

Cild 5 №01 / 2018
ISSN 2411-3956

Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri

Современные вопросы гинекологии и перинатологии
Contemporary issues of gynecology and perinatology



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

Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri



05 №01/2018



Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri
Актуальные вопросы современной гинекологии и перинатологии
Actual questions of modern gynaecology and perinatology

Təsisçi: Ginekologiya və Perinatologiyanın İnkişafına dəstək assosiasiyası

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

Baş redaktor:
Qurbanova Cəmilə

Editor in-Chief
Kurbanova Cemile

Baş redaktor müavini:
Hüseynova Səadət

Associate Editor-in Chief
Huseynova Seadet

Elmi-redaktor:
Əlizadə Səmayə

Scientific Editor
Elizade Samaye

Redaksiya Şurası:
 Abbasova Zəhra (Azərbaycan)
 Asatiani Tengiz (Gürcüstan)
 Bağrova Hicran (Azərbaycan)
 Brexman Grigoriy (İsrail)
 Davidov Aleksandr (Rusiya)
 Əliyeva Elmira (Azərbaycan)
 Hüseynova Ofeliya (Azərbaycan)
 İsayev İbrahim (Azərbaycan)
 Kamilova Nigar (Azərbaycan)
 Kira Evgeniy (Rusiya)
 Qarayev Qalib (Azərbaycan)
 Quliyev Nəsim (Azərbaycan)
 Qurbanova Vəfa (Azərbaycan)
 Qurbanova Fərəh (Azərbaycan)
 Mahalov İslam (Azərbaycan)
 Məmmədova Nailə (Azərbaycan)
 Mostovoy Aleksey (Rusiya)
 Sdriyakov Aleksandr (Rusiya)
 Shindler Adolf (ABŞ)
 Şəmsəddinskaya Naziyə (Azərbaycan)
 Zanko Sergey (Belorusiya)

Editorial Board:
 Abbasova Zahra (Azerbaijan)
 Asatiani Tengiz (Georgia)
 Bağrova Hijran (Azerbaijan)
 Brexman Grigoriy (Israel)
 Davidov Aleksandr (Russia)
 Eliyeva Elmira (Azerbaijan)
 Garayev Galib (Azerbaijan)
 Hüseynova Ofeliya (Azerbaijan)
 İsayev İbrahim (Azerbaijan)
 Kamilova Nigar (Azerbaijan)
 Kira Evgeniy (Russia)
 Kuliyeu Nasib (Azerbaijan)
 Kurbanova Vafa (Azerbaijan)
 Kurbanova Fereh (Azerbaijan)
 Mahalov İslam (Azerbaijan)
 Mammadova Naila (Azerbaijan)
 Mostovoy Aleksey (Russia)
 Sdriyakov Aleksandr (Russia)
 Shindler Adolf (USA)
 Shemseddinskaya Naziye (Azerbaijan)
 Zanko Sergey (Belorussia)

Ünvan: Bakı şəhəri, B.Ağayev küç., 118, AZ1065
tel: +99412 50 09 51

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

E-mail adress: sadi_0105@mail.ru

Mündəricat:

| | |
|--|----|
| Hamiləliyin başa çatmamasının səbəbləri: torch infeksiyalar (Nərimanova G.V., Qurbanova C.F., Əfəndiyev A.M., Qurbanov A.I., Qasimova A.Ə.) | 9 |
| Остеопороз – актуальная проблема современного здравоохранения. Организационные и методические аспекты профилактики, диагностики и лечения. (Гурбанова Д.Ф., Рустамова К.М., Талышинский Р.Р.) | 16 |
| Uşaqlıq faktorı ilə bağlı reproduktiv funksiya pozulmaları (Hüseynova Z.S.) | 19 |
| Иммунопатогенез HBV, HCV инфекций (Сарыева Э.Г., Мамедов М.Г.) | 24 |
| Антропофизиологический анализ системной вазоконстрикции и эндотелийзависимой вазодилатации в гемодинамическом обеспечении беременности (Белкания Г.С., Коньков Д.Г., Дилenan Л.Р., Пухальская Л.Г.) | 30 |
| Helmint-protzooy invaziyası olan hamilə qadınlarda qanın sitokin profili (F.M.Babaşova) | 42 |
| Uşaqlıq miomalərinin müalicəsində aqonist Qonodotropin – rilizing hormonlarının rolu (Qarayeva S.Q., Qarayeva K.Q., Musayeva M.X.) | 46 |
| Опыт ведения родов через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. (Шахбазова Н.А., Сулейманова Л.Р., Мусаева М.Х.) | 51 |
| 2 Евразийский саммит акушеров, гинекологов и перинатологов | 56 |

Hamiləliyin başa çatmamasının səbəbləri: TORCH infeksiyalar

Nərimanova G.V.¹, Qurbanova C.F.², Əfəndiyev A.M.¹, Qurbanov A.İ.³, Qasimova A.Ə.²

