müasir elmi ədəbiyyata görə, azsululuq dölün ana bətnində inkişaf pozulmasının gec əlamətidir və hamiləliyin hər bir müddətində qeyd oluna bilər. Hamiləliyin erkən müddətində dölyanı mayenin azalmasını dölün xromosom anomaliyaları ilə, hamiləliyin erkən müddətində dərman preparatlarının qəbulu ilə, embrionun inkişaf pozulmaları ilə, hamiləliyin I trimestrində qanaxmalarla əlaqələndirirlər [27, 185, 193].

C.J.Lockwood et al. (2009) apardığı tədqiqatlara görə, müəyyən etmişdir ki, hamiləliyin I trimestrində olan qanaxmalar nəticəsində ekstraplasentar olaraq hemosiderinin yığılması qeyd olunur, bu da transmembran 45Kda qlikoprotein – hüceyrə faktorunun ekspressiyasına səbəb olur. Damarların zədələnməsi nəticəsində laxtalanmanın aktivləşməsi qeyd olunur, nəticədə zərdabda olan VII faktorla perivaskulyar hüceyrə faktorunun birləşməsi nəticəsində kompleks yaranır. Yaranan kompleks protrombini trombinə qədər parçalayır, öz növbəsində trombin amnionun ekstrasellülar matriksini zəiflədir və DQVƏC-a səbəb olur [147].

Digər məlumatlara görə, qanaxma nəticəsində yaranan trombin döl qişalarında matriks metalloproteinaza 9 (MMP-9) və matriks metalloproteinaza -3 (MMP-3) fermentlərinin və desidual hüceyrələrdə interleykin 8-in (İL-8) ifrazına səbəb olur və döl qişalarının cırılması ilə nəticələnir [129, 161, 185].

Hamiləliyin I trimestrində döl yumurtasının hissəvi ayrılması nəticəsində sonradan birincili cift çatmamazlığı və ya plasentar disfunksiya formalaşır. Hamiləliyin II trimestrində azsululuq döldə olan qüsurlar, dölün ana bətnində inkişaf ləngiməsi, dölün düzgün olmayan vəziyyətləri, fetoplasentar çatmamazlığın əlaməti olan dölün xronik hipoksiyası zamanı yüksək tezliklə rast gəlir [19, 69, 95, 97, 115, 183].

Məlumdur ki, ana bətnində dölün inkişafına çoxsaylı amillər təsir edir, o cümlədən, genetik, ananın somatik xəstəlikləri, o cümlədən, infeksiyon xəstəlikləri və hamiləlik müddətində infeksiyon xəstəliklərin kəskinləşməsi.

Bu amillərin birbaşa ciftin formalaşmasına, ana-cift qan dövranının vəziyyətinə, ciftə gedən hemodinamik, proliferativ proseslərə təsiri haqqında çoxsaylı elmi tədqiqatlar aparılıb. Müəyyən edilib ki, hər hansı bir amil hamiləliyin erkən vaxtlarında və uzun müddət təsiri nəticəsində fetoplasentar çatmamazlığın yaranmasına səbəb ola bilər. Nəticədə dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi qeyd olunur (BDİL) [6, 30, 36, 50, 70].

Azsululuqla müşahidə olunan dölün BDİL dölün inkişafında təhlükə yaradır. Bu təhlükələrə fiziki travmaya həssaslıq, dölün ağciyərlərinin inkişafdan qalması, ana bətnində infeksiyalaşma riski, dölün ağciyərlərinin inkişafdan qalması nəticəsində ana bətnində dölün ölməsi aiddir.

Amniotik mayenin həcmi ultrasonoqrafiya metodu ilə təyin edilir və amniotik maye indeksi (AMİ) kimi göstərir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, azsululuğu olan hamilələr 2 qrupa bölünür:

– orta ağır oliqohidramnion (AMİ-nin 5-10 sm olması) əksər hallarda vaxtından əvvəl doğuşlarda və dölün ana bətnində inkişaf ləngiməsində qeyd edilir;

– ağır oliqohidramnion (AMİ-nin 5 sm-dən az olması), bu isə ürək qüsurları olan döllərdə, dölyanı mayədə mekonium olan hamilələrdə qeyd olunur [12, 55, 121, 135].

Müəyyən edilmişdir ki, ağır oliqohidramnion zamanı dölün BDİL 100 % qadınlarda, vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 33,3 % tezliklə qeyd olunur. Bu qadınlarda qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatının tezliyi 33,3 %-dir.

Elmi tədqiqatlara görə, orta dərəcəli azsululuğun rastgəlmə tezliyi 75 %-dir. Bu hamilələrin 16,6 %-də vaxtından qabaq doğuş, 58,33 %-də hamiləliyin 37 həftəsinə qədər fəsadsız doğuş, 25 %-də isə qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılmışdır [35, 37, 38, 43, 47].

Orta ağır azsululuğu olan hamilələrin 60 %-də dölün BDİL qeyd olunur. Bu hamilələrdə AMİ 5,1-10 sm arasında tərəddüd edir. AMİ 10 sm-dən çox olan

qadınların 80 %-də normal doğuş, 20 %-də müxtəlif səbəblərdən qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır. Ağır azsululuğu (AMİ 5 sm-dən az) olan qadınlarda vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 33,3 % təşkil etmişdir və bütün döllərdə dölün ana bətnində inkişaf ləngiməsi qeyd olunmuşdur [50, 71, 77, 101, 169, 170, 179].

Azsululuğun səbəblərindən biri də döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasıdır (DQVƏC) [51, 63, 179] Təyinə görə “DQVƏC” termini hamiləliyin 42 həftəsinə qədər və ya doğuş başlanana qədər hallarda istifadə edilir. Bu patologiyanın rastgəlmə tezliyi son illərdə 8-19,53 % qeyd olunur. Hamiləliyin son həftələrində isə bu mamalıq fəsadının tezliyi 2-25 % təyin edilir [116, 118, 119, 143].

Elmi tədqiqatlara görə, İranda DQVƏC tezliyi 7 % təşkil edir və 15-20 % perinatal ölümün və 21,4 % perinatal xəstələnmənin səbəbi kimi qeyd olunur [12, 34, 204, 206, 209].

Vaxtından qabaq doğuşlarda DQVƏC tezliyi 26 %, vaxtında olan doğuşlarda isə 25,1 % qeyd olunur, bu da stasionarda maddi xərcləri vaxtından qabaq doğuşlarda 60 %, vaxtında doğuşlarda 30,5 % artırır [50, 53, 117, 190, 206].

Müəyyən edilmişdir ki, DQVƏC və xorioamnionitin klinik əlamətləri olan qadınlarda ana tərəfindən fəsadların tezliyi 13-60 % arasında tərəddüd edir [25].

DQVƏC-in diaqnostikasında ənənəvi olaraq minimal invaziv qızıl standart kimi steril şəraitdə güzgülərlə baxışda 3 klinik əlamət qeyd olunur:

- 1) Güzgülərlə baxış zamanı uşaqlıq yolunun arxa tağında dölyanı mayenin yığılması və yaxud uşaqlıq boynunda dölyanı mayenin axması;
- 2) Serviko-vaginal möhtəviyyatda nitrazin zolaqlarla (rəngin sarıdan maviyə dəyişməsi) pH-ın təyini;
- 3) Serviko-vaginal yaxmanın mikroskopik müayinəsi zamanı qıjı simptomunun olması.

Bu əlamətlərlə DQVƏC tezliyinin təyini 10-50 % təşkil edir və 12-30 %-də “yalançı mənfi” nəticə əldə olunur [76, 78, 120, 126, 127].

Son illərdə DQVƏC-in diaqnostikasında amniotik mayədə biokimyəvi göstəricilərin təyini rol oynayır. Təyin edilmişdir ki, amniotik mayədə prolaktinin,

α -FP, insulinəbənzər proteinlə bağlı boy faktorunun, fetal fibronektinin, laktatın və β -xorionik qonadotropinin yüksək miqdarı qeyd olunur [76, 116, 197, 204].

Son ədəbiyyat məlumatlarına görə, serviko-vaginal möhtəviyyatda sidik cövhəri və kreatinin təyini 90-100 % DQVƏC əks etdirir [76, 120].

Kariman N. et al. [116] məlumatlarına görə, vaginal möhtəviyyatda DQVƏC olan qadınlarda sidik cövhərinin səviyyəsi $13,77 \pm 5,41$ mq/dl, kreatinin səviyyəsi isə $1,58 \pm 1,01$ mq/dl olmuşdur. Bu da kontrol göstəricilərdən nəzərə çarpacaq qədər çoxdur. Müəlliflər müəyyən etmişdir ki, DQVƏC olmayan qadınlarda vaginal möhtəviyyatda sidik cövhərinin miqdarı $5,13 \pm 5,97$ mq/dl, kreatinin səviyyəsi isə $0,22 \pm 0,10$ mq/dl olmuşdur.

Beləliklə, vaginal möhtəviyyatda sidik cövhərinin və kreatininin təyini DQVƏC-da yüksək diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Müəyyən edilmişdir ki, vaginal kreatininin və sidik cövhərinin aşağı səviyyədə olması döl qişalarının bütövlüyünə dəlalət edir.

Aparılan elmi tədqiqatlara görə, müəyyən edilmişdir ki, DQVƏC olan qadınlarda vaginal ifrazatında sidik cövhərinin miqdarı $8,67 \pm 7,3$ mq/dl, kreatininin miqdarı isə $0,58 \pm 0,59$ mq/dl olmuşdur və bu göstəricilər analoji kontrol göstəricilərindən statistik dürüst qədər yüksək olmuşdur. Eyni zamanda müəlliflər vaginal ifrazatda β -xorionik qonadotropinin miqdarını təyin etmişdilər. Müəyyən olunmuşdur ki, DQVƏC olan qadınlarda vaginal möhtəviyyata β -XQ-in miqdarı $214,68 \pm 134,49$ İU, döl qişaları intakt olan qadınlarda isə bu göstərici $23,93 \pm 17,49$ İU olmuşdur [116, 117, 119, 120].

Beləliklə, döl qişalarının vaxtından qabaq cırılmasının diaqnostikasında β -XQ-in, sidik cövhərinin, kreatininin təyini yüksək diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

1.2. Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasının səbəbləri, risk amilləri. Xorioamnionitin formaları, klinik gedişatı, diaqnostik xüsusiyyətləri, anaya, dölə, yenidoğulmuşu təsiri

Müəyyən edilmişdir ki, döl qişalarının vaxtından qabaq yırtılması hamiləlik müddətində invaziv prosedurların aparılması nəticəsində baş verə bilər, o cümlədən, amniosentezdən, xorion biopsiyasından, istmiko-servikal çatmamazlığın korreksiyasından sonra baş verə bilər.

Təyin edilmişdir ki, DQVƏC-ın risk amillərinə hamiləliyin erkən müddətində qadında bakterial vaginozun olması, odontogen və periodontal və urogenital infeksiyanın olması aiddir. Bu patologiyalar əksər hallarda simptomuz gedişata malikdir [122, 190, 198, 201].

L.Rahkonen [186] hipotezinə görə, amnion mayesinin infeksiyalaşması aşağıdakı səbəblərə görə ola bilər:

- uşaqılıq yolundan qalxan infeksiya;
- cift vasitəsilə hematogen yolla;
- yatrogen yolla invaziv prosedur nəticəsində (amniosentez, xorion xovlarının biopsiyası);
- retroqrad Fallop boruları vasitəsilə.

L.Rahkonenə [186] görə, intraamniyal infeksiyalaşma yolları şəkil 1.2.1-də təqdim olunmuşdur.

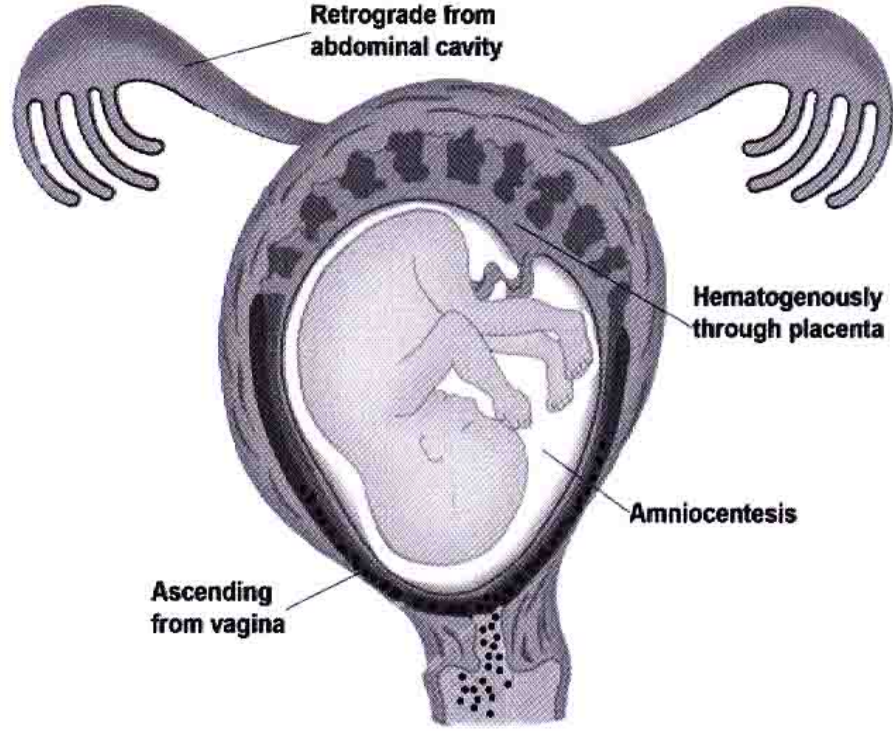
Ədəbiyyat məlumatlarına görə, uşaqılıqdaxili infeksiyalaşma nəticəsində amnion mayesinin infeksiyalaşması – amnionit, döl qişalarının infeksiyalaşması – xorioamnionit, göbək ciyəsinin infeksiyalaşması – funisit termini kimi qeyd edilir.

Uşaqılıqdaxili infeksiya nəticəsində yüksək tezliklə dölün infeksiyalaşması qeyd edilir [147].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, DQVƏC-nin səbəblərinə 40 % hallarda infeksiyon-iltihabi proseslər, 30 % hallarda stress nəticəsində ana-döl-hipotalamus-hipofizar-böyrəküstü sistemin aktivizasiyası, 20 % tezliklə qanaxmalar, 10 % hallarda isə uşaqlığın hipertonusu səbəb olur [54, 57, 58, 79, 86].

Müəyyən edilmişdir ki, dölyanı mayesi vaxtından qabaq axan qadınların 50 %-

də 24-28 saat müddətində doğuş baş verir. Digər məlumatlarına görə, 70-90 % qadınlarda 7 gün müddətində spontan doğuş qeyd olunur [17, 112, 114, 115, 127, 146].

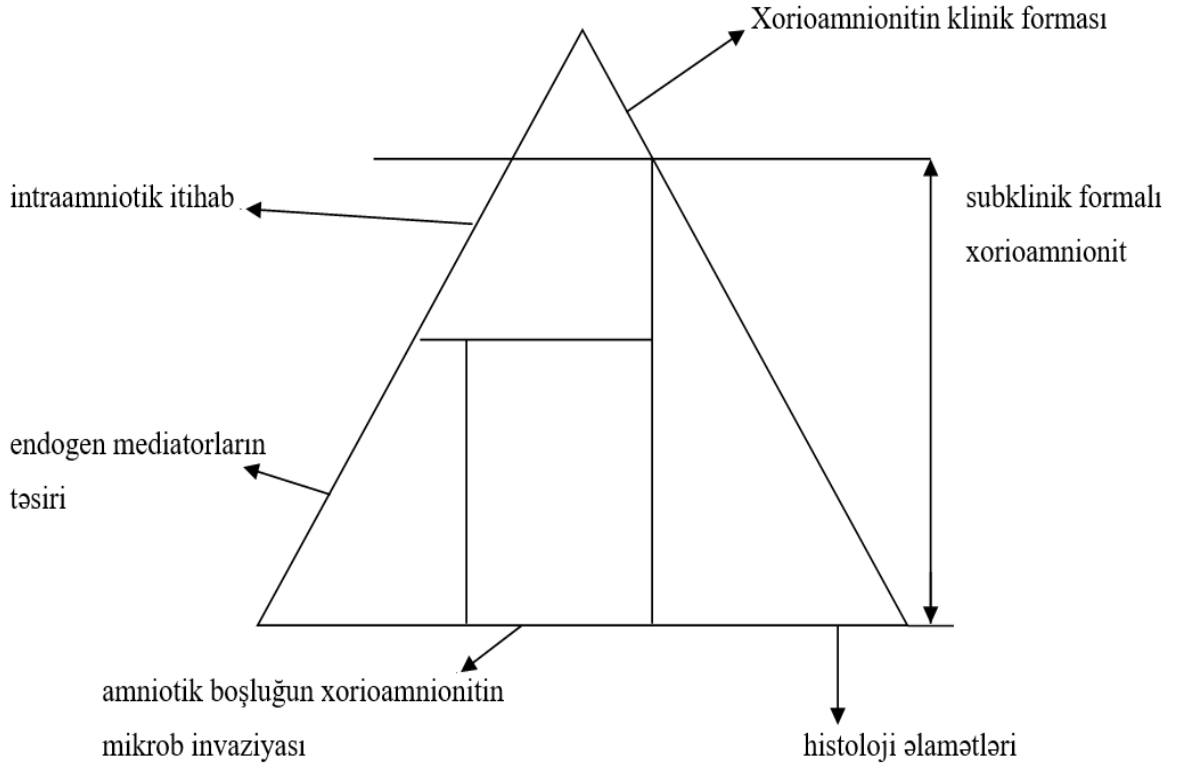


Şəkil 1.2.1. L.Rahkominə [186] görə intraamniotik infeksiyalaşma yolları

Son elmi ədəbiyyatlarda xorioamnionit 2 qrupa bölünür: subklinik və klinik xorioamnionit. Subklinik formalı xorioamnionitdə histoloji tədqiqat nəticəsində intraamniotik iltihabi prosesin olması və bu zaman amnion boşluğunda mikrobioloji infeksiyanın olması təyin olunur. Xorioamnionitin klinik və subklinik formalarının təzahürü sxem 1.2.1-də təqdim olunmuşdur.

Aparılan tədqiqatlara görə, xorioamnionitin klinik forması özünü anada hərarətin 38°C -dən yuxarı qalxması və ən azı bir neçə kriteriya ilə özünü büruzə verir. Uşaqlıq yolundan gələn ifrazatın iyli olması, ananın və dölün taxikardiyası, uşaqlıq boynundan götürülən yaxmada infeksiyon amillərin aşkar edilməsi və yaxud leykositlərin sayının $>20 \cdot 10^3/l$ -dən çox olması qeyd olunur [81, 190].

İntraamniyal infeksiyalaşma qanda iltihabi prosesin markerlərindən interleykin 6 (İL-6) və metalloproteinaza-8-in (MMP-8) artması ilə özünü büruzə verir [60].



Sxem 1.2.1. T.Myntti görə [168] xorioamnionitin formaları

Xorioamnionitin histoloji əlamətlərinə xorion xovlarının (vellitit), damarların (vaskulit), göbək ciyəsinin (funisit) iltihabı dəyişməsi aiddir [177].

Son elmi məlumatlara əsasən, təyin edilmişdir ki, xorioamnionitin risk amillərinə ilk doğan qadınlar, dölyanı mayenin uzun müddət axması, bakterial vaginoz, cinsi yolla keçən genital infeksiyalar, uzun müddət alkohol və dərman preparatlarının qəbulu, siqaretçəkmə, immunitetin zəif olması, Afro-Amerikan etnik qrupuna aid olmaq, hamiləlik müddətində ekstragenital xəstəliklərin kəskinləşməsi nəticəsində infeksiyalaşma, doğuş müddətində çoxsaylı daxili müayinələr, amniotik mayədə mekoniumun olması, doğuşun uzun müddət davam etməsi, invaziv kardiotoqrafiyanın aparılması, ananın uşaqıq yolunda və ya xarici cinsiyyət orqanlarında β -streptokokk qrupunun kolonizasiyası aiddir [81, 107, 183, 201].

DQVƏC nəticəsində vaxtından qabaq doğuş baş verən qadınlarda uşaqıq yolunda yüksək tezliklə Gardnerella və ya Ureaplasma species təyin edilmişdir [69, 186].

A.L.Prince [183] anada olan mikrobioloji mühitin hamiləliyə təsirini öyrənmişdir. Müəllif təyin etmişdir ki, döl qışaları intakt olan vaxtından qabaq doğan qadınlarda aşağıdakılar təyin edilir:

Ağız boşluğunda: *Fusobacterium*, *Bergeyella* spp, *Streptococcus* spp.

Amnion mayesində: *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma* spp., *Fusobacterium*,

Sneathia, *Bacteroides*, *Prevotella*, *Leptotrichia*,

Peptostreptococcus, *Escherichia coli*, *Gardnerella*, *Bacillus*;

Ciftədə: *Ureaplasma* spp. artması, az miqdarda *Acinetobacter*, *E.coli*,

Enterobacter, *Fusobacteriumun* artması, *Lactobacillus crispatus* az miqdarda.

Uşaqlıq yolunda: *Lactobacillus crispatus* təyin edilir.

DQVƏC olan vaxtından qabaq doğan qadınlarda amniotik mayədə digər mikroblarla yanaşı *Enterococcus*, *Hemophilus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* qeyd olunur.

Müəllifin məlumatlarına görə, vaxtında olan doğuşlarda və xorioamnionit əlamətləri olmayan qadınların amnion mayesində *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma*, *Coagulase negative Staphylococcus*, *Streptococcus agalactial*, *Lactobacillus* spp. aşkarlanır.

Vaxtında doğuşlarda və xorioamnionit əlamətləri olan qadınlarda isə amniotik mayədə *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma*, *Fusobacterium*, *Sneathia*, *Bacteroides* ilə yanaşı *Acinetobacter* spp., *Lactobacillus* spp, *Enterococcus*, *Gardnerella*, *Streptococcus*, *Escherichia coli* təyin edilir.

Son elmi məlumatlara görə, xorioamnionitin klinik formasının inkişaf etmiş ölkələrdə rastgəlmə tezliyi 1-4 %-dir. İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə isə vaxtından əvvəl doğuşu olan qadınlarda 5-15 %, vaxtında olan doğuşlarda 1-2 % qeyd olunur [107, 188].

DQVƏC ilə müşahidə olunan klinik formalı xorioamnionitin rastgəlmə tezliyi 26 %-ə qədər qeyd olunur. Müəyyən olunmuşdur ki, klinik formalı xorioamnionitdə 62 % hallarda xorioamnionitin histoloji əlamətləri, 60 % hallarda isə funisit (göbək ciyəsinin iltihabi prosesi) qeyd olunur [201].

Aparılan tədqiqatlar əsasında müəyyən edilmişdir ki, subklinik formalı xorioamnionitin tezliyi klinik formalı xorioamnionitlə müqayisədə nəzərə çarpacaq qədər çoxdur [47].

Aparılan tədqiqatlar əsasında vaxtından qabaq doğuşlarda xorioamnionitin tezliyi 4-93,3 % qeyd olunur [58, 125, 167, 190]. Vaxtında doğuşlarda isə bu göstərici 17-57,7 % arasında tərəddüd edir [102, 190].

Qeyd etmək lazımdır ki, xorioamnionitin klinik formasının klinik əlamətləri qeyri-spesifikdir. Təyin edilmişdir ki, anada hərarətin qalxması tezliyi 15 % doğuşlarda qeyd olunur və doğuşa olan fizioloji reaksiya kimi, epidural anesteziya nəticəsində, dehidratasiya nəticəsində, ekstragenital xəstəliklərin kəskinləşməsi, hipertireoz, doğuşda istifadə edilən prostaqlandinlər nəticəsində ola bilər [98, 99, 109, 188].

Anada C-reaktiv zülalın artması xorioamnionitin diaqnostikasında qeyri-informativ hesab oluna bilər. Müəlliflər təyin etmişdir ki, ananın qan zərdabında C-reaktiv zülalın 20 mq/l-dən çox olması və leykositlərin $15,9 \cdot 10^9$ q/l-dan çox artmasını xorioamnionitin diaqnostik markeri kimi qiymətləndirmək olar [93]. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, normal doğuşun dinamikasında da C-reaktiv zülalın və leykositlərin artması qeyd edilir [74, 205].

Kelly et al. [123] məlumatlarına görə, xorioamnionitin diaqnostikasında doğuş zamanı dölün taxikardiyası qeyd olunur.

Dölün intraamniotik infeksiyalaşma yollarından biri də hamiləlik müddətində invaziv prosedurların aparılmasıdır. Bu prosedurlardan amniosentez nəzərə çarpır. Elmi ədəbiyyatda amniosentez proseduru haqqında məlumatlar 1877-ci ildə dərc olunmuşdur. Amniosentez (AC) 1956-ci ildən döldə kariotipi təyin etmək üçün istifadə edilmişdir. 1979-cü ildə amniosentez Garite et al. tərəfindən intraamniotik infeksiyanı təyin etmək üçün istifadə etmişdir. Bu müayinə prosedurundan eyni zamanda dölün ağciyərlərinin yetişkənliyi və xronik hipoksiyasının dərəcəsini təyin etmək üçün istifadə olunur. Amniosentez invaziv metodu istifadə olunan hamilələrdə onun dölə və yenidoğulmuşu təsiri öyrənilmişdir. 2008-ci ildə Porreco R.P. [181] tərəfindən hamiləliyin 24-35 həftəsində amniosentez aparılmışdır. Müəllif təyin etmişdir ki, yenidoğulmuşların

xəstələnmə tezliyi amniosentez olan xəstələrdə yüksək olmuşdur. Yenidoğulmuşlarda periventrikulyar leykomolyasiyanın (PL), intraventrikulyar qansızmlar (İQ), retinopatiyanın (RP), nekrozlaşmış enterokolitin (NE) tezliyi amniosentez aparılmayan hamilələrlə müqayisədə eyni idi.

2015-ci ildə Maki Y. [151] vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi olan amniosentez aparılan qadınlarda erkən neonatal dövrdə sepsisin rastgəlmə tezliyi nəzərə çarpacaq qədər yüksək olmuşdur.

Aparılan tədqiqatlar əsasında müəyyən edilmişdir ki, amniosentez prosedurundan sonra intraamniotik iltihab prosesinin və dölün ana bətnində infeksiyalaşmasının riski yüksəkdir [138].

Son illərdə aparılan tədqiqatların nəticələrinə əsasən, müəyyən edilmişdir ki, amniotik mayenin infeksiyalaşmasının diaqnostikasının qızıl standartı amniotik mayədə leykositlərin miqdarının çoxalması və amniotik mayədə bakteriyaların təyiniidir.

Amniotik mayenin iltihabının biomarkerlərinin xarakteristikası cədvəl 1.2.1-də təqdim olunur.

Çoxsaylı elmi məlumatlara görə, xorioamnionitin diaqnostikasında ultrasəs müayinəsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Son elmi məlumatlara görə, ultrasəs müayinəsi zamanı 23 % vaxtından qabaq doğuşlarda və yalnız 1 % vaxtında olan doğuşlarda dölyanı mayədə çöküntülər – “dispers hissəciklər” qeyd olunur [121, 157, 167].

Müəyyən edilmişdir ki, xorioamnionit zamanı dölün dalağının ölçülərinin artması və dölün timusunun ölçülərinin azalması qeyd olunur. Eyni zamanda xorioamnionitin subklinik formasının diaqnostikasında timusun ölçülərinin azalmasını spesifik ultrasəs amili kimi istifadə etmək olmaz [152, 166].

Bəzi elmi məlumatlara görə, xorioamnionit zamanı dalaq venasında qan dövranının azalması müşahidə edilir [167]. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, xorioamnionitin exoqrafik kriteriyaları bu günə qədər təyin edilməyib və bu patologiyanın diaqnostikasında amniosentez və xorionun biopsiyası kimi invaziv metodların üstünlüyü qeyd olunur [152].

T.Myntti-ya görə [168] amnionitin biomarkerlərinin xarakteristikası

Biomarker	İfraz olunma mənbəyi	Fizioloji hamiləlik zamanı əhəmiyyəti	İnfeksiyalaşma zamanı dəyişməsi
Laktatdehidrogenaza	Neyrofillər	Laktatın piruvata oksidləşməsinin katalizatoru	Artır
Qlükoza	Ananın qaraciyəri və əzələləri	Ananın qan zərdabında qlükozanın miqdarını dəyişir	Azalır
Matriks metalloproteinaza-8 (MMP)	Neytrofillərdə ifraz olunur	Doğuş prosesində ekstrasselülyar matriksi azaldır	Artır
Katelsidin	Neytrofillərdə və epitel hüceyrələrində	İmmunitetin modulyatorudur və anadangəlmə immunitetin formalaşmasında iştirak edir	Artır
MMP-2	Döl qişalarında ifraz olunur	Döl qişa komponentlərinin formalaşmasında iştirak edir. Hamiləlik müddətində döl qişalarının əsas modulyatorudur	Azalır
MMP-9	Döl qişalarında	Bazal membranın əsas komponentini təşkil edir. Döl qişalarının güclü modulyatorudur. Doğuşun aktivatizasiyasında mühüm əhəmiyyət kəsb edir	Artır
Metalloproteinazaların toxuma inhibitoru (Timp-1)	Döl qişalarında	Matriksdə metalloproteinazaların miqdarını requlyasiya edir	Artır
İnterleykin-6 (İL-6)	Amnion, xorion qişalarında, döldə	Pro- və antiiltihabi təsiri, iltihab əleyhinə sitoksinlərin ifrazını requlyasiya edir	Artır
Mieloperoksidaza (MPO)	Neytrofillər	Sərbəst oksigen radikallarının əmələ gəlməsində iştirak edir, endotelial hüceyrələri aktivləşdirməklə sitokinlərin sintezinə təsir edir. Ekstra və intraselülyar hipoxlorid turşusunun sintezinə təsir edir I və IV tip	Artır
Elastaza	Neytrofillər	Birləşdirici toxumanın elastin və I və IV tip kollagen komponentinin hidrolizində iştirak edir	Artır
Elafin	Amnion, xorion, desidual qişalarda, ciftin sinsitotrofoblastında	Uşaqlığın infeksiyalaşmasının qarşısını alır, iltihab proseslərini requlyasiya edir, neytrofil elastazanın təsirini azaldır. Neytrofillərin və makrofaqların hemotaktik aktivliyinə təsir edir	Artır
C-reaktiv protein (CRP)	Dölnün qaraciyərində ifraz olunur	Tam təsiri öyrənilməyib	Artır

C.A.Combs et al. [60] 2014-cü ildə vaxtından qabaq doğuşlarda xorioamnionitin və amnionitin klinik-laborator, mikrobioloji xüsusiyyətlərini öyrənmişdir. Təyin edilmişdir ki, hamiləliyin 28 həftəsinə qədər olan doğuşların 20-60 %-da, 28-32 həftəsində isə baş verən doğuşların 10-25 %-də amniotik mayenin infeksiyalaşması qeyd olunur [99, 101, 87, 154, 200].

Son ədəbiyyat məlumatlarına görə, vaxtından qabaq doğuşların 10,1 %-də dölyanı mayenin infeksiyalaşması qeyd olunur. C.A.Combs [60] amniotik mayədə interleykin-6-in miqdarına görə dölyanı mayenin infeksiyalaşmasının ağırlıq dərəcəsini təyin etmişdir. Vaxtından qabaq doğuşların 20,7 %-də interleykin-6-in miqdarı 11,3 nq/ml-dən çox olmuşdur. Bu qadınlar ağır infeksiyalaşma qrupuna aid edilmişdir. 15,4 %-da interleykin-6-in miqdarı 2,6-11,2 nq/ml olmuşdur. Bu qadınlar yüngül infeksiyalaşma qrupuna aid edilmişdir. 63,7 % vaxtından qabaq doğuşlarda isə interleykin-6-in miqdarı <2,6 nq/dl olmuşdur və bu qadınlar dölyanı mayenin infeksiyalaşması olmayan qrupa aid edilmişdirlər.

Vaxtından qabaq doğuşlarda amniotik mayədə interleykin-6-in miqdarına görə dermoqrafik göstəricilər, hamiləliyin gedişatı xüsusiyyətləri, xorioamnionitin klinik əlamətləri və amnion mayesinin infeksiyalaşma markerlərinin göstəriciləri cədvəl 1.2.2-də qeyd olunmuşdur.

Vaxtından qabaq doğuş olan və dölyanı mayenin infeksiyalaşması olan qadınlarda doğuşun xüsusiyyətləri cədvəl 1.2.3-də təqdim edilmişdir.

Son elmi tədqiqatlara görə, xorioamnioniti olan qadınlarda ağır infeksiyalaşma əlamətləri zamanı perinatal ölüm göstərici 19 %, yüngül infeksiyalaşmada 6 % və infeksiyalaşma olmayan qadınlarda 2 % qeyd olunur. Erkən neonatal dövrdə xorioamnioniti olan qadınların yenidoğulmuşlarında respirator distress sindrom (RDS) 56 %, mədəcikdaxili qanaxmaların tezliyi 8 %, nekrotik enterokolitin tezliyi 6 %, neonatal sepsisin tezliyi 17 % təşkil etmişdir. Amniotik mayenin infeksiyalaşması olmayan qadınlarda bu göstəricilər nəzərə cərpacaq qədər aşağı olmuşdur: RDS sindrom 1,9 % beynə III və IV dərəcəli intraventikulyar qansızmalar 2 %, neonatal sepsisin tezliyi 3 % olmuşdur.

**C.A.Combs et al-a görə [60] dölyanı mayenin infeksiyalaşmasının
klinik xarakteristikası**

Göstəricilər	Müayinə qrupları		
	Amniotik mayədə interleykin 6-in miqdarına görə		
	≥11,3 nq/ml-dən çox (ağır infeksiyalaşma)	2,6-11,2 nq/ml-ə görə (yüngül infeksiyalaşma)	<2,6 nq/ml-dən az infeksiyalaşma olmayan qrup
Demoqrafik göstəricilər: Ananın yaşı, il	26,6±4,9	26,5±5,2	25,8±5,6
İlk doğan qadınların tezliyi	31 %	41 %	25 %
Mamalıq müayinəsi zamanı hamiləliyin müddət, həftələr	26,8±3,5	29,9±3,9	31,1±3,6
Uşaqlıq boynunun uzunluğu, sm-lə	3,2±1,4	3,3±1,5	2,7±,4
Uşaqlıq boynunun açıqlığı <2 sm	90	85	80
Anada olan əlamətlər (%-lə) Uşaqlıq yolundan ifrazat	14 %	4 %	5 %
Hərərət ≥100,4°F	-	-	4 %
Leykositlərin miqdarının >15000/mm ³ -dən çox olması	39 %	11 %	12 %
Dölnün ürək vurğusunun 160 v/dəq-dən çox olması	0	0	2 %
Amniotik mayenin infeksiyalaşma markerləri Qlükoza <20 mq/dl olması	25 %	13 %	9 %
Qram müsbət bakteriyaların olması	0	0	<1
İnterleykin-6-in amniotik mayədə miqdarının olması, nq/dl	23,0±,7	4,4±,6	1,0±,4

Aparılan tədqiqatlara əsasən, DQVƏC olan doğuşlar, ana və dölə təsiri araşdırılarkən təyin edilmişdir ki, bu mamalıq fəsadlı 79 % tezliklə 20-29 yaş arasında olan qadınlarda qeyd olunur [72, 105, 162].

C.A.Combsa görə [60] vaxtından qabaq doğuşu və amniotik mayenin infeksiyalaşması olan qadınlarda doğuşun nəticələri

Göstəricilər	Müayinə qrupları		
	Amniotik mayədə interleykin 6-ın miqdarına görə		
	≥11,3 nq/ml-dən çox (ağır infeksiyalaşma)	2,6-11,2 nq/ml-ə görə (yüngül infeksiyalaşma)	<2,6 nq/ml-dən az infeksiyalaşma olmayan qrup
Doğuşun vaxtı (həftə)	27,9±3,9	32,3±4,7	35,5±3,3
İnfeksiyalaşmanın diaqnostikası 72-saata qədər	56 %	34 %	17 %
İnfeksiyalaşmanın diaqnostikası 7 günə qədər	69 %	49 %	29 %
Dölün hestasion yaşı 37 həftədən az	97 %	83 %	64 %
Xorioamnionitin klinik əlamətlər	6 %	4 %	6 %
Xorioamnionitin histoloji əlamətləri	38 %	19 %	8 %
Funisit (göbək ciyəsinin iltihabi prosesi)	20 %	19 %	11 %
Zahılıq dövrünün endometriti	3 %	2 %	3 %

T.C.Okeke [174] məlumatlarına görə, 20-29 yaş olan qadınlarda bu patologiya 58,2 % tezliklə rast gəlinir. Qadınlar arasında 58 %-də sosial-iqtisadi vəziyyəti aşağı, 30 %-də orta səviyyədə, 12 %-də isə yüksək olmuşdur. DQVƏC olan qadınlarda, qida çatmamazlığı, gigiyenik qaydalara riayət etməmək, stress amilləri, çox doğan qadınlar, xronik urogenital xəstəliklər və anemiya yüksək tezliklə qeyd edilirdi. Məlum olmuşdur ki, bu qadınlar arasında təhsil almayanlar 84 %, təhsil alanlar isə 16 % qeyd olunmuşdur [65, 67, 75, 104].

DQVƏC olan qadınların arasında 48 % ilk doğan, 52 % təkrar doğan qadınlarda olmuşdur. Müəlliflər təyin etmişdirlər ki, təkrar doğan qadınları DQVƏC-in risk amilləri kimi qeyd etmək olar. Bu da xronik genital xəstəliklərin tezliyi, uşaqlıq boynunun əvvəlki doğuşlarda travmatik zədələnməsi ehtimalının yüksək olması ilə əlaqədar ola bilər [103, 106, 113, 143]. Aparılan tədqiqatlar əsasında müəyyən edilmişdir ki, DQVƏC olan qadınların 45 %-də spontan doğuş, 13 %-də doğuşun induksiyası, 28 %-

də doğuşun stimulyasiyası, 14 %-də isə doğuşun həm induksiyası, həm də stimulyasiyası aparılmışdır. Uşaqlıq boynunun doğuşa hazırlığını qiymətləndirilərkən müəyyən edilmişdir ki, çıxacaq maşaları istifadə edilən qadınların 15 %-də, qeysəriyyə kəsiyi aparılan qadınların 20 %-də isə uşaqlıq boynu qeyri-yetşkən olmuşdur. Müxtəlif elmi tədqiqatlara görə, doğuşun və qeysəriyyə kəsiyinin və doğuşda mamalıq əməliyyatlarının istifadəsi tezliyi öyrənilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 1.2.4.-də qeyd edilmişdir.

Cədvəl 1.2.4

DQVƏC olan qadınlarda doğuşun xüsusiyyətləri

Doğuşun xüsusiyyətləri	Triniti A. et.a. (2008) görə	Shehla N. (2010) görə	Kadikar (2014) Dr.Gunavant et al. (2014) görə	Mohokar S.A. et al. (2015)
Fəsadsız doğuş	71,4 %	65,88 %	77 %	65 %
Qeysəriyyə kəsiyi	26,7 %	14,11 %	10 %	25 %
Doğuşda mamalıq maşalarının istifadəsi	1,9 %	20 %	4 %	10 %

Müəyyən edilmişdir ki, qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərdən yüksək tezliklə sargı gəlişi, doğuşun induksiyasının qeyri-effektivliyi, azsululuq nəticəsində dölün distress sindromu olmuşdur. Qeysəriyyə kəsiyi aparılan qadınların 32 %-i ilk doğan, 68 %-i isə təkrar doğan olmuşdur [11, 156, 171].

DQVƏC-dan doğuşun induksiyasına qədər olan müddət cədvəl 1.2.5-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1.2.5

DQVƏC-dan sonra doğuşun induksiyasına qədər olan müddət

Doğuşun induksiyasının başlanması	%
12 saata qədər	78,18 %
13-24 saat	16,36 %
25-48 saat	3,36 %
48 saatdan çox	1,83 %

DQVƏC ilə hestasiya müddəti arasındakı əlaqənin araşdırarkən təyin edilmişdir ki, 30-40 % hamilələrdə bu fəsad 23-28 həftədə qeyd olmuşdu və 1 həftə müddətində hamiləlik inkişaf edirdi, 20 %-də isə hamiləliyin 4 həftədən çox uzatmaq mümkün

olurdu. Hamiləliyin 32-34 həftəsində olan 40 % qadınlarda doğuş ilk 3 gündə qeyd edilirdi [7, 32, 81, 83].

