

ISSN 2073-2651

**AZƏRBAYCAN TƏBƏBƏTİNİN
MÜASİR NƏİLİYYƏTLƏRİ**

Rüblük elmi- praktik jurnal

№2, 2018

Jurnal 2006- cı ildə
təsis olunmuşdur

**AZƏRBAYCAN
TƏBƏBƏTİNİN MÜASİR
NAILIYYƏTLƏRİ**

**The modern achievements of
Azerbaijan medicine**

**Современные достижения
азербайджанской медицины**

Jurnalın redaksiyası:

Rüblük- elmi- praktik jurnal

Bakı, 1122, Şərif-zadə, 196

Tel: (012)4346210

Квартальный научно- практический

журнал

Email:

piraliyevayegana@mail.ru

№2/2018

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Baş redaktor:
M.Q.Məmmədov

Redaksiya kollegiyası:
R.M.Ağayev (baş redaktorun müavini),
A.E.Dadaşova, H.H.Qabulov, C.F.Qurbanova,
Y.U.Pirəliyeva (məsul-katib), F.X.Saidova

Redaksiya heyəti:

A.B.Hacıyev	M.O.Bünyadov
A.Ş.Niyazov	N.M.Kamilova
B.A.Ağayev	N.O.Qüdrətov
Ç.R.Rəhimov	R.Ə.Çobanov
E.M.Qasımov	R.K.Şirəliyeva
G.N.Nəsrullayeva	R.K.Tağızadə
H.Ə.Qədirova	R.N.Məmməd həsənov
İ.İ.Mustafayev	S.K.Musayev
İ.L.Kazımov	S.R.Qiyasbəyli
M.A.Kazımov	V.G.Verdiyev

B ₆ vitaminindən məhrum olunanın ağ siçovulların görmə analizator sistemi strukturlarında monoaminoksidaza "A" və "B" formalarının tədqiqi	
A.M. Əzimova, Ə.H. Hüseymov, S.O. Qədimova, V.R. Yunusova	202
Böyrək mənşəli arterial hipertoniya zamanı qanda dəmir və manqanın miqdarı	
A.A. Əsgərova, G.Q. Qarayeva, N.O. Quluyev ..	205
Müxtəlif yaşlarda periferik sinirlərin mieloarxitektonika xüsusiyyətləri	
L.A. Məmmədov, H.Ə. Əkbərov, A.F. Məmmədova, C.A. Cəbraylov, N.N. İsayev.....	210
Kişilərdə böyrək transplantasiyasından sonrakı illərdə baş vermiş dəyişikliklərin bazal dəyərlərlə müqayisəsi	
A.C. İsmaylov, İhami Solak.....	214
Результаты исследования медико-анамнестических факторов риска развития миомы матки	
Ш.Г. Шахбазов, Е.О. Алиева, И.А. Султанова, С.Д. Кулиева.....	219
Yuxarı yaş qrupundan olan hamilə qadınların səhhətinin sosial-klinik aspektləri	
N. M. Kamilova, İ. A. Sultanova, R. B. Səfərova.....	224
Оценка комплексного ультразвукового обследования органов малого таза у девушек- подростков при ожирении	
H.M. Kamilova, G.M. Xalilova, İ.A. Sulтанova, Ш.М. Xalilova.....	229
Xronik detruktiv ağciyər vərəmi zamanı xarici tənəffüs funksiyasının xüsusiyyətləri	
A.R. Rəxşəliyev, Ş.M. Vəliyeva, C.M. İsmayılzadə.....	235
Çoxprofilli cərrahi klinikada xəstəxanadaxili infeksiyaların etioloji strukturu	
S.A. Atakişizadə.....	238
TORCH infeksiyalı qadınlarda hamiləliyin I trimestrində hormonal status	
G.V. Nərlimanova, İ.C. Şahverdiyeva, M.R. Quliyev, V.İ. Yaqubova.....	242
Azərbaycan tibb elminin tarixi	
M.Q. Məmmədov, A.E. Dadaşova, Y.U. Pirəliyeva.....	247