¹Azərbaycan Tibb Universiteti Biokimya kafedrası,

²Elmi Tədqiqat Məmalıq və Ginekologiya İnstitutu,

³Azərbaycan Tibb Universiteti Mikrobiologiya və immunologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: vaxtından əvvəl doğuş, hamiləlik patologiyaları, bətdaxili infeksiyalar, TORCH infeksiyalar

Başə çatmamıř hamiləlik mühüm tibbi – sosial problem olub, arzuolunan bütün hamiləlik hallarının təxminən 20%-ni təşkil edir (1, 15). Son illərdə aparılmıř çoxsaylı tədqiqatlar nəticəsində effektiv diaqnostika və müalicə üsullarının işlənilib hazırlanmasına və praktika-yə tətbiq edilməsinə baxmayaraq, başə çatmamıř hamiləlik hallarının azalma meyli müşahidə edilmir (28, 35). Məlum olduđu kimi, başə çatmamıř hamiləlik mayalarından sonra 37 həftə ərzində hamiləliyin özbaşına pozulmasıdır. Hamiləliyin 28 həftəliyə qədər pozulması özbaşına düşüklü, 28 həftəlikdən 37 həftəliyə qədər müddətdə pozulması isə vaxtından qabaq doğuş adlanır. Özbaşına düşüklü heç bir müdaxilə olmadan baş verir və 15% hallarda, vaxtından qabaq doğuş isə 5% hallarda rast gəlinir. Hamiləliyin erkən (12 həftəliyə qədər) pozulması başə çatmamıř hamiləlik hallarının 85%-ni təşkil edərək, reproduktiv sistemin funksiyalarının çoxsəbəbli pozulmaları ilə əlaqədar müşahidə edilir. Uşaqlığın patologiyaları, xromosom anomaliyaları, endokrin və immun sistemlərinin pozulmaları, infeksiyon amillər hamiləliyin başə çatmamasının əsas səbəbləri hesab edilir (23, 29).

Son illərdə başə çatmamıř hamiləliyin səbəblərindən biri kimi ana orqanizminin müxtəlif infeksiyalara yoluxması və bununla əlaqədar immun sistemin pozulmalarının öyrənilməsinə xüsusi diqqət yetirilir (5, 25, 27). Fizioloji hestasion immunosupressiya kəskin urogenital infeksiyanın inkişafını və ya xronik infeksiyanın yenidən aktivləşməsinə şərtləndirərək hamilə qadınların immun statusunda müxtəlif dərəcədə ifadə olunmuş pozulmalara və reproduktiv itkilərə səbəb olur (6, 9, 40).

Müasir məlumatlara görə infeksiyon mənşəli başə çatmamıř hamiləlik üçün gecikmiş düşüklü və erkən doğuş daha xarakterdir. Erkən doğuşların 40%-i, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasının 80%-i infeksiyon amillə əlaqədardır.

Lakin hamiləliyin erkən pozulmalarının infeksiyon səbəbləri də kifayət qədər tez-tez rast gəlinir. Başə çatmamıř hamiləliyin infeksiyon mənşəli amilləri arasında TORCH infeksiyalarının rolu çox böyükdür. TORCH abbreviaturası infeksiyaların ingiliscə adlarının ilk hərflərindən əmələ gəlmişdir: T-toxoplas mosis, O-other (digər), R-rubella (məxmərək), C-cytomegalovirus, H-herpes. Digər infeksiyalara B və C hepatitləri, sifilis, xlamidioz, qonoreya və listerioz aid edilir. Hazırda bu siyahıya QİÇS, su çiçəyi və enterovirus infeksiyaları da əlavə edilmişdir. Bu infeksiyaların bir neçəsinin eyni vaxtda aşkar edilməsi hamiləlik zamanı proqnozu pisləşdirir və başə çatmamıř hamiləlik hallarının rastgəlmə tezliyini artırır (3, 33).

Toksoplazmoz – TORCH infeksiyaları qrupuna aid parazitar xəstəlik olub, Toxoplasma gondii tərəfindən törədilir. T.gondii 4-8 mikrometrdə hüceyrədaxili parazit olub, oo-sist, toxuma sisti və taxizoit formaları vardır. Bütün formalar insan üçün invaziv olub, yaxşı bişməmiş ət məhsullarından, yuyulmamış meyvə – tərəvəzdən və bostan işləri zamanı torpaqla təmasdan yoluxur. Orqanizmə düşdükdə parazitlər invaziv formalardan taxizoitlərə transformasiya edərək xəstəliyin klinikasını və hamiləlik zamanı dölnün infeksiyalaşmasını şərtləndirir. Hazırda toksoplazmaya yoluxmanın alimentar, transpləntar, transfuzion və transpləntasion yollarının mövcudluğunu əksər tədqiqatçılar qəbul edir. Inkubasiya dövrü 5-23 gün (orta hesabla 12-14 gün) davam edir. T.gondii ilə birincili yoluxma 95-99% hallarda spesifik anticismlərin əmələ gəlməsi və immunitetin formalaşması ilə müşayiət olunur. Bu vəziyyət birincili - latent toksoplazmoz adlanır və laborator müayinələr zamanı aşkar edilir. Toksoplazmozlu xəstə törədici xarici mühitə ifraz etmir və ətrafdakılar üçün təhlükəli deyildir (12).