Aparılan elmi tədqiqatlara görə, DQVƏC olan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərin 28 % faizində sarğı gəlişi, 24 %-də dölün kəskin hipoksiyası, 12 %-də doğuşun induksiyaasının qeyri-effektivliyi, 12 %-də azsululuq, 12 %-də uşaqılıqda çapıq, 8 %-də dölün köndələn vəziyyəti, 4 %-də dölün arxa görkəmi olmuşdur [88, 91, 96].

Son elmi məlumatlara əsasən, DQVƏC-nin müddətinin ana xəstələnməsi və ölüm göstəriciləri ilə birbaşa əlaqəsi qeyd edilir. Təyin edilmişdir ki, 12 saata qədər döl qişalalarının yırtılması olan qadınlarda 6,25 %, 13-24 saat müddətində - 12,5 %, 24 saatdan çox müddətdə isə 81,25 % tezliklə ana xəstələnməsi qeyd edilir. Dölün çəkisi ilə hestasiya müddətinin əlaqəsini araşdırarkən müəyyən olunmuşdur ki, DQVƏC olan qadınların 6 %-də yenidoğulmuşların çəkisi 1000 q-a qədər, 21 %-də 1001-1500 qr, 23 %-də 1300-2000 qr, 26 %-də 2001-2500 qr, 24 %-də 2500 qr-dan çox olmuşdur. Yenidoğulmuşların arasında yüksək tezliklə hiperbilirubinemiya (69,69 %), sepsis (30,3 %), RDS sindrom (63,63 %), nekrotik enterokolit (12,12 %), yenidoğulmuşun asfiksiyası (9,09 %) qeyd olunmuşdur [45, 105, 109, 110].

Aparılan elmi tədqiqatlar zamanı DQVƏC olan qadınlardan doğulan yenidoğulmuşların perinatal xəstələnmə və ölüm göstəriciləri araşdırılmışdır və bu göstəricilərin yenidoğulmuşun çəkisi ilə əlaqəsi öyrənilmişdir.

S.A.Mohokar et al. [161] tədqiqatlarının nəticələri cədvəl 1.2.6-da təqdim olunmuşdur.

DQVƏC-in risk amillərindən biri də uşaqılıq boynunun qısalması qeyd olunur [192].

Müəyyən edilmişdir ki, uşaqılıq boynunun qısalması intraamniotik infeksiyanın və infeksiyalaşmanın və eyni zamanda vaxtından qabaq doğuşların amilidir. Müəyyən edilmişdir ki, uşaqılıq boynunun exoqrafik müayinəyə görə 15-mm-ə qədər qısalması intraamniotik infeksiyanı və infeksiyalaşma tezliyini artırır. Bu da vaxtından qabaq doğuşların tezliyinə və neonatal nəticələrə təsir edir [124, 178, 190].

S.A.Mohokar et al. [161] görə müxtəlif çəkiddə doğulan yenidoğulmuşların perinatal xəstəlmə və ölüm göstəriciləri

Yedidoğulmuşun çəkisi	Perinatal xəstəlmə (%)	Perinatal ölüm (%)
<1000 qr	83,33 %	66,6
1001-1500 qr	76,19 %	38,81
1501-2000 qr	30,43 %	13,04
2001-2500 qr	11,53 %	–
>2500 qr	8,33	–

M.L.Seung et al. [192] hamiləlik müddətində uşaqıq boynunun qısalması olan qadınlarda dölyanı mayenin infeksiyalaşma tezliyini, interleykin 6-ın, interleykin 8-in, leykositlərin miqdarını, C-reaktiv zülalın miqdarını öyrənmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 1.2.7-də göstərilmişdir.

M.L.Seung görə [192] uşaqıq boynu qısa olan və olmayan qadınlara klinik xarakteristikası

Göstəricilər	Uşaqıq boynu >15 mm	Uşaqıq boynu ≤15 mm
Hamilənin yaşı, il	32,2±4,2	31,0±3,9
İlk doğan	48,8 %	48,0 %
Uşaqıq boynu ölçülən zaman, hamiləliyin müddəti	31,4	31,5
Hamiləliyi 29 həftədən az hamilələrin sayı	24,8 %	32,0 %
Hamiləliyi 29 həftədən çox hamilələrin sayı	75,2 %	68,0 %
Uşaqıq boynunun uzunluğu, sm	29,9	10,0
Uşaqıq boynunun açıqlığı, sm	0,5±0,6	1,0±0,8
Dölyanı mayenin axmasının təsdiqi	32,5 %	48,0 %
Dölyanı mayədə interleykin 6-ın miqdarı (nq/ml)	0,734	3,123
Dölyanı mayədə interleykin 8-in miqdarı (nq/ml)	1,029	2,542
Dölyanı mayədə leykositlərin miqdarı	10	9
İntraamniotik infeksiyalaşma	49,2 %	68,0 %
Ana qanında C-reaktiv zülalın miqdarı	0,34	0,36
Az sululuğun diaqnostikası	25,6 %	18 %
Antibiotiklərin təyini	95 %	96 %
Tokolitiklərin təyini	53,7 %	52 %
Kortikosteroidlərin antenatal təyini	85,1 %	92,0 %

Müəlliflərin təyininə görə, azsululuq zamanı amniotik indeks <5 sm kimi təyin edilir, intraamniotik infeksiyalaşma isə interleykin 6-in miqdarı $\geq 1,5$ nq/ml və ya interleykinin 8-in miqdarı $\geq 1,3$ nq/ml olmuşdur.

M.L.Seung [192] görə uşaqılıq boynu qısa olan qadınlarda hamiləliyin gedişatı xüsusiyyətləri və nəticələri cədvəl 1.2.8-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1.2.8

**M.L.Seung [192] görə uşaqılıq boynu qısa olan qadınlarda
hamiləliyin gedişatı xüsusiyyətləri və nəticələri**

Göstəricilər	Uşaqılıq boynu >15 mm	Uşaqılıq boynu ≤ 15 mm
Doğuşun baş vermə müddəti, həftələr	33,6	32,1
Uşaqılıq boynunun exoqrafik təyinindən sonra doğuşun 48 saatdan az müddətdə baş verməsi	16,8 %	45,8 %
Uşaqılıq boynunun exoqrafik təyinindən sonra doğuşun 7 günə qədər baş verməsi	43,9 %	75 %
34 həftəyə qədər baş verən doğuşlar	61,7 %	89,6 %
Xorioamnionitin klinik əlamətləri	8,3 %	12 %
Xorioamnionitin histoloji əlamətləri	41,70 %	64,6 %
Funisit	21,4 %	31,3 %
Endometrit	0,9	0
Yenidoğulmuşun çəkisi, qr	2035	1770
Apqar şkalasına görə 1-ci dəqiqədə 7 baldan az olması	46,2 %	60,4 %
5-ci dəqiqədə 7 baldan az olması	11,5 %	16,7 %
Yenidoğulmuşun neonatal intensiv terapiyaya ehtiyacı	90,4 %	97,9 %
Neonatal ölüm və ya xəstələnmə halları	26,9 %	35,4 %

Son illərin elmi tədqiqatlarında uşaqılıq boynunun uzunluğunun intraamniotik infeksiyalaşma və vaxtından qabaq doğuşla əlaqəsi öyrənilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 1.2.9-da təqdim olunmuşdur.

Beləliklə, DQVƏC və uşaqılıq boynunun qısa olması intraamniotik infeksiyalaşma riskini və vaxtından qabaq doğuşların tezliyini nəzərə çarpacaq qədər artırır [141, 142, 157, 159, 190].

S.Kumar [130] hamiləlik müddətində DQVƏC olan qadınlarda mamalıq taktikasında gözləmə mövqeyi aparılmasının nəticələrini təhlil etmişdir. Alınan göstəricilər cədvəl 1.2.10-da təqdim olunmuşdur.

M.L.Seung et al. [192] görə intraamniyal infeksiyalaşmanın vaxtından qabaq doğuşların uşaqlıq boynunun uzunluğundan asılı olaraq tezliyi

Göstəricilər	Uşaqlıq boynunun uzunluğu			
	≤25 mm	≤20 mm	≤15 mm	≤10 mm
İntraamniotik infeksiyanın olması, infeksiyalaşma:				
– rastgəlmə tezliyi, %	59,6 %			
– həssaslığı	62,7 %	46,1 %	35,3 %	15,7 %
– spesifikliyi	38 %	68,1 %	79,7 %	88,4 %
İlk 2 gün ərzində doğuş				
– rastgəlmə tezliyi, %	25,8 %			
– həssaslığı	82,5 %	72,5 %	55,0 %	27,5 %
– spesifikliyi	53,9 %	68,7 %	77,4 %	89,6 %
İlk 7 gün müddətində doğuş				
– rastgəlmə tezliyi	53,5 %			
– həssaslığı	74,7 %	60,2 %	43,3 %	19,3 %
– spesifikliyi	66,7 %	79,2 %	83,3 %	90,3 %
34 həftəyə qədər doğuş				
– rastgəlmə tezliyi	70,3 %			
– həssaslığı	67, %	52,3 %	39,3 %	39,4 %
19,3 %-spesifikliyi	71,7 %	82,6 %	89,1 %	95,7 %

Elmi tədqiqatlara əsasən, hamiləliyin, doğuşun müddəti, yenidoğulmuşun vəziyyəti hamiləliyin müddətinə görə araşdırılmışdır. Tədqiqatların nəticələrinə görə, DQVƏC olan qadınlarda hamiləliyin 28 həftəsinə qədər 41,7 % qadınlar 7 günə qədər doğmuşdur, 58,3 %-də isə hamiləlik 7 gündən çox uzadılmışdır. Xorioamnionitin tezliyi 29,2 %, dölün xronik hipoksiyasının tezliyi 12,5 %, neonatal ölümün tezliyi 12,5 % olmuşdur. Neonatal infeksiyalaşmanın tezliyi 25 %, hialin membran sindromu 29,2 % olmuşdur [32, 34, 130].

DQVƏC olan qadınlarda doğuşun müxtəlif mamalıq taktikası ilə aparılma xüsusiyyətləri və rast gələn patologiyaların tezliyi В.М.Болотских и соавт. [13] tərəfindən öyrənilmişdir. Müəlliflər doğan qadınları 3 qrupa ayırmışdırlar:

- I qrupa DQVƏC olan qadınlar aktiv gözləmə mövqeyi ilə;
- II qrup aktiv gözləmə mövqeyi ilə antihestagenin (mifepriston 0,2 mq 6 saatdan bir 2 dəfə) müştərək təyini ilə;

**S.Kumar [130] görə DQVƏC olan hamilələrdə konservativ
taktikanın nəticələri**

Göstəricilər	Hamiləliyin 35 həftəsinə qədər DQVƏC	Hamiləliyin 37 həftəsinə qədər DQVƏC
Hamiləliyin gedişatının xüsusiyyətləri		
– xorioamnionit	27,4 %	17,7 %
– hamiləliyin 37 həftəyə qədər çatdırılması	6,2 %	21,4 %
– tokolitik preparatların istifadə edilməməsi	54,9 %	52,6 %
– dölün ürəkvurğusunun patoloji dəyişməsi	8,8 %	6,0 %
– digər fəsadlar	2,7 %	2,3 %
Neonatal dövrün xüsusiyyətləri		
– vaxtından qabaq doğuş		
• 37 həftəyə qədər	93,8 %	78,6 %
• 35 həftəyə qədər	75,2 %	39,5 %
• 33 həftəyə qədər	45,1 %	23,7 %
– yenidoğulmuşun çəkisi		
• 1000 qr qədər	7,1 %	3,7 %
• 1500 qr qədər	23 %	12,1 %
• 2000 qr qədər	51,3 %	27,9 %
• 2500 qr qədər	75,2 %	51,6 %
Apqar şkalası ilə qiymətləndirmə 7 baldan az		
• 1-ci dərəcədə	62,8 %	46,0 %
• 5-ci dərəcədə	27,4 %	15,8 %
– Hialin membran sindromu	13,3 %	7,0 %
– Neonatal infeksiyalaşma	15,9 %	8,8 %
– Neonatal ölüm	2,5 %	1,9 %

– III qrupa isə dölyanı mayenin axmasından 3 saat sonra doğuşun induksiyası aparılan qadınlar daxil edilmişdir. İnduksiyanı xinin – 0,5 №4 per os 15 dəqiqədən bir, oksitosin 0,2 ml №5 əzələdaxili 30 dəqiqədən bir, xinin-oksitosin sxemlə aparılmışdır.

Müəlliflərin nəticələri cədvəl 1.2.11-də təqdim edilmişdir.

Müəllif təyin etmişdir ki, DQVƏC olan və doğuş yolları doğuşa hazır olmayan qadınlarda mamalıq fəsadları nəzərə çarpacaq qədər artır.

В.М.Болотских и соавт. [13] görə DQVƏC olan qadınlarda doğuşda müxtəlif mamalıq taktikasının istifadəsinin nəticələri

Göstəricilər	DQVƏC + aktiv gözləmə mamalıq taktikası	DQVƏC + aktiv gözləmə mamalıq taktikası + mifep-riston 0,2 mq	DQVƏC 3 saatdan sonra doğuşun induksiya xinin-oksitosin sxemlə
Doğuş fəaliyyətinin sancı zəifliyi	15,3±4,2	8,4±2,9	41,5±5,1
Doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyası	5,6±2,7	2,1±1,5	20,2±4,1
Sürətli doğuş	1,4±1,4	0	6,3±2,5
Doğuşda dölün hipoksiyası	20,8±4,8	16,8±3,8	25,5±4,5
Yenidoğulmuşun asfiksiyası	2,8±1,9	1,1±1,1	7,4±2,7
Qeysəriyyə kəsiyi	6,9±3,0	6,3±2,5	25,5±4,5

1.3. Döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılmasında, azsululuqda patogenetik müalicənin xüsusiyyətləri, müasir korreksiya metodları

Döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılması və ümumiyyətlə azsululuqla müşahidə olunan hamiləliklər haqqında qadına və onun ailəsinə hamiləliyin gedişatı xüsusiyyətləri, fəsadları, mamalıq taktikası haqqında məlumat verilməlidir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, aparılan tədbirlər hamiləliyin müddətində dölyanı mayenin miqdarı haqqında exoqrafik müayinənin nəticələrindən asılıdır:

1) hamiləliyin 28-34 həftəsində amniotik cibin dərinliyi 35 sm olduqda aşağıdakı tədbirlərin aparılması məqsədəuyğun hesab olunur.

– yataq “bed rest” rejimi, ehtiyac olduqda anal və ya vaginal müayinənin aparılması, xarici cinsiyyət orqanlarının təmizlənməsi, bədən hərəkətinin, nəbzın ölçülməsi, dölyanı mayenin şəffaflığı, axma sürəti, requlyarlığı qeyd olunmalıdır. Ardıcıl olaraq 3 gün müddətində leykositlərin, neytrofillərin miqdarı normal olduqda xorioamnionitin vaxtında diaqnostikası üçün bu göstəricilərin həftədə 2 dəfə təyini mütləqdir;

– DQVƏC-dan 12 saatdan çox vaxt keçdikdə antibiotiklərin təyini;

– Dölyanı mayenin axmasından 24 saat müddətində uşaqlığın yığılma aktivliyinin qiymətləndirilməsi və mamalıq situasiyasını nəzərə alaraq tokolitik preparatların təyini;

– dölün ağciyərlərinin yetişməsi məqsədilə hər 12 saatdan bir 4 dəfə 5 mq deksametazonun əzələ daxili təyini;

– amniotik mayenin həcmnin davamlı olaraq ultrasəs müayinəsi və amniotik cibin dərinliyinin 5 sm-dən az olduqda 2 saat arızində 2000 ml mayenin qəbulu, amniotik cib 2 sm-dən az olduqda hamiləliyin başa çatdırılması məqsəduyğundur;

– dölün ürək vurğusunun dinamikada nəzarəti və xorioamniotin vaxtında diaqnostikası üçün C-reaktiv zülalın təyini. C-reaktiv protein >30 mq olması infeksiyalaşmanı əks etdirir və hamiləliyin başa çatdırılmasına zəruriyyət yaradır.

2) Hamiləliyin başa çatdırılması 35 həftədən sonra məqsəduyğundur. 35 yaşından sonra spontan doğuş başlayırsa doğuşu təbii yolla aparmaq məqsəduyğundur. Qeysəriyyə kəsiyinə göstəriş varsa qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılır.

3) DQVƏC olan qadınlar hospitalizasiya olunmalıdır, dölün ürək vurğusu və uşaqlığın yığılma aktivliyi qiymətləndirilməlidir, sancı zəifliyində doğuşun stimulyasiyası aparılmalıdır. Doğuş təbii yolla aparılmadıqda qeysəriyyə kəsiyi təklif olunmalıdır.

4) Döl doğulandan sonra əsnəkdən bakterial müayinə üçün yaxma götürülür və antibiotiklərə həssaslıq təyin edilir.

5) Zahılıq dövründə ananın puerperal infeksiyasının profilaktikası üçün adekvat antibiotiklər təyin olunur. Əməliyyat vaxtı metronidazol və 5-7 gün antibiotiklər təyin edilir. Əməliyyatdan qabaq sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılmalıdır [144, 145, 207, 209].

DQVƏC olan hamilələrdə xorioamnionitin diaqnostikasında klinik, immunoloji, histoloji, biokimyəvi, mikrobioloji kriteriyalar qeyd olunur. Son elmi məlumatlara görə, başa çatdırılmış hamiləlikdə xorioamnionit diaqnozu 30 % tezliklə qeyd edilir, klinik əlamətlər isə ancaq 4 %-də qeyd olunur. Həm histoloji, həm klinik xorioamnionitdə qan zərdabında interleykin -8 və interleykin-6-ın miqdarının artması qeyd edilir. Xorioamnionitin histoloji əlamətlərində interleykin 6-ın miqdarı (İL-6) 5,3 pq/ml, interleykin 8-in (İL-8-in) miqdarı isə 1,5 pq/ml olmuşdur [104, 187, 189].

Xorioamnionitin klinik əlamətləri olduqda bu göstəricilərin nəzərə çarpacaq qədər artması müəyyən edilir. Xorioamnionitdə C-reaktiv zülalın, lipopolisaxarid-birləşdirici proteinin miqdarının artması da müəyyən edilir [40, 41, 201, 202, 205].

DQVƏC və xorioamnioniti olan qadınlardan doğan yenidoğulmuşlarda sepsis, septiki şok, pnevmoniya mədəcikdaxili qansızmalar, beynin ağ maddəsinin zədələnməsi yüksək tezliklə rast gəlinir. Bu qadınlarda neonatal sepsisin tezliyi 50 %-ə çatır [43, 50, 54, 111]. İltihabi prosesin erkən markerlərindən biri də C-reaktiv zülaldır. Kəskin iltihabi prosesin zülalı 5 eyni subvahiddən ibarətdir. İltihabi proses zamanı qan zərdabında C-reaktiv zülalın miqdarı 10-100 dəfə artır. İltihabi prosesin ağırlığı artdıqca C-reaktiv zülalın miqdarının artması da baş verir. Aparılan tədqiqatlara görə, C-reaktiv zülal iltihabi prosesin və nekrozun spesifik və həssas indikatorudur. Qan zərdabında C-reaktiv zülalın klassik təyini radial immunodiffuziya və immunoturbidimetriya metodları ilə aparılır. Təyin edilmişdir ki, fizioloji hamiləlikdə C-reaktiv zülalın miqdarı 0,7-0,9 mq/dl-dir.

DQVƏC zamanı C-reaktiv proteinin (CRP) miqdarı 12,7 mq/dl-ə qədər artır [12, 14, 15, 205].

F.U.Qureshi [185] aparılan tədqiqatlar nəticəsində təyin etmişdir ki, hamiləliyin III trimestrində oliqohidramnionun səbəblərinə DQVƏC, dölün anadangəlmə anomaliyaları, ananın xronik ürək-ağciyər xəstəlikləri, hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri ağır plasentar çatmamazlıq aiddir. Təyin edilmişdir ki, AMİ-in 6-10 sm olması yüngül, AMİ-nin 5 sm-dən az olması orta ağır və ağır azsululuğa dəlalət edir.

Müəlliflər aparılan klinik-laborator tədqiqatlardan sonra 3 gün müddətində amin turşu tərkibli 500 ml infuzion terapiya aparmışdılar. Eyni zamanda hamilələrə dəmir, kalsium və multivitaminlər təyin edilmişdir. Aparılan müalicə nəticəsində AMİ-nin artması müşahidə edilmişdir. İnfuziyadan əvvəl AMİ- 4,7, infuziyadan 1 həftə sonra 5,8, 2 həftə sonra 6,2 sm olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, aparılan infuziya nəticəsində dölün çəkisinin nəzərə çarpacaq qədər artması qeyd olunur [157, 190, 194, 206].

BDİL (dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi) və oliqohidramnion olan qadınlarda amin turşu tərkibli məhlullardan 100 mq gündə 2 dəfə 3 gün müddətində və eyni zamanda fizioloji məhlul, ringer-laktat məhlulu, 5 %-li dekstroza məhlulu 2:1:2 nisbətində 3 gün müddətində təyin edilir. Müalicədən əvvəl müxtəlif dərəcəli BDİL və oliqohidramnionun rastgəlmə tezliyi cədvəl 1.3.1-də təqdim olunmuşdur [27, 56, 94, 95].

Cədvəl 1.3.1

P.V.Shivkumar et al. [193] görə BDİL və oliqohidramnionun rastgəlmə tezliyi

BDİL, həftə	Oliqohidramnionun ağırlıq dərəcəsi, AMİ, sm	Hamilələrin sayı
Yüngül BDİL (2 həftədən az)	Yüngül, AMİ 8 sm-dən çox	8
	Orta ağır AMİ 8-5 sm	8
	Ağır AMİ 5-dən az	4
Orta ağır BDİL (2-4 həftə)	Yüngül AMİ 8 sm-dən çox	8
	Orta ağır AMİ 8-5 sm	20
	Ağır AMİ 5 sm-dən az	15
Ağır BDİL (4 həftədən çox)	Yüngül AMİ 8 sm-dən çox	2
	Orta ağır AMİ 8-5 sm	15
	Ağır AMİ 5 sm-dən az	20

Aparılan elmi tədqiqatlara əsasən, dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi və oliqohidramnion olan qadınlarda venadaxili 5 %-li dekstroza məhlulunun, ringer-laktatın və amin turşu tərkibli məhlulların venadaxili infuziyası dölün çəkisinin və dölyanı mayenin miqdarının artması ilə nəticələnir P.V.Shirkumar et al. [193] tədqiqatlarına görə, venadaxili maye və amin turşu tərkibli məhlullar təyin olunan hamilələrdə AMİ-nin nəzərə çarpacaq qədər artması təyin olunur, bu müalicəni alan qadınlarda dölün çəkisinin 40 %-ə qədər artması təyin edilmişdir. Dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi və idiopatik oliqohidramnion olan qadınlarda amin turşu tərkibli məhlulların, 5 %-li dekstroza və ringer-laktatın təyini qısa bir müddətdə AMİ-ni nəzərə çarpacaq qədər artırır. Bu qadınların 60 %-da spontan fəsadsız doğuş, 22 %-də induksiya olunmuş doğuş, 10 %-də instrumental doğuş, 8 %-də qeysəriyyə kəsiyi olmuşdur.

Son illər hamiləliyin müddətini uzatmaq üçün azsululuq olan qadınlarda transabdominal amnioinfuziya metodunun istifadə olunması məsləhət görülür.

S.Chhabra et al. [56] transabdominal amnioinfuziyayı AMİ <5 sm olduqda hamiləliyin 24-34 həftəsində aparır. Amnioinfuziyaya göstərişlərdən təkdöllü hamiləlik, dölyanı mayenin 24 saat müddətinə qədər axması, dölün normal kardiotoqrafiya göstəricilərinin olması, ciftədə və döldə anomaliyaların olmaması qeyd edilir. Transabdominal amnioinfuziyaya əks göstərişlərdən doğuş fəaliyyətinin olması, xorioamnionitin klinik əlamətlərinin olması, istmikoservikal çatmamazlığın olması, uşaqlıq boynu uzunluğunun 4 mm-ə qədər azalması, anada ekstragenital və mamalıq fəsadlarının olması, o cümlədən hipertireodizm, hamiləlik müddətində hipertenziv vəziyyətlərin, hestasion diabetin olması [56, 185].

Amnioinfuziyadan qabaq steroid terapiya ilə müalicə aparılır. Hamilələrə 6 mq deksametazon 6 saatdan bir əzələ daxilinə 4 dəfə və 500 mq oral penicillin 6 saatdan bir 7 gün müddətində vurulur. Sonra isə amnioinfuziya aparılır. Amnioinfuziyadan qabaq 1 qr ampisillin venadaxili təyin edilir. Amnioinfuziya zamanı sonoqrafiya nəzarəti altında aseptik şəraitdə 20 mm uzunluqlu iynə ilə lokal anesteziyadan sonra transabdominal yolla amnion boşluğuna daxili olunur və 1 dəqiqədə 25-30 ml sürətlə 150-300 ml izotonik məhlul yeridilir. Bu infuziya nəticəsində hamiləliyin müddətinin artması döldə ağciyərlərin hipoplaziyasının tezliyinin azalması qeyd olunur. Müəlliflər təyin etmişdilər ki, antenatal transabdominal amnioinfuziya perinatal ölüm və xəstələnmə tezliyini nəzərə çarpacaq qədər azaldır. Bu müayinədə xorioamnionitin tezliyi 2,2 % qeyd olunur [56, 185].

Eyni zamanda transabdominal amnioinfuziyanın effektivliyi və fəsadları haqqında məlumatlar azdır.

2014-cü ildə Bakı şəhəri şəraitində Ş.B.Vahabova [7] uşaqlıq boynunun çatmamazlığı olan hamilələrdə gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin effektivliyini öyrənmişdir. Müqayisə olaraq istmiko-servikal çatmamazlıq olan qadınlarda yataq rejimindən (“Bed Rest” üsulundan) istifadə edilmişdir. Müəllif qeyd etmişdir ki, yataq rejimi üsulundan istifadənin göstərişləri hamilənin psixoemosional vəziyyətinin gərginliyi 36 %, DQVƏC 28 %, döl kisəsinin uşaqlıq boynunun xarici dəliyindən

qabarması 24 %, normal yerləşən ciftin vaxtından əvvəl qopması 8 %, ciftin aşağı seqment nahiyədə yerləşməsi 4 % olmuşdur. Yataq rejimindən istifadə olunan hamilələrin 16 %-də hestasiya müddəti 12-15 həftə, 24 %-də 18 həftə, 52 %-də 19-22 həftə, 8 % hamilədə isə 23-25 həftə olmuşdur. Yataq rejimi və ya “Bed Rest” üsulunda hamilələrə, Trendelenburq vəziyyətində infuzion, antibakterial, antikoagulyant, iltihabəleyhinə və simptomatik müalicə aparılır. “Bed Rest” üsulunun istifadəsində bir neçə çətinliklər qeyd edilir, o cümlədən hamilənin uzun müddət yataq rejimində qalması, aşağı ətraflarda qan dövranının durğunluğu, tromboz ehtimalının artması, hestasiya müddəti artdıqca tənəffüsün çətinlənməsi, bu vəziyyətdə qalmağın dözülməz olması, ətraflarda keyimə hissi, sidik ifrazının və defekasiyanın çətinliyi. Bu üsulun istifadə edilməsi zamanı hamiləliyi 1 həftədən 16 həftəyə qədər uzatmaq mümkündür.

Ş.B.Vahabova görə, [7] “Bed Rest” üsulundan istifadə edilən hamilələrin doğuş fəaliyyəti 30,4-2,7 həftədə başlamışdır. Müəllif təyin etmişdir ki, yataq rejimi üsulunun tətbiqi heç bir hamilədə vaxtında doğuşla nəticələnməmişdir. 44 % hamilələrdə 29-31 həftədə, 40 % hamilələrdə isə 32-33 həftədə doğuş baş vermişdir. Yataq rejimi istifadə olunan hamilələrin 36 %-də təbii yolla spontan doğuş, 64 %-də isə qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır. Təyin edilmişdir ki, istmiko-servikal çatmamazlığı olan qadınlarda yataq rejimindən istifadə zamanı perinatal ölüm 40 % olmuşdur. Bunlardan 8 %-də intranatal ölüm, 32 %-də isə postnatal dövrdə ölüm qeyd olunmuşdur.

Beləliklə, DQVƏC olan hamiləliklərin xüsusiyyətləri, doğuşun nəticələrinə aid elmi məlumatların olmasına baxmayaraq, Bakı şəhəri şəraitində azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun gedişatı xüsusiyyətləri, ana ölümü və xəstələnmə göstəriciləri haqqında elmi məlumatlar yoxdur. Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırkı tədqiqatın məqsədi təyin edilmişdir.

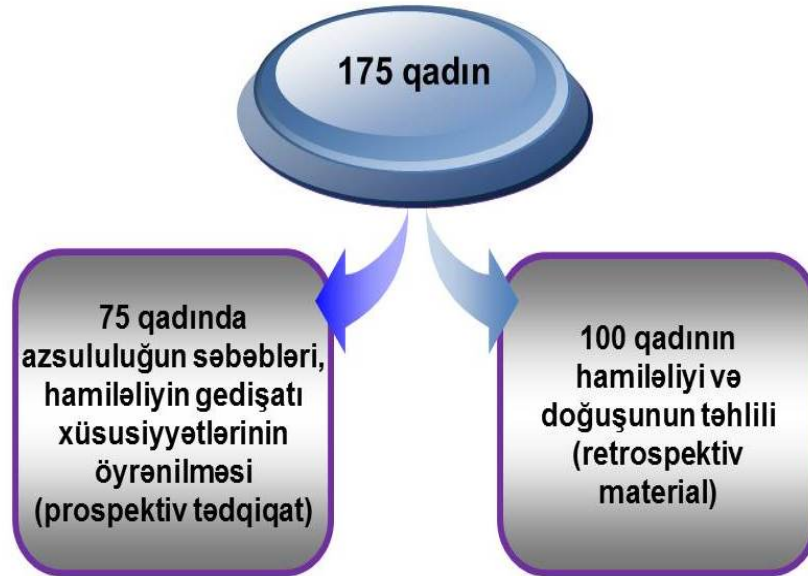
II FƏSİL

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqatı klinik xarakteristikası

Aparılan tədqiqatın məqsədi: azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun xüsusiyyətlərinin, müasir patogenetik müalicənin effektivliyinin öyrənilməsidir. Məqsədəuyğun olaraq Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin 1 saylı Klinik Xəstəxanasında azsululuq müşahidə olunan 100 qadının hamiləliyi və doğuşu təhlil edilmişdir (retrospektiv material).

Prospektiv olaraq 75 hamilədə azsululuğun səbəbləri, hamiləliyin gedişatı, klinik, laborator, exoqrafik, hormonal, mikrobioloji, biokimyəvi, hemostazioloji xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Klinik materialın xarakteristikəsi şəx.2.1-də təqdim edilir.



Şəx. 2. Klinik materialın xarakteristikəsi

2.1. Retrospektiv materialın klinik xarakteristikəsi

Aparılan tədqiqatda retrospektiv olaraq 100 azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun gedişatı xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Təyin edilmişdir ki,

retrospektiv tədqiqata daxil olan hamilə və doğan qadınların orta yaşı $26,9 \pm 0,61$ (19-45) yaş olmuşdur. Keçirilən somatik xəstəliklərin tezliyi cədvəl 2.1.1-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2.1.1

Retrospektiv materiala görə azsululuqla müşahidə olan hamilələrin və doğan qadınların somatik xəstəliklərinin tezliyi (%)

Xəstəliklər	Müt.	%	Xəstəliklər	Müt.	%
KRVI	56	27,2	Revmatizm, revmokardit	5	2,4
Anemiya	38	18,4	Məxmərək	4	1,9
Suçiçəyi	19	9,2	Öd daşı xəstəliyi	3	1,5
Tonzillit, tonzilektomiya	18	8,7	Miosteniya	3	1,5
Xronik piyelonefrit	18	8,7	Talassemiya	2	1,0
Qızılca	13	6,3	Sarılıq	2	1,0
Appendisit, appendektomiya	8	3,9	Epilepsiya	2	1,0
Xronik gastrit	7	1,9	Hidronefroz	2	1,0
Epidemik parotit	5	2,4	Sümük sarkoması	1	0,5

Qeyd: 1) 100 % bütün xəstəliklərin cəmi götürülüb; 2) KRVI- kəskin respirator virus infeksiyası

Cədvəl 2.1.1-dən göründüyü kimi, azsululuğu olan hamilələrdə yüksək tezliklə uşaq infeksiyon xəstəlikləri (19,8 %), anemiya (18,4 %), kəskin respirator virus infeksiyaları (KRVI) (27,2 %), xronik böyrək xəstəlikləri (9,7 %) rast gəlməmişdir.

Tədqiqatda arxiv materiala daxil edilən xəstələrin rezus amilli və qan qrupunun tezliyi araşdırılmışdır. Təyin edilmişdir ki, hamilələrin 68 %-də rezus müsbət (Rh(+)), 14 %-də isə rezus mənfi (Rh(-)) olmuşdur. Eyni zamanda 42 % qadınlarda 0(I) qan qrupu, 34 %-də A(II), 16 %-də B(III), 8 %-də isə AB(IV) qan qrupu təyin edilmişdir.

Beləliklə, retrospektiv tədqiqata görə, 42 % xəstələrdə 0(I) qan qrupu olmuşdur, 86 % isə Rh(+) olmuşdur.

Aybaşı funksiyasının xüsusiyyətləri öyrənilərkən müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan qadınların və doğan qadınların menarxesi $13,26 \pm 0,15$ (10-16) yaşından, aybaşı tsikli $31,0 \pm 0,25$ (26-33) gün requlyar, aybaşı müddəti isə $3,35 \pm 0,11$ (2-7) gün olmuşdur. Cinsi həyat $22,25 \pm 0,12$ (16-37) yaş qeyd edilmişdir. Ginekoloji xəstəliklərin tezliyi cədvəl 2.1.2-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2.1.2

Azsoluluğu olan hamilə və doğan qadınların ginekoloji xəstəliklərinin tezliyi (%)

Xəstəliklər	Müt.	%	Xəstəliklər	Müt.	%
Kolpit	72	34,8	Yumurtalıqların polikistoz sindromu	15	7,3
Uşaqlıq boynunun eroziyası	32	15,5	Uşaqlığın mioması	13	6,3
Servisit	32	15,5	Yumurtalıqların sadə sisti	4	1,9
Xronik salpinqooforit	21	10,1	Dermoid sist, sistektomiya	2	1,0
Sonsuzluq	16	7,7			

Cədvəl 2.1.2.-dən göründüyü kimi, retrospektiv materiala daxil olan hamilələrdə yüksək tezliklə reproduktiv orqanların iltihabı xəstəlikləri (60,4 %), displastik proseslər (15,5 %), reproduktiv orqanların şiş və şişəbənzər törəmələri (16,5 %) qeyd olunmuşdur.

Reproduktiv funksiyayı öyrənərkən təyin edilmişdir ki, hamilələri və doğan qadınların 45-də (45 %) ilk hamiləliyi, 55-də (55 %) təkrar hamiləlik olmuşdur.

Təkrar hamilələrin 20-də (36,4 %) 2 hamiləlik, 8-də (14,5 %) 3 hamiləlik, 27-də (49,1 %) 3-dən çox hamiləlik olmuşdur.

Beləliklə, azsoluluq olan hamilələrdə təkrar hamiləliyi olan qadınlar bir qədər üstünlük təşkil etmişdir.

Tədqiqata daxil olan qadınlarda hestasiya müddətinə görə doğuşun baş vermə vaxtı öyrənilmişdir.

Təyin edilmişdir ki, 42 % qadınlarda doğuş 22-28 həftəyə qədər və orta hesabla $24,64 \pm 0,32$ (21-28) həftədə baş vermişdir. 11 %-də 29-31 həftədə və orta hesabla $29,91 \pm 0,28$ (29-31) həftədə, 35 %-də 32-34 həftədə və orta hesabla $33,59 \pm 0,08$ (32-34) həftədə, 12 %-də isə 35-36 həftədə orta hesabla $35,1 \pm 0,08$ (35-36) həftədə baş vermişdir.

Təkrar doğan hamilələrdə doğuşların, spontan düşüklərin, süni abortların, inkişafdan qalmış hamiləliklərin, boru hamiləliyin tezliyi cədvəl 2.1.3-də təqdim edilmişdir.

Bu cədvəldən göründüyü kimi, təkrar doğan qadınların 50 %-də doğuşlar, o cümlədən qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, təkrar doğan hamilələrin 30,2 %-də anamnezində süni abortlar qeyd olunmuşdur.

**Azsoluluğu olan təkrar doğan qadınların mamalıq anamnezinin
xüsusiyyətləri (n=55)**

Göstəricilər	Müt	%
Doğuşların, (o cümlədən, qeysəriyyə kəsiyinin) sayı	53	50
Süni abortların sayı	32	30,2
Spontan düşüklərin sayı	16	15,1
İnkişafdan qalmış hamiləliklərin sayı	3	2,8
Boru hamiləliklərinin sayı	2	1,9

Beləliklə, azsoluluq müşahidə olunan hamilələrdə yüksək tezliklə doğuşlar və süni abortlar təyin edilmişdir.

Azsoluluqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun gedişatı, nəticələri, dölə və yeni doğulmuşu təsiri, azsoluluğun diaqnostik xüsusiyyətləri və səbəbləri III fəsilə təqdim edilmişdir.

2.2. Prospektiv materialın klinik xarakteristikası

Tədqiqatın prospektiv materialına müxtəlif səbəbli azsoluluğu olan 75 qadın daxil edilmişdir. Tədqiqat Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin Perinatal Mərkəzində aparılmışdır.

Prospektiv tədqiqata görə azsoluluğu olan hamilələrin orta yaşı $26,1 \pm 0,64$ (18-36) yaş olmuşdur.

Prospektiv tədqiqata daxil olan hamilələrin və doğan qadınların keçirdiyi somatik xəstəliklərin tezliyi cədvəl 2.2.1-də təqdim edilmişdir.

Bu cədvəldən görüldüyü kimi, azsoluluqla müşahidə olunan hamiləliklərdə yüksək tezliklə uşaq infeksiya xəstəlikləri (13,6 %), xronik iltihabı xəstəliklər (28,7 %), KRVİ (19 %), anemiya (10,2 %) qeyd edilir.

Müayinə olunan hamilələrin 67-də (89,3 %) rezus müsbət (Rh(+)), 8-də (10,7 %) rezus mənfi (Rh(-)) olmuşdur. Qan qruplarını araşdırarkən müəyyən edilir ki, hamilələrin 34-də (45,3 %) 0(I) qan qrupu, 22-də (29,3 %) A(II) qan qrupu, 16-da (21,3 %) B(III) qan qrupu, 3-də (4 %) AB(IV) qan qrupu olmuşdur.

**Prospektiv materiala görə azsululuğu olan hamilə və doğan qadınların
somatik xəstəliklərin tezliyi (%)**

Xəstəliklər	Müt.	%	Xəstəliklər	Müt.	%
KRVI	67	19	Rinoplastika	11	3,1
Anemiya	36	10,2	Hepatit A	10	2,8
Xronik sistit	31	8,8	Xronik tonsillit, tonsilektomiya	9	2,6
Xronik qastrit	29	8,2	Xronik bronxit	8	2,3
Qızılca	25	7,1	Xronik enterokolit	7	2,0
Suçiçəyi	19	5,4	Appendisit	6	1,7
Xronik piyelonefrit	17	4,8	Epidemik parotit	4	1,1
Allergiya	17	4,8	Tireoidit	4	1,1
Revmatizm	16	4,5	Epilepsiya	3	0,9
Vegetodamar distoniyası hipertonik tipli	16	4,5	Onurğanın fəqərəarası disk yırığı əməliyyatı	2	0,6
Miopiya	15	4,3			

Reproduktiv funksiyanın formalaşma xüsusiyyətlərini araşdırarkən müəyyən edilmişdir ki, azsululuğu olan hamilələrin menarxesi $12,28 \pm 0,07$ (11-14) yaş, aybaşı funksiyası müntəzəm, requlyar, $30,5 \pm 0,11$ (24-35) gündən bir olmuşdur, aybaşı müddəti isə $3,17 \pm 0,08$ (3-7) gün olmuşdur. Cinsi həyat $22,46 \pm 0,55$ (15-33) yaşdan qeyd edilir.