XRONİKA- ХРОНИКА

Nekroloq Akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev.....	252
--	-----

S.A. Atakişizadə

İcmal məqalədə cərrahi klinikada daha çox rast gəlinən xəstəxanadaxili infeksiyaların etioloji strukturu haqqında məlumatlar verilmişdir. Sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyaları, xəstəxanadaxili pnevmoniyalar, cərrahi əməliyyatlardan sonrakı yara infeksiyaları və angiogen kateterlərlə əlaqəli septik infeksiyaların törədiciləri geniş spektrə malik mikroorqanizmlərdir. Müxtəlif mikroorqanizmlərlə törədilən XDI etioloji strukturu adətən stasionarın profilindən və xəstə kontingentindən asılı olaraq dəyişilir. Sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyalarında - *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* və *Pseudomonas aeruginosa*; xəstəxanadaxili pnevmoniyalarda - *Staphylococcus aureus*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter spp.*; cərrahi müdaxilə nahiyəsi infeksiyalarında - *S.aureus*, *E.coli*, *P.aeruginosa* və *Klebsiella spp.*; septik infeksiyalarda isə *S.aureus*, *S.epidermidis*, *K.pneumoniae*, *Acinetobacter spp.*, *Enterobacter spp.* daha çox rast gəlinir.

Summary

Etiological structure of the hospital infections in surgical clinic

S.A. Atakishizade

In this review etiological structure of the hospital infections in surgical clinic have been described. The etiological structure of the infections are changed and usually depend on the hospital profile and the contingent of the patient. Nosocomial urinary tract infections, the hospital pneumonia, surgical site infections and angiogen catheter related infections are caused by variety of microorganisms. The most commonly encountered pathogens are: in the nosocomial urinary tract infections - *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* və *Pseudomonas aeruginosa*, in the hospital pneumonia - *Staphylococcus aureus*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter spp.*; in the surgical site infections - *S.aureus*, *E.coli*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella spp.* and in the septic infections - *S.aureus*, *S.epidermidis*, *K.pneumoniae*, *Acinetobacter spp.*, *Enterobacter spp.*

Daxil olub: 18.01.2018

TORCH İNFEKSIYALI QADINLARDA HAMİLƏLİYİN I TRİMESTRİNDƏ HORMONAL STATUS

G.V. Nərimanova, İ.C. Şahverdiyeva, M.R. Quliyev, V.İ. Yaqubova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, TORCH infeksiyaları, endokrin sistem.

Ключевые слова: беременность, TORCH инфекции, эндокринная система

Key words: pregnancy, TORCH infections, endocrine system.

Hamiləlik- qadın orqanizminin uşaqlığında inkişaf edən embrionun (hamiləliyin 10-cu akuşer həftəsinə qədər) və ya dölnün (hamiləliyin 11-ci həftəsindən başlayaraq) olması ilə xarakterizə edilən xüsusi vəziyyətdir. Qadınlarda hamiləlik 280 gün və ya axıncı menstruasiyadan sonra 40 həftə (akuşer müddəti) və ya mayalanmadan sonra 38 həftə (embrional müddət) davam edir [1].

Hamiləlik qadının təbii vəziyyəti olub, bir sıra fizioloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Mahiyyətini əsas orqan və sistemlərin funksiyasının artması təşkil edən bu dəyişikliklər mərkəzi sinir sisteminin nəzarəti altında həyata keçirilir, metabolizmin və endokrin sistemin xüsusi vəziyyəti ilə xarakterizə edilir. Hamiləlik vəziyyətinə bəzi orqanların kifayət qədər adaptasiya edə bilməməsi və metabolik pozulmalar zamanı normal fizioloji hamiləlik patoloji hamiləlik vəziyyətinə keçir, ağırlaşmalar müşahidə edilir [2].