Transplasentar yoluxma yolunun mövcudluğu hamiləlik toksoplazmozunu müasir mamalıq-ginekologiyanın aktual problemi kimi səciyyələndirməyi zəruri edir. Statistik məlumatlara görə 15-45 yaşlı qadınların 15-25%-i T.gondii ilə yoluxmuşdur. Anadangəlmə toksoplazmozun rastgəlmə tezliyi hər 10.000 yenidoğulmuşu 1-10 hadisə təşkil edir və onların 3-10%-də ağır inkişaf anomaliyalarına təsadüf edilir. Anadangəlmə toksoplazmozu olan uşaq dünyaya gətirmiş qadınların əksəriyyətində xəstəliyin heç bir əlaməti aşkar edilmir. İmmuniteti zəifləmiş hamilə qadınlarda temperaturun yüksəlməsi, ümumi zəiflik, halsızlıq, baş ağrıları, limfa düyünlərinin böyüməsi, nadir hallarda hepatosplenomeqaliya, xorioretinit, konyunktivit, keratit, iridosiklit, ağır hallarda ensefalit, miokardit, pnevmoniya müşahidə edilə bilər (32).

Qeyd etmək lazımdır ki, xronik toksoplazmoz hamiləlik zamanı dölün bətdaxili yoluxmasına səbəb olmur. Döl üçün əsas təhlükə hamilə qadının ilkin yoluxması ilə əlaqədardır. Taxizoitlərin ciftə daxil olmasından sonra 1-4 ay ərzində dölün yoluxması baş verir və müalicə aparılmadıqda üçüncü trimestrdə yoluxma riski 10-12 dəfə artır. Bununla yanaşı daha erkən yoluxma zamanı proqnoz daha pis olub, birinci trimestrdə spontan abortlara və ağır inkişaf anomaliyalarına səbəb olur (18).

Hamiləlik toksoplazmozunun diaqnostikası laborator üsullar, USM və amniosentez metodu vasitəsilə aparılır. Laborator müayinə hamiləlik toksoplazmozunun əsas diaqnostika üsulu olub, xüsusi test-sistemlərdən istifadə etməklə, immunoferment analiz (İFA) üsulu ilə aparılır. İFA müayinə üsulunun prinsipini M (İgM) və G (İgG) immunoqlobulinlərinin təyin edilməsi təşkil edir. İgM və İgG aşkar edilməməsi hamiləlik toksoplazmozunun olmadığını göstərir. İgM aşkar edilməsi və titrinin 4 dəfədən artıq olması T.gondii ilə birincili yoluxmanı sübut edir. İgG ananın qanında yoluxmadan sonra 7-14 - cü günlərdə təyin edilir və maksimal titr 3-6 ay arasında müşahidə olunur. Əksər hallarda İgG-nin yüksək səviyyəsi hamiləlik zamanı toksoplazmozun latent gedişinin göstəricisi hesab edilir və pozitiv nəticələr 2-3 həftə ərzində 3-4 dəfə təkrar edilməlidir (26).

Toksoplazmoz şübhəsi olan hamilə qadınlarda USM müayinəsinin aparılmasının əsas məqsədi dölün vəziyyətinin qiymətləndirilməsidir. Əksər hallarda USM zamanı anadangəlmə

toksoplazmoz diaqnozunu təsdiq edəcək xarakterik əlamətlər müşahidə edilmir. Hamiləlik toksoplazmozu zamanı dölün yoluxmasının əsas simptomları özünü bətdaxili inkişafın ləngiməsi və mərkəzi sinir sisteminin struktur pozulmaları - hidro və mikrocefaliya, kalsifikatların əmələ gəlməsi ilə büruzə verir. Dölün ağır morfoloji anomaliyaları hamiləliyin dayandırılması üçün göstərişdir (32).

Amniosentez birincili hamiləlik toksoplazmozu zamanı İFA və USM kifayət qədər informativ olmadıqda aparılır və dölyanı mayədə zəncirvari polimeraza reaksiyası (ZPR) vasitəsilə T.gondii-nin təyininə əsaslanır. Üsulun həssaslığı və spesifikliyi 90-95% olub, 18 hamiləlik həftəsindən əvvəl aparılması məsləhət görülür.

Məxmərək - RNT tərkibli Togaviridae ailəsinə mənsub Rubivirus tərəfindən törədilən kəskin infeksiya xəstəlik olub, hava-damcı yolu ilə yoluxur. Xəstəlik əsasən 1-7 yaşlı uşaqlarda rast gəlinir, özünü dəridə səpgilər və limfa düyünlərinin böyüməsi ilə biruzə verir. Xəstəlikdən sonra davamlı immunitet yaranır (13).