Prospektiv materiala görə, hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan qadınların ginekoloji xəstəliklərinin tezliyi öyrənilmişdir və cədvəl 2.2.2-də təqdim edilmişdir.

Bu cədvəldən görüldüyü kimi, prospektiv tədqiqata daxil olan hamilələrdə yüksək tezliklə reproduktiv orqanların iltihabı xəstəlikləri (40 %), hiperplastik prosesləri (5,1 %), şiş və şişəbənzər törəmələri (13,5 %) rast gəlinir.

Reproduktiv funksiyanı təhlil edərkən müəyyən olunmuşdur ki, azsululuğu olan 75 hamilədən 22-də (29,3 %) ilk hamiləlik, 53-də (70,7 %) təkrar hamiləlik olmuşdur. Təkrar hamilələrin 25-də (47,2 %) 2 hamiləlik, 13-də (24,5 %) 1 hamiləlik, 15-də (28,3 %) 4-dən çox hamiləlik qeyd olunur (cədvəl 2.2.2).

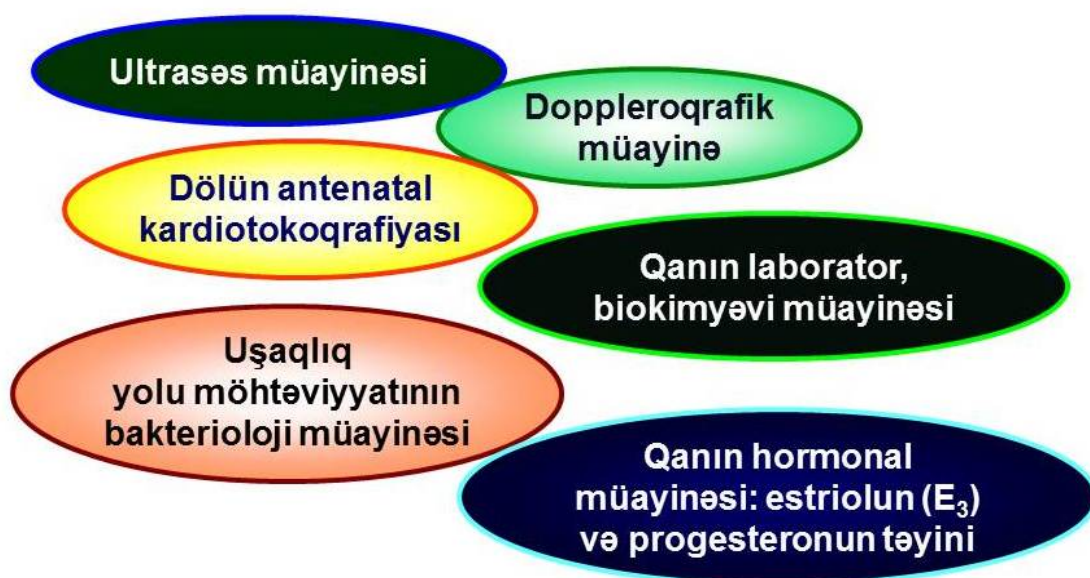
Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin gedişatı, klinik, funksional, hormonal, mikrobioloji təzahürü, fetoplasentar sistemin vəziyyəti, doğuşun xüsusiyyətləri III fəsildə təqdim edilir.

**Hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan qadınların
ginekoloji xəstəliklərinin tezliyi (prospektiv materiala görə)**

Ginekoloji xəstəliklər	Müt.	%	Ginekoloji xəstəliklər	Müt.	%
Xronik kolpit	38	24,5	Bakterial vaginoz	7	4,5
Xronik salpinqooforit	24	15,5	Yumurtalıq polikistoz sindromu	7	4,5
Uşaqlıq boynunun eroziyası	24	15,5	Endometrium hiperplaziyası	5	3,2
Servisit	17	11	Follikulyar sist	5	3,2
Sonsuzluq	12	7,7	Endometrioz	4	2,6
Uşaqlıq mioması	9	5,8	Endometriumun polipi	3	1,9

2.3. Müayinə metodları

Aparılan tədqiqatda azsululuq müşahidə olunan bütün qadınların hamiləliyin dinamikasında ultrasəs müayinəsi, doppleroqrafik müayinə, dölün antenatal kardiotoqrafiyası, qanın laborator, hormonal, biokimyəvi müayinəsi, uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsi, uşaqlıq yolundan yaxmanın mikroskopik müayinəsi aparılmışdır. Müayinə metodları şəkil 2.3.1-də təqdim olunmuşdur.



Şəkil 2.3.1. Tədqiqatın müayinə metodları

Qanın hormonal müayinəsi

Hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan qadınlar qan zərdabında kompleks patogenetik müalicədən əvvəl və sonra estriolun (E_3) və progesteronun (P) səviyyəsi təyin edilir. Müayinə üçün qan hamilənin dirsək venasından səhər saatlarında acqarına götürülür. Götürülən qanın 15-20 dəqiqə müddətində 2000 dövr/dəq sürətlə sentrifüqada fırladılmasından sonra alınan zərdabda estriolun və progesteronun immunoferment metodla miqdarı təyin edilir. Bu hormonların müayinəsi Elisa Test Xuman (Germany) test sisteminin standart dəsti ilə aparılmışdır. Testin təsir prinsipinə əsasən, təyin edilən hormonla bərk fazada fiksə olunan antitel ilə birləşərək peroksidaza ilə nişanlanmış E_3 və P ilə rəqabətində əsaslanmışdır. Nümunədəki E_3 və P qatılıqları müxtəlif olan 4 standart analizin nəticələri əsasında qurulmuş dərəcəli əyriyə əsasən, müəyyən edilmişdir. Reaksiya qurduqdan sonra rənglənmənin intensivliyi spektrofotometrə 450nm dalğa uzunluğunda ölçülür. Təyin edilən hormonların göstəriciləri “Şəfa” laboratoriyasında fizioloji hamiləlikdə hormonlarının səviyyəsi ilə müqayisə olunmuşdur.

Qanda plasental zülalların təyini

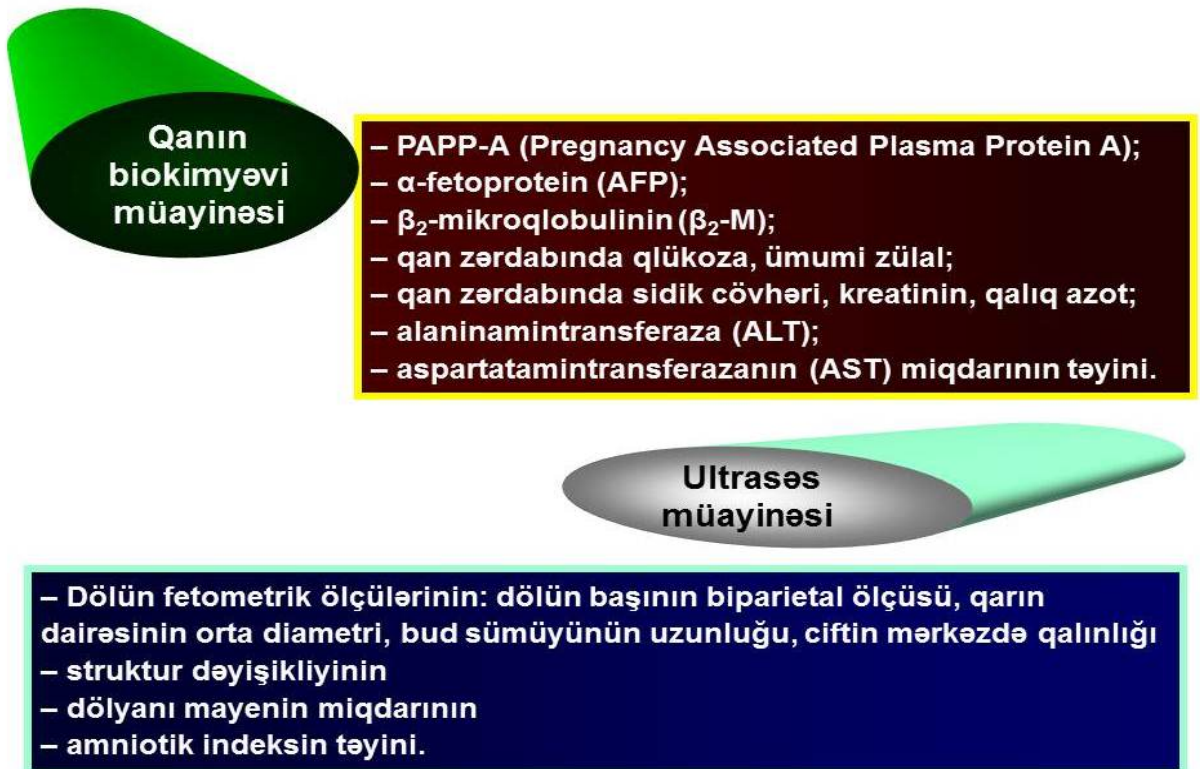
Aparılmış tədqiqatda hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan qadınların qan zərdabında PAPP-A, α -fetoprotein (α FP), β_2 -mikroqlobulinin (β_2 -M) miqdarı təyin edilmişdir.

PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) qlikoproteindir, molekulyar çəkisi 200 kDa-dır. Hamiləliyin ilk həftəsindən qeyd olunur və hamiləliyin dinamikasında artır. PAPP-A-ın əsas sintez yeri trofoblastdır. Tədqiqatda PAPP-A elektrohəmolüminessensia metodu ilə “ECLIA” immunanalizatorunda təyin edilmişdir.

α -fetoprotein albuminəbənzər proteindir. Molekulyar çəkisi 70000 daltoudur. Embriyonun kisəsində, differensasiya olmamış qaraciyər hüceyrələrində və dölün mədə-bağırsaq sistemində ifraz olunur. Elektrohəmolüminessent metodu ilə “ECLIA” immunanalizatorunda təyin edilir.

β_2 -mikroqlobulin yüksək zəncirli protein, HLA-I sinif antigeninə aiddir və bütün nüvəli hüceyrələrin membranında ifraz olunur. β_2 -mikroqlobulinin sintez və metabolizmi stabil olaraq qalır, qan zərdabında dəyişməsi müxtəlif xəstəliklərə dəlalət edir. β_2 -mikroqlobulin “ELISA” immun sınağı ilə (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) təyin edilir. Qan zərdabında miqdarı 2,5 mq/l-dən azdır.

Plasentar zülallar Bakı şəhərinin “Şəfa” laboratoriyasında təyin edilmişdir. Hormonal, biokimyəvi və funksional müayinələr şəkil 2.3.2-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 2.3.2. Tədqiqatın hormonal, biokimyəvi və ultrasəs müayinələrin göstəriciləri

Qanın biokimyəvi tədqiqatı

Azsoluluğu olan hamilə qadınlarda hamiləliyin dinamikasında qan zərdabında qlükoza, ümumi zülal, sidik cövhəri, kreatinin, qalıq azot, alaninamintransferaza (ALT), aspartatamintransferazanın (AST) miqdarı təyin olunmuşdur. Biokimyəvi göstəricilər İtaliyanın Diasis firmasının reaktivlərinin köməyi ilə təyin edilmişdir.

Ultrasəs müayinəsi

Azsoluluq müşahidə olunan hamilə qadınlarda dölün və ciftin ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Dölün fetometrik ölçüləri, o cümlədən dölün başının biparietal (BP) ölçüsü, qarın dairəsinin orta diametri, bud sümüyünün uzunluğu, ciftin mərkəzdə qalınlığı, struktur dəyişikliyi, dölyanı mayenin miqdarı və amniotik indeks təyin edilmişdir. USM-ə uşaqlıq əzələsinin tonusu, qalınlaşması, qum saati tipdə dəyişməsi, uşaqlıq boynunun uzunluğu daxil edilmişdir.

Amniotik maye indeksinin (AMİ) <5sm olması oliqohidramnion, AMİ-nin 5-25 sm olması dölyanı mayenin normal miqdarı, AMİ-nin >25sm olması polihidramnion kimi qəbul olunur.

Ciftin yetişkənlik dərəcəsinin qiymətləndirilməsi.

Ciftin yetişkənlik dərəcəsinə qiymətləndirmək üçün Grannun P.A. et. al. 1979) şkalasından istifadə olunmuşdur (cədvəl 2.3.1).

Cədvəl 2.3.1

P.A.Grannun et al. (1979) görə ciftin yetişkənlik dərəcəsinin exoqrafik təyini

Ciftin yetişkənlik dərəcəsi	Xorial membran	Parenxima	Bazal qat
0	Düz, hamar	Homogen	İdentifikasiya olunmur
I	Bir qədər dalğavari	Az miqdarda exogen sahələr	-
II	Bazal qata çatmayan dərinliklər	Vergül formasında exogen bərkləşmələr	Kiçik exogen sahələrin xətt boyu yerləşməsi (bazal punktir)
III	Bazal qata çatan dərinliklər	Akustik kölgə verən böyük qeyri-düz formalı bərkləşmələr	Akustik kölgə verən böyük və qismən birləşən exogen sahələr

Alınan nəticələr P.W.Callen (2011) normativ göstəriciləri ilə müqayisə olunmuşdur. Normativ göstəricilər cədvəl 2.3.2-də təqdim olunmuşdur.

P.W.Callen (2011) görə hestasiya müddətindən asılı olaraq ciftin qalınlığının normativ göstəriciləri cədvəl 2.3.3-də təqdim olunmuşdur.

P.W.Callen (2011) görə dölün biometrik göstəriciləri

Hestasiya yaşı, həftə	Biparietal ölçü, mm			Başın çevrəsi, mm			Qarının çevrəsi, mm			Bud sümüyünün uzunluğu, mm		
	Prosentil											
	10	50	90	10	50	90	10	50	90	10	50	90
16	31	34	37	112	124	136	88	102	116	17	20	23
17	34	38	42	121	135	149	93	112	131	20	24	28
18	37	42	47	131	146	161	104	124	144	23	27	31
19	41	45	49	142	158	174	114	134	154	26	30	34
20	43	48	53	154	170	186	124	144	164	29	33	37
21	46	51	56	166	183	200	137	157	177	32	36	40
22	48	54	60	178	195	212	148	169	190	35	39	43
23	52	58	64	190	207	224	160	181	202	37	41	45
24	55	61	67	201	219	237	172	193	224	40	44	48
25	58	64	70	214	232	250	183	206	229	42	46	50
26	61	67	73	224	243	262	194	217	240	45	49	53
27	64	70	76	235	254	273	205	229	253	47	51	55
28	67	73	79	245	265	285	217	241	265	49	53	57
29	70	76	82	255	275	295	228	253	278	50	55	60
30	71	78	85	265	285	305	238	264	290	52	57	62
31	73	80	87	273	294	315	247	274	301	54	59	64
32	75	82	89	283	304	325	258	286	314	58	63	66
33	77	84	91	289	311	333	267	296	325	58	63	70
34	79	86	93	295	317	339	276	306	336	60	65	70
35	81	88	95	299	322	345	285	315	345	62	67	72
36	83	90	97	303	326	349	292	323	354	64	69	74
37	85	92	98	307	330	353	299	330	361	66	71	76
38	86	94	100	309	333	357	304	336	368	68	73	78
39	88	95	102	311	335	359	310	342	374	69	74	79
40	89	96	103	312	337	362	313	347	381	70	75	80

Ciftin qalınlığının fetometrik göstəriciləri

Hestasiyanın müddəti, həftə	Ciftin qalınlığı, mm	Hestasiyanın müddəti, həftə	Ciftin qalınlığı, mm
20	21,96 (16,7-28,6)	31	31,33 (24,6-40,6)
21	22,81 (17,4-29,7)	32	32,18 (25,3-41,6)
22	23,66 (18,1-30,7)	33	33,04 (26,0-42,7)
23	24,52 (18,8-31,8)	34	33,89 (26,8-43,8)
24	25,37 (19,6-32,9)	35	34,74 (27,5-44,9)
25	26,22 (20,3-34,0)	36	35,59 (28,2-46,0)
26	27,07 (21,0-35,1)	37	34,35 (27,8-45,8)
27	27,92 (21,7-36,2)	38	34,07 (27,5-45,5)
28	28,78 (22,4-37,3)	39	33,78 (27,1-45,3)
29	29,63 (23,2-38,4)	40	33,50 (26,7-45,0)
30	30,48 (23,9-39,5)		

Doppleroqrafik müayinə

Ana-cift və döl-cift qan dövranının qiymətləndirilməsi üçün, sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında, göbək ciyəsi arteriyasında və dölün orta beyin arteriyasında rezistentlik indeksi (Rİ), pulsasion indeks (Pİ) təyin edilmişdir.

Rezistentlik indeksi təqdim olunan düsturla təyin edilmişdir:

$$R\dot{I} = \frac{C - D}{C} \quad (2.3.1)$$

Bu düstura görə, C – qanın axımının maksimal sistolik sürətini, D – qan axımının diastolik sürətinin sonunu göstərir.

Pulsasion indeks aşağıdakı düsturla hesablanmışdır:

$$P\dot{I} = \frac{C - D}{V} \quad (2.3.2)$$

Burada V – qan axımının orta sürətidir. Doppleroqrafiyada alınan nəticələr F.Bahlmann et al. (2000) fizioloji göstəriciləri ilə müqayisə olunmuşdur.

F.Bahlmann et al. (2000)-a görə, arteriya uterinada Rİ, Pİ, $V_{(orta)}$ -nın fizioloji göstəriciləri cədvəl 2.3.4-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2.3.4

F.Bahlmann et al. (2000) görə arteriya uterinada

Rİ, Pİ, $V_{(orta)}$ -nın fizioloji göstəriciləri

Hamiləlik müddəti	Rİ	Pİ	$V_{(orta)}$	S/D	Hamiləlik müddəti	Rİ	Pİ	$V_{(orta)}$	S/D
18	0,447	0,888	43,458	2,5-2,10	29	0,378	0,722	49,604	1,76-1,80
19	0,429	0,838	44,025	2,5-2,10	30	0,375	0,716	49,716	1,76-1,80
20	0,419	0,812	44,831	1,910-1,98	31	0,372	0,711	49,790	1,76-1,80
21	0,411	0,795	45,704	1,910-1,98	32	0,370	0,705	49,836	1,7-1,76
22	0,405	0,781	46,545	1,910-1,98	33	0,368	0,700	49,863	1,7-1,76
23	0,400	0,769	47,301	1,89-1,93	34	0,366	0,695	49,878	1,7-1,76
24	0,395	0,759	47,945	1,89-1,93	35	0,364	0,690	49,886	1,66-1,7
25	0,391	0,751	48,473	1,89-1,93	36	0,362	0,684	49,889	1,66-1,7
26	0,387	0,743	48,889	1,81-1,85	37	0,360	0,679	49,891	1,66-1,7
27	0,384	0,736	49,206	1,81-1,85	38	0,358	0,674	49,891	1,67-1,71
28	0,380	0,729	49,439	1,81-1,85					

F.Bahlmann et al. (2000)-a görə, göbək ciyəsi arteriyasında Rİ, Pİ və V_(orta)-nin normativ göstəriciləri cədvəl 2.3.5-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2.3.5

**F.Bahlmann et al. (2000) görə göbək ciyəsi arteriyasının
Rİ, Pİ, V(orta)-nın fizioloji göstəriciləri**

Hamiləlik müddəti	Rİ	Pİ	V _(orta)	S/D	Hamiləlik müddəti	Rİ	Pİ	V _(orta)	S/D
18	0,713	1,018	18,188	4,55-4,67	29	0,615	1,031	28,792	2,88-2,94
19	0,700	1,250	19,336	4,55-4,67	30	0,608	1,014	29,643	2,88-2,94
20	0,690	1,216	20,403	3,87-3,95	31	0,600	0,997	30,481	2,88-2,94
21	0,680	1,189	21,425	3,87-3,95	32	0,592	0,980	31,307	2,48-2,52
22	0,671	1,165	22,415	3,87-3,95	33	0,584	0,963	32,119	2,48-2,52
23	0,663	1,142	23,380	3,41-3,61	34	0,576	0,946	32,918	2,48-2,52
24	0,655	1,122	24,323	3,41-3,61	35	0,567	0,928	33,703	2,4-2,45
25	0,646	1,102	25,248	3,41-3,61	36	0,559	0,910	34,473	2,4-2,45
26	0,639	1,084	26,156	3,191-3,27	37	0,550	0,891	35,228	2,4-2,45
27	0,631	1,065	27,049	3,191-3,27	38	0,540	0,872	35,966	2,19-2,22
28	0,623	1,048	27,927	3,191-3,27					

F.Bahlmann et al. (2000) görə, dölün orta beyin arteriyasında, Pİ və V_(orta)-nin fizioloji göstəriciləri cədvəl 2.3.6-da təqdim olunub.

Cədvəl 2.3.6

**F.Bahlmann et al. (2000) görə dölün orta beyin arteriyasının
Rİ, Pİ, V(orta)-nın fizioloji göstəriciləri**

Hamiləlik müddəti	Rİ	Pİ	V(orta)	Hamiləlik müddəti	Rİ	Pİ	V(orta)
18	0,782	1,848	11,202	29	0,782	1,848	16,243
19	0,782	1,848	11,245	30	0,782	1,847	17,206
20	0,782	1,848	11,355	31	0,782	1,845	18,235
21	0,782	1,848	11,543	32	0,781	1,840	19,320
22	0,782	1,848	11,816	33	0,780	1,829	20,452
23	0,782	1,848	12,179	34	0,777	1,805	21,618
24	0,782	1,848	12,633	35	0,771	1,762	22,804
25	0,782	1,848	13,180	36	0,758	1,696	23,994
26	0,782	1,848	13,817	37	0,737	1,612	25,168
27	0,782	1,848	14,543	38	0,708	1,524	26,305
28	0,782	1,848	15,353				

Kardiotokoqrafik müayinə

Dölün vəziyyətini təyin etmək üçün hamiləliyin 29-30 həftəsində azsululuğun kompleks patogenetik terapiyasından əvvəl və sonra kardiotokoqrafiya (KTQ) müayinəsi aparılmışdır. Kardiotokoqrammanın analizində aşağıdakı göstəricilər təyin edilmişdir.

Haa – asta akselerasiyanın amplitudalarının toplusu

tsr – stabil ritmin ümumi davamiyyəti, %-lə

$\frac{\max h_{ya}}{\max h_{sr}}$ – aşağı akselerasiyanın maksimal amplitudasının stabil ritmi

Dölün vəziyyətinin göstəricisi (DVG) В.Н.Демидов tərəfindən təqdim olunmuş riyazi düsturla təyin edilmişdir.

$$DVG (KTQ) = 0,0155 \times tsr - 0,0000087 \times h_{aa} - 0,0064 \times h_{aa} + \max h_{\frac{0,33}{ya/stabil\ ritm}} + 0,95 \quad (2.3.3)$$

Alınan nəticələrə görə, $DVG \leq 1$ dəq normal hesab edilir.

1-2 qədər – dölün xronik hipoksiyasının başlanmış əlamətləri;

DVG 2-3 olması dölün xronik hipoksiyasının nəzərə çaracağı əlamətləri;

DVG $3 \geq$ olması – dölün ana bətnində təhlükəli vəziyyəti.

Uşaqlıq yolunun möhtəviyyətinin mikrobioloji analizi.

2.4. Alınan nəticələrin statistik işlənməsi

Aparılan tədqiqat nəticəsində alınan nəticələr statistik işlənməyə məruz qalmışdır. Qrup göstəriciləri variasiya sırasında yerləşdirilmişdir. Hər qrup üçün orta arifmetik qiymət (m), orta arifmetik qiymətin orta kvadratik meyli (λ^2), onun standart xətası (Se), eyni zamanda sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri müəyyən olunub.

Qruplarda və yarımqruplarda kəmiyyət göstəricilərinin işlənməsində qeyri-parametrik üsul olan U (Uilkokson-Manna-Uitni) meyarı tətbiq edilmişdir.

Uikokson-Manna-Uitni meyarı aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$W = \frac{n_1(n_1 + n_2) - 2R_{\min}}{\sqrt{n_1 n_2 (n_1 + n_2)}} \quad (2.4.1)$$

Burada:

n_1, n_2 – müqayisə edilən qruplarda verilənlərin sayı,

R_1, R_2 – onların ranqları cəmidir,

$R_{\min} = \min \{R_1, R_2\}$

Əsas və müqayisəli qruplarda araşdırılan parametrlər arasında əlaqənin qabarıqlığını təyin etmək üçün K. Pirson tərəfindən təklif olunmuş assosiasiya əmsalı və ya əlaqənin tetraxorik göstəricisindən istifadə olunub.

Statistik işlənmə, orta qiymətin parametrik və qeyri-parametrik üsullarla hesablanması üçün nəzərdə tutulmuş “Statgraph” proqramı tətbiq etməklə aparılmışdır.

III FƏSİL

ŞƏXSİ TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ

3.1. Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin, doğuşun gedişatı xüsusiyyətləri, anaya, dölə, yenidoğulmuşu təsiri (retrospektiv tədqiqatın nəticələri)

Aparılan tədqiqatda 100 azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin və doğuşun nəticələri, dölə və yenidoğulmuşu olan təsiri öyrənilmişdir.

Retrospektiv materiala görə, tədqiqata daxil olan qadınların yaşı $26,9 \pm 0,61$ (19-45) yaş qeyd olunmuşdur. Keçirilən xəstəliklər, o cümlədən ginekoloji xəstəliklərin tezliyi, reproduktiv funksiyanın xüsusiyyətləri fəsil II-də təqdim edilmişdir.

Retrospektiv materiala görə, azsululuğu olan doğan qadınların çəkisi $65,82 \pm 1,03$ (49-105) kq, boyu isə $159,78 \pm 0,57$ (148-175) sm olmuşdur.

Tədqiqata daxil olan qadınların sistolik arterial təzyiqi $116,3 \pm 1,76$ (80-170) mm c süt, diastolik təzyiqi isə $73,01 \pm 1,1$ (60,1-100,0) mm c süt olmuşdur.

Hamiləliyi azsululuqla müşahidə edilən doğan qadınların hestasiya müddətinə görə, tezliyi şəkil 3.1.1-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.1.1. Hamiləliyi azsululuqla müşahidə edilən qadınların hestasiya müddətinə görə tezliyi (retrospektiv materiala görə)

Şəkil 3.1.1-dən göründüyü kimi, azsululuğu olan qadınların 42 %-də hamiləliyin pozulması 22-28 həftədə, 46 %-də isə 29-33 həftədə baş verib.

Beləliklə, hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan qadınların doğuş vaxtı 88 % tezliklə hamiləliyin 22-33 həftəsi olmuşdur.

Doğuşun başvermə vaxtı cədvəl 3.1.1-də təqdim edilir.

Cədvəl 3.1.1

Hamiləliyi azsululuqla müşahidə edilən qadınların doğuş vaxtı (M±Se)

Hamiləliyin müddəti	Doğuşun baş vermə müddəti
22-28 həftə (n=42)	24,69±0,32 (22-28)
29-33 həftə (n=46)	31,75±0,11 (29-33)
34-36 həftə (n=12)	35,1±0,008 (34-36)

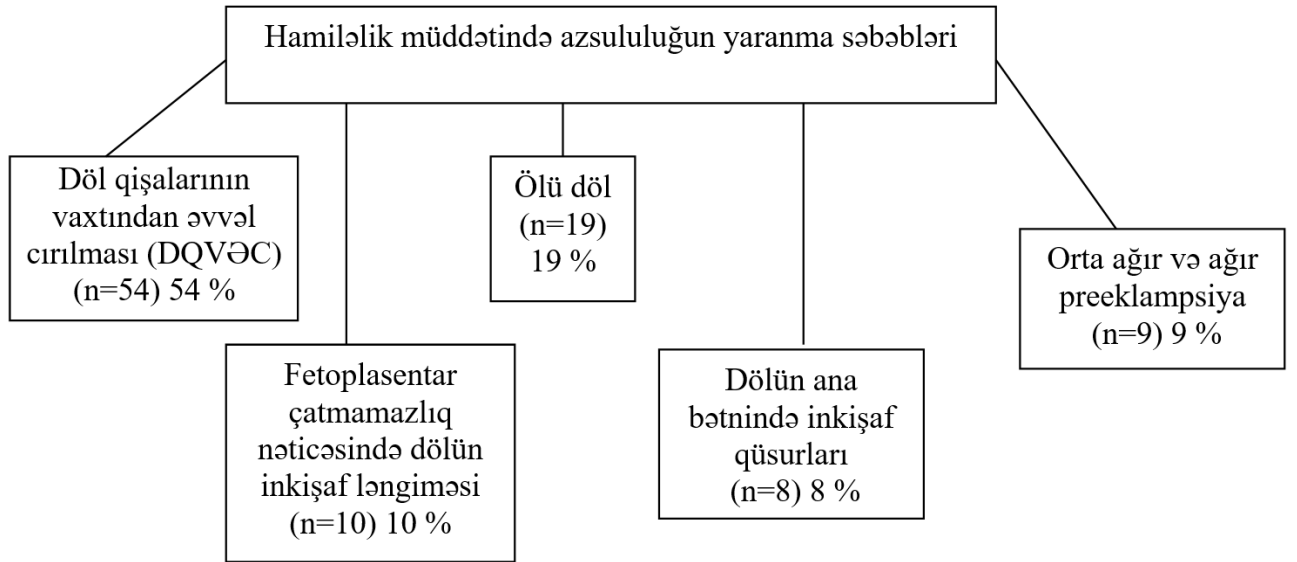
Cədvəl 3.1.1-də göründüyü kimi, hestasiya müddətindən asılı olmayaraq azsululuq olan hamilələrdə yüksək tezliklə çox erkən və erkən vaxtından qabaq doğuşlar qeyd olunur.

Çox erkən vaxtından qabaq doğuşlar (22-28 həftədə) 42 %-də, orta hesabla 24,69±0,32 həftədə, erkən vaxtından qabaq doğuşlar (29-33 həftədə) 46 %-da, orta hesabla 31,75±0,11 həftədə, xüsusi vaxtından qabaq doğuşlar (34-36 həftədə) 12 % xəstədə, orta hesabla 35,1±0,11 həftədə olmuşdur.

Retrospektiv materialı təhlil edərəkən şərti olaraq azsululuğun yaranma səbəbləri ayrı-ayrı qruplara bölünmüşdür. Alınan nəticələr sxem 3.1.1-də təqdim olunmuşdur.

Təyin edilmişdir ki, azsululuğun güman olunan səbəblərindən yüksək tezliklə DQVƏC (54 %), ölü döl (19 %), fetoplasentar çatmamazlığın klinik əlaməti olan dölün inkişaf ləngiməsi (10 %), dölün ana bətnində inkişaf qüsurları (8 %) və orta ağır və ağır preeklampsiya (9 %) olmuşdur.

Azsululuğu yaradan səbəblərin hestasiya müddətinə görə, tezliyi sxem 3.1.1.-də təqdim edilmişdir.



**Sxem 3.1.1. Azsululuğun yaranma səbəblərinin rastgəlmə tezliyi
(retrospektiv materiala görə)**

Retrospektiv materiala görə, DQVƏC və doğuş fəaliyyətinin başlanması olan qadınlardan (n=54) 14-də (26 %) doğuş 22-28 həftədə, 15-də (27,8 %) 29-33 həftədə, 25-də (46,3 %) isə 34-36 həftədə qeyd olunmuşdur.

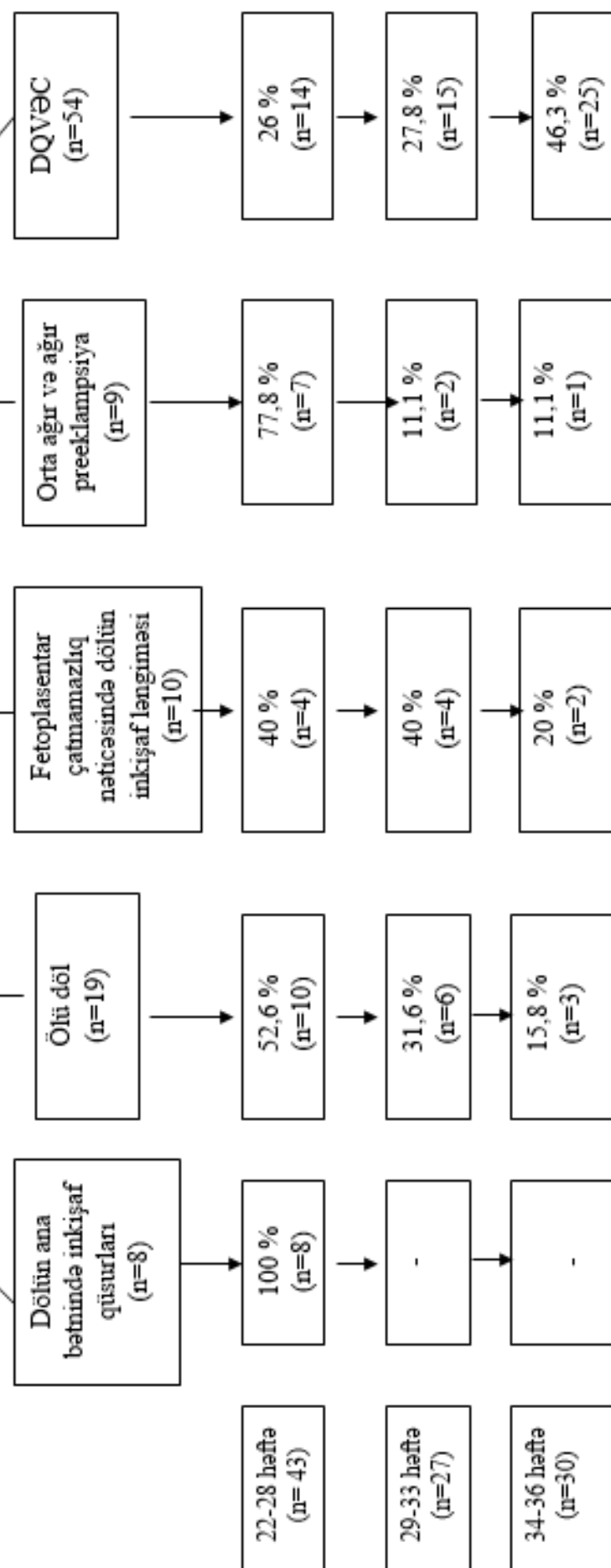
Hamiləliyi azsululuqla müşahidə edilən, fetoplasentar çatmamazlıq nəticəsində dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi (BDİL) olan qadınlardan 4-də (40 %) doğuş hestasiyanın 22-28 həftəsində, 4-də (40 %) 29-33 həftəsində, 2-də (20 %) 34-36 həftəsində baş vermişdir.

Ölü döl olan 19 doğan qadının (n=19) 10-da (52,6 %) doğuş hestasiyanın 22-28 həftəsində, 6-da (31,6 %) 29-33 həftəsində, 3-də (15,8 %) 34-36 həftəsində baş vermişdir.

Aparılan retrospektiv tədqiqata görə, azsululuq müşahidə olunan və dölün ana bətnində inkişaf qüsurları olan 8 qadının hamısında (100 %) doğuş hamiləliyin 22-28 həftəsində baş vermişdir.

Tədqiqatda 9 % qadında (n=9) hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri qeyd edilmişdir. Bunlarda orta ağır və ağır dərəcəli preeklampsianın klinik əlamətləri qeyd olunmuşdur. İntensiv terapiyanın effektsizliyini nəzərə alaraq bu qadınlardan hamiləliyi müxtəlif hestasiya müddətində pozulmuşdur: 22-28 həftədə 7 (77,8 %), 29-33 həftədə 1 (11,1 %), 34-36 həftədə 1 (11,1 %) qadının hamiləliyi pozulmuşdur.

Azsululuğu olan qadınlarda hestasiya müddətinə görə müxtəlif mamalıq fəsadlarında doğuşların tezliyi



Sxem 3.1.2. Azsululuğu olan qadınlarda hestasiya müddətinə görə müxtəlif mamalıq fəsadlarında doğuşların tezliyi

Beləliklə, aparılan retrospektiv tədqiqatın nəticələrinə görə, DQVƏC olan qadınların 26 %-də doğuş 22-28 həftədə, 27,8 %-də 29-33 həftədə, 46,3 %-də isə 34-36 həftədə olmuşdur. Fetoplasentar çatmamazlıq nəticəsində BDİL olan qadınlarda vaxtından qabaq doğuş 80 %-da 22-33 həftədə olmuşdur. Ölü döllə müşahidə olan qadınların 52,6 %-da doğuş 22-28 həftədə, 31,6 %-də 29-33 həftədə, 15,8 %-də 34-36 həftədə olmuşdur.

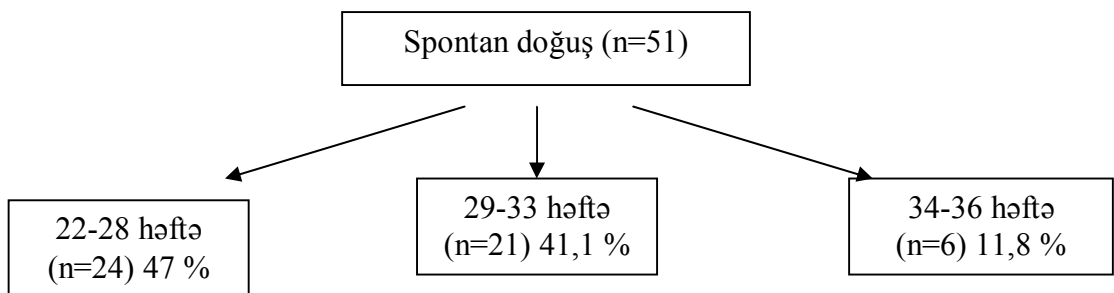
Dölnün bətdaxili inkişaf qüsurları olan qadınlarda hamiləliyin 22-28 həftəsində hamiləlik pozulmuşdur.

Azsoluluq müşahidə olunan orta ağır və ağır preeklampsiya olan qadınların 77,8 %-də hamiləlik 22-28 həftədə pozulmuşdur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyi azsoluluqla fəsadlaşan qadınlarda səbəbindən asılı olmayaraq, yüksək tezliklə vaxtından qabaq doğuşlar qeyd olunur, bu da perinatal xəstələnmə və ölüm göstəricilərinə təsir edir.

Retrospektiv materiala görə, 100 xəstənin 51-də (51 %) spontan doğuş, 12-də (12 %) induksiya olunmuş doğuş, 37-də (37 %) isə qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır [8].

Beləliklə, doğuşların 51 %-də spontan doğuş qeyd olunmuşdur. Spontan doğuşların hestasiyaya görə baş verməsi sxem 3.1.3-də təqdim olunur.



Sxem 3.1.3. Azsoluluqla müşahidə olunan spontan doğuşların hestasiya müddətinə görə tezliyi (retrospektiv materiala görə)

Sxem 3.1.3-dən görüldüyü kimi, azsoluluqla müşahidə olunan doğuşların 47 %-də hamiləliyin 22-28 həftəsində çox erkən vaxtından qabaq doğuşlar, 41,1 %-də hamiləliyin 29-33 həftəsində erkən vaxtından qabaq doğuşlar, 11,8 %-də isə 34-36 həftədə xüsusi vaxtından qabaq doğuşlar qeyd olunmuşdur.

Beləliklə, azsululuqla müşahidə edilən hamiləlikdə yüksək tezliklə çox erkən (47 %) və erkən (41,1 %) vaxtından qabaq doğuşlar qeyd olunmuşdur.

Retrospektiv materiala görə, azsululuq müşahidə olunan spontan doğuşların davam etmə müddətini araşdırarkən müəyyən edilmişdir ki, doğuşun I dövrü $6,21 \pm 0,35$ (3-9,1) saat, II dövrü $25,5 \pm 1,9$ (10-40) dəqiqə, III dövrü $6,3 \pm 0,59$ (3-10) dəqiqə, ümumi müddəti isə $6,49 \pm 0,38$ (3,15-9,15) saat olmuşdur.

İnduksiya olunmuş doğuşlar ($n=12$) hestasiya müddətinə görə, qadınların 10-da hamiləliyi 22-28 həftəsində (83,3 %), 2-də 29-31 həftəsində (16,7 %) baş vermişdir. İnduksiya səbəb ölü döl ($n=9$) (75 %) və dölün çoxsaylı eybəcərli ($n=3$) (25 %) olmuşdur.