Hestasiya dövrünün geniş yayılmış ağırlaşmalarına spontan abortlar (15-20%) və vaxtından qabaq doğuşlar (6-10%) aiddir. Məlum olduğu kimi, hamiləliyin 28 həftəliyə qədər pozulması spontan abort, 28 həftəlikdən 37 həftəliyə qədər müddətdə pozulması vaxtından qabaq doğuş adlanır. Spontan abort heç bir müdaxilə olmadan baş verir və 15% hallarda, vaxtından qabaq doğuş isə 5% hallarda rast gəlinir. Hamiləliyin erkən (12 həftəliyə qədər), yəni I trimestrdə pozulması başa çatmamış hamiləlik hallarının 85%-ni təşkil edir. Hamilə qadınların 8%-də dölyanı mayenin az olması, 3-8%-də preeklampsiya və eklampsiya, 2-14%-də hestasion şəkərli diabet rast gəlinir. Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların 30-80%-də əlilədici

xəstəliklər müşahidə edilir. Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, hamiləlik yalnız 30-50% hallarda fizioloji gedişə malik olur [3].

Hamiləliyin erkən dövrlərində, xüsusilə birinci trimestrdə baş verən fizioloji və patoloji dəyişikliklərin öyrənilməsinə daha çox diqqət yetirilməsinin səbəbi bu dövrdə fetoplazental sistemin formalaşması, dölün orqan və toxumalarının, ekstraembrional strukturların və provizor orqanların əsasının qoyulmasıdır. Birinci trimestrdə müşahidə edilən pozulmalar hamiləliyin sonrakı gedişini müəyyənləşdirir və hamiləliyin başa çatmamasının əsas səbəbini təşkil edir. Hamiləliyin başa çatmaması ilə əlaqədar bütün reproduktiv itkilərin 75-80 %-i embrional dövrdə rast gəlinir. Müasir məlumatlara görə, hamiləliyin birinci trimestrində müşahidə edilən spontan abort hadisələri təxminən 50%-ə qədər hallarda genetik, 8-20% hallarda endokrin, 24%-ə qədər hallarda infeksiyon və immun gənəzlidir [4].

Son illərdə dölün infeksiyon xəstəlikləri və bətdaxili inkişafının ləngiməsi, spontan abort, inkişaf anomaliyaları və erkən doğuş kimi antenatal patologiyalara səbəb olan TORCH (toksoplazmoz, rubella, sitomeqalovirus, herpes virus) infeksiyaları zamanı endokrin və immun sistemlərdə müşahidə edilən pozulmaların öyrənilməsinə xüsusi diqqət yetirilir. Belə hesab edilir ki, virulentliyi zəif olan, orqanizmdə uzun müddət və simptomuz persistensiya edən TORCH infeksiyaları orqanizmin sayıqlığını azaldaraq avtoimmün reaksiyalar inkişafını induksiya edir, ikincili immunodefisit və immunosupressiya vəziyyətlərinin inkişafını və endokrin pozulmaları şərtləndirir [5].

Əksər tədqiqatçıların fikrinə görə, başa çatmayan hamiləlik üçün mono-infeksiyaya nisbətən çətin diaqnostika edilən və subklinik formada təzahür edən müştərek urogenital infeksiya daha xarakterikdir. Tədqiqatlar göstərir ki, hamiləlik zamanı monoinfeksiya 10% hallarda rast gəlinəndə, törədicilərin mümkün assosiasiyasını ehtiva edən "qarışıq infeksiyalaşma" 90% hallarda aşkar edilir [6,7]. Hamiləlik zamanı müşahidə edilən immunopatoloji proseslərin inkişafında infeksiyaların rolunun öyrənilməsi etioloji amilləri və patogenetik mexanizmləri düzgün qiymətləndirməyə, adekvat müalicə və reabilitasiya tədbirlərini tətbiq etməyə imkan yarada bilər. Infeksiyon ağırlaşmalarla müşayiət edilən hamiləlik zamanı immunoloji və hormonal dəyişikliklərin tədqiqi reproduktiv funksiyanın bərpası üçün lazım olan reparativ proseslər spektrinin hərtərəfli və daha səmərəli korreksiyasını aparmağa şərait yaradır [8,9].