Hamiləlik zamanı məxmərəyin əlamətləri özünü uşaqlarla müqayisədə daha qabarıq büruzə verir, səpgi ilə yanaşı yüksək temperatur, baş və əzələ ağrıları, kataral simptomlar müşahidə edilir. Xəstəliyin gedişi yüngül olur və qadının sağlamlığı üçün təhlükə təşkil etmir. Xəstəliyin əsas təhlükəsi törədicinin cift vasitəsilə dölə yoluxaraq geridönməyən patoloji dəyişikliklər törətməsidir. Hamiləlik zamanı məxmərəyin döl üçün əsas ağır nəticələri anadangəlmə inkişaf qüsurları, anadangəlmə məxmərək, özbaşına düşüklü və dölün bətdaxili tələf olmasıdır (17).

Hamiləliyin I trimestrində məxmərəyə yoluxma virusun cift vasitəsilə anadan dölün qan dövrünə düşməsinə, onun tıxumalarının və daxili orqanlarının formalaşmasının pozulmasına və nəticədə özbaşına düşüklü və ya ölüdoğulmaya səbəb olur. Hamiləliyin I və II trimestrlərində məxmərəklə yoluxma müalicəyə tabe olmayan inkişaf qüsurlarının əmələ gəlməsini şərtləndirir. Doğuşöncəsi dövrdə hamilə qadının məxmərəyə yoluxması zamanı dölün infeksiyalaşma riski az olsa da, tamamilə itmir (11, 38).

Məxmərək dölün bətdaxili inkişafına mane olaraq, inkişaf qüsurlarına və antenetal ölümə səbəb olur. Qadının hamiləliyin I trimestrində məxmərəyə yoluxması zamanı dölün yolux-

ması - 90%, II trimestrdə 60-75%, III trimestrdə 30-50%, doğuş ərafəsində -10% təşkil edir. I trimestrdə yoluxma zamanı uşaqların hamısında ürək qüsuru, görmə və eşitmə patologiyaları, mərkəzi sinir sistemi zədələnməsi - hərəkəti pozulmalar müşahidə olunur. Bətdaxili yoluxma - 30% hallarda spontan aborta, 20% - antenatal ölümə gətirib çıxarır. Anadangəlmə məxmərək olan uşaqların 17% -i həyatın birinci ilində tələf olur (7, 14).

Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, hamiləliyin I trimestrində ananın məxmərəklə xəstələnməsi özbaşınadüşük və dölün tələf olması ehtimalını 4-6 dəfə artırır, fiziki və zehni inkişafda kənaraxımlar 90% - dən çox olur. Hamiləliyin I trimestrində məxmərəklə xəstələnməmiş anaların uşaqlarının 80%-də ürəyin inkişaf qüsurları, 50-60% - də korluq və karlıq, 40%-də dölün inkişafının pozulması ilə əlaqədar kənaraxımlar (distrofiya, əqli inkişafın ləngiməsi) rast gəlinir, doğuşdan sonra ilk aylarda müxtəlif anadangəlmə qüsurların törənməsi və ölüm riski dəfələrlə artır. Qeyd etmək lazımdır ki, məxmərək hamiləliyin II trimestrində yalnız 16-cı həftəyə qədər təhlükəlidir. Belə ki, 14-cü həftədə inkişaf qüsurlarının törənmə riski 10% təşkil etdiyi halda, 17-ci həftədən sonra sifra bərabər olur. Buna baxmayaraq, doğuşdan sonra 30 ay ərzində uşaq infeksiya mənbəyi olaraq qalır (8). Virusun dölə teratogen təsirindən başqa, ciftin yoluxması və maddələr mübadiləsinin pozulması nəticəsində müşahidə edilən fetoplasentar çatışmazlıq, hipertermiya və ümumi intoksikasiya 10-40% hallarda hamiləliyin başa çatmamasına, 20% hallarda ölüdoğulmaya, 25% hallarda erkən neonatal ölümə və s. səbəb olur (17, 22).

Hamiləlik məxmərəyinin atipik və subklinik formaları simptomların zəif təzahür etməsi səbəbindən çətin diaqnostika olunur. Hamiləlik məxmərəyinin əsas diaqnostika üsulu virusa qarşı əmələ gəlmiş İgM və İgA anticisimləri aşkar etməyə imkan verən İFA hesab edilir. İgM anticisimlərinin yüksək titri son 2 ayda məxmərəklə yoluxma olduğunu göstərir. Anadangəlmə məxmərək zamanı uşağın qanında doğuşdan birbaşa sonra İgM anticisimləri aşkar edilir və reaksiya 6 ay müsbət olur. Peyvənd aparıldıqdan 4 həftə ərzində İgM aşkar edilir. Məxmərəyə qarşı İgA anticisimləri həm kəskin, həm də xronik proses barədə məlumat verir. Qanda İgG yoluxmanın 3-cü günündən etibarən

təyin edilir. Bu anticisimlər 10-15 il, yaxud daimi orqanizmdə saxlanılır və insanın məxmərəklə xəstələndiyini və ya peyvənd olunduğunu göstərir.