Beləliklə, retrospektiv materiala görə, azsululuqla müşahidə olunan induksiya olunmuş doğuşların səbəbi 75 % ölü döl, 25 % isə dölün çoxsaylı eybəcərliyi olmuşdur. Yüksək tezliklə induksiya hamiləliyin 22-28 həftəsində (83,3 %) aparılmışdır.

Doğuşun induksiyası üçün 8 (66,7 %) hamilədə prostaqlandin E_1 -mizoprostolun (sytotec) 3 saatdan bir 100 mg vaginal qoyulma üsulundan istifadə edilmişdir. 4 hamilədə isə (33,3 %) doğuş yollarını hazırlamaq üçün prostoqlandin $F_{2\alpha}$ -dan istifadə olunmuşdur (enzoprost). 5 mg vena daxili damcı üsulu ilə 500 ml fizioloji məhlulda 6-8 damcı/dəq başlayaraq aparılmışdır və induksiyada enzoprost fonunda amniotomiyadan istifadə edilmişdir.

Beləliklə, induksiya əsasən, prostoqlandin E_1 -mizoprostolla aparılmışdır.

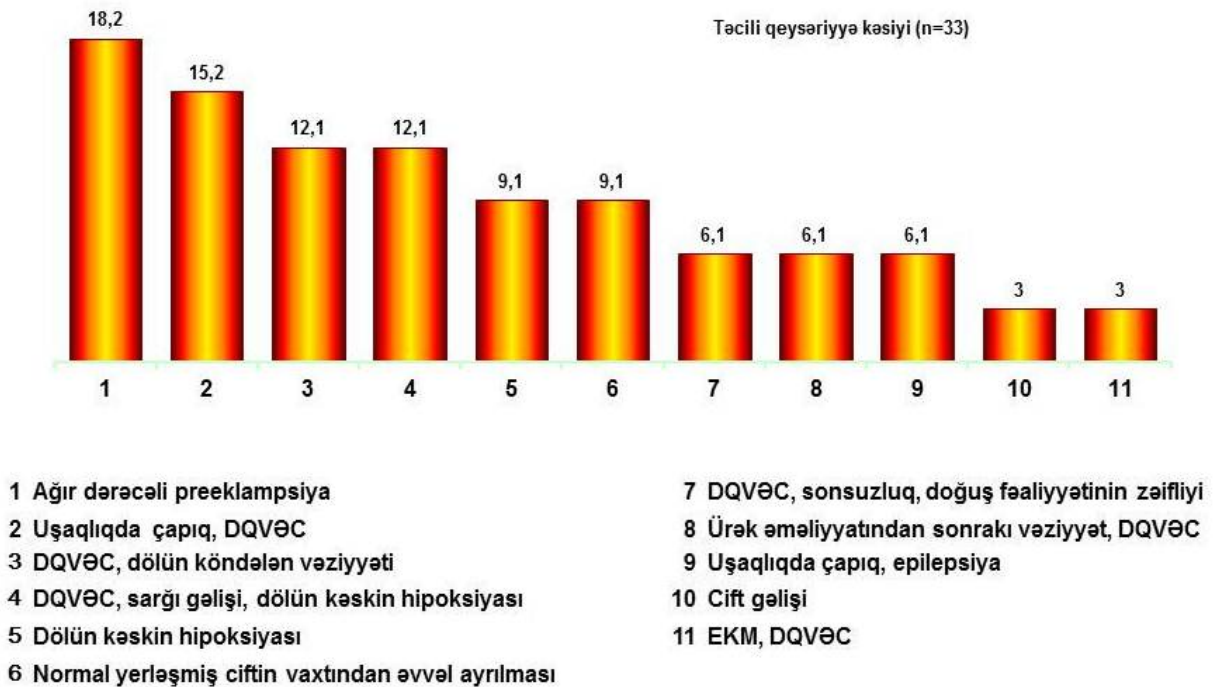
İnduksiya olunmuş doğuşların ümumi müddəti $6,39 \pm 1,15$ (4,25-9,1) saat doğuşun I dövrü $5,5 \pm 1,89$ (4,0-8,15) saat, doğuşun II dövrü $20,0 \pm 5,9$ (10,0-35,0) dəqiqə, doğuşun III dövrü $7,5 \pm 3,2$ (5-15) dəqiqə doğuş olmuşdur.

Aparılan tədqiqatda arxiv materialına görə, azsululuqla müşahidə olunan doğuşların 37-də (37 %) qeysəriyyə kəsiyi aparmışdır. Onlardan 33-də (89,2 %) təcili qeysəriyyə kəsiyi, 4-də (10,8 %) isə planlı qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır. Qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərin tezliyi şəkil 6-da təqdim olunmuşdur.

Təcili qeysəriyyə kəsiyinə göstərişdən yüksək tezliklə ağır dərəcəli preeklampsiya (18,2 %), uşaqlıqda çapıq və DQVƏC (15,2 %), dölün köndələn

vəziyyəti və DQVƏC (12,1 %), DQVƏC və sarğı gəlişi, dölün kəskin hipoksiyası (12,1 %) yüksək tezliklə qeyd olunmuşdur. Planlı şəkildə qeysəriyyə kəsiyi uşaqılıqda çapıq və ölü döllə aparılmışdır.

Beləliklə, retrospektiv materiala görə, təyin edilmişdir ki, azsululuqla müşahidə olunan hamiləliklərdə DQVƏC 54 %-də, ölü döl 19 %-də, fetoplasentar çatmamazlıq nəticəsində dölün inkişafdən qalması 10 %, ağır preeklampsiya 9 %, dölün ana bətnində inkişaf qüsurları 8 % qeyd olunmuşdur. Azsululuq diaqnozu yüksək tezliklə 22-28 həftədə - 42 % və 29-33 həftədə - 46 % qeyd olunur (şəkil 3.1.2).



Planlı qeysəriyyə kəsiyi: ölü döl, uşaqılıqda çapıq – 4; 100%

Şəkil 3.1.2. Azsululuqla müşahidə edilən hamiləlikdə qeysəriyyə kəsiyi göstərişlərin tezliyi (retrospektiv materiala görə)

100 azsululuğu olan xəstələrin 51 %-də spontan doğuş, 12 %-də induksiya olunmuş doğuş baş vermişdir, 37 %-də isə qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır. Hamiləliyin hestasiyasına görə, doğuşun başvermə vaxtı araşdırılarkən müəyyən edilmişdir ki, doğan qadınların 47 %-də çox erkən vaxtından qabaq doğuş, 41,1 %-də

erkən vaxtından qabaq doğuş, 11,8 %-də isə xüsusi vaxtından qabaq doğuş olmuşdur. İnduksiya olunmuş doğuşların göstərişlərindən 75 %-də ölü döl, 25 %-də isə dölün çoxsaylı eybəcərliyi təyin edilmişdir.

3.2. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə perinatal ölüm göstəricilərinin xüsusiyyətləri və yenidoğulmuşların vəziyyəti (retrospektiv materiala görə)

Azsululuq müşahidə edilən hamilələrdə 100 hamiləlikdən 19-da döl ana bətnində tələf olmuşdur. Antenatal ölüm göstəricisini hesablamaq üçün aşağıdakı düsturdan istifadə edilmişdir.

$$\text{Antenatal ölüm göstərici} = \frac{\text{Ana bətnində ölənlərin sayı}}{\text{Bütün diri və ölü yenidoğulmuşların sayı}} \cdot 1000\text{‰} \quad (3.2.1)$$

Bizim tədqiqatda antenatal ölüm göstəricisi 190‰ olmuşdur.

İntranatal dövrdə 17 yenidoğulmuş ölmüşdür.

İntranatal ölüm göstəricisi aşağıdakı düsturla hesablanmışdır.

$$\text{İntranatal ölüm göstəricisi} = \frac{\text{Doğuş vaxtı ölənlərin sayı}}{\text{Bütün ölü və diri doğulan yenidoğulmuşların sayı}} \cdot 1000\text{‰} \quad (3.2.2)$$

Bizim tədqiqatda intranatal ölüm göstəricisi 170‰ olmuşdur.

Erkən neonatal (postnatal) dövrdə 6 yenidoğulmuş ölmüşdür.

Erkən neonatal ölüm göstəricisi aşağıdakı düsturla hesablanmışdır.

$$\text{Erkən neonatal ölüm göstəricisi} = \frac{\text{İlk 7 sutkada ölənlərin sayı}}{\text{Bütün ölü və diri doğulan yenidoğulmuşların sayı}} \cdot 1000\text{‰} \quad (3.2.3)$$

Tədqiqatda erkən neonatal ölüm göstəricisi 60‰ olmuşdur.

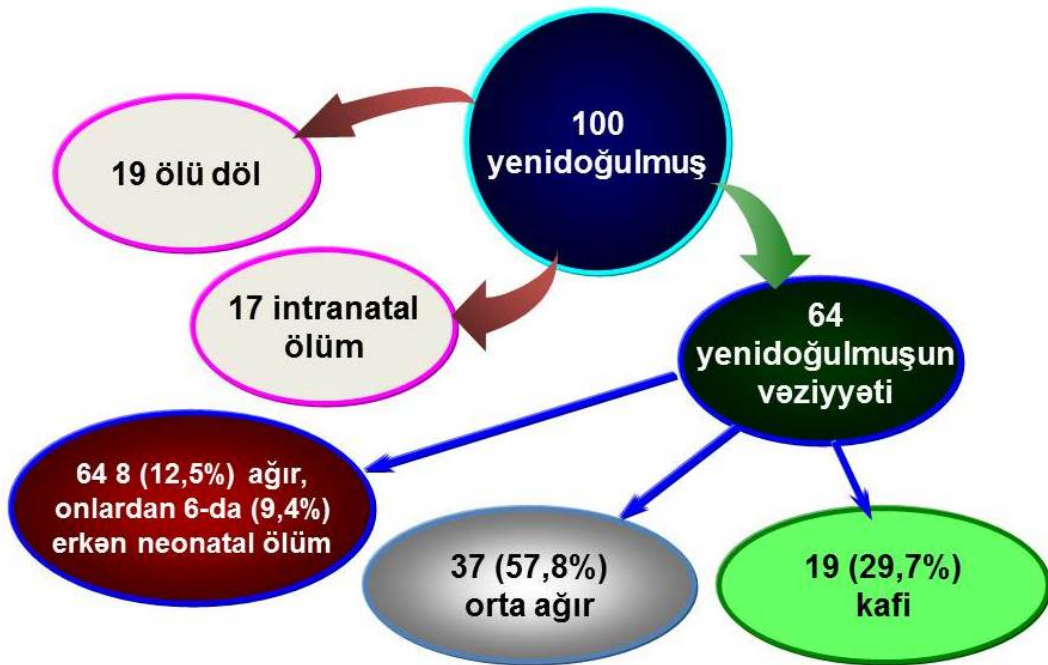
Retrospektiv materiala görə, perinatal dövrdə 42 yenidoğulmuş tələf olmuşdur. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə perinatal ölüm göstəricisi aşağıdakı düstürlə hesablanmışdır.

$$\text{Perinatal ölüm göstəricisi} = \frac{\text{Ölü döllərin} + \text{intranatal ölən döllərin} + \text{erkən neonatal ölən döllərin sayı}}{\text{Bütün diri və ölü doğulan döllərin sayı}} \quad (3.2.4)$$

Tədqiqatda perinatal ölüm göstərici 420% olmuşdur.

Beləliklə, azsululuq müşahidə olunan hamiləlikdə perinatal ölüm göstəricisi 420%, antenatal ölüm göstəricisi 190%, intranatal ölüm göstəricisi 170%, erkən neonatal ölüm göstəricisi 60% olmuşdur.

Hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan doğan qadınlardan 100 vaxtından qabaq yenidoğulmuş doğulmuşdur. Yenidoğulmuşların vəziyyəti şəkil 7-də təqdim olunmuşdur (şəkil 3.2.1).



Şəkil 3.2.1. Hamiləliyi azsululuqla müşahidə edilən qadınlardan doğulan yenidoğulmuşların vəziyyəti

Şəkil 3.2.1-dən göründüyü kimi, 100 azsululuğu olan qadınlardan doğulan yenidoğulmuşlardan 19 ölü döl doğulmuşdur, 17-si intranatal dövrdə ölmüşdür, 64-ü isə vəziyyəti müxtəlif ağırlıq dərəcədə doğulmuşdur. Bunlardan 8-i (12,5 %) ağır vəziyyətdə, 37-i (57,8 %) orta ağır vəziyyətdə, 19-u (29,7 %) kafi vəziyyətdə doğulmuşdur [3].

Yenidoğulmuşların antropometrik ölçülərini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin 22-28 həftəsində doğulan yenidoğulmuşların çəkisi $640,53 \pm 35,79$ (250-950) qr, boyu $31,39 \pm 1,70$ (22-40) sm olmuşdur. Hamiləliyin 29-33 həftəsində doğulan yenidoğulmuşların çəkisi $1800,45 \pm 36,7$ (900-2500) qr boyu $42,1 \pm 0,63$ (30-45) sm, 34-35 həftəsində çəkisi $2236,84 \pm 71,82$ (2000-2500) qr, boyu $43,1 \pm 0,66$ (35-45) sm olmuşdur.

Erkən neonatal dövrdə vaxtından qabaq doğulan yenidoğulmuşların vəziyyətinin ağırlığı tənəffüs pozğunluğu sindrom ilə (TPS), ana bətnində infeksiyalaşma ilə, II və III dərəcəli beyin qan dövrəninə pozulması ilə, morfofunksional yetişməməzlik ilə, baş beynə qansızmalar ilə əlaqədar olmuşdur.

3.3. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə dopplerografiya, laborator, biokimyəvi tədqiqatların xüsusiyyətləri (retrospektiv materiala görə)

Retrospektiv tədqiqatın təhlilində azsululuqla müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda mütləq olaraq qanın və sidriyin ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizi və koagulyogramma aparılmışdır. Alınan nəticələr 1 sayılı klinik xəstəxananın laboratoriyası göstəriciləri ilə müqayisə olunmuşdur.

Retrospektiv tədqiqata daxil olan hamilələr və doğan qadınlarda mütləq olaraq ultrasəs müayinəsi, o cümlədən amniotik indeksin təyini, dopplerografiya aparılmışdır. Alınan nəticələr hestasiya müddətindən asılı olaraq təhlil olunmuşdur.

Azsululuq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda dölün göbək ciyəsi arteriyasında dopplerometrik göstəricilərin nəticələri cədvəl 3.3.1-də təqdim olunmuşdur.

Azsoluluq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda dölün göbək ciyəsi arteriyasında doppleroqrafik göstəricilərin nəticələri (M±Se)

Hestasiya müddəti, həftə	Göstəricilər		
	Rİ	Pİ	S/D
22-28	0,56±0,03 (0,50-0,58)	0,85±0,05 (0,8-0,89)	2,57±0,21 (2,0-3,35)
29-33	0,63±0,07 (0,56-0,7)	0,95±0,09 (0,78-1,1)	3,1±0,25 (2,21-3,8)
34-36	0,72±0,01 (0,52-1,1)	0,94±0,1 (0,56-0,97)	3,44±0,07 (2-3,5)
P	$P_{1-2}>0,05; P_{1-3}<0,05;$ $P_{2-3}>0,05$	$P_{1-2}>0,05; P_{1-3}>0,05;$ $P_{2-3}>0,05$	$P_{1-2}>0,05; P_{1-3}>0,05;$ $P_{2-3}>0,05$

Cədvəl 3.1.1-dən göründüyü kimi, azsoluluq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda hamiləliyin dinamikasında Rİ-nin artması müşahidə olunur.

Müayinə olunan qadınlarda 34-36 həftədə bu göstərici statistik dürüst dərəcədə qeyd olunur. Pİ-nin göstəricilərini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin dinamikasında praktik olaraq dəyişmir və fizioloji göstəricilərə uyğun olmuşdur. S/D göstəricilərini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, bu göstəricinin dinamikada bir qədər artmasına baxmayaraq, statistik dürüst dərəcədə fərq olmamışdır ($p>0,05$).

Beləliklə, azsoluluq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda azsoluluğun səbəbindən asılı olmayaraq hamiləliyin 29 həftəsindən göbək ciyəsi arteriyasında Rİ-nin artması qeyd olunur, bu da dölün göbək ciyəsində qan dövranının pozulmasını əks edir.

Azsoluluq müşahidə edilən hamilə və doğan qadınlarda sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında doppleroqrafik göstəricilər cədvəl 3.3.2-də təqdim olunmuşdur.

Azsoluluqla müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında doppleroqrafik göstəricilərin nəticələri (M±Se)

Hestasiya müddəti, həftə	Göstəricilər					
	Rİ		Pİ		S/D	
	a	b	a	b	a	b
22-28	0,82±0,02 (0,8-0,84)	0,43±0,01 (0,42-0,44)	2,52±0,02 (2,5-2,53)	1,61±0,01 (0,16-1,62)	3,0±0,06 (2,0-4,2)	3,3±0,06 (1,84-4,2)
29-33	0,55±0,06 (0,45-0,76)	0,56±0,02 (0,41-0,67)	0,75±0,03 (0,55-1,2)	0,76±0,06 (0,55-2,0)	2,0±0,03 (0,89-2,5)	2,3±0,08 (1,66-2,6)
34-36	0,61±0,02 (0,48-0,70)	0,54±0,06 (0,51-0,56)	0,78±0,004 (0,71-0,81)	0,68±0,03 (0,55-0,74)	2,04±0,005 (2,01-2,05)	2,56±0,004 (1,79-2,6)
P	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ >0,05	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ >0,05; P ₂₋₃ >0,05	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ >0,05; P ₂₋₃ <0,05	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ >0,05; P ₂₋₃ <0,05	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ >0,05	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ <0,05

Qeyd: a – sağ uşaqlıq arteriyası; b – sol uşaqlıq arteriyası

Cədvəl 3.3.2.-dən göründüyü kimi, azsoluluq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda sağ uşaqlıq arteriyasında hamiləliyin 22-28 həftəsində Rİ, Pİ, S/D-nin nəzərə çarpacaq qədər yüksək olması qeyd olunur. Eyni tendensiya 29-33, 34-36 həftəlik hamiləlikdə müəyyən edilir. Sol uşaqlıq arteriyasında Rİ-nin göstəricilərinin hamiləliyin dinamikasında bir qədər artmasına baxmayaraq, fizioloji parametrlərdən fərqlənmirdilər. Pİ-nin 22-28 həftədə bir qədər yüksək olması qeyd olunur. S/D göstəricilərinin isə nəzərə çarpacaq qədər yüksək olması müəyyən edilmişdir.

Beləliklə, retrospektiv materialın təhlilinə görə, müxtəlif səbəbli azsoluluq müşahidə olunan hamilələr və doğan qadınlarda hemodinamik dəyişikliklər 22-28 həftədə sol və əsasən, sağ uşaqlıq arteriyasında Rİ, Pİ, S/D-nin nəzərə çarpacaq qədər artması ilə 29 həftədən və göbək ciyəsi arteriyasında Rİ-nin artması ilə özünü büruzə verir, bu da fetoplasentar sistemdə hemodinamik dəyişiklikləri əks etdirir.

Arxiv materialına görə, bütün hamilə və doğan qadınların ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Fetometrik göstəricilərlə yanaşı amniotik maye indeksi (AMİ) təyin edilmişdir. Amniotik maye indeksinin 0-5 sm olması oliqohidramnionu, 5-25 sm

olması dölyanı mayenin normal miqdarını əks etdirir. Arxiv materialına görə, amniotik maye indeksi orta hesabla $2,6 \pm 1,2$ (2-23,5) sm olmuşdur.

Beləliklə, retrospektiv materiala görə, dölyanı mayenin az olması, əsasən, amniotik indeksin təyini ilə müəyyən edilir, AMİ $2,6 \pm 1,2$ sm olmuşdur.

Qanın ümumi analizinin nəticələri cədvəl 3.3.3-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 3.3.3

Azsoluluq müşahidə edilən qadınlarda qanın ümumi analizinin göstəriciləri (retrospektiv materiala görə)

Göstəricilər	Azsoluluqla müşahidə olunan hamiləlik və doğan qadınlar	Fizioloji göstəricilər
Leykositlər, $10^3/\text{ml}$	$12,1 \pm 0,53$ (6,3-30,31)	3,98-10,4
Eritrositlər, $10^6/\text{ml}$	$4,16 \pm 0,11$ (2,77-13,8)	3,93-5,33
Hemoqlobin, q/dl	$0,74 \pm 0,22$ (6,02-18,21)	11,2-15,7
Hematokrit, %	$32,57 \pm 0,53$ (21,92-39,7)	34,1-44,9
Eritrositlərin orta həcmi, fl	$79,62 \pm 1,9$ (4,6-100,5)	79,4-94,8
1 er-də Hb-in orta həcmi, pq	$26,78 \pm 0,53$ (16,7-35,6)	25,6-32,2
Er-də Hb-in orta qatılığı, q/dl	$32,1 \pm 0,33$ (20,22-35,4)	32,2-35,5
Trombositlər, $10^3/\text{ml}$	$261,29 \pm 9,89$ (101-517)	182-369
Eritrositlərin paylanma enliliyi, fl	$341,67 \pm 149,45$ (43-501)	36,4-46,3
Eritrositlərin paylanma enliliyinin %-lə miqdarı	$15,0 \pm 0,39$ (12-26,0)	11,7-14,4
Trombositlərin paylanma enliliyi $10^3/\text{ml}$	$12,69 \pm 0,3$ (8,22-17,91)	9-14
Trombositlərin orta həcmi, fl	$9,76 \pm 0,16$ (7,22-14,8)	9,4-12,3
Trombositlərin %-lə miqdarı	$23,86 \pm 1,0$ (7,7-39,9)	15-35
Neytrofillərin ümumi sayı, $10^3/\text{ml}$	$9,1 \pm 0,47$ (4,1-21)	1,56-6,13
Neytrofillərin %-lə miqdarı	$76,13 \pm 1,33$ (25,3-93)	34,0-71,1
Limfositlərin ümumi sayı, $10^3/\text{ml}$	$1,79 \pm 0,09$ (0-4,1)	1,18-3,74
Limfositlərin faizlə miqdarı	$16,58 \pm 0,88$ (2,32-35,4)	19,3-51,7
Orta həcmli leykositlərin ümumi sayı, $10^3/\text{ml}$	$1,41 \pm 0,3$ (0,1-8,3)	0,2-1
Orta həcmli leykositlərin %-lə miqdarı	$6,9 \pm 0,34$ (1-12,7)	1-20
Eritrositlərin çökmə sürəti (EÇS) mm/saat	$33,48 \pm 1,76$ (15-53)	2-20

Azsoluluğu olan hamilə qadınlarda biokimyəvi göstəricilərin fizioloji parametrlərə uyğun olması qeyd olunmuşdur.

Azsoluluq müşahidə edilən hamilə və doğan qadınlarda leykositlərin, neytrofillərin ümumi sayının, neytrofillərin faizlə miqdarının, orta həcmli leykositlərin ümumi sayının və eritrositlərin çökmə sürətinin artması və hemoqlobinin, limfositlərin faizlə miqdarının bir qədər azalması qeyd olunur, bu da

azsululuğun səbəblərindən asılı olmayaraq hamilə və doğan qadının orqanizmində iltihabi prosesin olmasına dəlalət edir.

Retrospektiv tədqiqata görə, azsululuq olan hamilə və doğan qadınlarda biokimyəvi tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqatda qanda qlükozanın ac qarına, ümumi zülalın, sidik cövhərinin, kreatinin, sidik turşusunun, xolesterol, triqliserid, qalıq azot, albuminin, aspartatamintransferazanın (ASaT), alaninamintransferaza (ALaT), qammaqlutamintransferaza (GGT), laktatdehidrogenaza (LDH), amilaza, qələvi fosfotazanının səviyyəsi təyin edilmişdir.

Alınan nəticələr biokimyəvi göstəricilərin fizioloji parametri ilə müqayisə edilmişdir.

Azsululuq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınların biokimyəvi göstəriciləri cədvəl 3.3.4-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 3.3.4

**Azsululuğu olan hamilələr və doğan qadınların biokimyəvi göstəriciləri
(retrospektiv tədqiqata görə)**

Göstəricilər	Azsululuğu olan hamilə və doğan qadınlar	Fizioloji göstəricilər
Qlükoza acqarına, mmol/l	4,49±0,19 (2,4-6,9)	4,2-6,4
Sidik cövhəri, nnol/l	4,84±0,68 (1-13,4)	1,7-8,3
Qalıq azot, mg/dl	17,0±2,55 (13,3-26,6)	7-18
Kreatinin, Umd/l	56,6±1,48 (43-91)	44-80
Sidik turşusu, Umd/l	238,46±32,12 (76,9-472,0)	140-340
Ümumi xolesterin mmol/l	5,77±0,38 (5,2-9)	1-5,7
Triqliserid, mmol/l	3,0±0,4 (1,34-6,47)	1-2,3
Ümumi zülal, q/l	63,43±1,0 (49-74)	64-87
Albumin, q/l	47,36±4,16 (26,5-72)	35-50
Ümumi bilirubin	5,74±0,33 (2,1-12,4)	1-19

Retrospektiv tədqiqatda azsululuğu olan hamilə və doğan qadınlarda qaraciyərin fermentativ aktivliyi öyrənilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 3.3.5-də təqdim edilmişdir.

Bu cədvəldən göründüyü kimi, azsululuğu olan hamilə və doğan qadınlarda LDH-ın fizioloji göstəricilərdən bir qədər çox olması qeyd olunur.

Azsululuq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınların sidiyin ümumi analizlərinin nəticələri cədvəl 3.3.6 -da təqdim olunur.

Cədvəl 3.3.5**Azsoluluğu olan hamilə və doğan qadınlarda fermentativ aktivliyin göstəriciləri (retrospektiv materiala görə) (M±Se)**

Göstəricilər	Azsoluluğu olan hamilə və doğan qadınlar	Fizioloji göstəricilər
AlaT, U/l	22,44±1,0 (10,3-42,3)	1-31
AsaT, U/l	22,55±1,22 (12,4-50,3)	1-31
GGT, IU/l	15,8±3,12 (11-28)	10-65
LDH, IU/l	470,67±65,51 (316-746)	<450
Amilaza, U/l	148,58±97,6 (74-343)	1-220
Qələvi fosfotaza, U/l	270,41±14,0 (184,6-347,6)	64-306

Cədvəl 3.3.6**Azsoluluq müşahidə edilən hamilə və doğan qadınlarda sidiyin ümumi analizinin nəticələri (retrospektiv tədqiqata görə)**

Göstəricilər	Azsoluluq müşahidə edilən hamilə və doğan qadınlar	Fizioloji göstəricilər
Sidiyin xüsusi çəkisi	1016,46±1,3 (1010-1025)	1005-1030
PH	5,54±0,21 (5-7)	5,0-7,0
Zülal	0,96±0,48 (0,033-6,6)	-
Leykositlər	3,19±0,57 (1-12)	<6,0
Epitel hüceyrələri	6,0±0,68 (2-20)	0-5
Dəyişilməmiş eritrositlər	4,0±0,79 (1-15)	<6,0

Cədvəl 3.3.6-dan göründüyü kimi, azsoluluqla müşahidə edilən hamilə və doğan qadınlarda sidikdə zülalın olması qeyd olunur, bu da tədqiqatda hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri olan qadınların olması ilə izah etmək olar.

Retrospektiv tədqiqata görə, azsoluluq müşahidə olunan bütün hamilə və doğan qadınlarda qanın hemostazioqrammasının göstəriciləri təyin edilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 3.3.7-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 3.3.7**Azsoluluq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda hemostazioqrammanın göstəriciləri (retrospektiv tədqiqata görə)**

Göstəricilər	Azsoluluq olan hamilə və doğan qadınlar	Fizioloji göstəricilər
Protrombin vaxtı, san	11,91±0,49 (8,5-30,5)	10-14
Protrombin indeksi, %	103,25±2,58 (12,9-126)	80-105
Protrombin nisbəti	0,95±0,016 (0,7-1,2)	0,7-1,1
Protrombin İNR	0,93±0,04 (0,02-1,95)	0,7-1,4

Beləliklə, cədvəl 3.3.7-dən göründüyü kimi, azsululuq müşahidə olunan hamilə və doğan qadınlarda hemostazioqrammanın göstəriciləri fizioloji göstəricilərə uyğun olmuşdur.

Beləliklə, retrospektiv materialın təhlilinə görə, azsululuğu olan hamilələr və doğan qadınlarda doppleroqrafiya müayinəsinə, əsasən, fetoplasentar sistemdə hemodinamik dəyişikliklər qeyd olunur, bu da sağ və sol uşaqlıq arteriyasında RI, PI, S/D-nin nəzərə çarpacaq qədər artması və dölün göbək ciyəsi arteriyasında RI-nin artması ilə özünü büruzə verir. Təhlil nəticəsində təyin edilmişdir ki, AMİ $2,6 \pm 1,2$ sm olmuşdur. Bu qadınlarda qanın ümumi analizində leykositlərin, neytrofillərin ümumi sayının, neytrofillərin faizlə miqdarının, orta həcmli leykositlərin ümumi sayının və eritrositlərin çökmə sürətinin artması və hemoqlobinin, limfositlərin faizlə miqdarının bir qədər azalması qeyd olunur.

3.4. Hamiləliyin fəsadsız gedişatında dölyanı mayenin tərkibinin xüsusiyyətləri

Elmi tədqiqata əsasən, hamiləlik müddətində dölyanı mayenin tərkibi periodik olaraq dəyişir. Exoqrafik göstəricilərə görə, hamiləliyin I trimestrində dölyanı mayenin miqdarının 30 ml-ə qədər, II trimestrdə artaraq 300 ml-ə qədər çatması qeyd olunur. Hamiləliyin III trimestrində isə 38 həftəyə qədər 600 ml-dən 1000 ml-ə qədər artması qeyd olunur. Hamiləliyin son həftəsində dölyanı mayenin azalması qeyd olunur [55, 58, 176].

Təyin edilmişdir ki, hamiləliyin erkən vaxtında dölyanı mayenin tərkibini cift vasitəsilə döl kisəsinə keçən ananın qan zərdabı təşkil edir. II trimestrdə isə dölyanı mayenin əmələ gəlməsində dölün sidiyi, amnion hüceyrələri, göbək ciyəsi, dölün ağciyərləri iştirak edir. III trimestrdə dölyanı mayenin əmələ gəlməsində dölün iştirakı yüksəkdir [19, 176].

Hamiləliyin sonunda sutka ərzində dölyanı mayenin ifrazı 500-600 ml-ə çatır. Qeyd etmək lazımdır ki, dölyanı mayenin sekresiyası ilə yanaşı paraplasentar yolla rezorbsiya baş verir. Dölyanı mayenin metabolizm məhsulları amnion qişası,

hüceyrəarası sahə, yastı xorion vasitəsilə hamilənin venoz sisteminə daxil olur. Dölyanı maye 3 saatdan bir tamamilə yenilənir [87, 184, 185].

Qeyd etmək lazımdır ki, dölyanı mayenin tərkibi indiyə qədər tam öyrənilməyib. Dölyanı mayenin tərkibini öyrənmək üçün yüksək risk qrupuna aid olan qadınlar: anamnezində dölün inkişaf qüsurları olan, 3-lü testin nəticələrinə görə yüksək risk qrupuna aid olan, yaşı 35-dən yuxarı olan qadınlar, ailə anamnezində genetik xəstəlikləri olan qadınlar daxil edilmişdir. Bu qadınlardan (n=11) hamiləliyin 16-17 həftəsində amniosentez vasitəsilə 10 ml miqdarında dölyanı maye götürülmüşdür. Genetik müayinə ilə yanaşı dölyanı mayenin biokimyəvi, hormonal müayinələri aparılmışdır.

Hormonlardan dölyanı mayədə alfa fetoprotein (α -FP), progesteron (P), ümumi testosteron (T), sərbəst estriol (E_3), dehidroepiandrosteron-sulfat (DHEA-S) immunoferment metodu ilə təyin edilmişdir.

Biokimyəvi göstəricilərdən alaninamintransferaza (ALT), aspartatamintransferaza (AST), kalium (K^+), natrium (Na^+), kalsium (Ca^{++}) ionları, ümumi zülal, kreatinin, qlükoza, ümumi xolesterol, ümumi bilirubin, qalıq azot, PH, optik sıxlıq təyin edilmişdir.

Alınan nəticələr cədvəl 3.4.1-də təqdim olmuşdur.

Bu cədvəldə təqdim olunan hormonal və biokimyəvi göstəriciləri hamiləliyi fəsadsız keçən və spontan doğuşla nəticələnən hamilələrdə bu dövrdə dölyanı mayenin tərkibinin fizioloji göstəriciləri kimi istifadə etmək olar.

Qeyd etmək lazımdır ki, mikrobioloji tədqiqat nəticəsində dölyanı mayədə heç bir mikroflora təyin edilməmişdir. Təqdim olunan maye praktik olaraq steril olmuşdur.

Beləliklə, hamiləliyin hər bir müddətində dölyanı mayenin tərkibi fetoplasentar sistemin vəziyyətini əks edən yüksək proqnostik və diaqnostik amildir. Hamiləliyin 16-17 həftələrində yüksək risk qrupuna aid qadınlarda dölyanı mayenin genetik müayinəsi ilə yanaşı biokimyəvi, hormonal müayinələrin aparılması birincili cift çatmamazlığının diaqnostikasına imkan verir.

Hamiləliyin 16-17 həftəsində fəsadsız hamiləlikdə dölyanı mayenin hormonal, biokimyəvi müayinələrinin nəticələri (M±Se)

Göstəricilər	Nəticələr
Hormonal göstəricilər	
α -FP, İU/ml	>300
P, mg/ml	30,77±4,52 (11,7-40)
Testosteron, ng/ml	115,1±20,57 (48-219)
E3, ng/ml	5,47±1,12 (2,11-10,3)
DHEA-S, μ g/dl	13,43±1,57 (4-15)
Biokimyəvi göstəricilər	
ALT, U/l	2,72±0,96 (0,6-6,7)
AST, U/l	6,0±1,2 (2,5-10,8)
K ⁺ , mmol/l	3,82±0,09 (3,54-4,2)
Na ⁺ , mmol/l	135,29±1,38 (131-142)
Ca ⁺⁺ , mg/dl	6,74±0,25 (5,78-7,58)
Ümumi zülal, g/dl	0,37±0,04 (0,19-0,53)
Kreatinin, mg/dl	0,41±0,04 (0,3-0,55)
Qlükoza, mg/dl	42,61±3,84 (30,5-59,4)
Ümumi xolesterol, mg/dl	2,52±0,76 (0,4-4,3)
Ümumi bilirubin, mg/dl	0,1±0,02 (0,04-0,17)
Qalıq azot, mg/dl	10,0±0,96 (6,0-14)
Ph	7,75±0,25 (7-8,5)
Optik sıxlıq	1,01±0,001 (1,01-1,02)

3.5. Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin risk amillərinin rastgəlmə tezliyi (prospektiv tədqiqatın nəticələri)

Aparılan tədqiqatda hamiləliyi azsululuqla müşahidə olunan 75 qadın Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin Respublika Perinatal Mərkəzinin hamiləliyin patologiyası şöbəsinə daxil olmuşdu. Daxil olarkən təyin olunmuşdur ki, 75 qadının 21-də (28 %) hamiləliyin müddəti 23,16±0,21 (22-28) həftə, 34-də (45,3 %) 31,8±0,18 (29-33) həftə, 20-də (26,7 %) isə 34,5±0,9 (34-36) həftə olmuşdur [1].

Hamiləliyin patologiyası şöbəsinə hospitalizasiyaya göstərişə əsasən, müxtəlif mamalıq və ekstragenital patologiyalar olmuşdur.

Hazırkı hamiləliyin I trimestrində azsululuqla müşahidə edilən mamalıq, ekstragenital patologiyanın tezliyi şəkil 3.5.1-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.5.1. Hamiləliyin I trimestrində mamalıq və ekstragenital patologiyanın rastgəlmə tezliyi

Şəkil 3.5.1-dən göründüyü kimi, azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin I trimestrində yüksək tezliklə hamiləlik müddətində KRVI 29,4 %, başlamış düşük 22 %, simptomsuz bakteriuriya 19,3 %, hamiləliyin erkən toksikozu 16,5 %, düşük təhlükəsi 12,8 % tezliklə qeyd olunmuşdur.

Aparılan tədqiqatda müəyyən edilmişdir ki, 75 azsululuqla müşahidə olunan qadınların 18-də (24 %) erkən toksikoz, 32-də (42,7 %) KRVI, 24-də (32 %) başlamış düşük, 21-də (28 %) simptomsuz bakteriuriya, 14-də (18,7 %) düşük təhlükəsi qeyd olunmuşdur.

Azsululuğu olan qadınlarda II trimestrin gedişatı və şəkil 3.5.2-də təqdim edilmişdir.

Şəkil 3.5.2-dən göründüyü kimi, azsululuq müşahidə edilən hamiləliyin II trimestrində yüksək tezliklə hestasion hipertenziya (20,3 %), xronik iltihabi xəstəliklərin kəskinləşməsi (18 %), düşük təhlükəsi (25 %), İSÇ (10,9 %), piylənmə (8,6 %), BDİL (6,5 %) qeyd edilir.



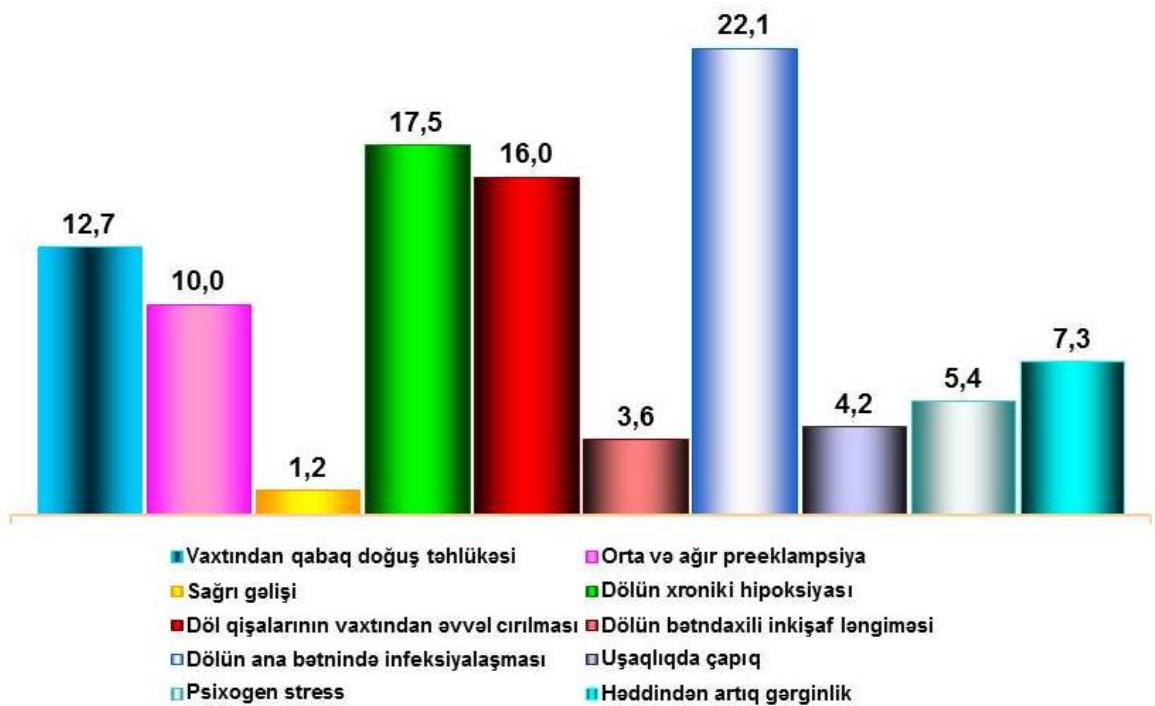
Şəkil 3.5.2. Hamiləliyin II trimestrində mamalıq və ekstragenital patologiyanın rastgəlmə tezliyi

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 75 azsululuq müşahidə olunan qadınların 32-də (42,7 %) düşük təhlükəsi, 23-də (30,7 %) xronik iltihabi xəstəliklərinin kəskinləşməsi, 26-da (34,7 %) hestasion hipertenziya, 14-də (18,7 %) İSÇ təyin edilmişdir.

Hamiləliyin III trimestrində mamalıq və ekstragenital patologiyanın rastgəlmə tezliyi şəkil 3.5.3-də təqdim olunmuşdur.