Tədqiqatın məqsədi. TORCH infeksiyalarına yoluxmuş qadınlarda hamiləliyin I trimestrində immunitet cavabının hormonal mexanizmlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları. Tədqiqat işinin materialını Azərbaycan Tibb Universitetinin Klinik hincimya laboratoriyasına hamiləliklə əlaqədar müraciət etmiş 69 qadının müayinə nəticələri təşkil etmişdir. Hamilə qadınlardan 40 nəfərində TORCH infeksiyaları aşkar edilmiş və onlar əsas qrupa, infeksiyon və digər hamiləlik ağırlaşmaları aşkar edilməyən 29 qadın müqayisə qrupuna daxil edilmiş, hamiləliyi olmayan reproduktiv yaşlı 16 qadın isə kontrol qrupunu təşkil etmişdir. Ovulyasiyanın stimulyasiyasının qanda sitokinlərin səviyyəsini dəyişdirməsini nəzərə alaraq, tədqiqata təbii hamiləlik alınmış pasientləri daxil etmişik. Yaş amilinin ovogenez prosesinə təsiri nəzərə alınaraq, yalnız 20-40 yaşlı hamilə qadınlar tədqiq edilmiş, ağır somatik patologiyası və cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qusurları olan qadınlar tədqiqata cəlb edilməmişdir.

Kontrol qrupa daxil olan sağlam şəxslərin, fizioloji və patoloji hamiləliyi olan qadınlardan qanında immunitet neyrohumoral tənzimləyicilərinin əsas nümayəndələrinin (prolaktin-PRL, estradiol, dehidroepiandrosteron-DHEA, estriol, progesteron, xorionik qonadotropin, α -fetoprotein-AFP) qatılıqları hamiləliyin I trimestrində müqayisəli şəkildə analiz edilmişdir. Tədqiqatın kontingentinə daxil edilmiş bütün pasientlərin qanında TORCH infeksiyalarına qarşı əmələ gəlmiş anticisimlərin titri "Vektor-Best" (Rusiya Federasiyası) firmasının reaktiv dəstlərinin, neyrohumoral tənzimləyicilərin qatılığı isə "Human" (Almaniya) firmasının reaktiv dəstlərinin vasitəsilə immunoferment analiz (İFA) üsulu ilə təyin edilmiş, ölçmələr "STAT-FAKS 303/PLUS" (ABŞ) aparatında yerinə yetirilmişdir. Bütün tədqiqatlar "İnsan iştirakı ilə yerinə yetirilən elmi-tədqiqatların aparılmasının etik prinsipləri" Ümumdünya Assosiasiyasının Helsinki Deklorasiyasının tələbləri nəzərə alınmaqla icra olunmuşdur. Tədqiqatlar zamanı alınmış rəqəm göstəriciləri variasion statistika usulu ilə təhlil edilmiş, qrupların göstəriciləri arasında fərqin dürüstlük dərəcəsinin qiymətləndirilməsi üçün parametrik t-Student və qeyri-parametrik U-Wilkokson (Mann-Uitni) meyarlarından istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə. Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində mürəkkəb immunitet zəncirinin humoral və hüceyrə həlqələrini əhatə edən dəyişikliklər baş verir. Bu zaman ana orqanizminin immunokompetentliyi saxlanılsa da, inkişaf edən fizioloji immunodefisit vəziyyəti endogen latent və xronik infeksiyaların aktivləşməsinə səbəb olur. Hamiləliyin fizioloji və patoloji gedişləri zamanı immunoloji amillərlə hormonal amillər arasında olan qarşılıqlı əlaqənin tədqiqi erkən diaqnostika və adekvat müalicə



baxımından çox maraqlıdır [10]. Hormonal statusun öyrənilməsi məqsədi ilə aparılmış müayinələr müxtəlif tədqiqat qruplarında nəticələrin fərqli olduğunu aşkara çıxarmışdır.

Cədvəldə təqdim edilən rəqəmlərdən görüldüyü kimi, hamiləlik qanda PRL səviyyəsinin yüksəlməsi ilə müşayiət olunur. Belə hesab edilir ki, PRL sekresiyasının artması I trimestrdən başlayır və hamiləliyin sonuna qədər davam edir. Əksər müəlliflərin fikrincə, hiperprolaktinemiya qanda estrogenlərin səviyyəsinin artması ilə əlaqədardır [3,11]. Hamilə olmayan qadınlarda hiperprolaktinemiya menstrual tsiklin tam disbalansına səbəb olur və yumurta hüceyrənin yetişməsinə mane olaraq sonsuzluğa gətirir, hamiləlik zamanı isə erkən dövrlərdə laktogenezi, sidik çıxarıcı yolların iltihabi-infeksiyon xəstəliklərinin kəskinləşməsinə şərtləndirir. Hamiləliklə əlaqədar hipofizin struktur-funksional dəyişiklikləri, döş əzələlərinin və süd vəzilərinin travmaları, qaraciyər və böyrək xəstəlikləri, TORCH infeksiyaları, vərəm, sifilis və reproduktiv sistem orqanlarının digər iltihab xəstəlikləri hiperprolaktinemiya səbəb olur. Cədvəldən görüldüyü kimi, TORCH infeksiyalarına yoluxmuş qadınlarda hamiləliyin I trimestrdə PRL qatılığı kontrol qrupla müqayisədə 10.9 dəfə, müqayisə qrupu ilə müqayisədə 3.5 dəfə çoxdur. Məlum olduğu kimi, hiperprolaktinemiya androgenlərin sekresiyasının və metabolizminin pozulmasına səbəb olaraq qanda DHEA səviyyəsini artırır [11]. Fizioloji gedişə malik hamiləlik zamanı DHEA səviyyəsi kontrol qrupla müqayisədə dəyişmədiyi halda, infeksiyon ağırlaşmalarla müşayiət olunan hamiləlik zamanı 2.7 dəfə artır. DHEA kortikotropinin nəzarəti altında böyrəküstü vəzilərdə sintez edilən zəif aktivliyə malik androgen hormon olub, testosteron, androstendion və estradiola çevrilir. Cinsi yetkinlik dövründə qanda DHEA pik səviyyədə olur və tədricən azalır. Hamilə qadınlarda DHEA ciftədə estradiolun sintezinin əsas substratıdır, odur ki, hamiləlik zamanı qanda səviyyəsi azalır [8].

Yumurtalıqların əsas hormonu olan estradiolun səviyyəsi hamiləliyin erkən dövründə ən az, sonunda isə ən yuxarı olur. Gedişindən asılı olaraq hamiləliyin müxtəlif dövrlərində, müxtəlif səbəblərdən qanda estradiolun səviyyəsinin dəyişməsi müşahidə edilir. Artıq çəki, endometrioz, qaraciyər xəstəlikləri, yumurtalıq sistləri, hormonal şişlər, endokrin patologiya və bəzi dərmanın preparatları qanda estradiolun qatılığının çoxalmasına, fiziki gərginlik, az kalorili pəhriz, hiperprolaktinemiya, endokrin və infeksiyon patologiyalar isə azalmasına səbəb ola bilər. Məlum olduğu kimi, hamiləlik zamanı çox miqdarda estradiol əmələ gətirən ciftin doğuşdan sonra qopması ilə əlaqədar olaraq bir neçə gün ərzində estradiolun qatılığının azalması baş verir. Bizim tədqiqatlarda TORCII infeksiyalarına yoluxmuş qadınlarda hamiləliyin I trimestrdə fizioloji gedişə malik hamiləliklə müqayisədə estradiolun səviyyəsinin 38.4% azalması aşkar edilmişdir. Estradiolun qatılığının azalması progesteronun produksiyasının zəifləməsinə səbəb olur [12].

Progesteron (yaxud hamiləlik hormonu) steroid təbiətli hormon olub, qadın orqanizmində menstrual tsiklii lütein fazasında yumurta hüceyrənin follikuldan çıxdığı vaxtdan başlayaraq və hamiləliyin ilk 16 həftəsində müvəqqəti endokrin vəzi olan sarı cisimdə sintez edilir, sonra isə produksiyası ciftədə davam edir [13].

Məlum olduğu kimi, progesteron endometriumu desidual çevrilmələrini şərtləndirir və onu implantasiyaya hazırlayır, miometriumu böyüməsinə və inkişafına səbəb olur, prostaqlandınların sintezini zəiflətmək və oksitosinin təsirini neytrallaşdırmaqla miometriumu normal fəaliyyətini təmin edir [15]. Görüldüyü kimi, progesteronun qatılığı əsas qrupda müqayisə qrupuna nisbətən 43.4 % azalır.

Qeyd etmək lazımdır ki, fizioloji gedişə malik hamiləliklə müqayisədə əsas qrupda hamiləliyin I trimestrdə β -HCG qatılığının statistik etibarlı azalması müşahidə edilir. β -HCG hamiləliyin 10-cu həftəsinə yaxın ciftədə əmələ gəlir və dölnün xorion qişasında sintez edilir, progesteron və estrogenlərin səviyyəsini kontrol edir. β -HCG səviyyəsi hamiləlik müddətinə uyğun olmadıqda hamiləliyin başa çatmaması ehtimalı yaranır, çünki progesteron endometriumu hazırlaya bilmir, yumurta hüceyrə saxlanılmır və menstruasiya baş verir. Hamiləliyin gedişi ərzində β -HCG qatılığının artmasının davam etməsi dölnün inkişafının dayandırması və ya tələf olduğunu göstərir, bu zaman spontan abort baş verir. Hormonal disbalans və uşaqlıqdan kənar hamiləlik zamanı β -HCG-nin artım sürətinin ləngiməsi müşahidə edilir. Çox döllü hamiləlik, şəkərli diabet və hamiləliyin erkən toksikozu zamanı β -HCG qatılığı artır. Hamiləliyin II trimestrdə β -HCG səviyyəsinin normadan artıq olması Daun sindromunun inkişaf riski hesab edilir [14].

Əsas qrupda estriol səviyyəsində baş verən dəyişikliklər özünü normal gedişə malik hamiləliklə müqayisədə 6-7 dəfə azalma ilə biruzə verir.

Hamiləliyin əsas estrogeni olan estriol steroid mənşəli qadın cinsiyyət hormonu olub, əsas hissəsi hamiləliyin 40-cı həftəsinə qədər ciftədə, sonra isə dölnün qaraciyərində sintez edilir. Uşaqlıq damarlarına qan cərəyanının artması onun böyüməsini və inkişafını sürətləndirir, enerji mübadiləsi fermentlərinin aktivliyini yüksəltməklə miometriumda ATF və qlikogen toplanmasını təmin edir, bu isə dölnün normal inkişafı üçün çox vacibdir. Estriolun qanda səviyyəsinin azalması spontan aborta və vaxtından qabaq doğuşa səbəb ola

bilər
qusu
C
artır
ilə ə

har
ana
me
həl
tən
qai
im

20

№

BF

TU

20

60

24

in

ru

5

B

bilər. Bu, həm də Daun sindromunun, mərkəzi sinir-sisteminin inkişaf qüsurlarının, anadangəlmə ürək qüsurlarının, dölnün bətdaxili infeksiyalaşmasının əlaməti ola bilər [16,17].

Cədvəldən göründüyü kimi, TORCH infeksiyalarına yoluxmuş hamilə qadınlarda AFP səviyyəsi 2.2 dəfə artır. Bu, anadan dölə keçib qaraciyəri zədələyən infeksiyon amillər və dölnün bətdaxili inkişafının ləngiməsi ilə əlaqədar ola bilər [19,20].

Cədvəl
TORCH infeksiyaları olan qadınlarda qanında hamiləliyin I trimestrində
hormonların qatılığı (M±m)

Qruplar Göstəricilər	Kontrol qrupu, n=16	Müqayisə qrupu, n=29	Əsas qrup, n=40
AFP, pg/ml	3.5±0.3 (2.3-6.9)	10.6±0.5 * (6.2-15.8)	23.6±1.9 *** (10.2-66.7)
β - HCG, pg/ml	2.2±0.2 (1.4-4.6)	37613±2129* (19013-5407)	25753.7±1957.3** (2073-46.038)
Estriol, pg/ml	0.026±0.003 (0-0.04)	6.492±0.338*** (3.31-12.5)	0.971±0.05* (0.51-1.43)
Estradiol, pg/ml	67.1±6.0 (34-115)	176.8±4.1* (40-)	108.9±8.3*** (45-264)
Prolaktin, pg/ml	8.9±0.9 (2.8-15)	27.7±1.9* (3-44)	96.6±7.7*** (11-239)
DHEA, pg/ml	2.51±0.10 (0.9-3)	2.11±0.07 (0.3-2.8*)	6.85±0.25*** (1.3-9.4)
Progesteron, pg/ml	5.6±0.40 (2.3-10.7)	65.7±4.0* (11.3-90.5)	28.5±2.9*** (8.2-40.7)

Qeyd: *P₁<0.001 kontrol qrupu ilə müqayisədə ; **P₂<0.001 müqayisə qrupu ilə müqayisədə

AFP- sarılıq kisəsi və ya inkişaf edən embrionun və ya dölnün formalaşmış hepatositlərində, eləcə də hamiləliyin 5-ci həftəsinə qədər ananın yumurtalıqlarının sarı cisminə sintez edilən spesifik zülaldır. AFP ananın qanından zülalları və doymamış yağ turşularını daşıyaraq dölnün hüceyrə və toxumalarının, membranlarının qurulmasına sərf olunmasını, yəni böyümə və inkişafı təmin edir. Bətdaxili həyatın son 3-4 həftəsində sulfaktantı, yəni ağciyərlərdə alveolları örtən maddəni sintez etdirir və doğulandan sonra ağciyər tənəffüsünü təmin edir, ananın estrogen hormonlarının böyüməkdə olan uşağın orqanizminə təsirinin qarşısını alır. AFP damarlarda qan təzyiqinin fizioloji səviyyəsini tənzimləyir, ana ilə döl arasında təbii immunosupressiyanın formalaşmasında iştirak edir, hamiləliyin normal başa çatmasını təmin edir [8,21].

ƏDƏBİYYAT

1. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология беременности. М.: Издательство РАМН, 2003, 400 с.
2. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. М.: Медицина, 2003, 424с.
3. 20Smith G.C. First-trimester determination of complications of late pregnancy // JAMA. 2010, v.303, №6, p. 561-562
4. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.И. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.: ГЭОТАР- МЕДИА, 2007, 176 с.
5. Баженова Л.Г., Ботвиньева И.А., Ренге Л.В., Полукаров А.Н. Динамика распространенности TORCH- инфекций у беременных. Оценка риска первичного инфицирования плода // Акушерство, 2012, № 1, с.23-26.
6. Боробкова Л.В., Колобова С.О. Современный взгляд на проблему невынашивания беременности инфекционного генеза. // Консилиум. Акушерство и гинекология. – 2007, № 9, стр.19-24.
7. Kamilova N., Sultanova I., Akmedzadeh V. Complex in pregnancy assessment of woman with genital infections // Georgian Med. News. 2008, № 164, p. 23-27
8. Самородина Л.А., Кормакова Т.Л. Невынашивание беременности: иммунологические и гормональные аспекты. Журнал Акушерства и женских болезней. 2002, № 2, с.28-32.
9. Loke Y. W., King A. Immunological aspects of human implantation. J Reprod Fertil Suppl. 2000, v. 55, p. 83-90
10. Помазанов В.В., Марданлы С.Г., Долгов В.В. О роли клинической лабораторной диагностики внутриутробных инфекций. // Компетентность, 2013, № 7, с.50-53.

11. Качалина Т.С. Гиперандрогения и невынашивание беременности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2004, № 3, с.61-64.

12. Колесникова И.К. Состояние иммунитета на системном уровне и в эндометрии у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков инфекционного и гормонального генеза. Автореф. дис. . канд. мед. наук. Иваново, 2004, 19 с.

13. Buckley R.G., King K.J., Disney J.D. et al. Serum progesteron testing to predict ectopic pregnancy in symptomatic first- trimester patients // Ann. Emerg. Med. 2000, v.36, № 2, p.95-100.

14. Scott J.R., Pattison N. Human chorionic gonadotrophin: for recurrent miscarriage // The cochrane library – chichester, UK: 2004, № 2, p. 70-76

15. Ragusa A., de Carolis C., dal Lago A. et al. Progesterone supplement in pregnancy: an immunologic therapy? Lupus. 2004, v.13, № 9, p.639-642

16. Соловьева А.С. Нейро-гуморально-гормональная регуляция иммунного ответа беременных герпесвирусной инфекцией. // Бюллетень, 2012, вып. 45, стр. 69-73.

17. Боробкова Е., Сидорова И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Акушерство и гинекология. 2005, № 2, с. 20-24.

18. Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю. Иммунология беременности. // Акушер.и гинекол. -2007, № 5, стр. 42-45.

19. Gilbert R. Toxoplasmosis / In: Congenital and prenatal infections. Cambridge university press, 2000, p. 305-320

20. Murthy V., Kennea N.L. Antenatal infection inflammation and fetal tissue injury // Best pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007, №3, p. 479-489

Резюме

Гормональный статус первого триместра у беременных с TORCH инфекцией

Г.В.Нариманова, И.Дж.Шахвердиева, М.Р.Гулиев, В.И.Ягубова

В статье даны сведения об исследовательской работы, проведенной с целью изучения состояния эндокринной системы у 40 беременных женщин с TORCH инфекцией. В группу сравнения вошли 29 беременных женщин без инфекции, а в контрольную группу 16 не беременных женщин. Было обнаружено, что PRL у женщин, инфицированных инфекцией TORCH в 10,9 раза больше контрольной группы и в 3,5 раза больше по сравнению с группой сравнения. Это приводит к 2,7-кратному увеличению уровня DHEA в основной группе, что вызывает метаболизм андрогенов и нарушение секреции. У женщин с инфекциями TORCH мы обнаружили снижение уровня эстрадиола на 38,4% по сравнению с физиологической беременностью в первом триместре беременности. Снижение содержания эстрадиола приводит к уменьшению образования прогестерона, а его плотность снижается на 43,4% в основной группе по сравнению с группой сравнения. Изменения уровня эстриола, являющегося основным гормоном беременности, уменьшаются в 6,7 раза по сравнению с беременностью с нормальной ходьбой. Снижение уровня эстриола может вызвать спонтанный аборт и преждевременные роды. В первом триместре беременности уровень АФП в основной группе в 2,2 раза выше по сравнению с физиологической беременностью, чем 31,6% в β-HCG.

Summary

Hormonal status in primary thrombosis with TORCH infections

G.V.Narimanova, I.J. Shahverdiyeva, M.G.Guliyev, V.I.Yagubova

In this study, 40 children with TORCH infections were admitted to an endocrine system. In the group of women, there were 29 women suffering from infection, and a control group of 16 women. It has been revealed that PRL is a woman with infected TORCH infection in 10.9 times more control group and 3.5 times more in comparison with group drift. This is a 2,7-fold increase in the DHEA level in the basic group, which entails the metabolism of androgen and disintegration of the secretion. Among women with TORCH infections, the diagnosis of estradiol was detected at 38.4% compared with physiological fatigue in the first trimester. The incidence of estradiol involves a decrease in the progesterone formation, and the elasticity decreases to 43.4% in the basic group with comparisons with group dysfunction. The change of estriola, which is the basic hormone of the hormone, is reduced by 6.7 times compared with the normal course. Suture of the estradiol can be stimulated by spontaneous abortion and pre-existing disorders. In the first trimester, the AFP in the basic group was 2.2 times higher in comparison with physiological tolerance, 31.6% in β-HCG.