Hamiləlik məxmərəyinə görə İFA müayinəsinin interpretasiyası belədir:

1. İgM və İgG mənfidir - hamilə qadın xəstə deyil, amma məxmərəyə qarşı immunitet yoxdur; spesifik profilaktika tədbirlərinə riayət edilməlidir.
2. İgM mənfi, İgG müsbətdir - keçirilmiş xəstəlikdən və ya peyvənddən sonra əmələ gəlmiş immunitet vardır, uşağın sağlamlığı üçün təhlükə yoxdur.
3. İgM müsbət, İgG mənfidir - yaxın dövrdə baş vermiş yoluxma vardır, uşağın (dölün) yoluxma təhlükəsi mövcuddur, həkim infeksiyaya məsləhəti vacibdir.
4. İgM müsbət, İgG müsbətdir - xəstəliyin kəskin mərhələsini göstərir.

Hamiləlik planlaşdırılan zaman məxmərəyə qarşı anticisimlərin titrinin təyini qadının əvvəl məxmərəklə xəstələnilib, xəstələnmədiyini aşkar etməyə imkan verir. Əgər əvvəl məxmərəklə yoluxma olmayıbsa, peyvənd aparılmalıdır (14,17,26).

Sitomeqalovirus (CMV) infeksiyası müasir dövrün ən geniş yayılmış xəstəliklərindən biri olub populyasiyanın 50-98% - də, reproduktiv yaşda olan qadınların 70-90% - də aşkar edilir. Anadangəlmə sitomeqaliya yenidoğulmuşların 0.4-2.3% - də rast gəlinir və onların yalnız 5-10% - də xəstəliyin simptomları müşahidə olunur, qalan 90-95% hallarda klinik simptomlar aşkarlanmır. Yoluxmuş orqanizmlərdə ömürlük persistensiya etmək və immunitet zəiflədikdə yenidən aktivləşmək sitomeqaliya virusunun xarakter xüsusiyyətidir (9).

Sitomeqalovirus infeksiyasının birincili, birincili-xronik, latent, persistensiya edən və superinfeksiya formaları vardır.

CMV Herpesviridae fəsiləsinə mənsub olub, DNT tərkibliidir. Yoluxmuş toxumaların hüceyrələrində virus nüvədaxili əlavələr əmələ gətirərək, onların (hüceyrənin və nüvənin) ölçülərinin böyüməsinə səbəb olur. CMV infeksiyasının manifest formalarına az hallarda, immuniteti zəif olan insanlarda, böyüməkdə olan döldə təsadüf edilir. Virus yoluxmuş insanların bütün bioloji mayələrində (qan, sidik, sperma, ağız suyu, likvor, düzbağırsağ möhtəviyyəti, qadın cinsiyyət yolları ifrazatı) aşkar edilə bilər.

CMV ilə yoluxma hava-damcı yolu, transfuziya, ana südü, transplantasiya, cərrahi, stomatoloji və mama - ginekoloji alətlər vasitəsilə ola bilər. Virus insan orqanizmlərində yaşamağa uyğunlaşdığı üçün xəstəliyin aşkar simptomlarına az rast gəlinir və simptomuz formalar üstünlük təşkil edir. Hamiləliyin müddəti artdıqca yoluxmuş qadının sidiyi və servikal seliyi vasitəsilə ifraz etdiyi virusun miqdarı artır. Lakin bu dö-lün yoluxmasını sübut etmir. Eləcə də ananın qanında CMV- yə qarşı anticisimlər mövcudluğu virusun transpləntar yolla dölə ötürülməsinin mümkünliyünü inkar etmir, amma onun yoluxma ehtimalını azaldır (16, 34).

Anadangəlmə CMV infeksiyasının patogene-zində ananın hamiləliyə qədərki anamnezində infeksiyanın olması çox mühümdür və onların qanında spesifik anticisimlər aşkar edilir (10).

Anamnezində CMV infeksiyası olan qadınlardan təkrrari hamiləliyi zamanı dölün bətdaxili yoluxması 1-3% hallarda təsadüf edilir. Başqa sözlə, ananın immun sistemi virusu tam eliminasiya edə bilmir, plasəntar yoluxmanın qarşısını tam ala bilmir, amma yenidoğulmuşun xəstələnmə ehtimalını azaldır (36).

Hamiləliyin I trimestrində dölün yoluxması vaxtından əvvəl doğuşa, yenidoğulmuşun bədən çəkisinin az olmasına səbəb olur, mikroşefaliya tendensiyası müşahidə edilir. Ekstramedulyar qanyaranma ilə əlaqədar hepatomeqaliya, hepatit, qanın yayılmış damardaxili laxtalanması sindromu inkişaf edir (39).

Hamiləliyin II və III trimestrində dölün CMV ilə yoluxması somatik və zehni pozulmalara səbəb olmur. Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, anadangəlmə sitomeqaliyası olan uşaqlarda audometrik üsulla təyin edilən və tədricən proqressivləşən eşitmə zəyifliyi müşahidə edilə bilər. Anadangəlmə CMV olan uşaqlarda əqli gerilik və eşitmə pozulmalarının rastgəlmə tezliyi 1:1000 nisbətində olur.