Bu şəkildən göründüyü kimi, hamiləliyin III trimestrində yüksək tezliklə dölün ana bətnində infeksiyalaşması (22,1 %), DQVƏC (16 %), dölün xronik hipoksiyası (17,5 %), VQDT (12,7 %), orta ağır və ağır preeklampsiya (10 %) yüksək tezliklə qeyd olunur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, azsululuqla müşahidə edilən hamiləliyin III trimestrində 75 qadının 58-də (77,3 %) dölün xronik hipoksiyası, 53-də (70,7 %) DQVƏC, 73-də (97,3 %) dölün ana bətnində infeksiyalaşması, 42-də (56 %) VQDT, 33-də (44 %) orta ağır və ağır preeklampsiya, 24-də (32 %) həddindən artıq fiziki gərginlik, 18-də (24 %) psixogen stress təyin edilmişdir (şəkil 3.5.3).



Şəkil 3.5.3. Hamiləliyin III trimestrində mamalıq və ekstragenital patologiyanın rastgəlmə tezliyi

Beləliklə, hamiləlik müddətində azsululuğu yaradan risk amillərinə dölün ana bətnində infeksiyalaşması, dölün xronik hipoksiyası, DQVƏC, vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi, düşük təhlükəsi, hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri aiddir.

Aparılan tədqiqatda təyin edilmişdir ki, hamilələrin 97,3 %-də dölün ana bətnində infeksiyalaşması, 77,3 %-də dölün xronik hipoksiyası, 70,7 %-də DQVƏC, 56 %-də vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi, 42,7 %-də düşük təhlükəsi, 44 %-də hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri, 42,7 %-də KRVİ, 32 %-də həddindən artıq fiziki gərginlik, 30,7 %-də xronik iltihabi xəstəliklərin kəskinləşməsi, 28 %-də fəsadlaşmış mamalıq anamnezi, 24 %-də hamiləliyin erkən toksikozu, 21,3 %-də fəsadlaşmış ginekoloji anamnez təyin edilir [1].

3.6. Azsululuq olan hamilələrdə fetoplasentar sistemin vəziyyəti

Tədqiqata daxil olan qadınlar hamiləlik müddətində hər hansı bir mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiyanın kəskinləşməsi ilə hospitalizasiya

olunmuşdular. Hamiləliyin patologiyası şöbəsində bu hamilələrə klinik, funksional, hormonal, biokimyəvi müayinələr aparılmışdır. Dölün vəziyyəti, dölyanı mayenin miqdarı, ciftin yerləşməsini öyrənmək üçün transabdominal ötürücü ilə ultrasəs müayinəsi aparılmışdır.

3.6.1. Hamiləlik müddətində azsululuğun exoqrafik kriteriyalarının xüsusiyyətləri

Dölyanı mayenin miqdarını təyin etmək üçün ultrasəs müayinəsindən istifadə edilmişdir. Məlumdur ki, dölyanı mayenin miqdarını təyin etmək üçün 5 ultrasəs müayinə üsulundan istifadə olunur. Bizim tədqiqatda ən dərin cibin vertikal ölçüsünün təyin edilməsi üsulundan istifadə edilmişdir. Tədqiqat zamanı ölçülən böyük “cibdə” göbək ciyəsinin və dölün ətraflarının olmaması vacib şərt olmuşdur. Dərin cibin ölçüsü uşaqlığın səthinə düz bucaq altında ölçülmüşdür. Bu müayinə nəticəsində amniotik maye indeksi (AMİ) təyin edilmişdir.

AMİ-nin təhlilində aşağıdakı nəticələr istifadə edilmişdir:

- oliqohidramnion (azsululuq) – AMİ <5 sm;
- dölyanı mayenin normal miqdarı – AMİ 5-25 sm;
- polihidramnion (çoxsululuq) – AMİ >25 sm qeyd edilir.

Aparılan tədqiqata görə, müxtəlif mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiyanın kəskinləşməsi olan hamilələrdə AMİ-nin göstəriciləri cədvəl 3.6.1.1-də təqdim edilmişdir. Alınan nəticələr hamiləliyi fəsadsız keçən 20 qadının AMİ-nin göstəriciləri ilə müqayisə edilmişdir.

Cədvəl 3.6.1.1

Müxtəlif mamalıq fəsadları, ekstragenital patologiya və azsululuğu olan hamilələrdə amniotik maye indeksinin göstəriciləri (M±Se)

Hamiləliyin müddəti, həftə	Azsululuqda AMİ-nin göstəriciləri, sm	Fəsadsız hamiləlikdə AMİ-nin göstəriciləri, sm	P
23,6±0,21	1,9±0,8	5,6±0,3	<0,05
31,8±0,18	2,3±0,3	6,1±0,4	<0,05
34,5±0,9	3,0±0,2	7,2±0,8	<0,05

Cədvəl 3.6.1.1-dən göründüyü kimi, hamiləlik müddətində müxtəlif mamalıq fəsadlarında və ekstragenital patologiyanın kəskinləşməsində azsululuq (oliqohidramnion) özünü AMİ-nin statistik dürüst dərəcədə azalması ilə büruzə verir ($p<0,05$) [2, 9].

Aparılan tədqiqatda mütləq olaraq ultrasəs müayinəsi zamanı ciftin qalınlığı, dölün güman olunan çəkisi, uşaqlıq boynunun uzunluğu təyin edilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 3.6.1.2-də təqdim edilmişdir.

Azsululuğu olan hamilələrdə hamiləliyin dinamikasından asılı olmayaraq, ciftin qalınlığının, uşaqlıq boynunun uzunluğunun və dölün güman olunan çəkisinin göstəriciləri statistik dürüst dərəcədə az olmuşdur.

Beləliklə, hamiləliyin dinamikasında müxtəlif mamalıq fəsadları və ekstragenital patologiyanın kəskinləşməsi nəticəsində dölyanı mayenin miqdarının nəzərə çarpacaq qədər azalması qeyd edilir. Azsululuq müşahidə olunan hamiləlikdə ciftin, uşaqlıq boynunun uzunluğunun, dölün güman olunan çəkisinin exoqrafik göstəricilərinin nəzərə çarpacaq qədər azalması qeyd olunur.

Cədvəl 3.6.1.2

Azsululuq olan hamilələrdə exoqrafik göstəricilərin nəticələri ($M\pm Se$)

Exoqrafik göstəricilər	Hestasiya müddəti, həftə		
	22-28	29-33	34-36
	1	2	3
Ciftin qalınlığı, mm:			
-azsululuqda	22,31±1,2 (17-30)	30,43±0,41(20,5-38,3)	32,58±1,13 (31-40)
-praktiki sağlam hamilələrdə	28,3±1,16 (23-29)	36,9±0,6 (28-41)	40,0±0,3 (34,0-41,2)
P	<0,05	<0,05	<0,05
Uşaqlıq boynunun uzunluğu,mm:			
-azsululuqda	25,3±1,5 (15,9-33)	26,1±1,45 (17-29)	26,5±0,8 (18-30)
-praktiki sağlam hamilələrdə	32,7±0,9 (29,7-38)	33,5±0,3 (30,0-36,2)	34,8±0,13(30,0-38,2)
P	<0,05	<0,05	<0,05
Dölün güman olunan çəkisi, q:			
-azsululuqda	645±61,1 (510-1000)	1410,0±23,9(980-1800)	2220±63,34(1400-2457)
-praktiki sağlam hamilələrdə	822,4±27,7(560-1200)	1560,8±32,0 (1100-2250)	2550,0±16,6 (1840-3200)
P	<0,05	<0,05	<0,05

3.6.2. Hamiləlik müddətində azsululuq olan qadınlarda doppleroqrafik müayinənin nəticələri

Azsululuğu olan hamilələrdə ultrasəs müayinəsi ilə yanaşı dinamikada doppleroqrafiya müayinəsi aparılmışdır. Doppleroqrafiya müayinəsində sağ və sol uşaqıq arteriyalarında, dölün göbək ciyəsi arteriyasında rezistentlik indeksi (Rİ), pulsasion indeks (Pİ), sistola-diastolik nisbət (S/D) təyin edilmişdir. Doppleroqrafik göstəriciləri təhlil etmək üçün hamilələr 3 qrupa bölünmüşdür: 22-28 həftə, 29-33 həftə, 34-36 həftə. Doppleroqrafik müayinə dinamikada kompleks patogenetik müalicədən əvvəl və sonra aparılmışdır. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrin sağ və sol uşaqıq arteriyalarında doppleroqrafik müayinənin nəticələri cədvəl 3.6.2.1-də təqdim edilmişdir. Alınan nəticələr fizioloji hamiləlikdə alınan analoji doppleroqrafik göstəricilərlə müqayisə olunmuşdur (n=20).

Cədvəl 3.6.2.1

Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə kompleks-patogenetik müalicədən əvvəl sağ və sol uşaqıq arteriyalarında doppleroqrafik müayinələrin nəticələri

Hestasiya müddəti, həftə	Göstəricilər					
	Rİ		Pİ		S/D	
	a	b	a	b	a	b
22-28 -azsululuqda	0,515±0,005 (0,44-0,71)	0,51±0,06 (0,45-0,59)	0,75±0,07 (0,55-0,91)	0,80±0,07 (0,61-1,0)	2,1±0,08 (1,7-2,4)	2,2±0,05 (1,65-2,6)
-fizioloji hamiləlikdə	0,392±0,03	0,316±0,02	0,753±0,06	0,78±0,08	1,96±0,82	1,98±0,03
P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
29-33 -azsululuqda	0,53±0,02 (0,42-0,20)	0,52±0,02 (0,40-0,70)	0,75±0,05 (0,46-0,82)	0,72±0,02 (0,51-1,20)	2,0±0,06 (0,88-2,4)	2,1±0,09 (1,5-2,7)
-fizioloji hamiləlikdə	0,373±0,04	0,315±0,01	0,711±0,06	1,72±0,01	1,89±0,03	1,81±0,08
P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
34-36 -azsululuqda	0,55±0,03 (0,45-0,64)	0,54±0,06 (0,50-0,58)	0,70±0,03 (0,55-0,76)	0,72±0,02 (0,58-1,0)	1,85±0,06 (1,6-2,14)	1,81±0,04 (1,1-2,15)
-fizioloji hamiləlikdə	0,314±0,02	0,320±0,02	0,690±0,1	0,71±0,06	1,79±0,09	1,81±0,09
P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Qeyd: a – sağ uşaqıq arteriyası, b – sol uşaqıq arteriyası

Cədvəl 3.6.2.1-dən göründüyü kimi, azsululuq müşahidə olunan qadınlarda hamiləliyin dinamikasında sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında rezistentlik indeksinin (Rİ) artması qeyd olunur ($p < 0,05$). Pİ, S/D fizioloji hamiləlikdə olan göstəricilərdən fərqlənmir ($p > 0,05$).

Azsululuqla müşahidə olunan hamiləlikdə dölün göbək ciyəsi arteriyasında dopplerografik göstəricilər cədvəl 3.6.2.2-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.6.2.2

Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə dölün göbək ciyəsi arteriyasında dopplerografik göstəricilər ($M \pm Se$)

Hestasiya müdəti, həftə	Göstəricilər		
	Rİ	Pİ	S/D
22-28 -azsululuqda -fizioloji hamiləlikdə	0,72±0,02 (0,5-1,0) 0,63±0,03	0,98±0,04 (0,57-1,94) 1,2±0,06	3,25±0,06 (2,07-4,4) 3,2±0,11
p	<0,05	>0,05	>0,05
29-33 -azsululuqda -fizioloji hamiləlikdə	0,72±0,03 (0,50-0,84) 0,58±0,02	0,96±0,03 (0,73-1,2) 0,9±0,04	2,82±0,05 (2,12-6,61) 2,68±0,08
p	<0,05	>0,05	>0,05
34-36 -azsululuqda -fizioloji hamiləlikdə	0,69±0,006 (0,53-0,71) 0,57± 0,04	0,96±0,06 (0,70-0,97) 0,91±0,07	2,65±0,04 (2,16-3,35) 2,45±0,09
p	<0,05	>0,05	>0,05

Cədvəl 3.6.2.2-dən göründüyü kimi, azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə dölün göbək ciyəsi arteriyasında rezistentlik indeksinin (Rİ) hamiləliyin bütün müddətlərində statistik dürüst dərəcədə artması qeyd olunur ($p < 0,05$).

Beləliklə, azsululuq müşahidə olunan qadınlarda hamiləliyin dinamikasında ana-cift qan dövranının pozulması sağ və sol uşaqlıq arteriyasında və göbək ciyəsi arteriyasında Rİ-nin nəzərə çarpacaq qədər artması ilə özünü büruzə verir.

3.6.3. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə hormonların və cift zülallarının dəyişmə xüsusiyyətləri

Aparılan tədqiqatda müəyinə zamanı azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə hormonların və cift zülallarının dəyişmə xüsusiyyətləri öyrənilmişdir.

Kompleks-patogenetik müalicədən əvvəl və sonra qan zərdabında plasentar zülallardan hamiləliklə əlaqəli plazma proteini-A (PAPP-A – Pregnancy Associated Plasma Protein), α -fetoprotein (α FP), β_2 -mikroqlobulin (β_2 M), hormonlardan isə progesteron (P) və estriolun (E_3) səviyyəsi təyin edilmişdir. Azsululuğu olan qadınlarda bəzi hormonların və cift zülallarının patogenetik müalicədən əvvəl və sonra alınan göstəriciləri cədvəl 3.6.3.1-dən təqdim olunub.

Bu cədvəldən göründüyü kimi, azsululuq olan hamilələrdə hestasiyasının dinamikasında PAPP-A proteinin artması qeyd olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, kompleks patogenetik müalicədən və fetoplasentar sistemin korreksiyasından sonra PAPP-A-nın hamiləliyin bütün müddətlərində statistik dürüst dərəcədə artması qeyd olunur ($p < 0,05$). Eyni tendensiya α -FP, β_2 M-in təyininə müşahidə edilir. Müəyyən edilmişdir ki, fetoplasentar sistemin korreksiyasının nəticəsində progesteronun və estriolun miqdarının da nəzərə çarpacaq qədər artması müşahidə edilir ($p < 0,05$) [2, 5].

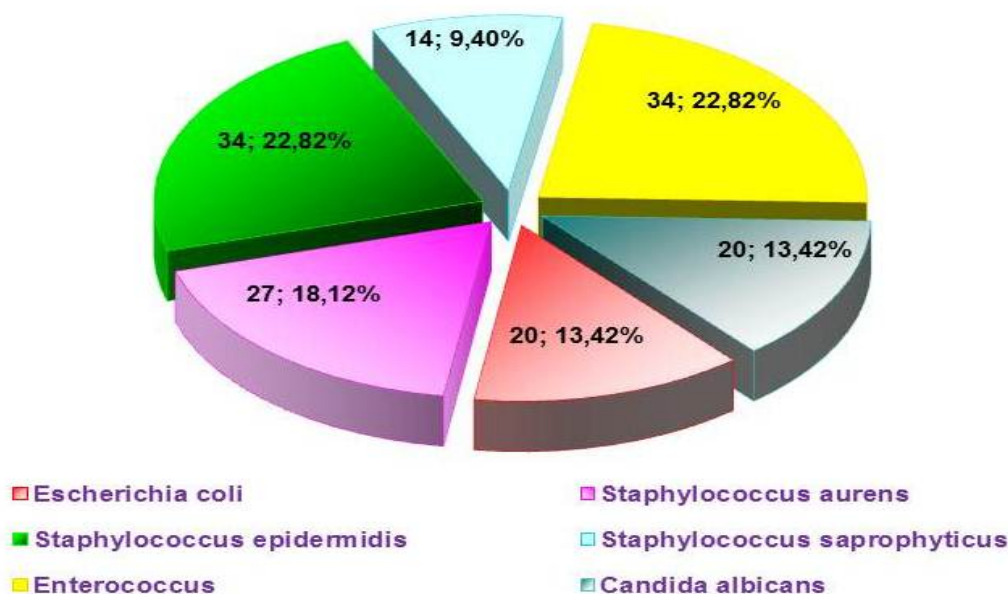
Beləliklə, azsululuqla müşahidə olunan hamiləlikdə fetoplasentar çatmamazlıq özünü cift zülallarının və hormonlarının azalması ilə büruzə verir. Aparılan kompleks patogenetik müalicə nəticəsində ciftədə gedən proliferativ, hemodinamik proseslərin aktivləşməsi nəticəsində plasentar zülalların və hormonların artması ilə nəticələnir, bu da dölün vəziyyətinə və hamiləliyin inkişafına təsir edir.

Azsoluluq olan hamilələrdə kompleks patogenetik müalicədən əvvəl və sonra bəzi hormonların və cift zülallarının göstəriciləri (M±Se)

Hormonlar və cift zülalları	Hamiləliyin müddəti		
	22-28	29-33	34-36
PAPP-A, mBV/l			
-müalicədən əvvəl	42116±381,72 (27206-57080)	54277,9±309,9 (28458-90195)	979 06,5±467,9 (41819,0-277972,0)
-müalicədən sonra	65041±270,6 (35316-80175,2)	80630,8±169,7 (65413,2-121519)	140288,4±215,7 (80209,6-160448)
P	<0,05	<0,05	<0,05
α-FP, BV/ml			
-müalicədən əvvəl	136,1±18,62 (105,6-207)	174,55±15,2 (94,3-292)	185,7±27,8 (78,1-357)
-müalicədən sonra	230,0±16,7 (130-340)	341,84±20,21 (121,3-402,8)	345,24±30,21 (148,8-424,8)
P	<0,05	<0,05	<0,05
β ₂ M, mq/l			
-müalicədən əvvəl	1,32±0,007 (1,2-1,6)	1,53±0,13 (0,9-2,9)	1,84±0,15 (0,6-3,5)
-müalicədən sonra	1,52±0,02 (1,3-2,0)	2,0±0,08 (1,5-2,5)	2,38±0,07 (1,5-2,8)
P	<0,05	<0,05	<0,05
P, nmol/l			
-müalicədən əvvəl	302,98±13,4 (281,1-350,5)	362,83±11,1 (294,8-421,1)	365,37±15,42 (301,8-418,8)
-müalicədən sonra	443,0±11,2 (300-510)	509,8±7,46 (329-677,8)	548,96±3,21 (391-674,2)
P	<0,05	<0,05	<0,05
E ₃ , ng/ml			
-müalicədən əvvəl	27,7±7,75 (23,5-49,6)	46,85±6,6 (2,3-134,5)	73,96±16,32 (11,8-156,4)
-müalicədən sonra	49,6±1,68 (39,1-56,4)	69,92±3,38 (46,4-134,5)	163,98±7,71 (133,7-176,5)
P	<0,05	<0,05	<0,05

3.6.4. Azsululuğu olan hamilələrin uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinin nəticələri

Aparılan tədqiqatda azsululuğu olan qadınlarda mütləq olaraq uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioloji əkilməsi aparılmışdır. Təyin edilmişdir ki, bütün hamilələrdə müştərək olaraq qram müsbət bakteriyalar, qram mənfi bakteriyalar və candida albicans müxtəlif tezliklə təyin edilmişdir. Bakterioloji müayinənin nəticəsi şəkil 3.6.4-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.6.4. Azsululuğu olan hamilələrin uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinin nəticələri

Şəkil 3.6.4-dən göründüyü kimi, azsululuğu olan hamilələrdə yüksək tezliklə Staphylococcus epidermidis (22,8 %) və Enterococcus (22,8 %) təyin edilmişdir, nisbətən az tezliklə Staphylococcus aureus (18,1 %), Escherichia coli (13,4 %) və Candida albicans (13,4 %) qeyd olunmuşdur. Staphylococcus saprophyticus tezliyi 9,4 % qeyd olunmuşdur.

Müəyyən edilmişdir ki, 75 azsululuğu olan hamiləliyin 20-də (26,7 %) Escherichia coli, 27-də (36 %) Staphylococcus aureus, 34-də (45,3 %) Staphylococcus epidermidis, 14-də (18,7 %) Staphylococcus saprophyticus, 34-də (45,3 %) Enterococcus, 20-də (26,7 %) Candida albicans qeyd olunmuşdur.

Staphylococcus epidermidis, 34-də (45,3 %) Enterococcus, 20-də (26,7 %) Candida albicans, 14-də (18,8 %) Staphylococcus saprophyticus təyin edilmişdir [2, 5].

Azsululuq müxtəlif mənşəli infiltrativ proseslərin nəticəsidir, bu da dölün ana bətnində infeksiyalaşma ehtimalını nəzərə çarpacaq qədər artırır və mütləq olaraq antibakterial terapiyanın aparılması zərurətini yaradır.

3.7. Azsululuğu olan hamilələrdə müasir kompleks patogenetik müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi

Tədqiqatda azsululuğu olan qadınlar hamiləliyin patologiyası şöbəsinə hospitalizasiya olunmuşdular. Aparılan müalicə zamanı bir neçə amillər nəzərə alınmışdır:

- xronik ekstragenital patologiyanın kəskinləşməsi;
- hər hansı bir mamalıq fəsadının olması;
- dölün biofizik profilinin göstəricilərinin dəyişməsi: dölün hərəkəti aktivliyi, tənəffüs hərəkətləri, dölün tonusu, antenatal kardiotoqrafiyanın (qeyri-stress test) nəticələri;
- dölyanı mayenin vaxtından qabaq axması.

Tədqiqata daxil olan hamilələrin müalicəsi 3 istiqamətdə aparılmışdır:

- hər hansı mamalıq fəsadının, o cümlədən normal yerləşən ciftin vaxtından qabaq qopması, düşük təhlükəsi, hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri, vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi, DQVƏC-nin, istmiko-servikal çatmamazlığın müalicəsi;
- ekstragenital patologiyanın, o cümlədən xronik iltihabi xəstəliklərin kəskinləşməsi, xronik hipertenziyanın, psixogen stressin müalicəsi;
- fetoplasentar çatmamazlığın klinik, funksional əlamətlərinin korreksiyası, o cümlədən dölün xronik hipoksiyası, bətdaxili inkişaf ləngiməsi, dölün bətdaxili infeksiyalaşmasının korreksiyası aparılmışdır.

DQVƏC olmayan və azsululuğu olan qadınlarda hamilələrin kompleks-patogenetik terapiyasına mütləq olaraq infuzion terapiya, o cümlədən NaCl 0,9%-li 400 ml, Ringer-laktat məhlulu 400 ml, amin turşu tərkibli infezol 400 ml məhlulu gündəlik növbəli 8-10 gün müddətində daxil edilmişdir. Müalicədə spazmolitiklərdən, antiaqreqantlardan istifadə edilmişdir. Antiaqreqantlardan bütün azsululuğu

olan hamilələrdə Trombo-Ass (100 mg) geniş istifadə olunmuşdur. Bütün azsululuğu olan hamilələrə antibakterial III nəsil sefalosporinlər təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqatda klaforan 1 q 2 dəfə əzələ daxili 5-7 gün müddətində istifadə edilmişdir.

VQDT və azsululuğu olan hamilələrə nifedipin 10 mg 15 dəqiqədən bir uşaqlığın əzələ tonusundan asılı olaraq 160 mg-a qədər təyin edilirdi. Azsululuğu olan hamilələrdə dölün respirator distress sindromunun profilaktikası betametazon ilə 12 mg 2 dozada 24 saatdan bir əzələ daxili aparılmışdır.

Eyni zamanda xronik ekstragenital xəstəliklərin kəskinləşməsi zamanı patogenetik müalicə aparılmışdır. Xronik pielonefritin kəskinləşməsi, xronik sistitin kəskinləşməsi zamanı, kəskin sistidə, simptomuz bakteriuriyada antibakterial terapiya ilə yanaşı fitoterapiya (kanefron-H 1 tablet 3 dəfə 4 həftə, fitolizin 1 çay qaşığı 3 dəfə 4 həftə müddətində) təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqatda 53 (70,7%) azsululuğu olan qadınlarda müxtəlif ekstragenital və mamalıq patologiyaları ilə yanaşı DQVƏC olmuşdur. Bu fəsadlar və DQVƏC olan qadınlarda əsasən, yataq rejimindən – “bed rest” üsulundan istifadə edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, 53 hamilənin 12-də (22,6%) DQVƏC 22-28 həftədə, 28-də (52,8%) 29-33 həftədə, 13-də isə (24,5%) 34-36 həftədə olmuşdur.

DQVƏC-nin digər mamalıq patologiyaları ilə müştərək olmasını nəzərə alaraq bu hamilələr hamiləliyin patologiyası şöbəsinə hospitalizasiya olunmuşdular. Hamilələrə Trendelenburq vəziyyətində infuzion, antibakterial, mütləq olaraq antikoagulyant, simptomatik müalicə aparılmışdır.

Müxtəlif ekstragenital və mamalıq patologiyaları yanaşı azsululuğu olan 53 hamiləyə aparılan kompleks-patogenetik müalicənin effektivliyi aşağıdakı amillərlə qiymətləndirilmişdir:

- hamiləliyin müddətinin uzadılması;
- dölün vəziyyəti;
- mamalıq və ekstragenital patologiyaların gedişatı;
- exoqrafik müayinəyə görə dölün mayenin miqdarının dəyişməsi.

Azsoluluq və DQVƏC olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicə nəticəsində hamiləliyin uzadılması müddəti cədvəl 3.7.1-də təqdim olunub.

Cədvəl 3.7.1

Azsoluluq, DQVƏC, müxtəlif mamalıq və ekstragenital patologiya olan hamilələrdə kompleks patogenetik müalicənin nəticələri

DQVƏC vaxtı, həftə	Hamiləliyin uzadılma müddəti, həftə	Doğuşun baş vermə vaxtı, həftə
25,63±1,7 (22-28) (n=12)	6,68±0,9 (0,6-14,4)	31,7±0,3 (30-33)
32,23±0,16 (29-33) (n=28)	3,2±0,3 (0,3-9,7)	35,43±0,6 (34-39)
34,9±0,6 (34-36) (n=13)	1,34±0,2 (0,4-4,6)	36,2±1,2 (35-38)
P	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ <0,05	P ₁₋₂ <0,05; P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ >0,05

Cədvəl 3.7.1-dən göründüyü kimi, hamiləliyin nisbətən erkən vaxtlarında DQVƏC olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicə hamiləliyin nəzərə çarpacaq qədər uzadılmasına imkan verir (p<0,05).

Hamiləliyin müddəti artıqca DQVƏC olan qadınlarda müalicənin effektivliyi nəzərə çarpacaq qədər azalır (p<0,05).

DQVƏC olan qadınlarda aparılan kompleks patogenetik müalicə nəticəsində dölyanı mayenin miqdarının dəyişməsinin exoqrafik göstəriciləri öyrənilmişdir.

Cədvəl 3.7.2

Azsoluluğu DQVƏC olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicə nəticəsində amniotik maye indeksinin göstəriciləri (M±Se)

DQVƏC vaxtı, həftə	AMİ, sm		P
	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra	
25,63±1,7 (22-28) (n=12)	1,8±0,9	5,1±0,6	<0,05
32,23±0,16 (29-33) (n=28)	2,0±0,2	4,5±0,3	<0,05
34,9±0,6 (34-36) (n=13)	2,9±0,4	4,4±0,2	<0,05

Cədvəl 3.7.2-dən göründüyü kimi, hamiləliyin müddətindən asılı olmayaraq, azsoluluq özünü dölyanı mayenin praktik olaraq eyni miqdarda azalması ilə büruzə

verir. Hamiləliyin müxtəlif müddətlərində AMİ-nin göstəriciləri fərqlənir ($p > 0,05$). Kompleks patogenetik müalicədən sonra təkrar olaraq ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, aparılan mamalıq, ekstragenital xəstəliklərin və fetoplasentar çatmamazlığın korreksiyası dölyanı mayenin nəzərə çarpacaq qədər artması ilə nəticələnir. Müəyyən edilmişdir ki, hestasiyadan asılı olmayaraq AMİ-nin indeksi statistik dürrüst dərəcədə artması qeyd olunur.

Hamiləliyin vaxtından qabaq pozulmasının səbəblərindən biri də istmiko-servikal çatmamazlıqdır. Müasir mamalıqda 34-40% hamilələrdə istmiko-servikal çatmamazlıq vaxtından qabaq doğuşlara səbəb olur [7, 124]. Bu mamalıq patologiyasının diaqnostikası vaginal ötürücü vasitəsilə ultrasəs müayinə ilə aparılır. İstmiko-servikal çatmamazlığın exoqrafik kriteriyalarına:

- ilk və təkrar doğan qadınlarda hamiləliyin 20 həftəsinə qədər uşaqlıq boynunun uzunluğunun 3 sm-ə qədər olması;
- uşaqlıq boynunun daxili dəlik səviyyəsində uzunluğunun diametrə nisbətinin 1,16-a qədər azalması;
- uşaqlıq boynunun exostrukturunun dəyişməsi: uşaqlıq boynu nahiyəsində kiçik mayeli törəmələrin olması və uşaqlıq boynunun exostrukturunun güclənməsi aiddir [179, 190, 207].

Son illərdə mamalıq praktikasında İSÇ-ın korreksiyasında gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin istifadəsi effektiv hesab olunur. Bu pessarinin istifadəsi uşaqlıq boynunun açılmasının qarşısının alınmasına, uşaqlıq boynunun formalaşmasına, hamilə uşaqlığın uşaqlıq boynuna təzyiqinin azalmasına, uşaqlıq boynunun istiqamətinin oması sümüyünə doğru dəyişməsinə, hamiləlik müddətində uşaqlıqdaxili təzyiqin uşaqlığın ön divarına yönəldilməsinə, uşaqlıq boynunda servikal seliyanın qalmasına səbəb olur.

Aparılan tədqiqata azsululuq və İSÇ olan 14 hamilədə gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin effektivliyi öyrənilmişdir. İSÇ diaqnozu klinik müayinə, o cümlədən bimanual müayinə, uşaqlıq boynunun güzgülərlə baxışı, vaginal ötürücü ilə ultrasəs müayinəsi, eyni zamanda uşaqlıq boynunun Şteynberq şkalası ilə qiymətləndirilməsi əsasında qoyulmuşdur.

Azsululuq diaqnozu ultrasəs müayinəsi vasitəsilə AMİ-nin təyini ilə qoyulmuşdur. AMİ-nin təyini “böyük cibin” dərinliyinin exoqrafik ölçülməsi ilə qoyulur. “Böyük cibdə” göbək ciyəsi və dölün ətraflarının olmaması nəzərdə tutulur.

İSÇ-in qabarıqlığını təyin etmək üçün Şteynberq şkalasından istifadə olunur. Bu zaman uşaqlıq boynunun uzunluğu, servikal kanalın vəziyyəti, uşaqlıq boynunun yerləşməsi və konsistensiyası, dölün gələcək hissəsinin kiçik çanağa münasibəti qiymətləndirilir. Şteynberq şkalasına görə, uşaqlıq boynunun 5 baldan yuxarı qiymətləndirilməsi İSÇ-a dəlalət edir və korreksiyanın aparılmasına göstərişdir.

Gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin istifadəsinə əks göstərişlərdən uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın olması, DQVƏC, döl kisəsinin uşaqlıq boynunun xarici dəliyindən qabarması, uşaqlıq boynunun və uşaqlıq yolunun iltihabi prosesi, ciftin aşağıda yerləşməsi və cift gəlişləri olmuşdur.

Aparılan tədqiqatda azsululuq olan hamilələrdə uşaqlıq boynu Şteynberq şkalasına görə, qiymətləndirir. Alınan nəticələr cədvəl 3.7.3-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.7.3-dən göründüyü kimi, 64,3% azsululuq olan hamilələrdə uşaqlıq boynunun vaginal hissəsinin 1,5 sm-də az olması, 57,1%-də servikal kanalın keçiriciliyinin 1 barmaq olması, 78,6% uşaqlıq boynunun mərkəzi yerləşməsi, 71,4%-də uşaqlıq boynunun yumşalması, 92,9%-də dölün gələcək hissəsinin kiçik çanaq girəcəyinə sıxılması qeyd olunmuşdur.

Cədvəl 3.7.3

Azsululuq olan hamilələrdə uşaqlıq boynunun Şteynberq şkalasına görə qiymətləndirilməsi

Klinik əlamətlər	Balları qiymətləndirilmə		
	0	1	2
Uşaqlıq boynunun uzunluğu	Normal –	qısalıb 5 (35,8%)	1,5 sm < 9 (64,3%)
Servikal kanalın vəziyyəti	Bağlı –	hissəvi açıq 6 (42,9%)	1 barmaq buraxır 8 (57,1%)
Uşaqlıq boynunun yerləşməsi	sakral (arxaya yönəlməsi)	mərkəzdə 11 (78,6%)	önə yönəlmiş 3 (21,4%)
Uşaqlıq boynunun konsistensiyası	bərk –	yumşalmış 10 (71,4%)	yumşaq 4 (28,6%)
Dölün gələcək hissəsinin kiçik çanaq girəcəyinə münasibəti	kiçik çanaq girəcəyində üzərində –	kiçik çanaq girəcəyinə pərçim 13 (92,9%)	dölün başının kiçik seqmenti kiçik çanaq girəcəyində 1 (7,1%)

Şteynberq şkalasına görə, uşaqılıq boynunun qiymətləndirilməsi $7,0\pm 0,8$ (5-9) bal olmuşdur. Azsululuq olan qadınlarda uşaqılıq boynunun uzunluğu $1,65\pm 0,08$ sm olmuşdur.

Gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin qoyulması stasionar şəraitində aparılmışdır. Mamalıq pessarisi yeridildəndən sonra hamilələrin subyektiv əlamətləri qiymətləndirilmişdir və eyni zamanda azsululuğun korreksiyası, o cümlədən, antibakterial, infuzion terapiya aparılmışdır. Hamilələr stasionarda 7-10 gün müddətində hospitalizasiya olunmuşdular. Bu müddətdən sonra transabdominal ötürücü ilə təkrar ultrasəs müayinəsi aparılmışdır.

Bütün hamilələr hamiləlik müddətində dinamik nəzarətdə olmuşdular. Müayinə zamanı gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin vəziyyəti qiymətləndirilmiş və uşaqılıq yolunun sanasiyası aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin istifadəsi hamiləliyin müddətinin $11,7\pm 1,2$ həftə uzadılmasına səbəb olmuşdur.

Təyin edilmişdir ki, azsululuq və İŞÇ olan qadınlarda gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin istifadəsi yüksək effektivdir.

Aparılan tədqiqatda azsululuğu olan 33 qadında hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri qeyd edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləliyin hipertenziv pozulmaları qadınlarda əsasən, müxtəlif dərəcəli preeklampsiya ilə özünü büruzə verirdi. Yüngül və orta ağır dərəcəli preeklampsiyada ($n=29$) (87,9%) sistolik təzyiq 140-160 mm c süt, diastolik təzyiq isə 90-100 mm c süt olmuşdur. Bu xəstələrə protokol üzrə metildopa (dopegit), 250-500 mq, maksimal sutkalıq doza 2000 mq-a qədər, nifedipin 10-20 mq 30 dəqiqədən bir, maksimal sutkalıq doza 60 mq təyin edilmişdir.

Ağır preeklampsianın əlamətləri 4 hamilədə təyin edilmişdir. Bu qadınlarda arterial təzyiq 160 mm c süt-dan çox, diastolik təzyiq isə 100 mm c süt-dan çox olmuşdur. Hamilələrə protokol üzrə reanimatoloqla birgə müalicə təyin edilmişdir – dopedit, nifedipin, droperidol 2,0-4,0 əzələ daxili və ya venadaxili, eufillin 24%-10,0 venadaxili, papaverin 2,0 və dibazol 2,0-3,0 venadaxili və əzələ daxili.

Eyni zamanda kristalloid məhlulları və zülal məhlulları ilə infuzion terapiya aparılmışdır.

Ağır preeklampsiya zamanı qıcolma ehtimalını azaltmaq üçün maqnezial terapiya aparılmışdır.

Beləliklə, aparılan tədqiqat nəticəsində təyin edilmişdir ki, hamiləliyin nisbətən erkən vaxtında DQVƏC zamanı antibakterial, infuzion, antikoagulyant, simptomatik müalicənin effektivliyi nəzərə çarpacaq qədər yüksək olur və hamiləliyin maksimal dərəcədə uzadılmasına imkan verir: 26,63±1,7 həftədə DQVƏC olan qadınlarda doğuş orta hesabla 31,7±0,3 həftədə, 32,23±0,16 həftədə DQVƏC olan qadınlarda doğuş 35,43±0,6 həftədə, 34,9±0,6 həftədə DQVƏC olan qadınlarda doğuş 36,2±1,2 həftədə baş vermişdir [9].

Azsululuğu olan hamilələr səbəbindən və hestasiyanın müddətindən asılı olmayaraq mütləq olaraq hamiləliyin patologiyası şəbəsində hospitalizasiya olunmalıdır. Kompleks-patogenetik müalicə 3 istiqamətdə aparılmalıdır: mamalıq fəsadlarının, ekstragenital patologiyanın və fetoplasentar çatmamazlığın müalicəsi [2, 9].

Azsululuğu olan qadınların təcili hospitalizasiyası, “bed rest” üsulunun istifadəsi fonunda antibakterial, infuzion, antikoagulyant müalicənin aparılması hamiləliyin hestasiya müddətinin, dölyanı mayenin miqdarının nəzərə çarpacaq qədər artmasına imkan verir.

3.8. Hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınlarda doğuş prosesinin gedişatının xüsusiyyətləri (prospektiv tədqiqatın nəticələri)

Aparılan tədqiqatda 75 müxtəlif hestasiya dövründə azsululuğu olan hamilələrdə kompleks patogenetik müalicə aparılmışdır və bu müalicə nəticəsində hestasiya müddətinin uzadılması təhlil edilmişdir [2, 9]. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrin kompleks patogenetik müalicəsinin effektivliyi və hestasiyaya görə, doğuş vaxtı cədvəl 3.8.1-də təqdim edilmişdir.

**Azsoluluq olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicədən sonra
hamiləliyin prolonqasiya müddəti və doğuş vaxtı (n=75)**

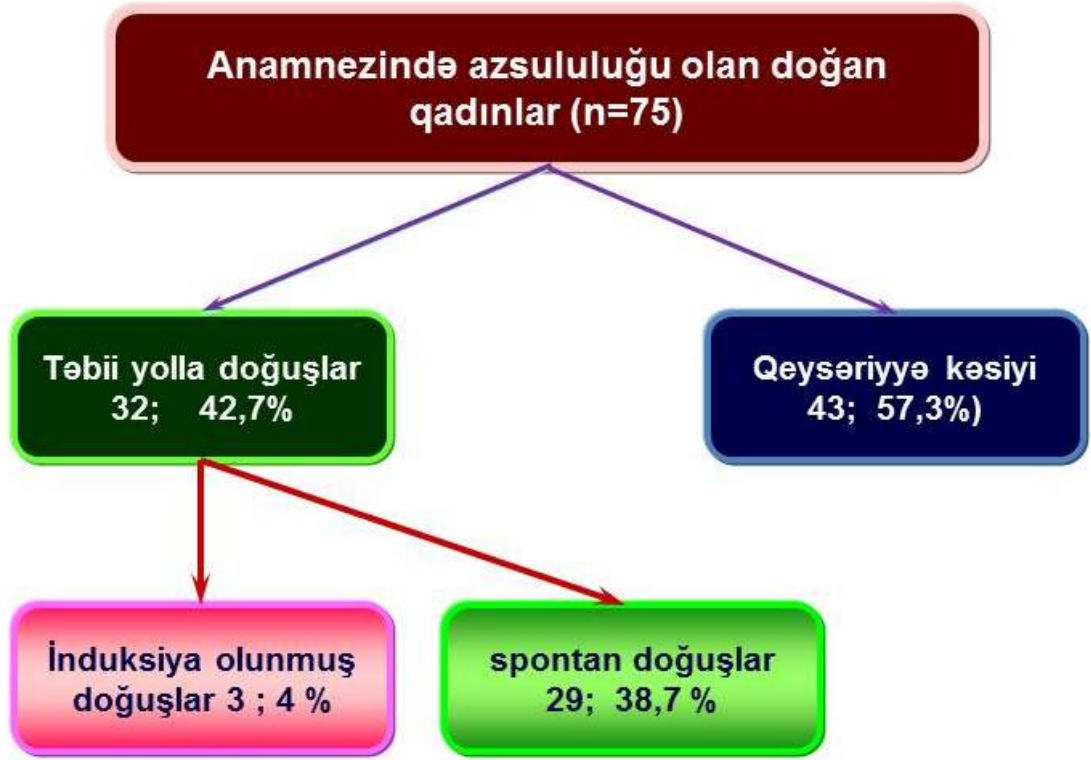
Hamiləliyin müddəti, həftə	Hamilələrin rastgəlmə tezliyi		Hamiləliyin uzadılma müddəti	Doğuş vaxtı, həftə
	Müt.	%		
23,16±0,21 (22-28)	21	28	7,0±1,4 (0,7-14,4)	30,2±0,11 (28-36)
31,8±0,18 (29-33)	34	45,3	4,0±0,6 (0,3-12,3)	35,8±1,3 (30-39)
34,5±0,9 (34-36)	20	26,7	1,5±0,4 (1,14-6,3)	36,0±1,6 (34-40)

Cədvəl 3.8.1-dən göründüyü kimi, prospektiv tədqiqatda 22-28 həftədə azsoluluqla müşahidə olunan hamiləliyin tezliyi 28%, 29-33 həftədə 45,3%, 34-36 həftədə 26,7% olmuşdur. Aparılan kompleks patogenetik müalicə nəticəsində hamiləlik 23,16±0,21 həftədən 30,2±0,11 həftəyə qədər, 31,8±0,18 həftədən 35,8±1,3 həftəyə qədər, 34,5±0,9 həftədən 36,0±1,6 həftəyə qədər uzadılmışdır.

Beləliklə, aparılan kompleks patogenetik müalicə azsoluluqla müşahidə olunan hamiləliyin nəzərə çarpacaq qədər uzadılmasına imkan verir. Qeyd etmək lazımdır ki, hestasiyasının erkən vaxtında kompleks patogenetik terapiya hamiləliyin müddətinin statistik dürüst dərəcədə artmasına imkan verir ($p<0,05$). Hamiləliyin müddəti artdıqca kompleks müalicənin effektivliyinin nəzərə çarpacaq qədər azalması qeyd olunur ($p<0,05$) [2, 9].

Aparılan tədqiqat nəticəsində məlum oldu ki, azsoluluğun erkən diaqnostikası və kompleks patogenetik müalicəsi hamiləliyin müddətinin uzadılmasına imkan verir və bu da perinatal xəstələnmə və ölüm göstəricilərinə nəzərə çarpacaq qədər təsir edir.

Aparılan tədqiqatda azsoluluq müşahidə olunan doğan qadınların doğuş prosesinin xüsusiyyətləri şəkil 3.8.1-də təqdim edilmişdir.



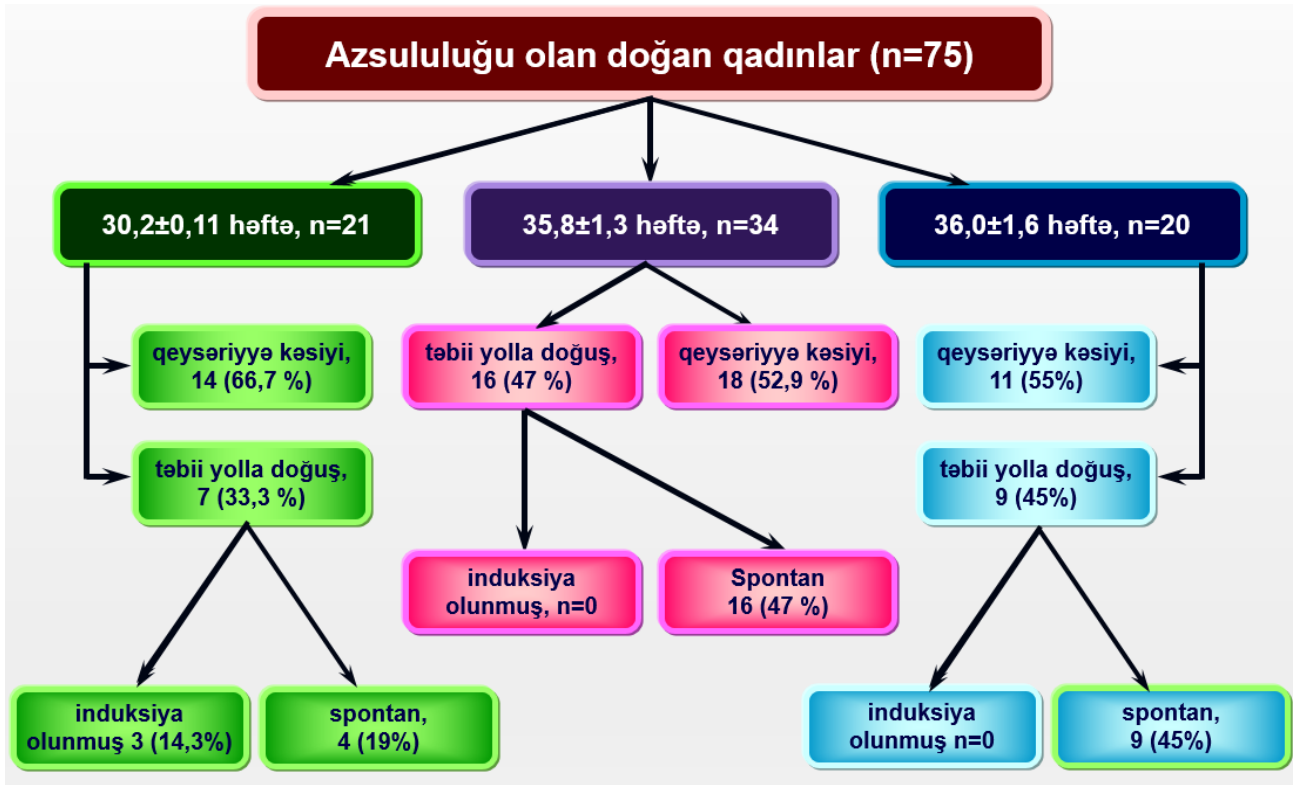
Şəkil 3.8.1. Hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan doğan qadınların doğuşunun xüsusiyyətləri

Şəkil.3.8.1-dən görüldüyü kimi, hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınlarda təbii doğuşların tezliyi 42,7% olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, 57,3% xəstədə müxtəlif göstəricilərə görə qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır.

Hestasiya müddətinə görə, doğuş prosesinin xüsusiyyətləri şəkil 3.8.2-də təqdim edilmişdir.

Bu şəkildən görüldüyü kimi, hestasiyanın nisbətən erkən vaxtında ($30,2 \pm 0,11$) hamiləlik 66,7%-də qeysəriyyə kəsiyi ilə nəticələnir. Hestasiya müddəti artıqca qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi nisbətən azalır. Qeyd etmək lazımdır ki, hestasiyanın nisbətən erkən vaxtında spontan doğuşların tezliyi 19%, hestasiya müddəti artdıqca spontan doğuşların faizinin nəzərə çarpacaq qədər artması qeyd olunur.

Aparılan tədqiqatda hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınların qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlər təhlil edilmişdir və şəkil 3.8.3-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.8.2. Hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınların hestasiya müddətinə görə doğuş prosesinin xüsusiyyətləri



Şəkil 3.8.3. Hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərin tezliyi (n=43)

Şəkil 3.8.3-dən göründüyü kimi, anamnezində azsululuq olan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərdən yüksək tezliklə dölün infeksiyalaşması 29,5%, dölün xronik hipoksiyası 21,2%, DQVƏC 11%, uşaqlıqda çapıq 9,6%, müxtəlif ağırlıq dərəcəli preeklampsiya 13% qeyd olunur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qeysəriyyə kəsiyi aparılan 43 hamilənin hamısında (100%) dölün bətdaxili infeksiyalaşması, 72%-də dölün xronik hipoksiyası, 44,2%-də preeklampsiya, 37,2%-də DQVƏC, 32,6%-da uşaqlıqda çapıq, 23,3%-da dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsi qeyd olunur [4].

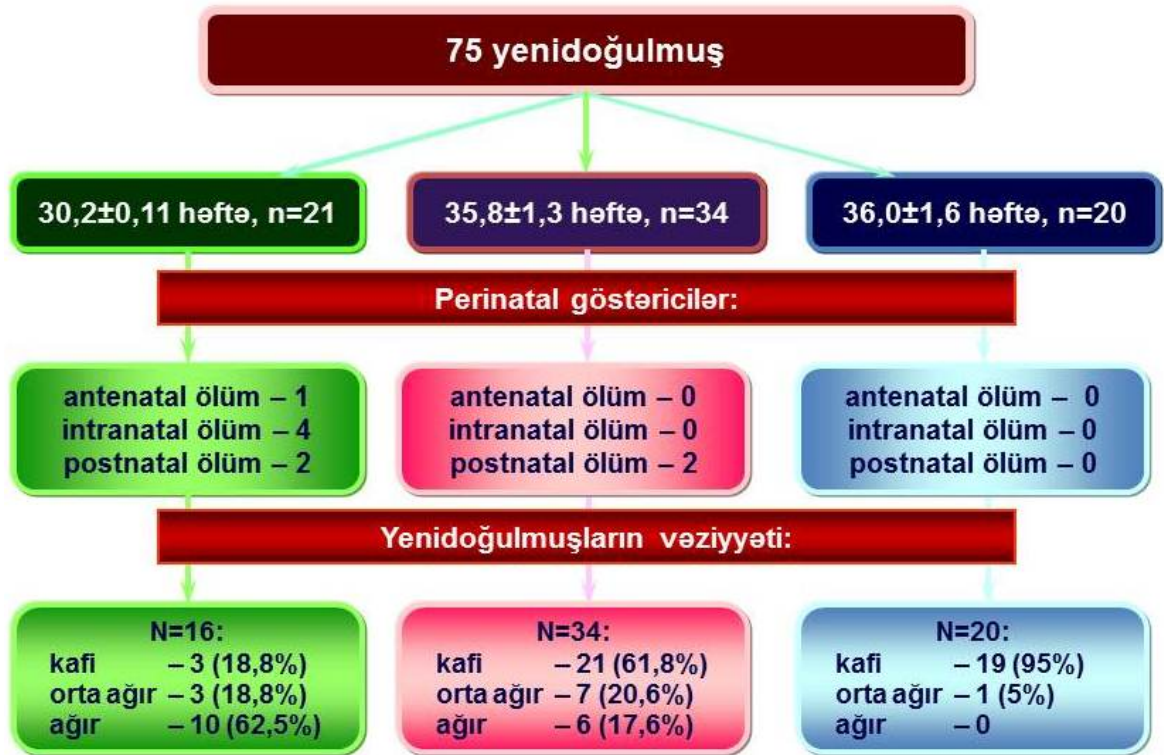
Beləliklə, hamiləlik müddətində azsululuq olan qadınlarda təbii doğuşun tezliyi 42,7%, qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi isə 57,3% faiz olmuşdur. Hamiləliyin $30,2 \pm 0,11$ həftəsində qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 66,7%, $35,8 \pm 1,3$ həftədə - 52,9%, $36,0 \pm 1,6$ həftədə 55% olmuşdur. Spontan doğuşun tezliyi hamiləliyin nisbətən erkən vaxtlarında ($30,2 \pm 0,11$) 19%, $35,8 \pm 1,0$ həftədə 47%, $36,0 \pm 1,6$ həftədə - 45% olmuşdur [3, 8].

Müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin müxtəlif hestasiya dövrlərində azsululuğun təyini (exoqrafik göstəricilərə görə) hamiləlik müddətində kompleks patogenetik müalicəyə göstərişdir, aparılması mütləqdir və hamiləliyin və doğuşun nəticələrinə təsir edən yüksək risk amilidir.

3.9. Anamnezində azsululuq olan doğan qadınların yenidoğulmuşlarının vəziyyəti, erkən neonatal dövrün xüsusiyyətləri, perinatal ölüm göstəricilərinin xüsusiyyətləri

Aparılan tədqiqatda hamiləlik müddətində azsululuq olan 75 qadının 75 yenidoğulmuşu doğulmuşdur. Yenidoğulmuşların orta çəkisi $2402,59 \pm 102,44$ (600-3700) q, boyu isə $46,38 \pm 0,78$ (24-57) sm olmuşdur. Yenidoğulmuşların hestasiya müddətinə görə bölünməsi şəkil 3.9.1-də təqdim olunmuşdur.

Bu şəkildən göründüyü kimi, hamiləliyin $30,2 \pm 0,11$ həftəsində 21 yenidoğulmuşdan 1-də antenatal, 4-də intranatal, 2-də isə postnatal ölüm qeyd olunmuşdur. 16 yenidoğulmuşun 3-ü (18,8%) kafi vəziyyətdə, 3-ü (18,8%) orta ağır vəziyyətdə, 10-u (62,5%) ağır vəziyyətdə doğulmuşdur.



Şəkil 3.9.1. Anamnezində oliqohidramnion olan qadınların doğulan yenidoğulmuşlarının vəziyyəti və perinatal göstəriciləri

Aparılan tədqiqatda $23,16 \pm 0,21$ həftədə azsululuq diaqnozu qoyulan qadınların kompleks patogenetik müalicəsindən sonra hamiləlik $30,2 \pm 0,11$ həftəyə qədər uzadılmışdır. Doğulan yenidoğulmuşların 33,3%-də təbii yolla doğuş, 66,7%-də qey-səriyyə kəsiyi aparılmışdır.

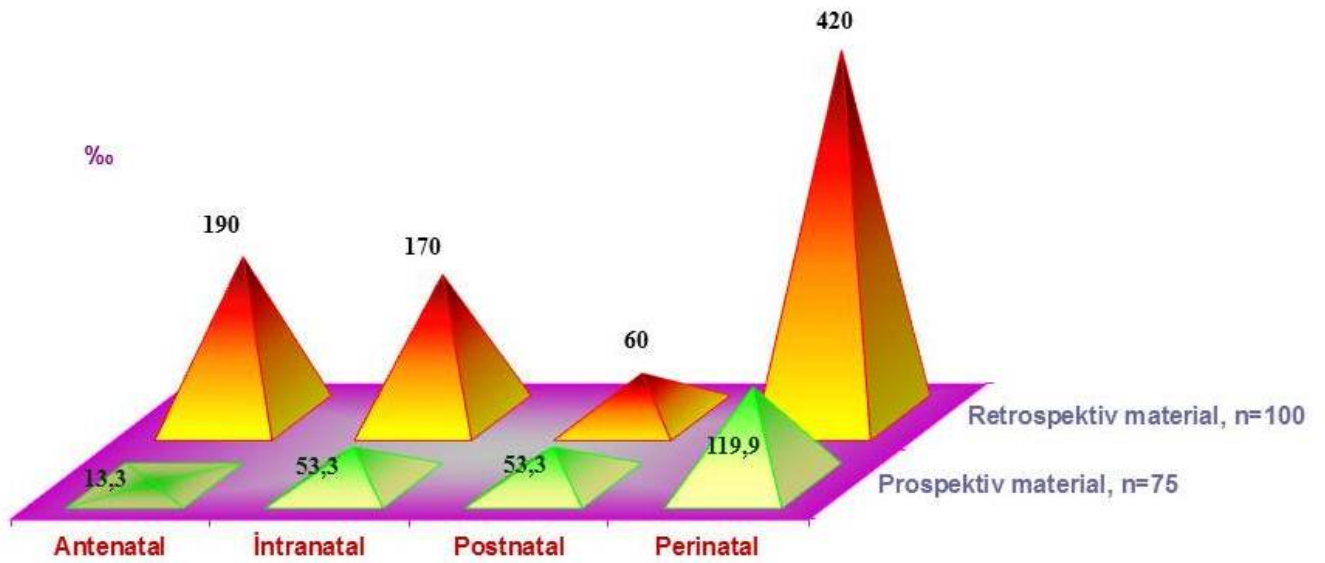
34 hamiləyə (45,3%) azsululuq diaqnozu $31,8 \pm 0,18$ həftədə qoyulmuşdur və kompleks patogenetik müalicə nəticəsində hamiləlik $35,8 \pm 1,3$ həftəyə qədər uzadılmışdır. 34 yenidoğulmuşun 21-i (61,8%) kafi vəziyyətdə, 7-si (20,6%) orta ağır vəziyyətdə, 6-sı (17,6%) ağır vəziyyətdə doğulmuşdur. 2 yenidoğulmuş postnatal dövrdə ölmüşdür. Postnatal ölümün səbəblərindən baş beyinə qansızma, bətdaxili infeksiyalaşma, tənəffüs pozğunluğu sindromu qeyd olunmuşdur.

20 hamilədə azsululuq hamiləliyin $34,5 \pm 0,9$ həftəsində təyin edilmişdir. Aparılan müalicə nəticəsində hamiləlik $36,0 \pm 1,6$ həftəyə qədər uzadılmışdır. Bu qadınlardan doğulan yenidoğulmuşların 19-u (95%) kafi vəziyyətdə, 1-i (5%) isə

orta ağır vəziyyətdə doğulmuşdur. Bu qrup yenidə doğulmuşlar arasında perinatal ölüm olmamışdır.

Aparılan tədqiqatda perinatal ölüm göstəricisi təhlil edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, hestasiyanın müxtəlif həftələrində azsululuğu olan qadınlarda antenatal ölüm göstəricisi 13,3%, intranatal ölüm göstəricisi 53,3%, postnatal ölüm göstəricisi 53,3% olmuşdur. Perinatal ölüm göstəricisi 119,9% olmuşdur.

Alınan nəticələr retrospektiv materialın göstəriciləri ilə müqayisə olunmuşdur. Alınan nəticələr şəkil 3.9.2-də təqdim olunmuşdur.



Şəkil 3.9.2. Perinatal göstəricilərin müqayisəli təhlili

Azsululuq olan hamilələrdə kompleks patogenetik müalicə nəticəsində antenatal, intranatal, postnatal ölüm göstəricilərinin nəzərə çarpacaq qədər azalması qeyd olunur. Müəyyən edilmişdir ki, hestasiyanın nisbətən erkən vaxtlarında azsululuğun diaqnostikası və kompleks patogenetik müalicəsi perinatal ölüm göstəricilərinin 420%-dən 119,9%-ə qədər azalması ilə nəticələnir.

YEKUN

Hamiləlik müddətində dölyanı maye (amniotik maye) müxtəlif funksiyalar yerinə yetirir, o cümlədən ana-cift-döl sisteminin funksional aktivliyini təmin edir.

Amniotik maye dölün sərbəst hərəkəti aktivliyinə və sümük-əzələ sisteminin inkişafına imkan yaradır [12, 17, 61, 66, 88].

Çoxsaylı məlumatlara görə, amniotik maye dölün tənəffüs sisteminin inkişafında, o cümlədən dölün ağciyər toxumalarının inkişafında, dölün müxtəlif zədələnmələrdən qorunmasında, döl ilə amnion arasında birləşmələrin əmələ gəlməməsində iştirak edir.

Amniotik qişa içərisində döl yerləşən, amnion mayesi ilə dolu rezervuarın divarını təşkil edir. Döl qişalarının əsas funksiyası amniotik mayenin ifrazıdır.

Amniotik mayenin sintezində və geri sorulmasında, amnion qişası mühüm əhəmiyyət kəsb edir [104, 111, 114, 131].

Müasir mamalıqda dölün ana bətnində inkişafında, doğuşun başlanmasında xoriodesidual qişaların əhəmiyyəti də böyükdür [128, 132, 133, 137].

Qeyd etmək lazımdır ki, dölyanı mayenin hamiləlik müddətində həcmnin və tərkibinin sürətlə dəyişməsi nəticəsində bu günə qədər amnion mayenin dölün inkişafında rolu tam öyrənilməyib və dəqiq tərkibi haqqında məlumatlar yoxdur. Amnion mayenin miqdarı ultrasəs müayinəsi ilə qiymətləndirilir. İlk dəfə AMİ-nin təyini J.Pheland (1987) tərəfindən aparılıb. Amnion mayenin 500 ml-dən az olması azsululuq və ya oliqohidramnion kimi qiymətləndirilir [143, 153, 155].

Azsululuq yüksək tezliklə hamiləliyin erkən vaxtında dölün bətn daxili inkişaf qüsurlarında, infeksiya-iltihabi proseslərdə, mübadilə proseslərinin pozulmasında təyin edilir [165, 168, 175].

Aparılan elmi tədqiqatlara görə, azsululuq fetoplasentar çatmamazlığın əsas təzahürü kimi qiymətləndirilir və bu günə qədər azsululuğun səbəbləri, rastgəlmə tezliyi, müasir korreksiya metodlarının effektivliyi, perinatal itkilərin tezliyi öyrənilməyib. Azsululuq fetoplasentar çatmamazlığın əsas exoqrafik kriterisi olduqda hamiləliyin gedişatı, doğuşun nəticələri praktik olaraq öyrənilməyib.

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırkı tədqiqatın məqsədi təyin edilib. Aparılan tədqiqatın məqsədi azsululuq müşahidə olunan qadınlarda hamiləliyin, doğuşun xüsusiyyətlərinin müasir kompleks patogenetik müalicənin effektivliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədəuyğun olaraq azsululuq müşahidə olunan 100 qadının hamiləliyi və doğuşu təhlil edilmişdir (retrospektiv tədqiqat).

Prospektiv olaraq 75 azsululuğu olan qadınlarda hamiləliyin gedişatı, azsululuğu müşayət edən mamalıq və ekstragenital patologiyanın tezliyi, fetoplasentar sistemin vəziyyəti, azsululuğun exoqrafik kriteriyaları, doppleroqrafik göstəricilərin xüsusiyyətləri, hamiləlik müddətində hormonların və cift zülallarının dəyişmə xüsusiyyətləri, müasir kompleks patogenetik müalicənin effektivliyi, doğuş prosesinin gedişatı xüsusiyyətləri və perinatal ölüm göstəricilərə təsiri öyrənilmişdir.

Aparılan retrospektiv materialın təhlili nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, azsululuq müşahidə olunan hamilələrin 42 %-də doğuş hamiləliyin 24,69±0,32 həftəsində, 46 %-də 31,75±0,11 həftədə, 12 %-də isə 35,1±0,008 həftəsində olmuşdur.

Beləliklə, azsululuq müşahidə olunan hamiləlikdə yüksək tezliklə vaxtından qabaq doğuşlar qeyd olunur. Bunların 42 %-də çox erkən vaxtından qabaq doğuşlar, 46 %-də erkən vaxtından qabaq doğuşlar, 12 %-də isə xüsusi vaxtından qabaq doğuşlar olmuşdur.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, vaxtından qabaq doğuşların rastgəlmə tezliyi geniş diapazonda tərəddüd edir. ABŞ-da vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 12-13 %, Avropa ölkələrində 5-9 % təşkil edir. Müəyyən edilmişdir ki, Böyük Britaniyada vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 7,8 %, Macarıstanda 10 %, Almaniya da 9-10 % qeyd olunmuşdur [139, 167, 180, 201, 203].

Son 10 ildə ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, ABŞ-da hər il vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 10 % artır.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda 2000-2002-ci illərdə vaxtından qabaq doğuşların tezliyi 8,5 % təşkil etmişdir [6].

Müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin 22-27 həftəsində çox erkən vaxtından qabaq doğuşların səbəblərindən 13-60 %-da DQVƏC, 13-30 %-də dölün bətn daxili infeksiyalaşması, 40 %-də infeksiyon iltihabı xəstəliklər, 30 %-də stress amili, 20 %-də qanaxmalar, 10 %-də uşaqlığın hipertonusu qeyd olunur.

C.A.Combs et al. [60, 61] vaxtından qabaq spontan doğuşların risk amillərinə yüksək tezliklə rast gələn bakterial vaginoz, periodontal infeksiya, qadınların anamnezində vaxtından qabaq doğuşların olması, bədən çəkisi indeksinin 20-dən az olmasını təyin etmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, vaxtından qabaq doğuşların risk amillərə urogenital infeksiyon xəstəliklər və simptomuz bakteriyuriya da səbəb ola bilər. Digər müəlliflərə görə, vaxtından qabaq doğuşların səbəblərindən ananın yaşı, etnik mənsubiyyəti (Afro-amerikan irqi qadınlar), aşağı sosial-iqtisadi durum, gərgin psixoloji vəziyyət, qeyri-düzgün qidalanma tərzii, zərərli vərdişlər, təhlükəli həyat tərzii, İSÇ, uşaqlığın inkişaf anomaliyaları yüksək tezliklə rast gəlinir [169, 176, 180].

Anamnezində vaxtından qabaq doğuş olan qadınlarda növbəti hamiləlikdə vaxtından qabaq doğuşun tezliyi 15-50 % qədər çatır. Vaxtından qabaq doğuşların səbəblərindən çoxdöllü hamiləlik qeyd olunur. Bu patologiyada vaxtından qabaq doğuşun tezliyi 15-20 %-dir, digər məlumatlara görə, 60 %-ə qədər çatır [149, 150]. Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləliklərin sayı artdıqca vaxtından qabaq doğuşların tezliyi də artır.

Bizim tədqiqatda retrospektiv tədqiqata daxil olan bütün vaxtından qabaq doğuşlarda azsululuq qeyd edilib. Azsululuq müşahidə edilən qadınların 54 %-də DQVƏC, 10 %-də dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi, 19 %-də ölü döl, 8 %-də dölün ana bətnində inkişaf qüsurları, 9 %-də isə orta ağır və ağır preeklampsiya olmuşdur.

Vaxtından qabaq doğuşların tezliyini və səbəblərini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin 22-28 həftəsində 43 doğan qadının 8-də (18,6 %) dölün ana bətnində inkişaf qüsurları, 10-da (23,3 %) ölü döl, 4-də (9,3 %) fetoplasentar

çatmamazlıq nəticəsində dölün inkişaf ləngiməsi, 7-də (16,3 %) orta ağır və ağır preeklampsiya, 14-də isə (32,6 %) DQVƏC olmuşdur.

Beləliklə, bizim tədqiqata görə, hamiləliyin 22-28 həftəsində azsululuq olan hamiləliyin 32,6 %-də DQVƏC, 23,3 %-də ölü döl, 18 %-də dölün ana bətnində inkişaf qüsurları, 16,3 %-də orta ağır və ağır preeklampsiya, 9,3 %-də dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi olmuşdur.

Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə erkən vaxtından qabaq doğuşların (hamiləliyin 29-33 həftəsində) səbəblərindən 15-də (55,6 %-də) DQVƏC, 6-da (22,2 %) ölü döl, 4-də (14,8 %) dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi, 2-də (7,4 %) orta ağır və ağır preeklampsiya olmuşdur.

Beləliklə, təyin edilmişdir ki, hamiləliyin 29-33 həftəsində azsululuq olan qadınların 55,6 %-da DQVƏC, 22,2 %-də ölü döl, 14,8 % dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi, 7,4 %-də orta ağır və ağır preeklampsiya olmuşdur.

Azsululuq olan qadınlarda xüsusi vaxtından qabaq doğuşların (34-36 həftədə) səbəblərindən 25-də (83,3 %) DQVƏC, 3-də (10 %) ölü döl, 2-də (6,7 %) dölün inkişaf ləngiməsi, 1-də (3,3 %) ağır preeklampsiya olmuşdur.

Beləliklə, 34-36 həftədə azsululuq müşahidə olunan qadınların 83,3 %-də DQVƏC, 10 %-də ölü döl, 6,7 %-də dölün inkişaf ləngiməsi, 3,3 %-də ağır preeklampsiya olmuşdur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, azsululuq müşahidə olunan qadınlarda DQVƏC tezliyi 32,6 % - 83,3 % arasında tərəddüd edir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, DQVƏC olan qadınların 13-30 %-də dölün bətn daxili infeksiyalaşması, xorioamnionit yüksək tezliklə qeyd olunur. Bu da perinatal ölüm göstəricilərini 4 dəfə, neonatal ölüm göstəricilərini 3 dəfə artırır [50].

Qeyd etmək lazımdır ki, DQVƏC zamanı toxuma və hüceyrə səviyyəsində morfoloji dəyişikliklər qeyd olunur. Bu dəyişikliklər nəticəsində amnion və xorion arasında əlaqənin pozulması, sitotrofoblastın və desidul qişaların nazilməsi, döl qişalarının yırtılması yerində fermentlərin, o cümlədən fosfolipazanın, elastazanın, protearanın və bioloji aktiv maddələrdən estradiolun, prostaqlandinlərin, sitokinlərin səviyyəsinin artması qeyd olunur.

C.A.Combs məlumatlarına görə, amniotik mayenin infeksiyalaşması və xorioamnionitin klinik əlamətlərinə ananın hamiləlik müddətində temperaturunun qalxması ($\geq 100,4^{\circ}\text{F}$), leykositozun olması ($>15,000/\text{mm}^3$), palpasiya zamanı uşaqlığın ağrılı olması və ya antenatal kardiotoqografiya zamanı dölün taxikardiyası aiddir [60, 61].

Aparılmış elmi tədqiqatlar əsasında 8 % hamiləliklərdə DQVƏC qeyd olunur. Müəyyən edilmişdir ki, onların 50 %-də spontan olaraq doğuş fəaliyyəti 12 saat ərzində, 70 %-də 24 saat ərzində, 85 %-də 48 saat ərzində, 95 %-də 72 saat ərzində başlayır [76].

DQVƏC anada yüksək tezliklə xorioamnionit və erkən zahılıq dövründə septiki fəsadlar ehtimalını artırır. Təyin edilmişdir ki, perinatal xəstələnmə və ölüm göstəriciləri əsasən, DQVƏC olan qadınlarda qeyd olunur.

Perinatal fəsaddan yüksək tezliklə RDS, nekrotizəedici enterokolit, beyin mədəciklərinə qansızmalar, beyin zədələnmələri və sepsis qeyd olunur [97, 98, 110, 132].

DQVƏC uşaqlıq tərəfindən göbək ciyəsinin kompressiyası, göbək ciyəsinin düşməsi, dölün kəskin asfiksiyası, dölün vəziyyətinin dəyişməsi, ciftin hissəvi ayrılması, xorioamnionit, növbəti mərhələlərdə isə endometrit ehtimalını artırır. DQVƏC olan qadınlarda sepsisin tezliyi 1 %-ə qədər qeyd olunur [25, 71, 94, 146].

Retrospektiv tədqiqatın nəticələrinə görə, müxtəlif səbəblərdən azsululuğu olan 100 qadının 51 %-də spontan doğuş, 12 %-də induksiya olunmuş doğuş, 37 %-də isə qeysəriyyə kəsiyi olmuşdur. Spontan doğuşların 47 %-də çox erkən vaxtından qabaq doğuş, 41,1 %-də erkən vaxtından qabaq doğuş olmuşdur. İnduksiya olunmuş doğuşlardan ($n=12$) 83,3 %-də induksiya 22-28 həftədə, 16,7 %-də 29-31 həftədə aparılmışdır. Azsululuqla müşahidə edilən induksiya olunmuş doğuşların göstəriciləri 75 %-də ölü döl, 25 %-də isə dölün çoxsaylı eybəcərliyi olmuşdur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, azsululuqla müşahidə olunan hamiləlikdə perinatal ölüm göstəricisi 420%, antenatal göstəricisi 190%, intranatal olan göstəricisi 170%, erkən neonatal ölüm göstəricisi 60% olmuşdur.

Aparılan retrospektiv materialın təhlilinə görə, bir tendensiya nəzərə çarpır ki, azsululuq olan hamiləlikdə nisbətən erkən vaxtlarda dölün ana bətnində inkişaf qüsurlarının olması, ölü döl, fetoplasentar çatmamazlıq nəticəsində dölün inkişaf ləngiməsi, orta ağır və ağır preeklampsiya təyin edilirsə, hamiləliyin gec həftəsində DQVƏC tezliyinin üstünlüyü qeyd olunur.

Tədqiqatda alınan nəticələr S.A.Mohokar et al. [161] dərc olunmuş nəticələri ilə müqayisə olunmuşdur. Müəlliflər qeyd etmişdilər ki, DQVƏC olan qadınlarda hamiləliyin 28-37 həftəsində spontan doğuşların tezliyi 45 %, induksiya olunmuş doğuşların tezliyi 13 % olmuşdur. Qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 38 % olmuşdur.

Müəlliflər təyin etmişdir ki, doğuş üsulu uşaqlıq boynunun hazırlığından, dölün vəziyyətindən, dölün mayenin axması müddətindən asılıdır. Digər müəlliflərə görə, DQVƏC olan qadınlarda normal doğuşların tezliyi 65 %-71,4 %, qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 10 %-26,7 %, doğuşda kiçik mamalıq əməliyyatlarının, o cümlədən mamalıq maşalarının istifadəsi tezliyi 1,9 %-20 %-ə qədər dəyişir.

Aparılan tədqiqatda spontan doğuşların, induksiya olunmuş vaxtıdan qabaq doğuşların və qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi dərc olunmuş müəlliflərin göstəricilərindən praktik olaraq fərqlənmirlər. Eyni zamanda bizim tədqiqatda doğuşda kiçik mamalıq əməliyyatlarından istifadə edilməyib, bu da doğuşlarda yüksək tezliklə dölün ana bətnində inkişaf qüsurları, ölü döl, dölün bətdaxili inkişaf ləngiməsinin olması ilə izah etmək olar.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, DQVƏC olan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərdən çanaq gəlişlərinin tezliyi 28 %, dölün kəskin hipoksiyası 24 %, doğuşun induksiyasının effektivliyini 12 %, azsululuq 12 %, uşaqlıqda çapıq 12 %, dölün köndələn vəziyyəti 8 %, arxa-ənsə gəlişi 4 % olmuşdur [11, 15, 91, 93].

Aparılan tədqiqatda qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 37 % olmuşdur.

Azsululuq müşahidə olunan doğuşların 37 %-də qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır. Onların 33-də (89,2 %) təcili qeysəriyyə kəsiyi, 4-də (10,8 %) planlı qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır.

Azsululuq müşahidə olunan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyi aparılmasına göstərişlərdən yüksək tezliklə ağır dərəcəli preeklampsiya (18,2 %), uşaqlıqda çapıq

və DQVƏC (15,2 %), DQVƏC və dölün köndələn vəziyyəti (12,1 %), DQVƏC və sarğı gəlişi və dölün kəskin hipoksiyası (12,1 %), dölün kəskin hipoksiyası (9,1 %) olmuşdur.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, DQVƏC olan doğan qadınlarda çəkisi 1000 q doğulan yenidoğulmuşların tezliyi 6 %, 1001-1500 q - 21 %, 1501-2000 q - 23 %, 2001-2500 - 26 % olmuşdur.

Aparılan tədqiqatda 42 % yenidoğulmuşlar $640,53 \pm 35,79$ q, 46 % - $1800,45 \pm 36,7$ q, 12 % yenidoğulmuşlar $2236,84 \pm 71,82$ q çəki ilə doğulublar [6, 11, 25, 36, 39].

Tədqiqatda az çəki ilə doğulan yenidoğulmuşların tezliyinin yüksək olması ilk növbədə azsululuğu müşayət edən müxtəlif mamalıq və ekstragenital fəsadların tezliyi ilə, o cümlədən ölü döl, ana bətnində inkişaf qüsurları, fetoplasentar çatmamazlıq nəticəsində dölün inkişaf ləngiməsi, orta ağır və ağır preeklampsiya, DQVƏC-nın yüksək tezliklə rast gəlməsi ilə əlaqədardır.

Qeyd etmək lazımdır ki, retrospektiv materiala görə, azsululuq müşahidə olunan qadınlar vaxtında hospitalizasiya olmayıb (dölün ana bətnində inkişaf qüsurları istisna olmaqla), kompleks patogenetik müalicə, o cümlədən fetoplasentar çatmamazlığın korreksiyası aparılmayıb, bu da hamiləliyin, doğuşun nəticələrində, perinatal ölüm göstəricilərində öz əksini tapıb.

Prospektiv tədqiqata görə, azsululuq olan 75 qadın hamiləlik müddətində hamiləliyin patologiyası şöbəsinə hospitalizasiya olunmuşdular və klinik, exoqrafik, doppleroqrafik, hormonal, bakterioloji müayinələrdən sonra kompleks patogenetik müalicə aparılmışdır.

Aparılan prospektiv tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin I trimestrində azsululuq müşahidə olunan qadınlarda yüksək tezliklə hamiləliyin erkən toksikozu (24 %), düşük təhlükəsi (18,7 %) başlanmış düşük (32 %), simptomuz bakteriuriya (28 %), xronik pielonefrit, xronik sistitin kəskinləşməsi (14,7 %), kəskin respirator virus infeksiyası (42,7 %) qeyd olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, tədqiqata daxili olan qadınlarda fəsadlaşmış ginekoloji və mamalıq anamnezi olmuşdur. Tədqiqata daxil olan qadınlarda hazırkı hamiləlikdən qabaq müxtəlif səbəblərdən

uşaqlıq divarının küretaj aparılmışdır. Bu qadınlarda yüksək tezliklə tibbi abort, natamam düşük, endometriumun polipi, endometriumun hiperplaziyası, uzun müddət qalan uşaqlıqdaxili vasitə qeyd olunmuşdur.

Fəsadlaşmış mamalıq anamnezində spontan düşüklərin olması, vaxtından qabaq doğuşlar, ölü döl, əvvəlki, hamiləliklərdə müxtəlif ağırlıq dərəcəli preeklampsiya, uşaqlıqda çapıq qeyd edilmişdir.

Beləliklə, hamiləliyin I trimestrində fəsadların tezliyi, o cümlədən fəsadlaşmış mamalıq və ginekoloji anamnez birincili cift çatmamazlığının inkişafına səbəb olur və bətdaxili infeksiyalaşma ehtimalını artırır.

Hamiləliyin II trimestrində azsululuq olan qadınlarda yüksək tezliklə düşük təhlükəsi (42,7 %), xronik iltihabi xəstəliklərinin kəskinləşməsi (30,7 %), hestasion hipertenziya və xronik hipertenziya (34,7 %), piylənmə (14,7 %), istmikoservikal çatmamazlıq (18,7 %) yüksək tezliklə qeyd olunurdu.

Müayinə olunan qadınlarda hamiləliyin III trimestrində mamalıq və ekstragenital patologiyanın çoxluğu və tezliyi nəzərə çarpır. Təyin edilmişdir ki, vaxtından qabaq doğuş təhlükəsinin tezliyi 56 %, orta dərəcəli preeklampsiya 44 %, dölün xronik hipoksiyası 77,3 %, DQVƏC 70,7 %, dölün ana bətnində infeksiyalaşması 97,3 %, uşaqlıqda çapıq (18,7 %), psixogen stress 24 %, həddindən artırı gərginlik 32 % olub.

Beləliklə, hamiləlik müddətində azsululuğun risk amillərinə:

- I trimestrində: erkən toksikoz, düşük təhlükəsi, başlanmış düşük, simptomsuz bakteriuriya, xronik böyrək xəstəliklərinin kəskinləşməsi, kəskin respirator virus infeksiyası;
- II trimestrində: düşük təhlükəsi, xronik iltihabi xəstəliklərin kəskinləşməsi, hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri, İSÇ;
- III trimestrində isə vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi, preeklampsiya, dölün xronik hipoksiyası, DQVƏC, dölün ana bətnində infeksiyalaşması, uşaqlıqda çapıq, psixogen stress, həddindən artırı fiziki gərginlik aiddir.

Aparılan tədqiqat əsasında qeyd etmək lazımdır ki, hamiləliyin inkişaf müddətində birincili cift çatmamazlığı və fetoplasentar çatmamazlığın klinik

əlamətləri qeyd olunmuşdur və bu hamiləliklərdə azsululuğu fetoplasentar çatmamazlığın bir exoqrafik əlaməti kimi qeyd etmək olar.

Qeyd etmək lazımdır ki, azsululuq diaqnozu ultrasəs müayinəsi nəticəsində qoyulur. Bizim tədqiqatda hamiləliyin 23,6±0,21 həftəsində AMİ 1,9±0,8 sm (fəsadsız hamiləlikdə 5,6±0,3 sm), 31,8±0,18 həftədə 2,3±0,3 (fəsadsız hamiləlikdə 6,1±0,4), 34,5±0,9 həftədə 3,0±0,2 sm (fəsadsız hamiləlikdə 7,2±0,8 sm) olmuşdur.

Beləliklə, azsululuq müşahidə olunan hamiləlikdə AMİ-nin dinamikada artmasına baxmayaraq, fizioloji göstəricilərdən statistik dürüst dərəcədə az olması qeyd olunur ($p < 0,05$).

Qeyd etmək lazımdır ki, azsululuq olan hamilələrdə müalicədən əvvəl hamiləliyin bütün müddətində ciftin qalınlığı, uşaqlıq boynunun uzunluğu, dölün güman olunan çəkisi praktik sağlam hamilələrlə müqayisədə nəzərə çarpacaq qədər az olunmuşdur.