Hamiləliyin sonuna yaxın virionları ekskresiya edən qadınlardan sayı 20%-ə çatır. Doğuş yolları və ana südü CMV ilə yoluxmanın mühüm yolları hesab edilir. CMV infeksiyasına laborator müayinələrlə diaqnoz qoyulur. CMV infeksiyasında İgM - in müsbət olması anada kəskin infeksiyanın əsas əlamətidir. İgG titrinin 4 dəfədən çox olması və İgG avidliyinin 30% az olması birincili infeksiyanın əlaməti hesab edilir. İgA avidliyinin 50%-dən çox olması uşaq vaxtı yoluxmanı göstərir və belə halda latent infeksiya kimi qiymətləndirilir (21, 26).

Hamiləlik planlaşdırən reproduktiv yaşlı qadınlardan təxminən 96% - də CMV-yə qarşı İgA aşkar edilir. Birincili CMV infeksiyası hamiləlik zamanı təhlükə törətdiyi üçün planlaşdırılan hamiləlik ərafəsində İgM təyini, İgA avidliyinin yoxlanması vacib hesab edilir (16).

Herpesvirus infeksiyası (herpetik infeksiya) Herpesviridae fəsiləsinə mənsub olan HSV-1 və HSV-2 tərəfindən törədilən infeksiyon xəstəlik olub, virusun orqanizmdə uzunmüddətli persistensiyası və dövrü olaraq aktivləşməsi nəticəsində residiv verməsi ilə xarakterizə olunur. Herpetik infeksiya insanlar arasında ən geniş yayılan virus xəstəliklərindən biridir. Yetkin insanlarda HSV-1 - ə qarşı anticisimlərin rastgəlmə tezliyi 40-95% təşkil edir. HSV-2 - yə qarşı anticisimlərə uşaq yaşlarda rast gəlinmir, 15 yaşdan sonra aşkar edilir və 30-35 yaşlarda maksimum xəstələnmə müşahidə edilir. HSV-2 qadınlarda daha çox rast gəlinir. Dünyanın müxtəlif ölkələrində aparılmış seroloji tədqiqatlar göstərir ki, hamilə qadınlarda HSV-1 - 50-70%, HSV-2 - 55% -ə qədər yayılmışdır. Seropozitiv insanların 75% -də simptomuz virus daşıyıcılıq müşahidə edilir (4, 31).

Xəstəliyə yoluxma hava-damcı yolu, birbaşa və dolaylı təmas (o cümlədən cinsi əlaqə) zamanı - məişət əşyaları, qab-qacaq, oyuncaqlar, tibbi alətlər və s. vasitəsi ilə baş verir. HSV-1 ilə yoluxma 3 yaşa qədər olan dövrdə, HSV-2 ilə yoluxma isə cinsi həyata başladıqdan sonarə müşahidə edilir. İnfeksiyanın dölə transpləntar yolla və ya doğuş zamanı yoluxması mümkündür. Dölün inutero yoluxma ehtimalı 5%, intranatal 85%, postnatal 10% təşkil edir. Neonatal herpes 70% hallarda HSV-2 ilə yoluxma zamanı inkişaf edir. İnfeksiyanın yoluxmasının parenteral mexanizmi də mövcuddurki, bu, orqan transplantasiyası və ya süni mayalanma zamanı yoluxmuş donör spermasından istifadə etdikdə müşahidə edilir. İnkubasiya dövrü adətən 7 gün təşkil edir. Herpetik infeksiyanın birincili və ikincili (residivverən), lokal və yayılmış formaları ayırd edilir (30).

İnsan orqanizminə ilk dəfə daxil olmuş virusun epiteliositlərə adsorbsiyası və hüceyrə reseptorlarına birləşməsi baş verir (37). Zədələnmiş dəri və selikliqişə zonasında iltihab prosesi müşahidə edilir. Hüceyrə elementlərinin hemotaksisi, bioloji aktiv maddələrin sekresiyası, damarların reaktiv dəyişiklikləri və epiteliositlərin deqradasiyası nəticəsində yoluxma səthində

ödem, hiperemiya, qaşınma və mikrovezikullar əmələ gəlir (5, 22).

Birincili yoluxma zamanı virus infeksiyanın giriş qapısından sensor, spinal və serebral qanqlionlara keçərək endonevral, perinerval və intraaksonal yollarla yayılır. Qanın formalı elementlərinə və immunositlərə qarşı tropluğa malik olan virus onların genetik aparatının deqradasiyasına və məhvinə, yaxud funksional aktivliyinin əhəmiyyətli dərəcədə pozulmasına, ikincili immundefisitə inkişafına səbəb olur, bu isə onun orqanizmdən eliminasiyasını mümkün edir (19). Orqanizmdə persistensiyə etmiş virus immunitetin hüceyrə və humoral həlqələrinin patologiyasına, periferik qan leykositlərinin anticisimdən asılı sitotoksikliyinə pozulmasına, təbii killerlərin, T-limfositlərin və qeyri spesifik müdafiə amillərinin funksional aktivliyinin dəyişməsinə, leykositlərin interferonogen xassəsinin zəifləməsinə səbəb olur. İmmunitetin zəifləməsi nəticəsində xəstəliyin ikincili residivləri inkişaf edir. 20 həftəliyə qədər olan hamiləlik dövründə herpetik infeksiyaya yoluxma 25% hallarda spontan aborta, hamiləliyin sonrakı dövrlərində yoluxma dölün inkişafının ləngiməsinə səbəb ola bilər. Birincili herpetik infeksiya zamanı dölün yoluxma ehtimalı 35-50%, residiv genital herpes zamanı isə 5% təşkil edir (8,25).