Təyin edilmişdir ki, hamiləliyin 22-28 həftəsində AMİ 1,9±0,8 sm olduqda ciftin qalınlığı 22,31±1,2 mm, uşaqlıq boynunun uzunluğu 25,3±1,5 mm, dölün güman olunan çəkisi 645±61,1 q olmuşdur.

Hamiləliyin 29-33 həftəsində AMİ 2,3±0,3 sm olduqda ciftin qalınlığı 30,43±0,41 mm, uşaqlıq boynunun uzunluğu 26,1±1,45 mm, dölün güman olunan çəkisi 1410,0±23,9 q olmuşdur.

Hamiləliyin 34-36 həftəsində AMİ 3,0±0,2 sm olan hamilələrdə ciftin qalınlığı 32,58±1,13 mm, uşaqlıq boynunun uzunluğu 26,5±0,8 mm, dölün güman olunan çəkisi 2220±63,34 q olmuşdur.

Alınan nəticələr fizioloji göstəricilərdən nəzərə çarpacaq qədər aşağı olmuşdur.

Beləliklə, azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə hestasiyadan asılı olmayaraq, ciftin qalınlığının, uşaqlıq boynunun uzunluğunun dölün güman olunan, çəkisinin nəzərə çarpacaq qədər az olması təyin edilir və bu qadınlarda fetoplasentar çatmamazlığın exoqrafik göstəricilərinə aid etmək olar.

Alınan nəticələr Z.S.Muradova [6] vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi olan qadınlarda hamiləliyin, fetoplasentar sistemin vəziyyətini öyrənərkən aldığı nəticələrlə müqayisə olunmuşdur.

Müəllifə görə, hamiləliyin 22-28 həftəsində DQVƏC-nin tezliyi 29,7 %, 29-33 həftəsində 37,8 %, 34-36 həftəsində isə 32,4 % olmuşdur.

Bizim tədqiqatda azsululuq müşahidə olunan qadınlarda DQVƏC tezliyi 70,7 % olmuşdur.

Aparılan tədqiqatlara görə, VQDT olan qadınlarda hamiləliyin 22-28 həftəsində uşaqlıq boynunun uzunluğu 25,2 mm, ciftin qalınlığı 27,7 mm olmuşdur.

Hamiləliyin 29-33 həftəsində uşaqlıq boynunun uzunluğu 25,8 mm, ciftin qalınlığı 36,5 mm olmuşdur.

Hamiləliyin 34-36 həftəsində uşaqlıq boynunun uzunluğu 27 mm, ciftin qalınlığı 38,7 mm olmuşdur.

Bu nəticələri şəxsi tədqiqatın nəticələri ilə müqayisə etdikdə azsululuq olan hamilələrdə hestasiyanın hər bir müddətində ciftin qalınlığının nəzərə çarpacaq qədər az olması qeyd olunur, bu da azsululuq zamanı müxtəlif mamalıq və ekstragenital patologiyanın yüksək tezliyi ilə əlaqədar olmuşdur və birincili cift çatmamazlığının təzahürüdür.

Fetoplasentar çatmamazlığın (FPC) ilkin əlamətlərindən uşaqlıq cift qan dövranının pozulmasıdır.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, FPC-ın əsasını ilkin olaraq hemodinamik dəyişikliklər təşkil edir. Bu dəyişikliyi təyin etmək üçün qeyri-invaziv metod olan dopplerometriyadan geniş istifadə olunur.

Məlum olmuşdur ki, FPC zamanı hamiləliyin 24-27 həftəsində uşaqlıq arteriyasında 17 %, göbək ciyəsi arteriyasında 11,3 %, dölün orta beyin arteriyasında 5,7 % qan dövranının azalması baş verir.

Elmi ədəbiyyata əsasən, ana-cift-döl qan dövranının pozulması özünü əsasən, sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında, göbək ciyəsi arteriyasında, dölün orta beyin arteriyasında rezistentlik indeksinin artması, qan axını sürətinin azalması ilə özünü büruzə verir.

Hazırkı tədqiqatda azsululuq olan qadınlarda sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında və dölün göbək ciyəsi arteriyasında rezistentlik indeksinin artması qeyd olunub, bu da

müayinə olunan qadınların fetoplasentar kompleksində hemodinamik dəyişikliklərin olmasını əks etdirir.

Aparılan tədqiqatda fetoplasentar kompleksin vəziyyətini əks etdirən hormonların və cift zülallarının miqdarı təyin edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə cift zülallarından PAPP-A, α FP, β_2 M-in və ciftə ifraz olunan progesteron və estriolun miqdarı nəzərə çarpacaq qədər azalır.

Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyin 22-28 həftəsində PAPP-A-nın miqdarı $42116 \pm 381,72$ mBV/l, 34-36 həftəsində isə $97906 \pm 467,9$ mBV/l olmuşdur.

α FP-in miqdarı hamiləliyin 22-28 həftəsində $136,1 \pm 18,62$ BV/ml, 34-36 həftəsində isə $185,7 \pm 27,8$ BV/ml olmuşdur.

β_2 M-in miqdarı hamiləliyin 22-28 həftəsində $1,32 \pm 0,007$ mq/l, 34-36 həftəsində isə $1,84 \pm 0,15$ mq/l olmuşdur.

Progesteronun miqdarı hamiləliyin 22-28 həftəsinə $302,98 \pm 13,4$ nmol/l, hamiləliyin 34-36 həftəsində isə $365,37 \pm 15,42$ nmol/l olmuşdur.

Estriolun miqdarı hamiləliyin 22-28 həftəsində $27,7 \pm 7,75$ ng/ml, hamiləliyin 34-36 həftəsində isə $73,96 \pm 16,32$ ng/ml olmuşdur.

Azsululuq müşahidə olunan hamilələrin kompleks patogenetik müalicəsi nəticəsində bu göstəricilər nəzərə çarpacaq qədər artmışdır ($p < 0,05$).

Azsululuq müşahidə olunan bütün hamilələrin uşaqlıq yolunun bakterioloji müayinəsi aparılmışdır. Müayinənin nəticələrinə görə, azsululuq müşahidə olunan hamilələrin 26,7 %-də *Escherichia coli*, 36 %-də *Staphylococcus aureus*, 45,3 %-də *Staphylococcus epidermidis*, 45,3 % *Enterococcus*, 26,7 %-də *Candida albicans*, 18,8 %-də *Staphylococcus Saprophyticus* təyin edilmişdir.

Alınan nəticələr müxtəlif səbəbli azsululuq olan hamiləlikdə dölün ana bətnində infeksiyalaşma və amnion mayesinin infeksiyalaşma ehtimalını nəzərə çarpacaq qədər artırır.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, döl qişalarının infeksiyalaşması (xorioamnionit) tezliyi 4 %-15 % arasında tərəddüd edir. Simptomsuz xorioamnionitin tezliyi histoloji müayinələr nəticəsində 19 %-dan 85 %-ə qədər qeyd olunur [35, 36, 41, 54, 59, 62].

Müəyyən edilmişdir ki, dölyanı mayenin infeksiyalaşması yüksək tezliklə ureaplazma və digər genital mikoplazmalar ilə rast gəlinir. Bu, hamilələrdə antibakterial terapiyanın aparılması zərurətini yaradır [20, 40, 41, 46, 48, 81, 83, 85].

Aparılan tədqiqatlara görə, dölyanı mayenin infeksiyalaşması yüksək tezliklə *Histerca manocytogenes*, *Bergeyella zoohelecum*, *Bergella sp*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus hemolyticus*, *Leptotrichia amnionii*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* təyin edilir [60, 61].

Beləliklə, nəticəyə gəlmək olar ki, azsululuğu yaradan çoxsaylı amillərdən yüksək tezliklə kəskin iltihabi xəstəliklərin olması, xronik iltihabi xəstəliklərin kəskinləşməsi, uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioloji əkilməsinin nəticələrini nəzərə alaraq hamiləlik müddətində dölyanı mayenin infeksiyalaşması ehtimalı yüksəkdir. Bunu nəzərə alaraq aparılan tədqiqatda hamiləlik müddətində kompleks müalicə 3 istiqamətdə aparılmışdır:

- mamalıq fəsadlarının müalicəsi;
- ekstragenital patologiyanın müalicəsi;
- fetoplasentar çatmamazlığın korreksiyası.

Müalicəyə mütləq olaraq III nəsil sefalosporinlər daxil edilmişdir. Aparılan kompleks patogenetik müalicə nəticəsində hamiləliyin müddəti uzadılmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, hestasiyanın erkən vaxtlarında azsululuğun diaqnostikası və kompleks patogenetik müalicəsi hamiləliyin müddətinin statistik dürüst dərəcədə artmasına imkan verir.

Müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin $23,16 \pm 0,21$ həftəsində azsululuq olan hamilələrin hamiləliyi $7,0 \pm 1,4$ həftə uzadılmışdır və doğuş $30,2 \pm 0,11$ həftədə baş vermişdir.

Hamiləliyin $31,8 \pm 0,18$ həftəsində azsululuğun diaqnostikası və müalicəsi nəticəsində hamiləlik $4,0 \pm 0,6$ həftə uzadılmış və doğuş $35,8 \pm 1,3$ həftədə baş vermişdir.

Hamiləliyin $34,5 \pm 0,9$ həftəsində azsululuğu olan hamilələrin hamiləliyi $1,5 \pm 0,4$ həftə uzadılmışdır və $36,0 \pm 1,6$ həftədə doğuş baş vermişdir. Bu da çox erkən və

erkən vaxtından qabaq doğuşların tezliyini azaltmış, perinatal göstəricilərə nəzərə cərpacaq qədər təsir etmişdir.

M.W.Musaba et al. [164] DQVƏC olan qadınlarda servikovaginal möhtəviyyatın bakterial xüsusiyyətlərini və antibiotikə həssaslığını öyrənmişdir. Müəlliflər təyin etmişdilər ki, tədqiqata daxil olan qadınların 10 %-də 28-31 həftə hamiləlik, 27 %-də 32-36 həftə hamiləlik, 64 %-də 37 həftədən böyük hamiləlik olmuşdur. DQVƏC olan qadınlardan ilk doğan 40 %, anamnezində 2-3 doğuş olan 31 %, 3-dən çox doğuş olan 29 % olmuşdur. DQVƏC ilə əlaqədar 23,5 %-də antibakterial terapiya başlanmış, 76,5 %-də antibakterial terapiya təyin edilməmişdir. DQVƏC olan qadınlarda dölyanı mayenin axması müddəti 39 %-də 12 saatdan az, 10-da 12-24 saat, 51 %-də 24 saatdan çox olmuşdur. Müəlliflər təyin etmişdilər ki, servikovaginal möhtəviyyata qram (-) bakteriyalardan yüksək tezliklə *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, bir qədər az tezliklə *Bakteroidlər sp.*, *Enterobacter sp.* təyin edilmişdir. Gram (+) floradan *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Koagulaza-negativ-staphylococcus*, fakultativ anaeroblar təyin edilmişdir.

Antibiotikə həssaslığı öyrənərkən müəyyən edilmişdir ki, servikovaginal möhtəviyyatda olan patoloji mikroflora 76 % tezliklə Ceftriaxon/cefotaxim, 56 % tezliklə eritromisinə, 95 % vankomisinə, 100 % mezopenemə, 100 % seftazidimə, 100 % nitrofuranlara, 100 % cefotaksim-klavulon turşusuna, 80 % ofloksasinə, 66 % siprofloksasinə, 46 % Gentamisinə həssas olmuşdur [11, 15, 16, 26, 40, 67, 73, 82, 194].

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 96 % rezistentlik kortimoksazola, 95 % ampisillinə, 83 % Ko-amoksiklava, 81 % sefuroksimə, 93 % oksasillinə, 79 % tetrasiklinə, 69 % sefazolinə, 46 % gentamisinə olmuşdur.

Beləliklə, DQVƏC olan qadınlarda servikovaginal möhtəviyyatın bakterioloji tədqiqatı və alınan mikrofloranın antibiotiklərə həssaslığının təyinindən sonra antibakterial terapiyanın aparılması xorioamnionitin və dölün ana bətnində infeksiyalaşmasının əsas preventiv müalicəsidir.

Aparılan tədqiqatda azsululuq müşahidə olunan qadınların 70,7 %-də ekstragenital və mamalıq patologiyaları ilə yanaşı DQVƏC olmuşdur. Bunların 22,6 %-də DQVƏC hamiləliyin 22-28 həftəsində, 52,8 %-də 29-33 həftəsində,

24,5 %-də 34-36 həftəsində olmuşdur. Bu qadınlar hamiləliyin patologiyası şəbəsində hospitalizə edilib, yataq rejimində (“Bed rest” üsulu ilə) infuzion, antibakterial, antikoagulyant, simptomatik müalicə aparılmışdır. Aparılan kompleks patogenetik müalicə nəticəsində hamiləlik müddətinin uzadılması, AMİ-nin artması təyin edilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, $25,63 \pm 1,7$ həftədə (22-28) DQVƏC zamanı hamiləlik müddəti $6,68 \pm 0,9$ həftə uzadılmışdır, doğuş $31,7 \pm 0,3$ həftədə baş vermişdir.

Hamiləliyin $32,23 \pm 0,16$ (29-33) həftəsində DQVƏC zamanı hamiləliyin müddəti $3,2 \pm 0,3$ (0,3-9,7) həftə uzadılmış, doğuş $35,43 \pm 0,6$ həftədə baş vermişdir.

Hamiləliyin $34,9 \pm 0,6$ (34-36) həftəsində DQVƏC zamanı hamiləlik $1,34 \pm 0,2$ (0,4-4,6) həftə uzadılmış, doğuş $36,2 \pm 1,2$ (35-38) həftədə baş vermişdir.

Ultrasəs müayinəsi olunan hamilələrdə müalicə nəticəsində hamiləliyin 22-28 həftəsində AMİ-nin $1,8 \pm 0,9$ sm-dən $5,1 \pm 0,6$ sm-ə qədər, hamiləliyin 29-33 həftəsində AMİ-nin $2,0 \pm 0,2$ sm-dən $4,5 \pm 0,3$ sm-ə qədər, hamiləliyin 34-36 həftədə AMİ $2,9 \pm 0,4$ sm-dən $4,4 \pm 0,2$ sm-ə qədər artması təyin edilmişdir.

Alınan nəticələrə görə, DQVƏC olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicənin aparılması hamiləliyin uzadılması və AMİ-nin artması ilə nəticələnir.

Aparılan tədqiqatda azsululuğu və İSÇ olan 14 hamilədə kompleks müalicə ilə yanaşı gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin effektivliyi öyrənilmişdir.

İstifadədə əvvəl uşaqlıq boynu Şteynberq şkalasına görə, qiymətləndirilmişdir, gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin qoyulmasından əvvəl və sonra uşaqlıq yolunun sanasiyası aparılmışdır və eyni zamanda antibakterial və infuzion terapiya aparılmışdır.

Hamiləlik orta hesabla $11,7 \pm 1,2$ həftə uzadılmışdır. Müəyyən olunmuşdur ki, azsululuq və İSÇ olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicə fonunda gərginliyi azaldan mamalıq pessarinin istifadəsi effektivdir.

Ş.B.Vahabova [7] uşaqlıq boynunun çatışmazlığı olan hamilələrdə gərginliyi azaldan mamalıq pessarisindən (GAMP) istifadə etmişdir. Müəllif təyin etmişdir ki, İSÇ-da mamalıq pessarinin istifadəsinə göstərişlərdən 62 % hamilələrdə keçmiş doğuşlarda uşaqlıq boynunun cırılması, 76 %-də anamnezində adəti düşüklərinin

olması, 36 %-də anamnezində süni abortların olması, 12 %-də uşaqlıq boynunun anadangəlmə qısa olması, 6 %-də ginekoloji manipulyasiya nəticəsində uşaqlıq boynunun travması olmuşdur.

Təyin olunmuşdur ki, İSÇ olan qadınlarda GAMP istifadəsinə göstərişlərdən uşaqlıq yolunda normosenozun olması və İSÇ-nin exoqrafik göstəricilərinin təyini vacibdir. Müəllifə görə, 18 % GAMP qoyulan hamilələrin heç bir subyektiv şikayəti olmamışdır, 82 %-də isə uşaqlıq yolunda ifrazatın artması, 42,7 %-də uşaqlıq yolunda göynəmə hissənin olması, 11,5 %-də sidik ifrazatının tez-tez olması, 8,5 %-də gəbizlik, 4,2 %-də uşaqlıq yolunda yad cismin olması hissiyatı, 2,1 %-də ayaq nahiyəsində ağrıların olması, 6,3 %-də oturan zaman ümumi diskomfortun olması təyin edilmişdir.

Müəlliflər təyin etmişdilər ki, İSÇ-də GAMP qeyri-invaziv, yüksək effektiv korreksiya metodu kimi geniş istifadə oluna bilər.

S.Kumar [130] tədqiqatlarına görə, DQVƏC ana bətnində infeksiyalaşma və xorioamnionitin yüksək risk amilidir. Bunun nəticəsində vaxtından qabaq doğuşların tezliyi nəzərə çarpacaq qədər artır. Xorioamnionitin klinik, subklinik və asimptomatik gedişi qeyd olunur. Müəllifin nəticələrinə görə, hamiləliyin 35 həftəsinə gədər DQVƏC olan hamilələrin 27,4 %-də xorioamnionit, 93,8 %-də doğuşun 37 həftəyə qədər baş verməsi, 62,8 %-də yenidoğulmuşların 1 dəqiqədə Apqar şkalasına görə, 7 baldan aşağı olması, 27,4 %-də 5-ci dəqiqədə 7 baldan aşağı olması qeyd olunub. Erkən neonatal dövrdə 13,3 %-də hialin membran sindromunun olması, 15,9 %-də neonatal infeksiyanın olması, 2,5 %-də isə yenidoğulmuşun neonatal dövrdə ölümü qeyd olunub.

Elmi tədqiqatlara əsasən, DQVƏC azsululuğun yüksək tezliklə rast gəlinən amilidir. DQVƏC olan qadınlarda spontan doğuşların tezliyi 45 %, induksiya olunmuş doğuşların tezliyi 55 %, təbii yolla doğuşların tezliyi 65 %, qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 25 %-dir. Qeysəriyyə kəsiyinə göstərişlərdən dölün qeyri-düzgün vəziyyətləri 28 %, dölün kəskin hipoksiyası 24 % olmuşdur. DQVƏC olan qadınlarda ana xəstələnməsinin tezliyi 16 %, perinatal xəstələnmə tezliyi 33 % olmuşdur. Bu göstəricilərə təsir edən amillərdən RDS 21 %, sepsis 10 %, hiperbilirubinemiya 23 %

olmuşdur. Perinatal ölüm göstəricisi 15 % olmuşdur. Perinatal ölümün əsas səbəblərindən sepsis 27 %, RDS 53 %, yenidoğulmuşun asfiksiyası 20 % olmuşdur [6, 10, 19, 35, 60, 97, 130].

Aparılan tədqiqatda azsululuğu olan qadınlarda təbii yolla doğuşların tezliyi 42,7 %, qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 57,3 % olmuşdur. Təbii yolla olan doğuşların 4 %-i induksiya olunmuş, 38,7 % spontan doğuşlar olmuşdur. Hazırkı hamiləlikdə azsululuğu olan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyinə müştərək göstərişlər olmuşdur, o cümlədən 32,6 % (n=14) uşaqlıqda çapıq, 100 %-da dölün bətn daxili infeksiyalaşması (n=43), 72 %-də dölün xronik hipoksiyası (n=31), 44,2 %-də preeklampsiya (n=19), 37,2 %-də DQVƏC (n=16), 23,3 %-də dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi (n=10), 11 %-də CVƏQ (n=5), 9,3 %-də sağrı gəlişi, iri döl (n=4), 7,0 %-də epilepsiya (n=3), 2,3 %-də dölün köndələn vəziyyəti (n=1) qeyd olunmuşdur.

Alınan nəticələri retrospektiv tədqiqatın nəticələri ilə müqayisə etdikdə təyin edilmişdir ki, aparılan tədqiqatda müalicə nəticəsində təbii yolla doğuşların tezliyi 63 %-dən 42,7 %-ə qədər azalmışdır (prospektiv materiala görə).

Qeyd etmək lazımdır ki, induksiya olunmuş doğuşların tezliyi 12 %-dən 4 %-ə qədər azalmışdır. Qeysəriyyə kəsiyinin tezliyi 37 %-dən 57,3 %-ə qədər artmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, retrospektiv materialla prospektiv materialı müqayisə etdikdə görünür ki, orta hesabla çox erkən doğuşlar prospektiv tədqiqatda praktik olaraq olmayıb, retrospektiv tədqiqatda 47 % olub. Erkən və xüsusi vaxtından qabaq doğuşların tezliyinin nəzərə çarpacaq qədər artması qeyd olunub.

Beləliklə, hazırkı hamiləliyində azsululuq olan qadınlarda hestasiyadan asılı olmayaraq kompleks patogenetik müalicənin, o cümlədən, antibakterial, infuzion, antiaqreqant, simptomatik müalicənin aparılması çox erkən vaxtından qabaq doğuşların tezliyini nəzərə çarpacaq qədər azaltmışdır və hamiləliyin müddətini 1,5-7 həftə uzatmağa imkan vermişdir.

Alınan nəticələr perinatal göstəricilərə nəzərə çarpacaq qədər təsir edir.

Müxtəlif müəlliflərə görə, DQVƏC olan qadınlarda perinatal xəstələnmə tezliyi 10,34-60,71 % arasında tərəddüd edir, bu da dölyanı mayenin axması müddətindən

asıdır. 12 saata qədər müddətdə dölyanı mayesi axan qadınlarda perinatal xəstəlmə göstəricisi 10,34 %, perinatal ölüm göstəricisi 3,44 %, 12-24 saat müddətində dölyanı mayesi axan qadınlarda perinatal xəstəlmə 36,84 %, perinatal ölüm göstəricisi 5,26 %, 24-36 saat müddətində dölyanı mayesi axan qadınlarda perinatal xəstəlmə 25 %, perinatal ölüm göstəricisi 20,83 % olmuşdur. 36 saatdan çox dölyanı mayesi axan qadınlarda isə perinatal xəstəlmə 60,71 %, perinatal ölüm isə 28,57 % olmuşdur.

Beləliklə, dölyanı mayenin axması müddəti artdıqca perinatal xəstəlmə və ölüm göstəriciləri nəzərə çarpacaq qədər artır.

Aparılan tədqiqatda hamiləlik müddətində müxtəlif səbəblərdən azsululuğu olan qadınlara kompleks patogenetik müalicəsi nəticəsində antenatal ölüm göstəricisi 190%-dən 13,3%-ə qədər, intranatal ölüm göstəricisi 170%-dən 53,3%-ə qədər, postnatal ölüm göstəricisi 60%-dən 53,3%-ə qədər, perinatal ölüm göstəricisi 420%-dən 119,9%-ə qədər azalmışdır.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən olundu ki, azsululuq zamanı hestasiyadan asılı olmayaraq, kompleks patogenetik müalicənin aparılması hestasiya müddətini uzatmağa imkan verir, çox erkən doğuşların tezliyini və perinatal ölüm göstəricilərini nəzərə çarpacaq qədər azaldır.

NƏTİCƏLƏR

1. Retrospektiv tədqiqata görə azsululuğun güman olunan səbəblərindən döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması 54%, ölü döl 19%, fetoplasentar çatmamazlıq nəticəsində dölün inkişaf ləngiməsi 10%, dölün ana bətnində inkişaf qüsurları 8%, orta ağır və ağır preeklampsiya 9% tezliklə qeyd olunur. Azsululuqla müşahidə olunan doğuşların 47%-i çox erkən vaxtından qabaq, 41,1%-i erkən vaxtından qabaq, 11,8%-i xüsusi vaxtından qabaq doğuş qeyd olunur. 51% qadınlarda spontan doğuş, 12%-də induksiya olunmuş doğuş baş vermişdi, 37%-də qeysəriyyə kəsiyi aparılmışdır.

2. Hamiləliyin hər bir müddətində dölyanı mayenin tərkibi fetoplasentar sistemin vəziyyətini əks edən yüksək proqnostik və diaqnostik amildir. Hamiləliyin 16-17 həftəsində dölyanı mayenin PH $7,75 \pm 0,25$, optik sıxlığı $1,01 \pm 0,001$, ümumi zülalın miqdarı $0,37 \pm 0,04$ q/dl, ümumi bilirubinin miqdarı $0,1 \pm 0,02$ nq/dl, qlükozanın miqdarı $42,61 \pm 3,84$ mq/dl, qalıq azotun miqdarı $10,0 \pm 0,96$ mq/dl, ümumi xolesterolun miqdarı $2,52 \pm 0,76$ mq/dl, progesteronun miqdarı $30,7 \pm 4,52$ nq/dl, testosteronun miqdarı $115,1 \pm 20,57$ nq/dl, estriolun miqdarı $5,47 \pm 1,12$ nq/dl, dehidro-epiandrosteron-sulfatın miqdarı $13,43 \pm 1,57$ μ q/dl təyin edilir.

3. Prospektiv tədqiqata görə azsululuğun risk amillərindən hamiləliyin I trimestrində erkən toksikoz 24%, kəskin respirator virus infeksiyası 42,7%, başlamış düşük 32%, simptomsuz bakteriuriya 28% tezliklə qeyd olunur.

Hamiləliyin II trimestrində azsululuğun risk amillərindən düşük təhlükəsi 42,7%, xronik iltihabı xəstəliklərin kəskinləşməsi 30,7%, hestasion hipertenziya 34,7% tezliklə qeyd olunur.

Hamiləliyin III trimestrində dölün xronik hipoksiyası 77,3%, döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması 70,7%, dölün ana bətnində infeksiyalaşması 97,3%, vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi 56%, orta ağır və ağır preeklampsiya 44%, həddindən artıq fiziki gərginlik 32%, psixogen stress 24% qeyd olunur.

4. Azsululuq olan hamilələrdə exoqrafik göstəricilərə görə hamiləliyin $23,6 \pm 0,21$ həftəsində amniotik maye indeksi $1,9 \pm 0,8$ sm, hamiləliyin $31,8 \pm 0,18$ həftəsində – $2,3 \pm 0,3$ sm, hamiləliyin $34,5 \pm 0,9$ həftəsində – $3,0 \pm 0,2$ sm təyin edilir. Azsululuğu

olan hamilələrdə ciftin qalınlığının, uşaqlıq boynunun uzunluğunun, dölün güman olunan çəkisinin nəzərəcarpacaq qədər azalması təyin edilir ($p < 0,05$). Dopplerometriya göstəricilərinə görə azsululuq müşahidə olunan qadınlarda ana-cift qan dövranının pozulması sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında və göbək ciyəsi arteriyasında rezistentlik indeksinin nəzərəcarpacaq qədər artması qeyd olunur.

5. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə fetoplasentar çatmamazlıq hamiləliklə əlaqəli plazma proteini – A-nın, α -fetoprotein, β_2 -mikroqlobulin və progesteronun, estriolun azalması ilə özünü büruzə verir. Kompleks patogenetik müalicə nəticəsində proliferativ, hemodinamik proseslərin aktivləşməsi nəticəsində plasentar zülalların və hormonların artması qeyd olunur, bu da dölün vəziyyəti və hamiləliyin inkişafına təsir edir.

6. Azsululuğu olan hamilələrdə uşaqlıq yolu möhtəviyyatında 45,3% tezliklə Staphylococcus epidermidis, 45,3% Enterococcus, 36%-də Staphylococcus aureus, 26,7%-də Escherichia coli, 26,7%-də Candida albicans, 18,8%-də Staphylococcus saprophyticus təyin edilir.

7. Hazırkı hamiləlikdə azsululuq olan qadınların kompleks patogenetik müalicəsi, o cümlədən antibakterial, infuzion, antiaqreqant, simptomatik müalicənin aparılması çox erkən vaxtından qabaq doğuşların tezliyini nəzərəcarpacaq qədər azaltmış, hamiləliyin müddətinin 1,5-7 həftə uzadılmasına imkan vermişdir. Aparılan kompleks patogenetik müalicə nəticəsində antenatal ölüm göstəricisinin 190%-dən 13,3%-ə qədər, intranatal ölüm göstəricisinin 170%-dən 53,3%-ə qədər, postnatal ölüm göstəricisinin 60%-dən 53,3%-ə qədər, perinatal ölüm göstəricisinin isə 420%-dən 119,9%-ə qədər azalmasına imkan verir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Azsululuq müşahidə olunan hamilələrdə amniotik maye indeksinin təyini, ana-cift-döl qan dövranının qiymətləndirilməsi.

2. Hamiləlik müddətində azsululuğu yaradan səbəblər təyin edilməlidir və stasionar şəraitində kompleks patogenetik müalicə, o cümlədən antibakterial, infuzion, antiaqreqant, simptomatik müalicə aparılmalıdır.

3. Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicə Trandelenburq vəziyyətində yataq rejimi üsulu ilə (“Bed rest”) məqsədə uyğundur. Kompleks patogenetik müalicənin 3 istiqamətdə: mamalıq fəsadlarının, ekstragenital patologiyanın və fetoplasentar çatmamazlığın müalicəsi aparılması məqsədə uyğundur.

4. Azsululuğu və istmikoservikal çatmamazlığı olan qadınlarda klinik müayinələrdən sonra, o cümlədən bimanual müayinə, uşaqlıq boynunun güzgülərlə müayinəsi, vaginal ötürücü ilə ultrasəs müayinəsi, eyni zamanda uşaqlıq boynunun Steynberq şkalası ilə qiymətləndirilməsindən sonra gərginlik azaldan mamalıq pessarinin istifadəsi məqsədə uyğundur.

5. Hamiləlik müddətində azsululuğun erkən diaqnostikası, azsululuq yaradan səbəblərin korreksiyası hamiləliyin müddətinin uzanmasına, vaxtından qabaq doğuşların tezliyinin və perinatal ölümün azalmasına imkan verir.

İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Əliyeva, L.İ. Azsululuqla müşahidə olunan hamiləliyin risk amilləri // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, – 2019. № 3, – s. 116-119.
2. Əliyeva, L.İ. Azsululuğun hamiləliyin və doğuşun gedişatına təsiri, müasir korreksiya metodlarının effektivliyi // – Bakı: Müasir Ginekologiya və Perinatologiyanın aktual məsələləri, – 2019. 06, – № 4, – s.17-20.
3. Əliyeva, L.İ. Azsululuğu olan qadınlarda reproduktiv funksiyanın vəziyyəti, hamiləliyin, doğuşun xüsusiyyətləri / L.İ.Əliyeva, E.M.Əliyeva, T.N.Əhmədova [və b.] // – Bakı: Sağlamlıq, – 2017. № 6, – s. 62-67.
4. Əliyeva, L.İ. Hamiləlik müddətində azsululuğu olan qadınlarda doğuş prosesinin gedişatının xüsusiyyətləri / L.İ.Əliyeva, E.M.Əliyeva, S.Ş.Məmmədova [və b.] // – Bakı: Sağlamlıq, – 2018. № 1, – s. 78-82.
5. Əliyeva, L.İ. Azsululuğu olan hamilələrdə fetoplasentar sistemin vəziyyəti // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, – 2018. № 1, – s. 231-236.
6. Muradova, Z.S. Hamiləliyin 29-33 həftəsində vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi olan qadınlarda hamiləliyin qedişatı və perinatal xüsusiyyətləri // – Bakı: Sağlamlıq, – 2012. № 2, – s. 83-89.
7. Vahabova, Ş.B. İstmiko-servikal çatmamazlığı olan hamilələrin mamalıq anamnezinin xüsusiyyətləri // – Bakı: Sağlamlıq, – 2013. № 4, – s. 110-114.
8. Алиева, Л.И. Особенности методов родоразрешения у рожениц с маловодием / Л.И.Алиева, Э.М.Алиева, А.Д.Исмаилова [и др.] // – Киев: Здоровье женщины, – 2017. № 9 (125), – с. 65-68.
9. Алиева, Л.И. Эффективность комплексной патогенетической терапии беременных с маловодием / Л.И.Алиева, Э.М.Алиева, С.Н.Мамедова [и др.] // – Минск: Медицинские новости, – 2018. № 1 (280), – с. 77-79.
10. Анастасьева, В.Г. Акушерские осложнения и особенности здоровья новорожденных у женщин с некоторыми проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Бюл. ВСНЦ СО РАМН, – 2009. № 4 (68), – с. 7-12.

11. Аржаева, И.А. Патогенетическое обоснование акушерской тактики при преждевременном излитии околоплодных вод у первобеременных женщин: / автореферат дисс. кандидата медицинских наук. / – Волгоград, – 2014. – 22 с.
12. Баев, О.Р. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод): клинические рекомендации // Акушер. и гинекол., – 2013. 9, – с. 123-130.
13. Болотский, В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод. Теория и практика // Изд-во «Эко Вектор», – 2018. – с. 192.
14. Глухова, Т.Н. Факторы риска преждевременного излития околоплодных вод у первобеременных // Фундаментальные исследования, – 2011. № 1, – с. 30-31.
15. Дмитриенко, К.В. Родоразрешение женщин с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности с учетом параметров воспалительного ответа: / дис. кандидата медицинских наук / – Барнаул, – 2014. – 123 с.
16. Дятлова, Л.И. Закономерности изменений иммунного статуса матери и ребенка при пролонгации беременности, осложненной преждевременным отхождением околоплодных вод / Л.И.Дятлова, А.В.Михайлов, Н.П.Чеснокова [и др.] // Журналь акушерства и женскихъ бользней, – 2014. LXIII (2), – с. 35-41.
17. Исенова, С.Ш. Мониторинг внутриутробного состояния плода при дородовом разрыве плодных оболочек (ДРПО)//Вестник КазНМУ, – 2014. № 4, – с. 1-6.
18. Кетлинский, С.А. Цитокины // СПб: Фолиант, – 2008, – с. 552.
19. Климов, В.А. Эндотелий фетоплацентарного комплекса при физиологическом и патологическом течении беременности // Акушер. и гинекол., – 2008. № 2, – с. 7-10.
20. Попков, В.М. Активация липопероксидации как ведущий патогенетический фактор развития типовых патологических процессов и заболеваний

различной этиологии // Саратов: Изд-во СГМУ, – 2012. –365 с.

21. Чечнева, М.А. Клиническое значение ультразвукового исследования околоплодных вод // Российский Вестник Акушера-Гинеколога, – 2013. № 1, – с. 12-16.
22. Aagaard, K. The placenta harbors a unique microbiome / K.Aagaard, J.Ma, K.M.Antony [et al.] // Am. J. Sci. Transl. Med., – 2014. 6 (237), – p. 237-265.
23. Abbott D.S., Radford S.K., Seed P.T., Tribe R.M., Shennan A.H. Evaluation of a quantitative fetal fibronectin test for spontaneous preterm birth in symptomatic women // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2013. 208 (122), – p. 1-6.
24. Abdelazim, I.A. Placental alpha macroglobulin-1 (AmniSure* test) for detection of premature rupture of fetal membranes// Am. J. Arch. Gynecol. Obstet., – 2012. 285, – p. 985-989.
25. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, authors. Clinical Management guidelines for obstetrician-gynecologists. (ACOG Practice Bulletin №80: premature rupture of membranes) // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2007. 109, – p. 1007-1019.
26. Acosta E.P., Grigsby P.L., Larson K.B., James A.M., Long M.C. Transplacental Transfer of Azithromycin and its Use for Eradicating intra-amniotic Ureaplasma Infection in a Primate Model / E.P.Acosta, P.L.Grigsby, K.B.Larson [et al.] // Am. J. Infect. Dis., – 2014. 209 (6), – p. 898-904.
27. Ahmad, A. Amino-Acid infusion in oligohydramnious // Am. J. Practitioner., – 2006. 13 (3), – p. 140-141.
28. Akolekar, R. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis / R.Akolekar, J.Beta, G.Picciarelli [et al.] // Am. J. Ultrasound Obstet. Gynecol., – 2015. 45 (1), – p. 16-26.
29. Alfakry, H. Neutrophil proteolytic activation cascades: a possible mechanistic link between chronic periodontitis and coronary heart disease / H.Alfakry, E.Malle, C.N.Koyan [et al.] // Am. J. Innate. Immun., – 2016. 22 (1), – p. 85-99.
30. Amiya, R.M. Antenatal Corticosteroids for Reducing Adverse Maternal and Child

- Outcomes in Special Populations of Women at Risk of Imminent Preterm Birth, A Systematic Review and Meta-Analysis / R.M.Amiya, L.B.Mlunde, E.Ota [et al.] // *Am. J. Plus One*, – 2016. 11 (2), – p. 32.
31. Anderson, B.L. Pregnancy-induced changes in immune protection of the genital tract: defining normal / B.L.Anderson, H.Mendez-Figueroa, J.D.Dahlke [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2013. 208 (4), – p. 321-329.
 32. Andreyko, J.L. Results of conservative management of premature rupture of the membranes / J.L.Andreyko, C.Chen, A.Shennan [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2014. – p. 148.
 33. Archabald, K.L. Limiting the Exposure of Select Fetuses to Intrauterine Infection/Inflammation Improves Short-Term Neonatal Outcomes in Preterm Premature Rupture of Membranes / K.L.Archabald, I.A.Buhimschi, M.O.Bahtiyar [et al.] // *Am. J. Fetal. Diagn.*, – 2017. 42 (2), – p. 99-110.
 34. Aubriot, Fx. La rupture premature des membranes. A propos de 169 observations relevees a la maternite de Phospital Boucicaut // *Am. J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, – 2013. – p. 12-16.
 35. Avila, C. Usefulness of two clinical chorioamnionitis definitions in predicting neonatal infectious outcomes: a systematic review / C.Avila, J.L.Willins, M.Jackson [et al.] // *Am. J. Perinatol.*, – 2015. 32 (11), – p. 1001-1009.
 36. Aziz, N. Neonatal outcomes in the setting of preterm premature rupture of membranes complicated by chorioamnionitis // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2009. 22 (9), – p. 780-784.
 37. Baldwin, E.A. Persistent microbial dysbiosis in preterm premature rupture of membranes from onset until delivery // *Peer J.*, – 2015. 3 (1), – e 1398.
 38. Been, J.V. Antenatal steroids and neonatal outcome after chorioamnionitis: a meta-analysis / J.V.Been, P.L.Degraeuwe, B.W.Kramer [et al.] // *BJOG.*, – 2011. 118, – p. 113-122.
 39. Blencowe, H. National, regional and worldwide estimates of preterm birth / H.Blencowe, S.Cousens, M.Oestergaard [et al.] // *Lancet*, – 2012. 9 (379), – p. 2162-2172.

40. Bode, C. Antibiotics regulate the immune response in both presence and absence of lipopolysaccharide through modulation of Toll-like receptors, cytokine production and phagocytosis in vitro / C.Bode, B.Diedrich, S.Muenster [et al.] // *Int. Immunopharmacol.*, – 2014. 18 (1), – p. 27-34.
41. Bode, C. Linezolid, vancomycin and daptomycin modulate cytokine production, Toll-like receptors and phagocytosis in a human in vitro model of sepsis / C.Bode, S.Muenster, B.Diedrich [et al.] // *Am. J. Antibiot.*, – 2015. 68 (8), – p. 485-490.
42. Bornstein, J. Effectiveness of a novel home-based testing device for the detection of rupture of membranes / J.Bornstein, G.Ohel, Y.Sorokin [et al.] // *Am. J. Perinatol.*, – 2009. 26 (1), – p. 45-50.
43. Boskabadi, H. Neonatal Complications Related with Prolonged Rupture of Membranes // *Macedonian J. Med. Sciences.*, – 2014. 4 (1), – p. 93-98.
44. Buduneli, E. Acute myocardial infarction is reflected in salivary matrix metalloproteinase-8 activation level / E.Buduneli, P.Mantyla, G.Emingil [et al.] // *Am. J. Periodontol.*, – 2011. 82 (5), – p. 716-725.
45. Buhimschi, C.S. Using proteomics in perinatal and neonatal sepsis: hopes and challenges for the future / C.S.Buhimschi, V.Bhandari, Y.W.Han [et al.] // *Am. J. Curr. Opin. Infect. Dis.*, – 2009. 22 (3), – p. 235-243.
46. Buhimschi, C.S. Novel insights into molecular mechanisms of abruption-induced preterm birth / C.S.Buhimschi, F.Schatz, G.Krikun [et al.] // *Am. J. Expert Rev. Mol Med.*, – 2010. 12, – p. 35-39.
47. Buhimschi, I.A. Advances in medical diagnosis of intra-amniotic infection / I.A.Buhimschi, U.A.Nayeri, C.A.Laky [et al.] // *Am. J. Expert. Opin. Med. Diagn.*, – 2013. 7 (1), – p. 5-16.
48. Burns, C. Cytokine Levels in Late Pregnancy: Are Female Infants Better Protected Against Inflammation? / C.Burns, S.T.Hall, R.Smith [et al.] // *Am. J. Front. Immunol.*, – 2015. 6, – p. 318-322.
49. Calvet, G. De Filippis I. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study / G.Calvet, R.S.Aguiar, A.S.Melo [et al.] // *Lancet Infect. Dis.*, – 2016. 16 (6), – p. 653-660.