Hamiləlik zamanı herpetik infeksiyanın diaqnostikası virusun aşkar edilməsi, virusa qarşı

anticisimlərin (İgM, İgG) aşkar edilməsi və İgG avidliyi indeksinin hesablanması əsasında aparılır (4,26).

Müayinə üçün material kimi səpgi qovucuğunun möhtəviyyəti, dəri və selikli qişaların eroziv-xoralı səthinin ifrazatı, simptomuz formalarda uretra və servikal kanalın qaşıntısı, seroloji müayinələrdə isə qan istifadə edilə bilər.

Herpetik infeksiyanın molekulyar-bioloji diaqnostika üsulu olan ZPR amniotik mayədə virusun aşkar edilməsi əsasında dölün yoluxmasını təsdiq edir.

İFA üsulundan istifadə etməklə aparılan seroloji müayinə zamanı əhalinin təqribən 90%-də spesifik İgG aşkar edilir (seropozitiv). Diaqnoz spesifik İgM aşkar edilməsinə əsasən təsdiq edilir. Hamilə qadınlarda herpetik virus infeksiyasının diaqnostikası üçün İgG avidliyinin təyini aparılır. Avidlik indeksi 30%-dən az olduqda birincili kəskin infeksiyanın, 40%-dən çox olduqda xronik infeksiyanın olduğunu göstərir.

Beləliklə, hamiləliyə qədərki dövrdə və hamiləlik zamanı ananın sağlamlığı və dölün gələcək inkişafı üçün təhlükə yaradan infeksiyaların erkən aşkar edilməsi, spesifik müalicə və profilaktika üsullarını tətbiq etməyə, reproduktiv sağlamlıq və genofondun sağlamlığı istiqamətində əhəmiyyətli nəticələr əldə etməyə imkan verə bilər.

ƏDƏBİYYAT:

1. Аборт в I триместре беременности. Под ред. Прилепской В.Н, Кузмина А.А. М.: ГЭОТАР- МЕДИА, 2010; 224с.
2. Асади М.С.М., Саматова М.М., Дегтярев Д.Н. Использование метода полимеразной цепной реакции в диагностике вирусных инфекций у новорожденных детей // Вестник РАМН.2003 № 9, с. 37-39.
3. 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.
4. Баринский И.Ф. Герпесвирусные инфекции– иммунодефицитные заболевания XXI века // Аллергол. и иммунол. -2004.-Т.5, № 1.с. 202-204.
5. Боробкова Е., Сидорова И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Акушерство и гинекология. 2005. № 2. с. 20-24.
6. Боробкова Л.В., Колобова С.О. Современный взгляд на проблему невынашивания беременности инфекционного генеза. // Консилиум. Акушерство и гинекология. - 2007. № 9, с.19-24.
7. Гриноу А., Оспорн Дж., Сазерленд Ш. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции. М: Медицина, 2000. 287с.

8. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных. М.: Триада:Х, 2004. 144с.
9. Дьячук Е.В. Клинико–лабораторная характеристика цитомегаловирусной инфекции у беременных и детей первого года жизни: Автореф. дисс...канд. мед.наук. _С_Пб, 2012. 23с.
10. Иванова А.Ю., Пахомов С.П. Особенности акушерского анамнеза у женщин с невынашиванием беременности. Мат. XII Всероссийского науч. форума «Мать и дитя». М.: МЕДИ Экспо. 2011. с. 74-75.
11. Железнева М.Е. Оценка риска и прогнозирование внутриутробной инфекции у плода, у беременных со специфическими урогенитальными инфекциями: Автореф. дисс... канд. мед.наук. _Казань, 2005, 24с.
12. Заец В.В. Особенности неонатальной адаптации новорожденных от матерей с токсоплазменной инфекцией (диагностика и лечение): Автореф. дисс...канд. мед.наук. _Киев 2010. -28с.
13. Зверев В.В., Десяткова Р.Г. Врожденная краснуха //Вакцинопрофилактика. 2004. № 6. с. 11-12.
14. Кузнецова Э.А., Гнетецкая В.А., Шипулина О.Ю. Иммунологические и молекулярно-биологические методы диагностики краснухи у беременных женщин, плод и новорожденных. // Акушер.и гинекол. -2007. № 4. –с. 37-40.
15. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.И. Невынашивания беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.: ГЭОТАР- МЕДИА, 2007.176с.
16. Малышев Н.А., Смагулов К.З., Каражас Н.В. Цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. -М.: Медицина, 2001. -303с.
17. Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. - Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, профилактика. Метод. Пособие. -Электргорск, 2006. -28с.
18. Озерова Р.И. Клинико-иммунологические аспекты самопроизвольного прерывания беременности в I триместре гестации. дисс...канд. мед.наук. М., 2006, 157с.
19. Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю. Иммунология беременности. // Акушер.и гинекол. -2007. № 5. с. 42-45.
20. Полукаров А.Н. Динамика распространенности TORCH инфекций у беременных. Оценка риска первичного инфицирования плода //Акушерство. 2012. № 1. с. 23-26.
21. Помазанов В.В., Марданлы С.Г., Долгов В.В. О роли клинической лабораторной диагностики внутриутробных инфекций. // Компетентность. - 2013. № 7. _с. 50-53.
22. Потапов В.П., Пекарев О.Г., Надеев А.П. Факторы риска и цитоморфологическая характеристика хориона в генезе самопроизвольного прерывания беременности в первом триместре. //Акушерство, гинекология и репродукция. 2012. т.6, № 3. с. 39-44.
23. Сиделникова В.А. Невынашивания беременности – современный взгляд на проблему // Акушер.и гинекол. -2007. № 5. с. 24-27.
24. Соловьева А.С. Нейро-гуморально-гормональная регуляция иммунного ответа беременных герпесвирусной инфекцией. // Бюллетень, 2012 вып. 45, с. 69-73.
25. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунные механизмы физиологии и патологии беременности // Иммунология. 2005; т.9, № 2, с. 103-108.
26. Ткаченко С.Б. Быстрые простые методы в диагностике TORCH инфекций. Практическое руководство для врачей. М.:Астер–Х, 2006. -104с.
27. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. - М.: Медицина, 2003. 424с.
28. Хамадьянов У.Р., Абсалямова Д.Ф. Невынашивания беременности инфекционного генеза. Современный подходы к лечению // Вопр. гинекологии, акушерство и перинатологии. 2007, № 5. с. 23-29.
29. Юрьев С.Ю. Механизмы формирования осложнений при беременности на фоне хронического урогенитального хламидиоза: Автореф. дисс. канд. мед.наук. Томск, 2006, 43 с.
30. Ярославский В.К. Герпетическая инфекция и беременность. СПб.:Медицина, 1996. -32с.

31. Canbone F.R., Speek P.G. Hide and seek: the immunology of HSV persistence // *Immunity*, 2003, v. 18, № 5, p. 83-584.
32. Gilbert R. Toxoplasmosis // In: *Congenital and prenatal infections*. Cambridge university press. -2000. p. 305-320.
33. Haun Í., Kwan N., Hollier L.M. Viral infections in pregnancy // *Minerva Ginecol/* _2007. _v.59, № 2. p. 159-174
34. Hollier L.M., Grissom H. Human herpes viruses in pregnancy: cytomegalovirus, Epshtein-Barr virus and varicellazoster virus // *Clin. Perinatal.* _2005. _№ 3. _p.671-696.
35. Kamilova N., Sultanova I., Akmedzadeh V. Complex in pregnancy assessment of woman with genital infections // *Georgian Med. News.* _2008. №164. _p. 23-27
36. Kimberlin D. Herpes Simplex virus infection in neonates and early childhood. *Semin. Pediatric. Infect. Dis.* // 2005, № 5, p. 271-281.
37. Koga K., Mor G. TLR reseptors at the maternal-fetal interface in normal pregnancy and pregnancy disorders // *Am.J. of Reprod. Immunol.* 2010. -v. 63. -p. 587-600.
38. Murthy V., Kennea N.L. Antenatal infection || inflammation and fetal tissue injury // *Best pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* _2007, №3. P. 479-489.
39. Rewello M. G., Gerna G. Pathogenesis and prenatal diagnosis of human cytomegalovirus infection // *J. Clin.* _2004. _№ 5. _p. 71-83.
40. Smith G.C. First-trimester determination of complications of late pregnancy // *J.A.M.A.* _2010. _v.303, № 6. _p. 561-562.

**Reasons of preterm delivery:
TORCH infections**

SUMMARY

*Narimanova G.V.¹, Qurbanova C.F.²,
Efendiyev A.M.¹, Qurbanov A.I.³, Gasimova A.A.²*
¹Azerbaijan Medical University, Department of Biochemistry, ²Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, ³Azerbaijan Medical University, Department of Microbiology

Key words: premature birth, pregnancy pathologies, intrauterine infections, TORCH infections

The review article presents the frequency of detection and the specific effects of TORCH infections on maternal health and fetal development. Methods of early and differential diagnosis of TORCH infections are presented.

**Причины преждевременных родов:
TORCH инфекции**

РЕЗЮМЕ

*Нариманова Г.В.¹, Курбанова В.Ф.²,
Эфендиев А.М.¹, Курбанов А.И.³, Касумова А.А.²*
¹Азербайджанский медицинский университет, кафедра биохимии, ²Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, ³Азербайджанский медицинский университет, кафедра микробиологии

Ключевые слова: преждевременные роды, патологии беременности, внутривенные инфекции, TORCH инфекции

В обзорной статье представлена частота обнаружение и особенности влияния TORCH инфекций на здоровье матери и развитие плода. Представлен методы ранней и дифференциальной диагностики TORCH инфекций.