50. Cappelletti, M. Inflammation and preterm birth / M.Cappelletti, S.Della Bella, E.Ferrazzi [et al.] // *Am. J. Leukoc/ Biol.*, – 2016. 99 (1), – p. 67-78.
51. Caughey, A.B. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes // *Am. J. Rev. Obstet. Gynecol.*, – 2008. 1, – p. 11-22.
52. Chaemsaitong, P. Rapid interleukin-6 bedside test for the identification of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes / P.Chaemsaitong, R.Romero, S.J.Korzeniewski [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2016. 29 (3), – p. 349-359.
53. Chaemsaitong, P. point of care test for interleukin-6 in amniotic fluid in preterm prelabor rupture of membranes: a step toward the early treatment of acute intra amiotic inflammation/infection / P.Chaemsaitong, R.Romero, S.J.Korzeniewski [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2016. 29 (3), – p. 360-367.
54. Chafer-Pericas, C. Novel biomarkers in amniotic fluid for early assessment of intraamniotic infection / C.Chafer-Pericas, V.Stefanovic, A.Sanchez-Illana [et al.] // *Am. J. Free Radic. Biol. Med.*, – 2015. 89, – p. 734-740.
55. Chauhan, S.P. Amniotic fluid index vs single deepest pocket technique during modified biophysical profile: a randomized clinical trial // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2004. 191, – p. 661-664.
56. Chhabra, S. Antepartum transabdominal amnioinfusion // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, – 2007. 97 (2), – p. 95-99.
57. Christian, L.M. Stress-induced inflammatory responses in women: effects of race and pregnancy / Christian L.M., Glaser R., K.Porter [et al.] // *Am. J. Psychosom Med.*, – 2013. 75 (7), – p. 658-669.
58. Cobo, T. Clinical and inflammatory markers in amniotic fluid as predictors of adverse outcomes in preterm premature rupture of membranes / T.Cobo, M.Palacio, M.Martinez- Terron [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2011. 205 (2), – p. 126-132.
59. Cobo, T. Maternal inflammatory response to microbial invasion of the amniotic cavity: analyses of multiple proteins in the maternal serum / T.Cobo, P.Tsiartas, M.Kacerovsky [et al.] // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, – 2013. 92 (1), – p. 61-68.

60. Combs, C.A. Amniotic fluid infection, inflammation, and colonization in preterm labor with intact membranes / C.A.Combs, M.Gravett, T.J.Garite [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2014. 210 (2), – p. 1-15.
61. Combs, C.A. Detection of microbial invasion of the amniotic cavity by analysis of cervicovaginal proteins in women with preterm labor and intact membranes / C.A.Combs, T.J.Garite, J.A.Lapidus [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2015. 212 (4), – p.1-12.
62. Correa-Rocha, R. Preterm neonates show marked leucopenia and lymphopenia that are associated with increased regulatory T-cell values and diminished IL-7 // *Am. J. Pediatric Research.*, – 2012. 71 (5), – p. 590-597.
63. Cunningham, F. *Williams Obstetrics*. 23rd Ed. New York., McGraw-Hill., – 2010. – p. 1385.
64. Curtin, W.M. Intrapartum fever, epidural analgesia and histologic chorioamnionitis / W.M.Curtin, P.J.Katzman, H.Florescue [et al.] // *Am. J. Perinatol.*, – 2015. 35 (6), – p. 396-400.
65. Czajka, R. The assessment of neutrophil elastase measurements usefulness in pregnant women with premature rupture of fetal membranes and chorioamnionitis suspicion / R.Czajka, S.Kwiatkowski, D.Chilubek [et al.] // *Ginekol Pol.*, – 2009. 80 (1), – p. 19-24.
66. Damase-Michel, C. Ibuprofen does not seem to increase global malformation risk but NSAID use in late pregnancy remains a concern // *Am. J. Evid/ Based Med.*, – 2014. 19 (2), – p. 74-95.
67. Dando, S.J. The role of the multiple banded antigen of *Ureaplasma parvum* in intra-amniotic infection: major virulence factor or decoy? / S.J.Dando, I.Nitsos, S.G.Kallapur [et al.] // *Am. J. PloS One*, – 2012. 7 (1), – p. 29856-29860.
68. Digiulio, D.B. Diversity of microbes in amniotic fluid // *Am. J. Semin. Fetal Neonatal Med.*, – 2012. 17 (1), – p. 2-11.
69. Digiulio, D.B. Temporal and spatial variation of the human microbiota during pregnancy / D.B.Digiulio, B.J.Callahan, P.J.McMurdie [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci, USA*, – 2015. 112 (35), – p. 11060-11065.

70. Digiulio, D.B. Microbial prevalence, diversity and abundance in amniotic fluid during preterm labor: a molecular and culture-based investigation // *Am. J. PloS One*, – 2008. 3, – p. 1-10.
71. Digiulio, D.B. Prevalence and diversity of microbes in the amniotic fluid, the fetal inflammatory response, and pregnancy outcome in women with preterm pre-labor rupture of membranes / D.B.Digiulio, R.Romero, J.P.Kusanovic [et al.] // *Am. J. Reprod. Immunol.*, – 2010. 64 (1), – p. 38-57.
72. Dima, M.A. The impact of preterm premature rupture of membranes on neonatal outcome / M.A.Dima, N.Ionita, D.Iacob [et al.] // *Am. J. Pediatrului.*, – 2014. XVII (17), – p. 65-66.
73. Douvas, S. Treatment of premature rupture of the membranes / S.Douvas, Mj.Brewer, Ml.Me.Kay [et al.] // *Am. J. Reprod. Med.*, – 2014. – p. 29-34.
74. Dulay, A.T. Compartmentalization of acute phase reactants interleukin-6, C-Reactive Protein and Procalcitonin as biomarkers of intra-amniotic infection and chorioamnionitis / A.T.Dulay, I.A.Buhimschi, G.Zhao [et al.] // *Am. J. Cytokine*, – 2015. 76, – p. 236-243.
75. Dussaux, C. Preterm premature rupture of membranes: is home care acceptable? / C.Dussaux, M.V.Senat, H.Bouchghoul [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2017. 6, – p. 1-9.
76. El-Messidi, C. Diagnosis of premature rupture of membranes: inspiration from the past and insights for the Future // *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, – 2010. 32, – p. 561-569.
77. El-Sokkary, M. Vaginal fluid lactate: a method for the diagnosis of premature rupture of membrane / M.El-Sokkary, A.Anbar, K.Wahba [et al.] // *Int. J. Obstet. Gynaecol. Research.*, – 2015. 2 (3), – p. 170-187.
78. Enzensberger, C. Fetal loss rate and associated risk factors after amniocentesis, chorionic villus sampling and fetal blood sampling / C.Enzensberger, C.Pulvermacher, J.Degenhardt [et al.] // *Am. J. Ultraschall Med.*, – 2012. 33 (7), – p. 75-79.
79. Erdemir, G. Histological chorioamnionitis: effects on premature delivery and

- neonatal prognosis / G.Erdemir, N.Kultursay, S.Calkavur [et al.] // *Am. J. Pediatr. neonatal.*, – 2013. 54 (4), – p. 267-274.
80. Eskicioglu, F., Gur, E.B. Diagnostic Modalities in Premature Rupture of Membranes // *Int. J. Wom. Health and Reprod. Sciences.*, – 2015. 3 (2), – p. 89-92.
81. Fishman, S.G., Gelber, S.E. Evidence for the clinical management of chorioamnionitis // *Am. J. Sem. Fetal. Neonat. Med.*, – 2012. 17 (1), – p. 46-50.
82. Ford, C., Genc, M.R. Optimized amniotic fluid analysis in patients suspected of intrauterine infection/inflammation // *Am. J. Perinat. Med.*, – 2011. 40 (1), – p. 33-37.
83. Fox, C. Eichelberger, K. Maternal microbiome and pregnancy outcomes // *Am. J. Fertil. Steril.*, – 2015. 104 (6), – p. 1358-1363.
84. Frew, L. Human cathelicidin production by the cervix / L.Frew, S.Makieva, A.T.Mckinlay [et al.] // *PloS One*, – 2014. 9 (8), – p. 103434-103439.
85. Fry, D.E. Sepsis, systemic inflammatory response, and multiple organ dysfunction: the mystery continues // *Am. Surg.*, – 2012. 78, – p. 1-8.
86. Garcia-Munoz, R.F., Galan, H.G., Ospina, C.G. Morbidity and Mortality Among Very-low-birth-weight infants Born to Mothers with Clinical Chorioamnionitis // *Am. J. Pediatr. Neonatal.*, – 2014. 55 (5), – p. 381-386.
87. Gervasi, M.T., Romero, R., Bracalente, G. Viral invasion of the amniotic cavity (VIAC) in the midtrimester of pregnancy // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2012. 25, – p. 2002-2013.
88. Gibbs, R.S. Erken Membran Ruptürü / R.S.Gibbs, B.Y.Karlan, A.F.Haney [et al.] // *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji.*, 10 Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri., – 2010. – p. 186-976.
89. Gomez-Lopez, N.Y., Hernandez-Santiago, S., Lobb, A.P. Normal and premature rupture of Fetal Membranes at Term Delivery Differ in Regional Chemotactic Activity and Related Chemokine/Cytokine Production// *Am. J. Rep. Science*, – 2013. 20 (3), – p. 276-284.
90. Gomez-Lopez, N.Y. Immune cells in term and preterm labor / N.Y.Gomez-Lopez, D.Stlouis, M.A.Lehr [et al.] // *Am. J. Cell. Molec. Immunol.*, – 2014. 11

- (6), – p. 571-581.
91. Greenwell, E.A. Intrapartum temperature elevation, epidural use, and adverse outcome in term infants / E.A.Greenwell, G.Wyshak, S.A.Ringer [et al.] // *Am. J. Pediatric*, – 2012. 129 (2), – p. 447-454.
 92. Grigsby, P.L., Novy, M.J., Sadowsky, D.W. Maternal azithromycin therapy for *Ureaplasma* intraamniotic infection delays preterm delivery and reduces fetal lung injury in a primate model // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2012. 207 (475), – p. 1-14.
 93. Hamilton, S. Macrophages Infiltrate the Human and Rat Decidua During Term and Preterm Labor: Evidence That Decidual Inflammation Precedes Labor // *Am. J. Biology of Reproduction.*, – 2012. 86 (2), – p. 39-43.
 94. Hammers, A.L., Sanchez-Ramos, L., Kaunitz, A.M. Antenatal exposure to indomethacin increases the risk of severe intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, and periventricular leukomalacia: a systematic review with metaanalysis // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2015. 212 (4), – p. 505-513.
 95. Han, Y.W. Uncultivated bacteria as etiologic agents of intra-amniotic inflammation leading to preterm birth / Y.W.Han, T.Shen, P.Chung [et al.] // *Am. J. Clin. Microbiol.*, – 2009. 47, – p. 38-47.
 96. Harrison, M.S., Goldenberg, R.L. Global burden of prematurity // *Am. J. Sem. Fetal. Neonat. Med.*, – 2016. 21 (2), – p. 74-79.
 97. Hendson, L. Neonatal and neurodevelopmental outcomes of very low birth weight infants with histologic chorioamnionitis / L.Hendson, L.Russell, C.M.Robertson [et al.] // *Am. J. Pediatr.*, – 2011. 158 (3), – p. 397-402.
 98. Higgins, R.D. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis: summary of a workshop / R.D.Higgins, G.Saade, R.A.Polin [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2016. 127 (3), – p. 426-436.
 99. Hitti, J., Lapidus, J.A., Lu, X. Noninvasive diagnosis of intraamniotic infection: proteomic biomarkers in vaginal fluid // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2010. 203 (32), – p. 1-8.

100. Hofer, N. An update on the use of C-reactive protein in early-onset neonatal sepsis: current insights and new tasks / Hofer N., Zacharias E., Muller W.[et al.] // Am. J. Neonatology, – 2012. 102 (1), – p. 25-36.
101. Holst, R.M. Prediction of microbial invasion of the amniotic cavity in women with preterm labour: analysis of multiple proteins in amniotic and cervical fluids / R.M.Holst, H.Hagberg, U.B.Wennerholm [et al.] // BJOG, 2011, №118, p.240-249.
102. Horvath, B. Silent chorioamnionitis and associated pregnancy outcomes: a review of clinical data gathered over a 16-year period / B.Horvath, F.Lakatos, C.Toth [et al.] // Am. J. Perinat. Med., – 2014. 42 (4), – p. 441-447.
103. Ireland, D.J. Intra-amniotic pharmacological blockade of inflammatory signaling pathways in an ovine chorioamnionitis model / D.J.Ireland, M.W.Kemp, Y.Miura [et al.] // Am. J. Mol. Hum. Reprod., – 2015. 21 (5), – p. 479-489.
104. Ismail, A.T., Lohiri, S. Management of prelabour rupture of membranes (PROM) at term // Am. J. Perinat. Med., – 2013. 41 (6), – p. 651-652.
105. Jain, J., Gyamfi-Bannerman, C. Future directions in preterm birth research // Am. J. Sem. Fetal. Neonat. Med., – 2016. 21 (2), – p. 129-132.
106. Jenkins, D.D, Fetal and Neonatal Effects of N-Acetylcysteine When Used for Neuroprotection in Maternal Chorioamnionitis / D.D.Jenkins, D.B.Wiest, D.M.Mulvihill [et al.] // Am. J. Pediatrics, – 2016. 168, – p. 67-76.
107. Johnson, C.T., Farzin, A., Burd, I. Current management and long-term outcomes following chorioamnionitis // Am. J. Obstet. Gynecol. Clin. of North A., – 2014. 41 (4), – p. 649-669.
108. Jonson, J., Daikoku, N. Prepartal rupture of the chorioamnion // Am. J. Birth Defects, – 2012. – p. 21-28.
109. Jung, H.J. Non-invasive prediction of intraamniotic inflammation in women with preterm labor / H.J.Jung, K.H.Park, S.N.Kim [et al.] // Am. J. Ultrasound Obstet. Gynecol., – 2011. 37 (1), – p. 82-87.
110. Kacerovsky, M. Prelabor rupture of membranes between 34 and 37 weeks: the intraamniotic inflammatory response and neonatal outcomes / M.Kacerovsky,

- I.Musilova, C.Andrys [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2014. 210(4), – p.1-10.
111. Kacerovsky, M. Cervical fluid IL-6 and IL-8 levels in pregnancies complicated by preterm prelabor rupture of membranes / M.Kacerovsky, I.Musilova, B.Jacobsson [et al.] // Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med., – 2015. 28 (2), – p. 134-140.
112. Kacerovsky, M. Vaginal fluid IL-6 and IL-8 levels in pregnancies complicated by preterm prelabor membrane rupture / M.Kacerovsky, I.Musilova, B.Jacobsson [et al.] // Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med., – 2015. 28 (4), – p. 392-398.
113. Kacerovsky, M. The impact of the microbial load of genital mycoplasmas and gestational age on the intensity of intraamniotic inflammation / M.Kacerovsky, L.Pliskova, R.Bolehovska [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2012. 206 (4), – p. 1-8.
114. Kacerovsky, M. Amniotic fluid myeloperoxidase in pregnancies complicated by preterm prelabor rupture of membranes / M.Kacerovsky, V.Tambor, M.Vajrychova [et al.] // Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med., – 2013. 26 (5), – p. 463-468.
115. Kamyar, M. Magnesium sulfate, chorioamnionitis, and neurodevelopment after preterm birth / M.Kamyar, T.A.Manuck, G.J.Stoddard [et al.] // BJOG. 2016, vol.123, №7, p. 1161-1166.
116. Kariman, N. Diagnosis of premature rupture of membranes by assessment of urea and creatinine in vaginal washing fluid / N.Kariman, M.Afrakhte, M.Hedayati [et al.] // Iran J. Reprod. Med., – 2013. 11 (2), – p. 93-100.
117. Kariman, N. The diagnostic power of cervico-vaginal fluid prolactin in the diagnosis of premature rupture of membranes / N.Kariman, M.Hedayati, M.Sh.Alavi [et al.] // Iran J. Red. Crescent. Med. J., – 2012. 14, – p. 541-548.
118. Kariman, N., Hedayati, M., Majd, S.A. The Role of Vaginal Prolactin in Diagnosis of Premature Rupture of Membranes // Iran Red. Crescent. Med. J., – 2012. 14, – p. 352-357.
119. Kariman, N. Comparison of ELISA and Three Rapid HCG Dipsticks in Diagnosis of Premature Rupture of Membranes / N.Kariman, M.Hedayati, Z.Taheri [et al.] // Iran Red. Crescent. Med. J., – 2011. 13, – p. 415-419.

120. Kariman, N. Diagnostic values of urea and creatinin values of cervicovaginal discharges in determining of premature rupture of membranes / N.Kariman, H.Toloui, R.Azarhoush [et al.] // Pajouhesh Dar Pezeshki., – 2010. 33, – p. 222-227.
121. Kathir, V., Maurya, D., Keepanasseril, A. Transvaginal sonographic assessment of cervix in prediction of admission to delivery interval in preterm premature rupture of membranes // Am. J. Matern Fetal Neonatal Med., – 2017. 10, – p. 1-9.
122. Keelan, J.A. A New, Potent, and Placenta-Permeable Macrolide Antibiotic, Solithromycin, for the Prevention and Treatment of Bacterial Infections in Pregnancy / J.A.Keelan, M.S.Payne, M.W.Kemp [et al.] // Am. J. Front. Immunol., – 2016. 7, – p. 111-116.
123. Kelly, J.C. Chorioamnionitis and sternoclavicular septic arthritis after drainage of Bartholin gland abscess / J.C.Kelly, X.Jia, T.Vindenes [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2014. 208 (2), – p. 436-438.
124. Kiefer, D.G. Is midtrimester short cervix a sign of intraamniotic inflammation? / D.G.Kiefer, S.M.Keeler, O.A.Rust [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2009. 198 (4), – p. 374-378.
125. Kim C.J., Romero R., Chaemsathong P., Chaiyasit N. Acute chorioamnionitis and funisitis: definition, pathologic features, and clinical significance / C.J.Kim, R.Romero, P.Chaemsathong [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2015. 213 (4), – p. 29-52.
126. Kim, S.A., Park, K.H., Lee, S.M. Non-Invasive Prediction of Histologic Chorioamnionitis in Women with Preterm Premature Rupture of Membranes // Yonsei Med. J., – 2016. 57 (2), – p. 461-468.
127. Kim, S.M. About one-half of early spontaneous preterm deliveries can be identified by a rapid matrix metalloproteinase-8 (MMP-8) bedside test at the time of mid-trimester genetic amniocentesis / S.M.Kim, R.Romero, J.Lee [et al.] // Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med., – 2016. 29 (15), – p. 2414-2421.
128. Klebanoff, S.J. Myeloperoxidase: A frontline defender against phagocytosed microorganisms / S.J.Klebanoff, A.J.Kettle, H.Rosen [et al.] // Am. J. Leukoc.

- Biol., – 2013. 93 (2), – p. 185-198.
129. Kumar, D., Schatz, F., Moore, R.M. The effects of Thrombin and Cytokines upon the Biomechanics and Remodeling of Isolated Amnion Membrane, in vitro // *Am. J. Placenta.*, – 2011. 32 (3), – p. 206-213.
130. Kumar, S. Outcome of neonates born to mothers with premature rupture of membranes // *Int. J. Med. Health Research*, – 2017. 3 (1), – p. 66-70.
131. Kunze, M. Cytokines in noninvasively obtained amniotic fluid as predictors of fetal inflammatory response syndrome / M.Kunze, M.Klar, C.Morfeld [et al.] // *Am. J. Obstet/ Gynecol.*, – 2016. 215 (1), – p. 1-8.
132. Kwak, H.M. The efficacy of cefazolin plus macrolide (erythromycin or clarithromycin) versus cefazolin alone in neonatal morbidity and placental inflammation for women with preterm premature rupture of membranes / H.M.Kwak, M.Y.Shin, H.H.Cha [et al.] // *Am. J. Placenta*, – 2013. 34 (4), – p. 346-352.
133. Lee, J. A new anti-microbial combination prolongs the latency period, reduces acute histologic chorioamnionitis as well as funisitis, and improves neonatal outcomes in preterm PROM / J.Lee, R.Romero, S.Kim [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, 2015. 29 (5), – p. 707-720.
134. Lee, J. A new antibiotic regimen treats and prevents intra-amniotic inflammation/infection in patients with preterm PROM / J.Lee, R.Romero, S.Kim [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2016. 29 (17)– , p. 2727-2737.
135. Lee, S.E. Amniotic fluid volume in intra-amniotic inflammation with and without culture-proven amniotic fluid infection in preterm premature rupture of membranes / S.E.Lee, R.Romero, S.M.Kim [et al.] // *Am. J. Perinat. Med.*, – 2010. 38 (1), – p. 39-44.
136. Lee, S.M. The clinical significance of a positive Amnisure test in women with term labor with intact membranes / S.M.Lee, J.Lee, H.S.Seong [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2009. 22, – p. 305-310.
137. Lee, S.M. Frequency and clinical significance of chort cervix in patients with preterm premature rupture of membranes / S.M.Lee, K.H.Park, E.Y.Jung [et al.] //

- Am. J. PloS. One., – 2017. 30, – p. 1-13.
138. Lee, S.M. Acute histologic chorioamnionitis is a risk factor for adverse neonatal outcome in late preterm birth after preterm premature rupture of membranes / S.M.Lee, J.W.Park, B.J.Kim [et al.] // Am. J. PloS One., – 2013. – 8 (12), – p. 79941.
139. Lee, S.M. A transcervical amniotic fluid collector: a new medical device for the assessment of amniotic fluid in patients with ruptured membranes / S.M.Lee, R.Romero, J.S.Park [et al.] // Am. J. Perinat. Med., – 2015. 43 (4), – p. 381-389.
140. Lee S.Y., Buhimschi I.A., Dulay A.T., Ali U.A., Zhao G. IL-6 trans-signaling system in intra-amniotic inflammation, preterm birth, and preterm premature rupture of the membranes / S.Y.Lee, I.A.Buhimschi, A.T.Dulay [et al.] // Am. J. Immunol., – 2011. 186 (5), – p. 3226-3236.
141. Lee, S.Y. Relationship between maternal serum C-reactive protein, funisitis and early-onset neonatal sepsis / S.Y.Lee, K.H.Park, E.H.Jeong [et al.] // J. Korean Med. Sci., – 2012. 27 (6), – p. 674-680.
142. Lee, S.Y. Intra-amniotic infection/inflammation as a risk factor for subsequent ruptured membranes after clinically indicated amniocentesis in preterm labor / S.Y.Lee, K.H.Park, E.H.Jeong [et al.] // J. Korean. Med. Sci., – 2013. 28 (8), – p. 1226-1232.
143. Li, C.X., Xu, J.P., Yin, J.F. A clinical analysis of 162 cases of premature rupture of membranes // Maternal and Child Health Care of China, – 2009 24, – p. 1299-1310.
144. Li, N., Fu, Q., Cai, W. Cause analysis and clinical management experience of the premature rupture of membrane // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2013. 3, – p. 222-226.
145. Liu, J., Feng, Z.C., Wu, J. The Incidence Rate of Premature Rupture of Membranes and its Influence on Fetal-neonatal Health: A Report from Mainland China // Am. J. Trop. Pediatr., – 2010. 56, – p. 36-42.
146. Liu, Z. Effects of placental inflammation on neonatal outcome in preterm infants / Z.Liu, Z.Tang, J.Li [et al.] // Pediatr neonatol., – 2014. 55 (1), – p. 35-40.

147. Lockwood, C.J., Paidas, M., Murk, W.K. Involvement of human decidual cell-expressed tissue factor in uterine hemostasis and abruption // *Thromb. Res.*, – 2009. 124 (5), – p. 516-520.
148. Madhu, M. Detection of Amniotic Fluid Leakage in Women with Suspicion of Prelabour Rupture of Membrane or Unexplained Vaginal Wetness by Amniotic Fluid Detection Kit and its Comparison with Fern Test / M.Madhu, M.Premlata, S.Usha [et al.] // *Scholars Academic Journal of Biosciences (SAJB)*, – 2014. 2 (4), – p. 573-576.
149. Magann, E.F., Doherty, D.A., Ennen, C.S. The ultrasound estimation of amniotic fluid volume in diamniotic twin pregnancies and prediction of peripartum outcomes // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2007. 196, – p. 570.
150. Mahmoud, M.R. Placental Alpha Microglobulin-1 Detection in Cervico-vaginal Secretions in the Diagnosis of Preterm Premature Rupture of The Membranes / M.R.Mahmoud, F.Hamela, M.M.Mouhamed [et al.] // *Eur. Int. J. Science Technology*, – 2015. 4 (5), – p. 21-31.
151. Maki, Y. Amniocentesis for threatened preterm labor with intact membranes and the impact on adverse outcome in infants born at 22 to 28 weeks of gestation / Y.Maki, S.Furukawa, Y.Kodama [et al.] // *Am. J. Early Hum. Dev.*, – 2015. 91 (5), – p. 333-337.
152. Mastrolia, S.A. Ultrasonographic approach to diagnosis of fetal inflammatory response syndrome: a tool for at-risk fetuses? / S.A.Mastrolia, O.Erez, G.Loverro [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2016. 215 (1), – p. 9-20.
153. Mazaki-Tovi, S., Vaisbuch, E. Clinical chorioamnionitisan on going obstetrical conundrum // *Am. J. Perinat. Med.*, – 2016. 44 (1), – p. 1-4.
154. McCall, C.E. Gene-specific epigenetic regulation in serious infections with systemic inflammation / C.E.McCall, B.Yoza, T.Liu [et al.] // *Am. J. Innate Immun.*, – 2010. 2, – p. 395-405.
155. Mcgeough, M.D. Cutting edge: IL-6 is a market of inflammation with no direct role in inflammasome-mediated mouse models / M.D.Mcgeough, C.A.Pena, J.L.Mueller [et al.] // *Am. J. Immunol.*, – 2012. 189 (6), – p. 2707-2711.

156. McIntosh, J.J., McHugh, K., Haas, D.M. Difficulties in establishing routine amniocentesis for preterm labor evaluation // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2012. 25 (3), – p. 313-334.
157. Mehra, S. cervical length and aniotic fluid index: can it predict delivery latency following preterm premature rupture of membranes? / S.Mehra, E.Amon, S.Hopkins [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2015. 212 (3), – p. 400-409.
158. Mendz, G.L., Kaakoush, N.O., Quinlivan, J.A. Bacterial aetiological agents of intra-amniotic infections and preterm birth in pregnant women // *Am. J. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, – 2013 3, – p. 58-64.
159. Menon, R., Taylor, R., Fortunato, S. Chorioamnionitis – A complex pathophysiologic syndrome // *Am. J. Placenta.*, – 2010. 31 (2), – p. 113-120.
160. Mishra, S., Joshi, M. Premature Rupture of Membrane-Risk Factors: A Clinical Study // *Int. J. Contemporary Medical Research*, – 2017. 4 (1), – p. 77-83.
161. Mohokar, S.A., Bava, A.K., Nandanwar, Y.S. Analysis of Maternal and Perinatal Outcome in Cases of Preterm Premature Rupture of Membranes // *Bombey Hospital J.*, – 2015. 57 (3), – p. 285-288.
162. Morris, J.M. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomized controlled trial / J.M.Morris, C.L.Roberts, J.R.Bowen [et al.] // *Am. J. Lancet.*, – 2016. 387 (10017), – p. 444-452.
163. Mulhair, L Prospective cohort study investigating the reliability of the AmnioSens method for detection of spontaneous rupture of membranes / L.Mulhair, J.Carter, L.Poston [et al.] // *BJOG*, – 2009. 116, – p. 313-318.
164. Musaba, M.W. Cervicovaginal Bacteriology and antibiotic sensitivity patterns among women with premature rupture of membranes in Mulago Hospital, Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study / M.W.Musaba, M.N.Kagawa, C.Kiggundu [et al.] // *Am. J. Infectious Diseases in Obstetrics Gynecology*, 2017, p.1-6.
165. Musilova, I. Vaginal fluid interleukin-6 concentrations as a point-of-care test is of value in women with preterm prelabor rupture of membranes / I.Musilova,

- T.Bestvina, M.Hudeckova [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2016. 215 (5), – p. 1-12.
166. Musilova, I. Ultrasound measurement of the transverse diameter of the fetal thymus in pregnancies complicated by the preterm prelabor rupture of membranes / I.Musilova, H.Hornychova, M.Kostal [et al.] // *Am. J. Clin. Ultrasound: JCU*, 41 (5), – p. 283-289.
167. Musilova, I. Pulsation of the fetal splenic vein-a potential ultrasound marker of histological chorioamnionitis and funisitis in women with preterm prelabor rupture of membranes / I.Musilova, M.Kacerovsky, H.Hornychova [et al.] // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, – 2012. 91 (9), – p. 1119-1123.
168. Myntti, T. Amniotic fluid biomarkers in the diagnosis of intra-amniotic infection in preterm singleton pregnancies // *Academic dissertation*, – 2017. – p. 26-31.
169. Nadeau, H.C., Subramaniam, A., Andrews, W.W. Infection and preterm birth // *Am. J. Sem. Fetal Neonat. Med.*, – 2016. 21 (2), – p. 100-105.
170. Norman, J.E., Shennan, A.H. Prevention of preterm birth – why can't we do any better? // *Am. J. Lancet*, – 2013. 381 (9862), – p. 184-185.
171. Novy, M.J., Duffy, L., Axthelm, M.K. *Ureaplasma parvum* or *Mycoplasma hominis* as sole pathogens cause chorioamnionitis, preterm delivery, and fetal pneumonia in Rhesus macaques // *Am. J. Reprod. Sci.*, – 2009. 16, – p. 56-70.
172. Odobasic, D., Kitching, A.R., Holdsworth, S.R. Neutrophil-Mediated Regulation of Innate and Adaptive Immunity: The Role of Myeloperoxidase // *Am. J. Immunol. Res.*, – 2016. 6, – p. 1-11.
173. Oh, K.J. Predictive value of intra-amniotic and serum markers for inflammatory lesions of preterm placenta / K.J.Oh, K.H.Park, E.H.Jeong [et al.] // *Am. J. Placenta*, – 2011. 32 (10), – p. 732-736.
174. Okeke, T.C. The Incidence and Management Outcome of Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) in a Tertiary Hospital in Nigeria / T.C.Okeke, J.O.Enwereji, O.S.Okoro [et al.] // *Am. J. Clin. Research.*, – 2014. 2 (1), – p. 14-17.
175. Osman, O., Elghazaly, M. Can Vaginal Washing Fluid Urea, Creatinine and

- Qualitative β -hCG Diagnose Suspected Premature Rupture of Membranes? // Am.J.Obstet.Gynecol., – 2014. 4, – p. 967-972.
176. Ott, W.J. Reevaluation of the relationship between amniotic fluid volume and perinatal outcome // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2005. 192, – p. 1803-1811.
177. Park, C.W. Preterm labor and preterm premature rupture of membranes have a different pattern in the involved compartments of acute histologic chorioamnionitis and/or funisitis: Patho-physiologic implication related to different clinical manifestations / C.W.Park, J.S.Park, K.C.Moon [et al.] // Am. J. Pathol. Int., 66 (6), – p. 325-332.
178. Park, K.H. Noninvasive prediction of intra-amniotic infection and/or inflammation in preterm premature rupture of membranes / K.H.Park, S.N.Kim, K.J.Oh [et al.] // Am. J. Reprod. Sci., – 2012. 19 (6), – p. 658-665.
179. Park, K.H. Prediction of imminent preterm delivery in women with preterm premature rupture of membranes / K.H.Park, S.N.Kim, K.J.Oh [et al.] // Am. J. Perinat. Med., – 2012. 40 (2), – p. 151-157.
180. Pasquier, J.C., Doret, M.D. Fetal membranes: embryological development, structure and the physiopathology of the preterm premature rupture of membranes // Am. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)., – 2008. 37 (6), – p. 579-588.
181. Porreco, R.P., Heyborne, K.D., Shapiro, H. Amniocentesis in the management of preterm premature rupture of the membranes; a retrospective cohort analysis // Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med., – 2008. 21 (8), – p. 573-579.
182. Prince, A.L. The microbiome, parturition, and timing of birth: more questions than answers / A.L.Prince, K.M.Antony, D.M.Chu [et al.]// Am. J. Reprod. Immunol., 2014. 104-105, – p.12-19.
183. Prince, A.L The placental membrane microbiome is altered among subjects with spontaneous preterm birth with and without chorioamnionitis / A.L.Prince, J.Ma, P.S.Kannan [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2016. 214 (5), – p. 627.
184. Puthiyachirakkal, M., Lemerand, K., Kumar, D. Thrombin weakens the amnion extracellular matrix (ECM) directly rather than through protease activated receptors // Am. J. Placenta., – 2013. 34 (10), – p. 924-931.

185. Qureshi, F.U., Yusif, A.W. Intravenous Amino Acids in third trimester isolated oligohydramnios // *Am. J. Annals*, – 2011. 17 (2), – p.140-144.
186. Rahkonen, L. Preterm delivery and selected biomarkers – phosphorylated insulin-like growth factors-binding protein-1 and matrix metalloproteinase-8 – in cervical fluid // Academic dissertation, Helsinki University Hospital, – 2010. – p. 112.
187. Rani, S. Vaginal flora in preterm premature rupture of membranes and their sensitivity to commonly used antibiotics / S.Rani, R.Mehra, V.Gupta [et al.] // *Asian J. Med. Scien*, – 2014. 5 (4), – p. 58-60.
188. Redline, R.W. Inflammatory response in acute chorioamnionitis // *Am. J. Sem. Fetal Neonatal Med.*, – 2012. 17 (1), – p. 20-25.
189. Roberts, D.J., Celi, A.C., Riley, L.E. Acute histologic chorioamnionitis at term: nearly always noninfectious // *Am. J. PloS One*, – 2012. 7 (3), – p. 1-7.
190. Romero, R., Dey, S.K., Fisher, S.J. Preterm labor: an syndrome, many causes // *Am. J. Science.*, – 2014. 345 (6198), – p. 760-765.
191. Romero, R. Sterile intraamniotic inflammation in asymptomatic patients with a sonographic short cervix: prevalence and clinical significance / R.Romero, J.Miranda, T.Chaiworapongsa [et al.] // *Am. J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, – 2015. 28 (11), – p. 1343-1359.
192. Seung, M.L., Kyo, H.P., Ha-Na, Yoo. Frequently and clinical significance of short cervix in patients with preterm premature rupture of membranes // *PloS One*, – 2017. 12 (3),
193. Shivkumar, P.V. The role of intravenous hydration and amoni infusion in intrauterine growth restriction and okigohydramnios / P.V.Shivkumar, S.A.Tayade, A.T.Tayade [et al.] // *Int. Biol. Med. Res.*, – 2011. 2 (4), – p. 1078-1083.
194. Singh, K., Mercer, B. Antibiotics after preterm premature rupture of the membranes // *Am. J. Clin. Obstet. Gynecol.*, – 2011. 54 (2), – p. 344-350.
195. Spinnato, A.J., Freire, S., Silva, J.L. Antioxidant Supplementation and Premature Rupture of the Membranes: A Planned Secondary Analysis // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2008. 199 (4), – p. 433-441.

196. Stephenson, C.D. Thrombin-dependent regulation of matrix metalloproteinase (MMP)-9 levels in human fetal membranes / C.D.Stephenson, C.J.Lockwood, Y.Ma [et al.] // *Am. J. Matern Fetal Neonatal Med.*, – 2005. 18 (1), – p.17-22.
197. Sucak, A., Moroy, P., Cakmaki, P. Insulin-like growth factor binding protein-1: a rapid detection of amniotic fluid leakage after amniocentesis // *Turk J. Med.*, – 2005. 35, – p. 157-161.
198. Sung, J.H. Revisiting the diagnostic criteria of clinical chorioamnionitis in preterm birth / J.H.Sung, S.J.Choi, S.Y.Oh [et al.] // *BJOG*, – 2017. 124 (5), – p. 775-783.
199. Tagore, S., Kwek, K. Comparative analysis of insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1), placental alpha-microglobulin-1 (PAMG-1) and nitrazine test to diagnose premature rupture of membranes in pregnancy // *Am. J. Perinat. Med.*, – 2010. 38, – p. 609-612.
200. Thomakos, N. Amniotic fluid interleukin-6 and tumor necrosis factor- α at mid-trimester genetic amniocentesis: relationship to intra-amniotic microbial invasion and preterm delivery / N.Thomakos, G.Daskalakis, A.Papapanagiotou [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, – 2010. 148, – p. 147-151.
201. Tita, A.T., Andrews, W.W. Diagnosis and Management of Clinical Chorioamnionitis // *Am. J. Clin. Perinatol.*, – 2010. 37 (2), – p. 339-354.
202. Verani, J.R., McGee, L., Schrag, S.J. Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines from CDC., – 2010. 19, – p. 1-36.
203. Waldort, K.M., Gravett, M.G., McAdams, R.M. Choriodecidual group B streptococcal inoculation induces fetal lung injury without intraamniotic infection and preterm labor in *Macaca nemestrina* // *Am. J. PloS. One.*, – 2011. 6, – p. 28972-28980.
204. Wiberg-Itzel, E., Cnattingius, S., Nordström, L. Lactate determination in vaginal Fluids: a new method in the diagnosis of prelabour rupture of membranes // *Am. J. BJOG*, – 2005. 112, – p. 754-758.
205. Wiser, A., Sivan, E., Dulitzki, M. C-reactive protein and the mode of onset of labor in term pregnancies // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, – 2008. 87 (12), –

p. 26-30.

206. Wu, J. Influence of premature rupture of Membranes on neonatal health / J.Wu, J.Liu, Z.C.Feng [et al.] // *Zhonghua Er Ke Za Zhi.*, – 2009. 47, – p. 452-456.
207. Yang, W., Wan, H.P., Lan, F.F. Social psychosocial factors analysis on the influence of treatment of preterm premature rupture of membranes // *Am. J. Modern. Preventive. Medicine*, – 2009. (36), – p. 3693-3694.
208. Yluoki, M. Chorioamnionitis and Five-Year Neurodevelopmental Outcome in Preterm Infants / M.Yluoki, L.Lehtonen, A.Lind [et al.] // *Am. J. Neonatal*, – 2016.110 (4), – p. 286-295.
209. Zhang, S.H., Li, H.F. Clinical analysis of 130 cases of fetal membranes dystocia caused by premature rupture // *Shannxi Med. J.*, – 2008. 37, – p. 1006-1007.

İXTİSARLARIN SİYAHISI

α FP	- α -fetoprotein
ALaT	- alaninamintransferaza
AMİ	- amniotik maye indeksi
ASaT	- aspartatamintransferaza
β_2 M	- β_2 - mikroqlobulin
BDİL	- bətdaxili inkişaf ləngiməsi
CVƏQ	- ciftin vaxtından əvvəl qopması
DHEA-S	- dehidroepiandosteron sulfat
DQVƏC	- döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
E ₃	- estriol
EKM	- ekstrakorporal mayalanma
FPC	- fetoplasentar çatmamazlıq
GAMP	- gərginliyi azaldan mamalıq pessariyi
GGT	- qammaqlutamintransferaza
İL-6	- interleykin 6
İL-8	- interleykin 8
İŞÇ	- istmikoservikal çatmamazlıq
KRVI	- kəskin respirator virus infeksiyası
KTQ	- kardiotoqrafiya
LDH	- laktatdehidrogenaza
MMP-3	- matriks metalloproteinaza-3
MMP-9	- matriks metalloproteinaza-9
P	- progesteron
PAPP-A	- Pregnancy Associated Plasma Protein-A
Pİ	- pulsasion indeksi
RDS	- respirator distress sindromu
Rİ	- rezistentlik indeksi
S/D	- sistola diastolik nisbət
USM	- ultrasəs müayinəsi
VQDT	- vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi