

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

ABDOMİNAL DOĞUŞLARLA PERİNATAL İTKİLƏR ARASINDA ƏLAQƏNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

İxtisas: 3215.01– Mamalıq və ginekologiya

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Ləman Mübariz qızı Əliyeva**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəni almaq üçün təqdim edilmiş
dissertasiya işinin

A V T O R E F E R A T I

BAKI – 2024

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə Institutunun Mamalıq və ginekologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru, professor
Leyla Musa qızı Rzaquliyeva

Rəsmi opponentlər:

tibb elmləri doktoru, professor
Şəymən Həsənəli qızı Qədimova

tibb elmləri doktoru
Nailə Akif qızı Şahbazova

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Gülnur Zahid qızı Xudiyeva

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurası

Dissertasiya şurasının sədri:

tibb elmləri doktoru, professor

Fariz Hidayət oğlu Camalov

Dissertasiya şurasının elmi katibi:

tibb elmləri doktoru, professor

Eldar Allahverdi oğlu Əliyev

Elmi seminarın sədri:

tibb elmləri doktoru

Zəhra Fərhad qızı Abbasova

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Qeysəriyyə əməliyyatı dölün və ananın həyatını xilas etmək üçün qədim zamanlardan tətbiq olunan cərrahi müdaxilədir. Onun klinik göstərişləri genişdir, əsasən obyektivdir, son zamanlar isə əksər hallarda qadının, bəzi hallarda həkimin subyektiv rəyləri əsasında əməliyyat aparılır.^{1;2} Azərbaycanda keçən əsrin 80-ci illərində tezliyi 0,5%-dən az olan abdominal doğuşlar son illərdə çox intensiv tətbiq olunur. Azərbaycan Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatlarına görə bütün doğuşların 3,2%-i 2000-ci ildə, 27,9%-i 2015-ci ildə qeysəriyyə əməliyyatı ilə bitmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının ekspertləri hesab edirlər ki, abdominal doğuşların tezliyi 15%-dən çox olduqda onların perinatal itkilərin azaldılmasında rolu azalır.³ Abdominal doğuşların kəskin artması fonunda onun fəsadları azalmamışdır.^{4;5} Bununla bağlı problemlərin qarşısını almaq üçün Azərbaycanda “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununda müvafiq dəyişikliklər edilmişdir. Ölkədə qeyri-qanuni qeysəriyyə əməliyyatlarının aparılmasına görə İnzibati Xətalər Məcəlləsinə uyğun məsuliyyət nəzərdə tutulmuşdur.

¹ Long, Q. Caesarean section rates in Mozambique / Q.Long, T.Kempast, T.Madede [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth, - 2015. 15, - p.253.

² Yashioka – Maeda, K. Caesarean section by maternal age group among singleton deliveries and primiparous Japanese women: a secondary analysis of the WHO Global Survey on maternal and perinatal Health / K Yashioka – Maeda, E.Ota, T.Ganchimeg [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth, - 2016. 16, - p.39.

³ World Health statistics, 2014. WHO, - 2015. - p.164

⁴ Davey, M., King, J. Caesarean section following induction of labour in uncomplicated first birth – a population – based cross – sectional analysis of 42.050 birth // BMC Pregnancy and Childbirth, - 2016. 16(92).

⁵ Herstad, L. Elective cesarean section or not? Maternal age and risk of adverse outcomes at term: a population – based registry study of low – risk primiparous women / L.Herstad, K.Klungsoyr, R.Skjaven [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth, - 2016. 16, - p. 230.

Abdominal doğuşların artması dünyanın əksər ölkələrində müşahidə olunur.^{1;6;7}

Bunun səbəbləri kimi qadınların sağlamlığının pisləşməsi, reproduktiv davranışın dəyişməsi, cəmiyyətin sosial-psixoloji inkişafı və sair amillərin rolu ehtimal olunur.^{8;9} Müşahidələr göstərir ki, abdominal doğuşların tezliyinin dəyişmə tempi inkişaf etmiş və inkişaf etməkdə olan ölkələrdə bir-birindən fərqlənir. Amerika Birləşmiş Ştatlarında doğuşa yardım müəssisələrinin tipindən, qadının irqindən, yaşından, əməliyyatın maliyyə dəyərindən, tibbi yardımın peşəkarlığından asılı abdominal doğuşların tezliyinin fərqli olması müşahidə olunmuşdur.¹ Müəlliflər abdominal doğuşların tezliyində regional fərqi böyüklüyünü nəzərə alaraq ölkənin bu göstəricisinin səviyyəsinə görə xəritəsini hazırlamış və regional problemlərə diqqət yönəltmişlər. Çində qadının təkidi ilə həyata keçirilən abdominal doğuşların xüsusi çəkisi normadan çoxdur.⁷

İtaliya alimləri qadının ailə vəziyyətinin (dul, boşanmış və ərddə olan), təhsilinin və ekstragenital xəstəliklərinin (diabet, arterial hipertenziya, qalxanvari vəzinin xəstəlikləri, ağ ciyər patologiyaları) abdominal doğuş ehtimalına təsirini sübut etmişlər.⁹ Abdominal doğuşların artmasını səhiyyə xidmətlərinin, xüsusən mamalıq yardımının qənaətbəxş olması ilə izah edən alimlər də az deyildir. Şanxayda aparılan iri miqyaslı tədqiqat göstərir ki, klinik göstəriş olmadan tətbiq edilən qeysəriyyə əməliyyatlarının sayı klinik göstəriş əsasında həyata keçirilən əməliyyatlardan çoxdur.⁹ Hesab edilir ki, birinci

⁶ Wloch, C. Cost–benefit analysis of surveillance for surgical site infection following caesarean section / C.Wloch, A.J.Van Hoek, N.Green [et al.] // *BMJ Open*, -2020. 10, - p.036919.

⁷ Sorrentino, F. Caesarean Section on Maternal Request-Ethical and Juridic Issues: A Narrative Review / F.Sorrentino, F.Greco, T.Palieri [et al.] // - *Kaunas Medicina*, - 2022. 58(9), - p.1255. doi: 10.3390/medicina58091255.

⁸ Abebe, F.E. Factors leading to cesarean section delivery at Felegehiwot referral hospital Northwest Ethiopia: a retrospective record review / F.E.Abebe, A.W.Ceebeyehu, A.N. Kidane [et al.] // *Reproductive Health*, - 2016. 13(6).

⁹ Li, C., Liu, Y., Zhang, W. Joint and independent associations of gestational weight gain and pre-pregnancy body mass index with outcomes of pregnancy in chinese women: a retrospective cohort study // *PLoS One*, - 2015. 10, e01136850.

doğuşu vaginal, ikinci doğuşu isə abdominal yolla bitən qadınların 44,4%-də əməliyyata üstünlüyün verilməsi subyektivdir və təlqinlə bağlıdır. Abdominal doğuşların tezliyi Avropa Birliyi ölkələrində də kəskin fərqlənir. Təkdöllü hamiləliklərin 14,8%-i Niderlandda, 83,4%-i Avstriyada, çoxdöllü hamiləliklərin 39,6%-i Niderlandda, 83,4%-i Avstriyada qeysəriyyə əməliyyatı ilə bitmişdir. Diqqəti cəlb edən odur ki, Şimali Avropa ölkələrində Amerika Birləşmiş Ştatları ilə müqayisədə 1,5 dəfə az (müvafiq olaraq, <18% və >32%) qeysəriyyə əməliyyatı tətbiq olunur və bu fonda ölü doğulma və neonatal ölüm səviyyəsi (<3,6 və >4,9%) xeyli azdır.¹⁰

Azərbaycan Respublikasında abdominal doğuşların tezliyi Şimali Avropa ölkələrindən çoxdur və Amerika Birləşmiş Ştatlarının səviyyəsinə yaxınlaşır. Bunun ölkəmiz üçün pozitiv və neqativ rolu qiymətləndirilməmişdir. Ona görə də Azərbaycanda abdominal doğuşların tezliyinə təsir edən amillərin aşkar edilməsi, qeysəriyyə əməliyyatının fəsadlaşmalarının qiymətləndirilməsi və mamalıq təcürübəsində operativ aktivliyin perinatal itkilərin azaldılmasında rolunu öyrənmək aktual məsələdir.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Təkdöllü və çoxdöllü abdominal doğan qadınlar tədqiqatın obyektı olmuşdur, onların klinik səciyyələri, abdominal doğuşa göstərişlər və doğuşun nəticələri tədqiqatın predmetidir.

Tədqiqatın məqsədi. Qeysəriyyə əməliyyatının icrasının yeni hüquqi tənzimlənməsi fonunda abdominal doğuşların tezliyinin, göstərişlərinin strukturunun, fəsadlarının və perinatal itkilərin qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın vəzifələri:

- Abdominal doğuşların tezliyinin və dinamikasının doğuşa yardım müəssisələrinin növündən asılılığının müəyyənəşdirilməsi;
- Qeysəriyyə əməliyyatının klinik səciyyələri, səbəblərinin struk-

¹⁰ Zeitlin, J. Using Robson's Ten-Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study / J.Zeitlin, M.Durox, A.Macfarlane [et al.] // BJOG, - 2021. 128(9), - p.1444-1453.

turu və risk amillərinin qiymətləndirilməsi;

- Abdominal doğuşların tezliyinin dəyişməsi fonunda perinatal itkilərin və patologiyaların ehtimalının öyrənilməsi;
- Qeysəriyyə əməliyyatının fəsadlarının tezliyi, strukturu və risk amillərinin aşkar edilməsi;
- Abdominal doğuşların optimallaşdırılması imkanlarının əsaslandırılması.

Tədqiqatın metodları: Tədqiqatda laborator müayinələr, mikrofloranın bakterioloji müayinələri, ultrasəs müayinəsi, morfoloji müayinələr, qanıtırmənin qiymətləndirilməsi (qraviometriya), kardio-tokoqrafik müayinə, dölün durumunun qiymətləndirilməsi kimi metodlardan istifadə edilmişdir.

Müdəfiyə çıxarılan əsas müddəalar:

- Qeysəriyyə əməliyyatının hüquqi tənzimlənməsinin yeni mexanizmi onun tətbiqi tezliyinə əhəmiyyətli təsir etməmişdir;
- Abdominal doğuşların tezliyi, dinamikası və səbəblərinin klinik strukturu stabil deyil, doğuşa yardım müəssisələrinin növündən asılıdır;
- Abdominal doğuşların fərqli səviyyədə yayılması fonunda perinatal patologiya və itkilərin riski müxtəlif istiqamətlərdə dəyişir;
- Abdominal doğuşların fəsadlaşma ehtimalı yüksəkdir və bunu operativ aktivliyi planlaşdıranda nəzərə almaq zəruridir;
- Abdominal doğuşların fəsadlarının risk amilləri və prediktorları nəzərə alınmaqla onların optimallaşdırılma imkanları mövcuddur.

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

- İlk dəfə qeysəriyyə əməliyyatının hüquqi tənzimlənməsində yeni mexanizmin tətbiqindən sonra abdominal doğuşların tezliyinin doğuşa yardım müəssisələrinin növündən asılı dəyişməsinin xüsusiyyətləri aşkar edilmişdir;
- Abdominal doğuşların klinik göstərişlərinin rolu və yeri müəyyən edilmiş, onların dəyişməsinin risk amilləri aşkar edilmişdir;

- Abdominal doğuşların tezliyinin artması ilə assosiasiya olunan perinatal itkilərin və patologiyaların xüsusiyyətləri göstərilmişdir;
- Abdominal doğuşlardan sonra zahılıq dövründə fəsadların tezliyi və prediktorları müəyyən olunmuş, klinik formalarının strukturu göstərilmiş və risk amilləri aşkar edilmişdir;
- Abdominal doğuşların optimallaşdırılması imkanlarının mümkünlüyü sübut olunmuşdur.

Tədqiqat işinin nəzəri və praktik əhəmiyyəti:

- Abdominal doğuş zərurətinin obyektiv səbəbləri nəzərə alınmaqla qeysəriyyə əməliyyatının icrası üçün regional doğuşa yardım müəssisələrində adekvat potensialın yaradılması əsaslandırılmışdır;
- Təcili abdominal doğuşların ehtimalını azaltmaq məqsədi ilə qadın məsləhətxanalarında qeysəriyyə əməliyyatlarına göstərişlərin erkən aşkar edilərək abdominal doğuşları antenatal dövrdə planlaşdırmaq;
- Abdominal doğuşların fəsadlaşma ehtimalının azaldılması üçün autohemotransfuziya və antibakterial profilaktika tədbirlərinin zəruriliyinin əsaslandırılması;
- Abdominal doğuşların fəsadlaşma riskinin prediktorları əsasında fəsadların proqnostik əhəmiyyətini müəyyənləşdirmək və müvafiq profilaktik tədbirləri planlaşdırmaq imkanları göstərilmişdir;

Aprobasiyası və tətbiqi. Dissertasiya işinin nəticələri Beynəlxalq qiyabi elmi-praktik konfransda (Moskva, 2016-cı il), Ə.Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi praktik konfranslarda (Bakı: – 2020 və 2021-ci illər) məruzə edilmişdir. Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına ADHTİ-nun (Mamalıq və ginekologiya, Pedaqogika, psixologiya və xarici dil kursu ilə səhiyyənin təşkili və menecmenti kafedrası, METL) iclasında həyata keçirilmişdir (protokol №7, 07 iyun 2022-ci il). Dissertasiyanın aprobasiyası Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurasının elmi seminarında (15 dekabr 2023-cü il; 5 sayılı protokol) məruzə və müzakirə edilmişdir.

Tədqiqatın əsas nəticələri 5 jurnal məqaləsində, o cümlədən ikisi Rusiyada (Rusiya Federasiyasının AAK-nın siyahısında olan jurnallar), 3 Azərbaycanda və 3 konfrans materiallarında verilmişdir.

Dissertasiya işinin nəticələri əsasında tövsiyələr doğuşa yardım müəssisəsində - Astoriya Tibb Mərkəzi MMC-də istifadə olunur.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı. Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu.

Dissertasiya işinin həcmi və strukturu. Dissertasiya işi girişdən (- 8596 işarə) ədəbiyyat icmalından (I fəsil – 54361 işarə), tədqiqatın material və metodlarından (II fəsil – 15248 işarə), şəxsi müşahidələrin yekununu əks etdirən 4 fəsildən (III fəsil – 31905 işarə, IV fəsil – 39665 işarə, V fəsil – 31406 işarə, VI fəsil – 31632 işarə), nəticələrdən (– 3089 işarə), praktik tövsiyələrdən (– 1216 işarə) və istifadə olunmuş ədəbiyyatın siyahısından ibarətdir. İstifadə olunmuş ədəbiyyat siyahısında 166 ingilis, 3 rus, 7 azərbaycan dilində olan mənbələrdir. Dissertasiya kompyuterdə yığılmış ümumi 163 səhifədir, 22 cədvəllə və 13 qrafiklə zənginləşdirilmişdir.

Dissertasiyanın işarə ilə ümumi həcmi (boşluqlar, cədvəllər, qrafik və ədəbiyyat siyahısı istisna olmaqla) – 217118 işarədən, 22 cədvəl və 15 qrafikdən ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

“Abdominal doğuşların tezliyinin dinamikası və doğuşa yardım müəssisələrinin növündən asılılığı” üçün ilkin material aşağıdakı rəsmi mənbələrdən götürülmüşdür:

- Azərbaycan Dövlət statistika Komitəsinin illik məcmuələri (Azərbaycanda səhiyyə, sosial təminat və mənzil şəraiti): 1×2. 24 sayılı cədvəl “doğuş zamanı operativ müdaxilə”.
- Azərbaycanın iri doğuşa yardım müəssisələrinin illik hesabatları (32 sayılı forma “Hamilə, doğan və zahı qadınlara göstərilən tibbi yardım, abortlar və kontrasepsiya haqqında” hesabat; cədvəl 2/12., hamiləliyin ümumi sayı, qeysəriyyə əməliyyatı vasitəsi ilə olan doğuşlar).

Abdominal doğuşların tezliyinə təsir edən risk amilləri (ilk növ -

bədə qadının yaşı, paritet) doğuşa yardım müəssisələrində eyni səviyyədə olmadığına görə onların təsirini neytrallaşdırmaq və operativ aktivliyin subyektiv amillərlə bağlılığını qiymətləndirmək üçün standartlaşma tətbiq edilmişdir.

Abdominal doğuşların fəsadlarını öyrənmək üçün baza kimi Respublika klinik xəstəxanasının doğum şöbəsi seçilmişdir. Müşahidə prospektiv aparılmışdır. Müşahidənin həcminin minimal səviyyəsini müəyyən etmək üçün öncədən 100 abdominal doğuş zamanı qeydə alınmış fəsadların tezliyi hesablanmışdır. Alınmış nəticələr göstərdi ki, 75 qadında bu və ya digər fəsadlaşma əlamətləri qeydə alınmışdır. Fəsadlaşma intensivliyinin 75% ehtimalı və yol verilə bilən həddi xətanın 45-dən çox olması ($\Delta=4\%$) şərtini nəzərə alsaq, onda müşahidə toplumunun minimal sayı ($n=468$) təşkil etmişdir.

Kontingent abdominal doğuşların klinik göstərişlərinə görə 6 qrupa bölünmüş və hər qrupda fəsadların tezliyi (100 nəfərə görə) hesablanmışdır:

- Uşaqlıq üzərində çapıqla bağlı abdominal doğuş (24 nəfər);
- Dölnün qeyri-düzgün vəziyyəti ilə bağlı abdominal doğuş (180 nəfər);
- Döl-çanaq ölçülərinin disproporsiyası ilə bağlı abdominal doğuş (160 nəfər);
- Doğuş sancılarına əks göstəriş olan somatik xəstəliklərlə bağlı abdominal doğuş (120 nəfər);
- Dölnün distressi və ona şübhə ilə bağlı abdominal doğuş (58 nəfər);
- Digər səbəblərlə bağlı abdominal doğuş (241 nəfər).

Laborator müayinələr

Qanın və sidiyin ümumi analizi, qanda S-reaktiv zülal, fibrinogen, bilirubin, ümumi zülal, sidik cövhəri, kreatinin təyin edilmişdir.

Mikrofloranın bakterioloji müayinələri

Servikal kanaldan yaxma götürülərək mikrobioloji analizə göndərilmiş, patogen mikrofloranın olması ehtimalı yoxlanılmışdır.

Ultrasəs müayinəsi

Uşaqlığın involyusiyasını, əməliyyat çapığının durumunu qiymətləndirmək üçün ultrasəs müayinəsi aparılmışdır.

Morfoloji müayinələr

Fetoplasentar kompleksdə iltihabi prosesləri qiymətləndirmək üçün makroskopiya, morfometriya və mikroskopiya tətbiq edilmişdir. Plasentanın durumu vizual qiymətləndirilmiş, onda payların sayı, onun rəngi, hematomanın olması müəyyən edilmişdir.

Qanitirmənin qiymətləndirilməsi (qraviometriya)

Əməliyyat materialları toplanmış və çəkisi müəyyən edilmişdir. Libov formulu ilə qanitirmənin həcmi hesablanmışdır (V).

$V = B/2 \times 30\%$, burada B – salfetlərin çəkisi, 30% dezinfeksiya məhlulları və dölyanı mayenin miqdarına düzəliş.

Kardiotokoqrafik müayinə

Dölün durumunu qiymətləndirmək üçün kardiotokqrafik müayinə tətbiq edilmişdir.

Dölün durumunun qiymətləndirilməsi

Dölün funksional durumu Apqar şkalası ilə qiymətləndirilmişdir.

ABDOMİNAL DOĞUŞLARIN TEZLİYİNİN DİNAMİKASI VƏ DOĞUŞA YARDIM MÜƏSSİSƏLƏRİNİN NÖVÜNDƏN ASILILIĞI

Azərbaycan Respublikasında abdominal doğuşlara göstərişlər müvafiq klinik protokolda əks olunmuşdur və ölkənin bütün doğuşa yardım müəssisələrində əsas sənəd kimi istifadə olunur. Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatlarına görə ölkə üzrə abdominal doğuşların tezliyi (bütün doğuşlara görə) 2005-ci ildə 5,3%, 2010-cu ildə 13,8%, 2011, 2012, 2013, 2014 və 2015-ci illərdə müvafiq olaraq 14,8; 17,8; 16,9; 18,1 və 27,9% olmuşdur.

Doğuşa yardım müəssisəsinin növündən və maddi – texniki, kadr potensialından asılı onun kontingenti müəyyən olunmuşdur. Mövcud qaydalara görə üç etaplı mama – ginekoloji yardımın I etpında əksər hallarda normal doğuş ehtimalı olan kontingentə doğuşa yardım göstərilir. Perinatal mərkəzləri olmayan və I etap doğuşa yardım müəssisələri sayılan müəssisələrdə abdominal doğuşların tezliyi 2012-ci ildə $5,1 \pm 0,55\%$ -lə (Şamaxı) $23,4 \pm 0,76$ (Tovuz) intervallında dəyişərək bir – birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($P < 0,01$).

2013-cü ildə 2012-ci illə müqayisədə Göygöl rayonu istisna olmaqla bütün rayonlarda abdominal doğuşların tezliyi statistik dürüst fərqlənmişdir ($P<0,05$). 2014-cü ildə 2013-cü illə müqayisədə Masallıda ($11,0\pm 0,56\%$ -dən $8,0\pm 0,50\%$ -ə qədər), Göygöldə ($18,2\pm 1,35\%$ -dən $3,4\pm 0,63\%$ -ə qədər) abdominal doğuşların tezliyi statistik dürüst azalmış ($P<0,01$), Ucarda ($12,4\pm 0,97\%$ -dən $26,0\pm 1,24\%$ -ə qədər), Tovuzda ($33,3\pm 1,18\%$ -dən $57,2\pm 1,33\%$ -ə qədər) və Şamaxıda ($7,0\pm 0,61\%$ -dən $9,2\pm 0,67\%$ -ə qədər) statistik dürüst çoxalmış, Beyləqanda isə stabil ($15,9\pm 1,05$ və $14,6\pm 1,0\%$; $P>0,05$) qalmışdır. 2014-cü ildə abdominal doğuşların tezliyi nisbətən az olan ($\leq 9\%$) rayonların sayı çoxalmışdır (Masallı, Göygöl, Şamaxı), yüksək olan ($\geq 19\%$) rayonlara Ucar, Bərdə, Zaqatala və Tovuz aiddir (cədvəl 1).

Cədvəl 1. I etap doğuşa yardım regional müəssisələrdə abdominal doğuşların tezliyinin dinamikası (%)

İllər \ Rayonlar	2012	2013	2014
Masallı	13,4±0,62	11,0±0,56	8,0±0,50
Ucar	16,7±1,09	12,4±0,97	25,0±1,24
Göygöl	19,8±1,37	18,2±1,35	3,4±0,63
Beyləqan	8,8±0,80	15,9±1,05	14,6±1,0
Bərdə	26,5±0,92	29,5±0,86	38,6±0,98
Tovuz	23,3±0,76	33,3±1,18	57,2±1,33
Şamaxı	5,1±0,55	7,0±0,61	9,2±0,67
Zaqatala	25,4±1,11	27,0±1,10	25,4±0,98

I etap doğuşa yardım müəssisələrində həm abdominal doğuşların tezliyi, həm də onların abdominal doğuşa göstərişlərin xüsusi çəkirlərinə görə reytingi bir – birindən fərqlənir. Fərq 2012-ci ildə olduğu kimi 2014-cü ildə də izlənilir. I etap regional doğuşa yardım müəssisəsinin fərqi abdominal doğuşların tezliyinə görə daha böyükdür, abdominal doğuşa göstərişlərin xüsusi çəkirləri bir – birindən statistik dürüst fərqlənmir, əsasən onların ardıcılığı (reytingi) fərqlidir.

Lənkəran perinatal mərkəzində 2012-ci ildə abdominal doğuşların tezliyi digər perinatal mərkəzlərlə müqayisədə yüksək olmuşdur ($21,4 \pm 0,68\%$). Burada 2013 və 2014-cü illərdə abdominal doğuşların tezliyi artmağa meyilli olmuşdur (müvafiq olaraq $23,4 \pm 0,69$ və $24,4 \pm 0,67\%$). Bu illərin göstəriciləri bir – birindən statistik dürüst fərqlənir ($P < 0,05$). Aydın görünür ki, abdominal doğuşlarla bağlı qanunvericiliyə edilmiş əlavə bu əməliyyatın tətbiqini məhdudlaşdırmamışdır.

Şirvan perinatal mərkəzində abdominal doğuşların tezliyi 2012 və 2013-cü illərdə bir – birindən fərqlənməmişdir (müvafiq olaraq $20,5 \pm 1,09$ və $20,7 \pm 1,08\%$; $P > 0,05$), amma 2014 – cü ildə statistik dürüst artmış ($35,7 \pm 1,29\%$) və artım tempi çox yüksəkdir ($>150\%$).

Gəncə perinatal mərkəzində abdominal doğuşların tezliyi 2012, 2013 və 2014-cü illərdə praktik eyni səviyyədə olmuşdur (müvafiq olaraq: $19,5 \pm 0,79$; $19,7 \pm 0,70$ və $19,6 \pm 0,69\%$). Şəki perinatal mərkəzində 2012 – ci ildə abdominal doğuşların səviyyəsi digər perinatal mərkəzlərlə müqayisədə nisbətən az olmuşdur ($16,4 \pm 0,74\%$), amma 2013-cü ildə statistik dürüst ($P < 0,01$) çoxalmış ($22,3 \pm 0,82\%$) və Lənkəran perinatal mərkəzinin müvafiq səviyyəsinə ($23,4 \pm 0,69\%$) yaxınlaşmışdır. 2014 – cü ildə Lənkəran perinatal mərkəzindən fərqli olaraq Şəki perinatal mərkəzində abdominal doğuşların tezliyi artmış, kəskin azalaraq 2012-ci ilin səviyyəsindən də aşağı düşmüşdür ($14,8 \pm 0,71\%$).

Quba perinatal mərkəzində 2012-2014-cü illərdə abdominal doğuşların tezliyi daha çox nəzərə çarpan dərəcədə xaosluq dəyişmişdir, göstəricinin səviyyəsi 2012-ci ildə $20,8 \pm 0,81\%$ təşkil etmiş, 2013-cü ildə 2 dəfədən çox azalmış ($9,3 \pm 0,55\%$), 2014-cü ildə isə 3 dəfəyə qədər artaraq $28,1 \pm 0,84\%$ səviyyəsinə qalxmışdır.

Anamnezdə qeysəriyyə əməliyyatı və ya uşaqlıq üzərində digər əməliyyatlardan sonra çapıqların abdominal doğuşların səbəbləri arasında payı $20,0 \pm 2,8\%$ -lə (Lənkəran perinatal mərkəzi; 2011-ci il) $32,0 \pm 3,3\%$ (Gəncə perinatal mərkəzi, 2014-cü il) arasında dəyişmiş və bir – birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($P < 0,01$).

2012 – 2014-cü illərdə bütün perinatal mərkəzlərdə bu göstə-

rişin xüsusi çəkisi bir – birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Ona görə də hesab etmək olar ki, regional perinatal mərkəzlərində abdominal doğuşlara göstəriş kimi uşaqlıq üzərində çapıqların olması ən mühüm göstərişdir və onun rolu nisbi stabildir.

Abdominal doğuşların səbəbləri arasında dölün qeyri-düzgün yerləşməsinin xüsusi çəkisi Gəncədə ($14,0 \pm 2,5\%$ 2012-ci ildə, $16,0 \pm 2,6\%$ 2014-cü ildə, $P > 0,05$) və Qubada (müvafiq olaraq $14,0 \pm 2,5$ və $16,0 \pm 2,6\%$) nisbətən az, Şirvanda (müvafiq olaraq $20,0 \pm 2,8$ və $18,0 \pm 2,7\%$) və Şəkiddə (müvafiq olaraq $18,0 \pm 2,7$ və $20,0 \pm 2,8\%$) nisbətən çox olsa da, onların fərqi statistik dürüst olmamışdır ($P > 0,05$).

2012-ci ildə doğuş sancılarında əks göstəriş olan somatik xəstəliklərin abdominal doğuşların səbəbi kimi rolu Şirvanda nisbətən az (bütün abdominal doğuşların $4,0 \pm 1,4\%$ -i) Şəkiddə ($10,0 \pm 2,1$; $P < 0,05$) və Qubada ($12,0 \pm 2,3\%$; $P < 0,05$) nisbətən çox olmuşdur. Şəkiddə və Qubada bu göstərişlə bağlı abdominal doğuşların xüsusi çəkisi yalnız Şirvanla müqayisədə statistik dürüst çox olmuşdur, digər perinatal mərkəzlərlə müqayisədə sıfır hipotezi təsdiq olunmur.

2014-cü ildə 2012-ci illə müqayisədə doğuş sancılarında əks göstəriş olan somatik xəstəliklərin abdominal doğuşların səbəbləri arasında payı bütün perinatal mərkəzlərdə bir – birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. 2014-cü ildə bu göstəriciyə görə perinatal mərkəzlər arasında da statistik dürüst fərq olmamışdır (nisbətən aşağı göstərici – $6,0 \pm 1,7\%$ Gəncədə və Şirvanda, nisbətən böyük göstərici $10,0 \pm 2,1\%$ Lənkəranda; $P > 0,05$).

Dölün distressi və ona şübhə bütün perinatal mərkəzlərdə abdominal doğuşlara göstərişlər arasında nisbətən yüksək paya malikdir və geniş intervalda dəyişmişdir ($6,0 \pm 1,7\%$ -lə $14,0 \pm 2,5\%$ arasında).

2012-ci ildə abdominal doğuşların $12,0 \pm 2,3\%$ -i Lənkəran və Şəki perinatal mərkəzlərdə, $6,0 \pm 1,7\%$ -i Gəncə perinatal mərkəzində, $8,0 \pm 1,9\%$ -i Şirvan perinatal mərkəzində, $10,0 \pm 2,1\%$ -i Quba perinatal mərkəzində dölün distressi və ona şübhə ilə bağlı həyata keçirilmişdir. Bu göstəricilərə görə Lənkəran və Şəki perinatal mərkəzləri yalnız Şirvan perinatal mərkəzi ilə müqayisədə statistik dürüst fərq-

lənmişdir ($P < 0,05$).

2014-cü ildə dölün distressi və ona şübhə Lənkəran və Quba perinatal mərkəzlərində $14,0 \pm 2,5\%$, Gəncə və Şəki perinatal mərkəzlərində $8,0 \pm 1,9\%$ hallarda abdominal doğuşlara səbəb olmuşdur ($P > 0,05$).

Beləliklə, regional perinatal mərkəzlərdə abdominal doğuşların tezliyi geniş intervalda ($9,3 \pm 0,55\%$ - $35,7 \pm 1,29\%$) dəyişsə də və təqvim illəri üzrə onun dinamikası statistik dürüst və fərqli istiqamətli olsa da, onların göstərişlərə görə bölgüsü nisbi stabilliklə diqqətə cəlb edir. Abdominal doğuşlara səbəb olan tibbi göstərişlər arasında əksər hallarda birinci yeri uşaqlıq üzərində çapıqlar, axırıncı 5-ci yeri doğuş sancılarında əks göstəriş olan somatik xəstəliklər tutur. Abdominal doğuşların tezliyi və səbəblərinin strukturunda müşahidə olunan fərqli cəhətlər göstərir ki, regional perinatal mərkəzlərinin durumu və kontingenti fərqlidir. Bu da onların fəaliyyətinin qiymətləndirilməsində və təşkilində əhəmiyyətli şərt ola bilər.

Ölkənin Sumqayıt və Mingəçevir şəhərlərində doğuşa yardım xidməti həm I, həm də II etapların yardımlarını əhatə edir (Cədvəl 2).

Sumqayıtda 2012 - 2014-cü illərdə abdominal doğuşların tezliyi azalmağa meyillidir ($25,5 \pm 0,55\%$ -dən $23,3 \pm 0,47\%$ -ə qədər), azalma statistik dürüstdür ($P < 0,01$). Mingəçevirdə Sumqayıtdan fərqli olaraq abdominal doğuşların tezliyi artmağa meyillidir, artım 2013-cü ildə cüzidir, amma 2014-cü ildə statistik dürüstdür ($27,5 \pm 1,21\%$ -dən $32,3 \pm 1,20\%$ -ə qədər, $P < 0,01$).

Hər iki şəhərin doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların göstərişləri arasında birinci yeri anamnezdə qeysəriyyə əməliyyatı və ya uşaqlıq üzərində digər əməliyyatlar nəticəsində çapıq tutmuşdur. Bu səbəbə bağlı abdominal doğuşların xüsusi çəkisi 2012 – 2014-cü illərdə ($6,1 \pm 0,3$ – $6,0 \pm 0,3\%$ Sumqayıtda və $6,3 \pm 0,7$ – $6,6 \pm 0,6\%$ Mingəçevirdə) stabil qalmış və şəhərlər arasında fərq statistik dürüst deyildir ($P > 0,05$).

Regionlarda bir – birinə yaxın ərazidə yerləşən, amma I və II etap doğuşa yardım müəssisəsində olan rayonlar vardır (Lənkəran və Masallı; Şəki və Zaqatala; Gəncə və Göygöl). Bu rayonlarda abdominal doğuşların tezliyinin dinamikasında fərq izlənilir.

Cədvəl 2. Sumqayıt və Mingəçevir şəhərlərində abdominal doğuşların tezliyi (bütün doğuşlara görə%)

Göstərişlər	Sumqayıt, illər			Mingəçevir, illər		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Bütün səbəblər, o cümlədən	25,5± 0,55	24,0± 0,50	23,3± 0,47	27,5± 1,21	27,8± 1,20	32,3± 1,20
Anamnezdə qeysəriyyə kəsiyi və ya uşaqlıq üzərində digər əməliyyatlar	6,1± 0,3	6,0± 0,3	6,1± 0,7	6,3± 0,7	6,4± 0,7	6,6± 0,6
Dölün qeyri düzgün vəziyyəti	5,6± 0,3	5,0± 0,3	4,7± 0,3	5,2± 0,6	5,4± 0,6	5,6± 0,6
Döl – çanaq ölçülərinin disproporsiyası	5,4± 0,3	5,3± 0,3	5,4± 0,3	5,6± 0,6	5,8± 0,6	6,0± 0,6
Doğuş sancılarında əks göstəriş olan somatik xəstəliklər	2,6± 0,2	2,3± 0,2	2,4± 0,2	2,5± 0,4	2,4± 0,4	2,3± 0,4
Dölün distressi və ona şübhə	2,2± 0,2	2,1± 0,2	2,1± 0,2	2,1± 0,4	2,2± 0,4	3,1± 0,4
Digər səbəblər	3,6± 0,2	3,3± 0,2	2,6± 0,2	5,8± 0,6	5,6± 0,6	8,7± 0,7

Belə ki, Masallıda (I etap) Lənkəranla (I – II etap) müqayisədə abdominal doğuşların tezliyi xeyli azdır (13,4±,62 və 21,4±0,68%; 1,6 dəfə az 2012-ci ildə; 11,0±0,56 və 23,4±0,69%; 2,1 dəfə 2013-cü ildə; 8,0±0,50 və 24,4±0,67%; 3,1 dəfə az 2014-cü ildə). Göründüyü kimi Masallı rayonu üçün II etap doğuşa yardım funksiyasını yerinə yetirən Lənkəran perinatal mərkəzində 2014-cü ildə abdominal doğuşların tezliyi, göstəricinin Masallıda azalması fonunda çoxalmışdır.

Şəki və Zaqatala nümunəsində yuxarıda qeyd olunan qanunauyğunluq qeyd olunmur. I etap doğuşa yardım müəssisəsində (Zaqatala) I və II etap doğuşa yardım müəssisəsi ilə müqayisədə abdominal

doğuşların tezliyi yüksəkdir (25,4±1,11 və 16,4±0,74%; 1,6 dəfə çox 2012 – ci ildə; 27,0±1,1% və 22,3±0,82%; 1,2 dəfə çox 2013-cü ildə; 25,4±0,98 və 14,8±0,71%; 1,7 dəfə 2014-cü ildə). Göründüyü kimi, Şəki – Zaqatala rayonlarında I etap doğuşa yardım müəssisəsində abdominal doğuşların tezliyi nisbətən yüksəkdir.

Gəncə və Göygöl nümunəsində I və II etap doğuşa yardım müəssisəsində abdominal doğuşların tezliyi 2012 – ci ildə (19,5±0,98 və 19,8±1,37%) və 2013-cü ildə (19,7±0,70 və 18,2±1,35%) bir – birindən fərqlənməmişdir ($P>0,05$), amma 2014-cü ildə Göygöldə (3,4±0,63%) Gəncə ilə müqayisədə (19,6±0,69%) abdominal doğuşların tezliyi 5,8 dəfə az olmuşdur.

Beləliklə, I və II etap doğuşa yardım müəssisəsində 2012 – 2014-cü illərdə abdominal doğuşların tezliyinin səviyyəsi və dinamikası fərqli səciyyələrlə özünü biruzə verir: Lənkəran regionunda I etapda abdominal doğuşlar nisbətən az, Şəki – Zaqatala regionunda isə çoxdur. Gəncə regionunda isə I və II etaplarda abdominal doğuşlar 2012 – 2013-cü illərdə praktik eynidir, amma 2014-cü ildə abdominal doğuşlar əsasən II etapda aparılmışdır.

Bakı şəhərində bütün müşahidə müddətində 5 saylı doğum evində abdominal doğuşların tezliyi ən yüksək səviyyədə olmuşdur, 2012-ci ildə 49,0±0,90% olan göstərici sonrakı illərdə statistik dürüst, amma zəif tempdə azalmışdır (44,0±0,81% 2013 –cü ildə, 45,3±0,83% 2014-cü ildə). Göstəricinin səviyyəsi 2013 və 2014-cü illərdə bir – birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir.

Abdominal doğuşların tezliyinə görə 2012 – ci ildə ikinci yerdə olan 1 saylı doğum evi (45,0±0,98%) 2013-cü ildən sonra fəaliyyətini dayandırmışdır. 2 saylı doğum evində abdominal doğuşların tezliyi yüksəkdir və 2012-2014-cü illərdə yüksəkdir və 2012-2014-cü illərdə əhəmiyyətli dərəcədə dəyişməmişdir (41,0±0,66; 40,0±0,66 və 40,0±0,66%; $P>0,05$).

Klinik tibbi mərkəzdə də abdominal doğuşların tezliyi yüksəkdir və 2012-2014 - cü illərdə nisbi stabil qalmışdır (37,0±1,08; 36,0±0,83 və 36,4±0,83%; $P>0,05$).

Bakının üç doğuşa yardım müəssisəsində (3 və 4 saylı doğum evləri, şəhər xəstəxanası №6) abdominal doğuşların tezliyi bir – biri-

nə yaxın olmuş və yuxarıda göstərilən müəssisələrlə müqayisədə 2 dəfəyə qədər az olmuşdur. 3 saylı ($21,0 \pm 1,74$; $21,0 \pm 1,02$ və $22,0 \pm 1,03\%$) doğum evində və 6 saylı şəhər xəstəxanasında ($21,0 \pm 2,41$ və $22,4 \pm 1,12\%$) abdominal doğuşların tezliyi 2012-2014-cü illərdə stabil qalmışdır, amma 4 saylı doğum evində göstəricinin diaqnostikasında dürüst artım müşahidə olunur ($21,5 \pm 0,93$; $20,0 \pm 0,88$ və $24,0 \pm 0,83\%$; $P < 0,05$).

3 saylı klinik xəstəxanasında abdominal doğuşların tezliyi 1, 2 və 5 saylı doğum evləri və klinik tibbi mərkəzlə müqayisədə xeyli az, amma 3, 4 və 7 saylı doğum evləri və digər doğuşa yardım müəssisələri ilə müqayisədə xeyli çox olmuşdur və 2012 – 2014-cü illərdə müvafiq olaraq təşkil etmişdir: $29,0 \pm 0,72$; $30,0 \pm 0,68$ və $28,0 \pm 0,62\%$. Göstəricinin dinamikasında 2014-cü ildə azalma diqqəti cəlb edir.

Mərdəkanda yerləşən 26 saylı şəhər xəstəxanasında abdominal doğuşların tezliyi ən aşağı səviyyədə olmuş, 2012-2014-cü illərdə $5,0 \pm 0,73\%$ -lə $6,7 \pm 0,78\%$ intervalında dəyişmiş və nisbi stabilliyi ilə səciyyələnir. 10 saylı şəhər xəstəxanasında abdominal doğuşların tezliyi dinamik azalır. 2012-ci ildə $7,0 \pm 1,18\%$ səviyyəsində olan göstərici 2013-cü ildə 3 dəfə azalmış ($2,0 \pm 0,67\%$; $P < 0,05$), 2014-cü ildə isə azalma 6 dəfədən çox olmuşdur ($1,1 \pm 0,5\%$; $P < 0,01$).

Maştağa qəsəbəsində yerləşən 7 saylı xəstəxanada abdominal doğuşların tezliyi 2012-2014-cü illərdə artmağa meyilli olmuşdur (müvafiq olaraq $14,0 \pm 1,14$; $21,0 \pm 1,26$ və $23,0 \pm 1,26\%$).

Ayrı – ayrı doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyi bir – birindən kəskin fərqlənmişdir və göstəricinin dinamikasında vahid istiqamət izlənilmir, amma Bakı üzrə bütövlükdə abdominal doğuşların tezliyi zəif tempdə də olsa azalmağa meyillidir (2012-ci ildə $31,0 \pm 0,27\%$; 2013-cü ildə $30,0 \pm 0,26\%$ və 2014-cü ildə $30,3 \pm 0,25\%$).

ABDOMİNAL DOĞUŞLARIN KLİNİK SƏCİYYƏLƏRİ, SƏBƏBLƏRİNİN STRUKTURU VƏ OPERATİV AKTİVLİYİN PERİNATAL İTKİLƏRƏ VƏ PATOLOGİYALARA TƏSİRİ

Abdominal doğuşlar əsasən 5 qrup göstərişlərə görə həyata ke-

çirilir: anamnezdə qeysəriyyə əməliyyatı və ya uşaqlıq üzərində digər əməliyyatlarla bağlı çapıgın olması (24,0%); dölün qeyri-düzgün yerləşməsi ilə bağlı vaginal doğuş imkanının çətinləşməsi (18,0%); döl-çanaq ölçülərinin disproporsiyası ilə vaginal doğuşun çətinliyi (16,0%); doğuş sancılarına əks göstəriş olan somatik xəstəliklərin olması (12,05) və dölün distressi və ona şübhə olduqda (5,8%). Digər göstərişlərin xüsusi çəkisi summar 24,2%-dir.

Üçüncü və sonrakı doğuşlarda qeysəriyyə əməliyyatı çox vaxt uşaqlıq üzərində çapıgın ($70\pm 3,0\%$) olması və dölün distressi ilə bağlı ($53,4\pm 6,6\%$) həyata keçirilir. Bütün səbəblərlə bağlı abdominal doğuşların böyük qismi ($49,5\pm 1,6\%$) bədən kütləsi indeksi 30 kq/m^2 və çox olan qadınların payına düşür.

Doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyi geniş intervalda ($5,1\pm 0,55 - 57,2\pm 1,33\%$) dəyişir və operativ aktivliyin perinatal patologiyalara və itkilərə təsirini müəyyən etmək üçün doğuşa yardım müəssisələrində dinamik müşahidə zəruridir.

Abdominal doğuşların tezliyi ilə perinatal ölüm səviyyəsi arasında əlaqə zəifdir (korrelyasiya əmsali 0,35). Abdominal doğuşların tezliyi <15 ; $15 - 25$; $25 - 35,5$; $\geq 36\%$ olanda perinatal ölümün səviyyəsi müvafiq olaraq $11,68\pm 1,90$; $23,94\pm 3,48$; $11,75\pm 3,17$ və $13,66\pm 3,87\%$ təşkil edir. Abdominal doğuşların tezliyinin $15 - 25\%$ olması perinatal ölüm riskinin nisbi yüksəkliyi ilə assosiasiya olunur.

Abdominal doğuşların tezliyi ilə perinatal ölüm ehtimalının düz mütənasibliyi Lənkəran Perinatal Mərkəzində ($r=0,75$), Şəki Perinatal Mərkəzində ($r=0,869$), Quba Perinatal Mərkəzində ($r=0,681$), Şamaxı doğum şöbəsində ($r=0,938477$), Bakı ş. 5 və 7 sayılı doğum evlərində ($r\geq 0,865$), tərs mütənasibliyi isə Şirvan Perinatal Mərkəzində ($r=-0,998$), Ucar doğum şöbəsində ($r=-0,6799$), Mingəçevir doğum evində ($r=-0,9617$), Gəncə Perinatal Mərkəzində ($r=-0,6581$), Beyləqan doğum şöbəsində ($r=-0,51$), Tovuz doğum şöbəsində ($r=-0,93447$), Bakı ş. 3 ($r=-0,99795$) və 4 ($r=-0,53995$) sayılı doğum evlərində müşahidə olunur.

Bakı şəhəri üzrə doğuşa yardım müəssisələrində ümumilikdə abdominal doğuşların tezliyi ilə perinatal ölüm səviyyəsi arasında

tərs korrelyasiya əlaqəsi orta səviyyədədir ($r=-0,4051$), operativ aktivliyin perinatal itkilərin azalmasında rolu izlənilir. Bakı şəhəri doğuma yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyinin 20 – 28, 30 – 45% intervalında olması müvafiq olaraq erkən neonatal ölümün səviyyəsinin fərqli olması (müvafiq olaraq $3,5\pm 0,87$ və $5,01\pm 1,82\%$) ilə assosisasiya edilir ($P>0,05$).

Abdominal doğuşların tezliyi <11 ; 11 – 21; 21 – 35,7% olan doğuşa yardım müəssisələrində dölün asfiksiyası və hipoksiyasının tezliyi müvafiq olaraq $3,3\pm 2,33$; $4,1\pm 1,22$ və $7,4\pm 2,71\%$ təşkil edərək bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($P>0,05$).

Abdominal doğuşların perinatal ölüm və perinatal patologiyaların riskinə təsiri ayrı-ayrı doğum evləri nümunəsində daha aydın izlənilsə də, ümumilikdə birmənalı qiymətləndirilə bilməz.

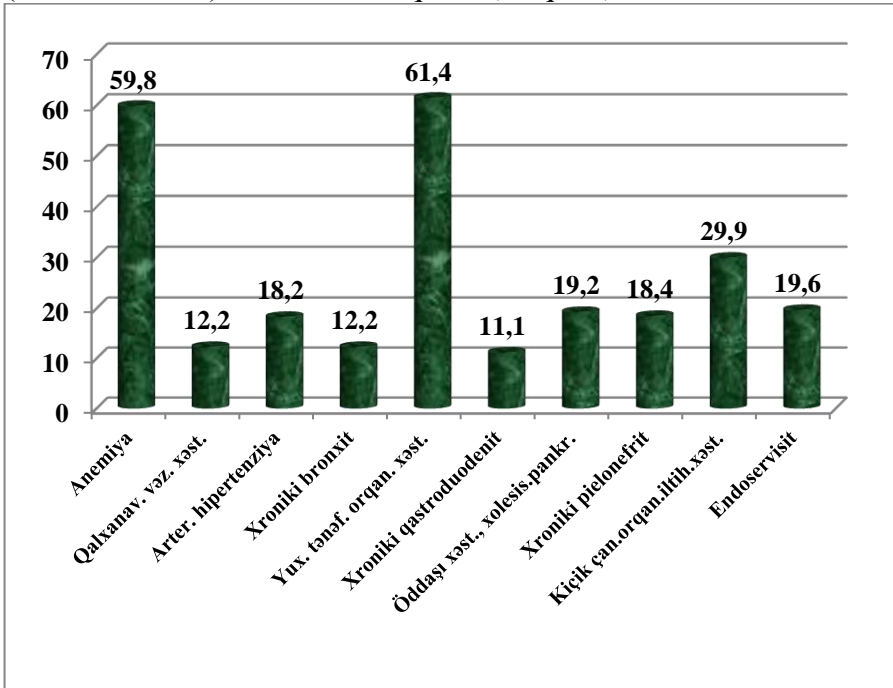
ABDOMİNAL DOĞUŞLARIN FƏSADLARININ TEZLİYİ, STRUKTURU VƏ RİSK AMİLLƏRİ

Abdominal doğuşlardan sonra hər 100 əməliyyatda $30,8\pm 1,5$ ağrı sindromu, $25,2\pm 1,4$ hərarətin yüksəlməsi, $19,1\pm 1,2$ laktostaz, $10,9\pm 1,0$ uşaqlığın subinvolyusiyası, $2,7\pm 0,5$ qanaxma, $2,5\pm 0,5$ infiltrat, $1,7\pm 0,4$ endometrit, $2,3\pm 0,5$ metroendometrit və $3,2\pm 0,6$ loxiometra kimi fəsadlaşmalar müşahidə olunur.

Əməliyyatdan sonra fəsadlaşmaların ayrı-ayrı növlərinin intensivliyi abdominal doğuşlara göstərişdən asılı dəyişir: $24,0\pm 2,7\%$ -lə $41,7\pm 4,5\%$ intervalında ağrı sindromu, $14,9\pm 2,3\%$ -lə $39,2\pm 4,5\%$ intervalında hərarətin yüksəlməsi, $16,7\pm 3,4\%$ -lə $24,5\pm 5,6\%$ arasında laktostaz, $11,3\pm 3,5\%$ -lə $15,5\pm 4,8$ intervalında uşaqlığın subinvolyusiyası, $1,7\pm 1,1\%$ -lə $5,2\pm 2,9$ % intervalında qanaxma, $1,7\pm 0,9\%$ -lə $3,5\pm 2,4\%$ intervalında infiltrat, $1,1\pm 0,7\%$ -lə $2,1\pm 0,9\%$ intervalında endometrit, $1,7\pm 0,8\%$ -lə $9,5\pm 2,4\%$ intervalında metroendometrit, $1,7\pm 1,7\%$ -lə $4,4\pm 1,5\%$ intervalında loxiometra.

Təcili və planlı qeysəriyyə əməliyyatları bir-birindən abdominal doğuşlara göstərişlərin strukturuna görə statistik dürüst fərqlənilirlər, təcili əməliyyatların göstərişləri arasında uşaqlıq üzərində çarpığın olması 2,58 dəfə, dölün distressi 6 dəfə yüksək paya malikdir. Abdominal doğuşlardan sonra fəsadlaşmaların ehtimalı pasiyentlərin

sağlamlıq durumundan (onlarda olan ekstragenital, genital xəstəliklərdən), mamalıq anamnezindən və cari hamiləliyin gedişindən asılı dəyişir. Abdominal doğan qadınların $59,8 \pm 1,6\%$ -də anemiya, $12,2 \pm 1,0\%$ -də qalxanvari vəzinin xəstəlikləri, $18,2 \pm 1,2\%$ -də arterial hipertenziya, $12,2 \pm 1,0\%$ -də xroniki bronxit, $61,4 \pm 1,5\%$ -də yuxarı tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri, $19,2 \pm 1,2\%$ -də öd daşı xəstəliyi və xroniki xolesistit, $18,4 \pm 1,2\%$ -də xroniki pielonefrit, $29,9 \pm 1,5\%$ -də kiçik çanaq orqanlarının iltihabı xəstəlikləri, $19,6 \pm 1,2\%$ -də endoservisit və digər xəstəliklər qeydə alınır ki, bu da pasiyentlərdə polipatiyanın (multimorbidlik) olmasını təsdiq edir (diaqram).



Diaqram. Ekstragenital və genital patologiyalardan asılı abdominal doğuşların fəsadları

Abdominal doğan qadınların mamalıq anamnezi $30,2 \pm 1,5\%$ hallarda əvvəlki hamiləliklərdə vaxtından əvvəl pozulma təhlükəsi, $24,4 \pm 1,4\%$ hallarda süni abortlar, $24,0 \pm 1,4\%$ hallarda operativ

doğuş, $25,8 \pm 1,4\%$ hallarda zahılıq infeksiyaları, $18,4 \pm 1,2\%$ hallarda preeklampsiya, $11,2 \pm 1,0\%$ hallarda spontan abortlar, $8,2 \pm 0,9\%$ hallarda doğuşdan sonra qanaxma, $16,4 \pm 1,7\%$ hallarda vaxtından əvvəl doğuşlarla ağırlaşmışdır.

Abdominal doğuşla nəticələnən hamiləliklər $29,4 \pm 1,5\%$ hallarda hamiləliyin pozulma təhlükəsi, $31,4 \pm 1,5\%$ hallarda preeklampsiya, $24,8 \pm 1,4\%$ hallarda bətdaxili infeksiya və $19,9 \pm 1,2\%$ hallarda fetoplasentar çatışmazlıqla assosiasiya olunurlar. Abdominal doğuşdan əvvəl qadınların $11,5 \pm 1,0\%$ -nin hemoqlobini 100 qram/l-dən az, $10,1 \pm 1,0\%$ -nin hematokriti 35% -dən az, $26,8 \pm 1,4\%$ -nin eritrositlərin çökmə sürətinin 16 mm/satt-dan çox, $19, \pm 1,3\%$ -nin qanında fibrinogenin ≥ 4 q/l, $16,4 \pm 1,2\%$ -nin qanında ümumi zülalın < 60 q/l, $20,4 \pm 1,3\%$ -nin S reaktiv zülalın ≥ 4 mq/l olması müşahidə olunur, qeyd olunmuş klinik-laborator səciyyələri fonunda əməliyyatdan sonra fəsadlaşma ehtimalı statistik dürust çoxalır.

Abdominal doğuşlardan əvvəl qadının sağlamlıq durumu, məmaliq anamnezi, klinik-laborator göstəriciləri əməliyyatdan sonra fəsadların etibarlı prediktorudur və onların proqnostik əhəmiyyəti $60,7-89,6\%$ intervalında dəyişir.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏRİN MÜZAKİRƏSİ VƏ ABDOMİNAL DOĞUŞLARIN OPTİMALLAŞDIRILMASI İMKANLARININ ƏSASLANDIRILMASI

Abdominal doğuşların beynəlxalq monitorinqini həyata keçirən Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı öz hesabatlarında göstərir ki, 2007 - 2014-cü illərdə abdominal doğuşlar Çində, Azərbaycanda, Belarusda $1,2$ dəfə çoxalmışdır. Abdominal doğuşların tezliyinin artması fonunda ölkələr arasındakı fərq saxlanılır. Belə ki, Azərbaycanda abdominal doğuşların tezliyi 2006-cı ildə $7,45\%$, 2011-ci ildə $19,3\%$ təşkil edərək 2 dəfədən çox artmışdır.

Azərbaycan Respublikası üçün səciyyəvi cəhətlərdən biri də odur ki, mama-ginekoloji yardım şəbəkəsi etaplara bölünmüşdür. (I, II və III), etaplar arasında inteqrasiya mümkündür. Bu da öz növbəsində abdominal doğuşların müəyyən mərkəzlərdə cəmlənməsi üçün şərait yaradır. Bu faktorla bağlı abdominal doğuşların fərqli səviyyə

yəsini Çin alimləri müşahidə etmişlər. Abdominal doğuşlar əsasən II və III tip (səviyyəli) doğuşa yardım müəssisələrində həyata keçirilir. Ona görə də belə müəssisələrdə abdominal doğuşların tezliyi 52 və 56% səviyyəsinə çatır.

I və II etap doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyinin müqayisəsi göstərir:

- I etap doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyinin dəyişmə intervalı ($3,4 \pm 0,63\%$ - $57,2 \pm 1,33\%$) II etap doğuşa yardım müəssisələrinə nisbətən ($9,3 \pm 0,55\%$ - $35,7 \pm 1,29\%$) daha çox genişdir;
- 2012-2014-cü illərdə (abdominal doğuşlara dair qanunvericiliyin qəbulundan əvvəl və sonra) abdominal doğuşların tezliyində artım I etap doğuşa yardım müəssisələrində daha intensivdir (Tovuzda 2 dəfədən çox, Şirvanda isə 1,8 dəfə);
- I etap doğuşa yardım müəssisələrinin bəzilərində abdominal doğuşların azalması nisbətən intensivdir. (Göygöldə 6 dəfəyə qədər, Şəkiddə 1,1 dəfə).

I və II etap üçün nəzərdə tutulmuş Bakı, Sumqayıt və Mingəçevir şəhər doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyi $1,1 \pm 0,50\%$ -lə (Bakı, 10 sayılı şəhər xəstəxanası, 2014) $49,0 \pm 0,90\%$ (Bakı, 5 sayılı doğum evi) intervalında dəyişmişdir.

Abdominal doğuşların ehtimalına yaş amilinin təsiri paritetdən (doğuşların sıra sayından) asılı dəyişir. Aldığımız məlumatlara görə (IV fəsil) abdominal və vaginal doğuşlarda parietetə görə qadınların bölgüsü fərqlənir (1-ci doğuşların xüsusi çəkisi müvafiq olaraq $53,1 \pm 1,6$ və $48,4 \pm 1,6\%$ nisbi risk 1,09) və sonrakı doğuşların xüsusi çəkisi isə $24,6 \pm 1,4$ və $30,6 \pm 1,5\%$; nisbi risk 0,80).

Birinci, üçüncü və sonuncu doğuşların xüsusi çəkisi abdominal doğan qadınlarda qeysəriyyə əməliyyatının göstərişlərindən asılı dəyişir:

- uşaqlıq üzərində çapıqla bağlı : 0 və $70 \pm 3,0\%$;
- dölün qeyri-düzgün yerləşməsi ilə bağlı $88,9 \pm 2,3$ və 0% ;
- döl-çanaq ölçülərinin disproporsiyası ilə bağlı $75,0 \pm 3,4$ və $3,1 \pm 1,4\%$;

- doğuş sancılarına əks göstəriş olan somatik xəstəliklərlə bağlı $40 \pm 4,5$ və $10 \pm 2,7\%$;
- dölün distressi və ona şübhə ilə bağlı $37,9 \pm 6,4$ və $53,4 \pm 6,6\%$
- digər səbəblərlə bağlı $74,8 \pm 2,8$ və $12,4 \pm 2,1\%$;
- bütün səbəblərlə bağlı $53,1 \pm 1,6$ və $24,6 \pm 1,4\%$.

Abdominal doğuşların tezliyinin artması ilə perinatal itkilərin azalması ehtimalı şübhə altındadır. Bundan əlavə nəzərə almaq lazımdır ki, abdominal doğuşlarda fəsadlar daha çoxdur.

Fəsadların abdominal doğuşlarda qaçılmaz olması iki vacib məsələni ortaya qoyur:

- fəsadların risk amillərini aşkar etməklə onların profilaktikasını təşkil etmək;
- abdominal doğuşun subyektiv göstərişləri olanda (qadının təkidi) qadınları ehtimal olunan fəsadlarla məlumatlandırmaqla vaginal doğuş qərarını formalaşdırmaq.

Abdominal doğuşların fəsadlarını artıran risk amillərinin bir qismi tədqiqatımızda aşkar edilmiş, onların proqnostik əhəmiyyəti əsaslandırılmışdır. Bu amillərə aiddir:

- abdominal doğuşa göstərişlər;
- əməliyyatın təcili həyata keçirilməsi;
- əməliyyatın davam müddətinin 40 dəqiqədən çox olması;
- əməliyyat zamanı qan itirmənin 500 ml-dən çox olması;
- qadının ekstragenital xəstəlikləri (anemiya, qalxanavarı vəzinin xəstəlikləri, arterial hipertenziya, tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəlikləri, xroniki pielonefrit);
- qadında xroniki ginekoloji xəstəliklər (kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri, endoservisit, yumurtalıqların kistası, mioma və endometrioz, endometriyanın polipi);
- mamalıq anamnezi (əvvəlki hamiləliklərdə pozulma riski, abortlar, operativ doğuş, zahılıq infeksiyaları, preeklampsiya, spontan abortlar, doğuşdan sonra qanaxma, vaxtından əvvəl doğuşlar);
- cari hamiləliyin fəsadları (hamiləliyin vaxtından əvvəl pozulma təhlükəsi, preeklampsiya, bətdaxili infeksiya, fetoplacentar çatışmazlıq)

- sağlamlıq durumunun klinik –laborator səciyyələri (hemoqlobinin <100 q/l; hematokritin $<35\%$; trombositlərin $<200 \cdot 10^9$ l; eritrositlərin çökmə sürəti ≥ 10 mm/saat; fibrinogen ≥ 2 q/l; ümumi zülal ≤ 70 q/l; bilirubin ≥ 10 mkmol/l; sidik cövhəri ≥ 4 mmol/l; kreatinin ≥ 60 mkmol/l; S reaktiv zülal ≥ 4 mq/l; uşaqlıq yolunun yaxmasında mikrobların olması).

Tədqiqatımızın nəticələrini, ədəbiyyat məlumatlarını və hüquqi-normativ qaydaları nəzərə almaqla hesab edirik ki, aşağıdakı istiqamətlərdə tibbi-profilaktik tədbirlər zəruridir:

- gənc qadınlar arasında təbii yolla doğuşun ana və uşaq üçün əhəmiyyətini, qeysəriyyə əməliyyatının yalnız tibbi göstəriş olanda zəruriliyi barədə sanitariya maarifi işi həyata keçirilməsi;
- qadınların hüquq və azadlıqlarına müdaxilə etmədən tibbi göstərişlər əsasında abdominal doğuşların planlaşdırılması;
- tibbi göstərişlər əsasında zəruri olan abdominal doğuşları qabaqcadan planlaşdırmaq, ehtimal olunan fəsadların profilaktikasını onların risk amillərini nəzərə almaqla təmin etmək.

NƏTİCƏLƏR

1. Abdominal doğuşların tezliyi doğuşa yardım sisteminin etaplarından asılı geniş intervalda ($1,1 \pm 0,50$ %-lə $57,2 \pm 1,33\%$) tərəddüd edir, 2012-2014-cü illərdə üç istiqamətdə (artma, stabilqalma və azalma) dəyişir, onların klinik göstərişlərinin strukturu stabil deyil, doğuşa yardım müəssisələrinin tipindən, potensialından və dislokasiyasından, hamilə qadının yaşından, paritetdən, hestasiya müddətindən, bədən kütləsinin indeksindən asılıdır. [1;4]
2. Azərbaycan populyasiyasında Robson təsnifatının 2-ci (təkdöllü hamiləlik ≥ 37 həftə, baş gəlişi, birinci doğuşun induksiya olunmuş və ya planlı qeysəriyyə əməliyyatı nəzərdə tutulmuş), 4-cü (təkdöllü hamiləlik ≥ 37 həftə, baş gəlişi, təkrari doğuş, uşaqlıqda çapıqın olmaması, spontan doğuş) və

1-ci (təkdöllü hamiləlik ≥ 37 həftə, baş gəlişi, təkrari doğuş, spontan doğuş) qruplarının xüsusi çəkisi yüksəkdir (müvafiq olaraq $20,9 \pm 0,55$; $19,1 \pm 0,53$; $18,8 \pm 0,53$ və $18,1 \pm 0,52$ %), amma abdominal doğuşların tezliyi nisbətən az paya ($\leq 1,8\%$) malik 9-cu (dölün köndələn və çəp yerləşməsi, uşaqlıqda çapığı olan və olmayan təkdöllü hamiləlik), 8-ci (bütün variantlı çoxdöllü hamiləlik), 7-ci (təkdöllü hamiləlik, təkrari doğuş, çanaq gəlişi və uşaqlıqda çapıq) və 6-cı (təkdöllü hamiləlik, ilk doğuş, çanaq gəlişi) qruplarda qeysəriyyə əməliyyatının zəruriliyi $86,2 \pm 3,7$ - 100% -ə çatır [6].

3. Doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların tezliyi ilə perinatal ölüm səviyyəsi arasında korrelyasiya əlaqəsi zəifdir ($r=0,35$), qeysəriyyə əməliyyatının tətbiqi < 15 ; $25-35,5$; $\geq 36\%$ olan doğuşa yardım müəssisələrində perinatal ölüm səviyyəsi bir-birinə yaxındır ($11,68 \pm 1,90$; $11,75 \pm 3,17$ və $13,06 \pm 3,87\%$), göstəricinin $15-25\%$ intervalında olması fonunda perinatal ölüm riski yüksəkdir ($23,94 \pm 3,48\%$).

Eyni doğuşa yardım müəssisələrində 2012-2014-cü illərdə abdominal doğuşların tezliyi və perinatal ölümün səviyyəsi arasında Şirvan, Ucar, Mingəçevir, Gəncə, Beyləqan, Tovuz, Bakı şəhər 3 və 4 saylı doğuşa yardım müəssisələrində tərs ($2 \geq 0,51 - 0,99795$), Lənkəran, Şəki, Quba və Şamaxı doğuşa yardım müəssisələrində düz ($2 \geq 0,68$) korrelyasiya əlaqəsi aşkar edilmişdir. Bakıda abdominal doğuşların $20-28$, $30-45\%$ olduğu müəssisələrdə erkən neonatal ölüm ehtimalı fərqlidir (müvafiq olaraq $3,5 \pm 0,87$ və $5,01 \pm 1,82\%$). [2;3]

4. Abdominal doğuşlardan sonra fəsadlaşmalar (ağrı sindromu, hərərin yüksəlməsi, laktostaz, uşaqlığın subinvalyusiyası, qanaxma, infiltrat, endometrit, metroendometrit, loxiometra və sair) çox yayılmışdır (80% hallarda bir, 10% hallarda iki, 2% hallarda üç və çox), onların riskini əməliyyatın təcili icrası, 40 dəqiqədən çox davam etməsi, 500 ml-dən çox qan-itirmə ilə assosiasiyası, klinik göstərişlərinin xüsusiyyətləri, pasiyentin ekstragenital və genital xəstəlikləri, mamalıq anamnezi, hamiləlik fəsadlarını çoxaldır. [5;8]

5. Abdominal doğuşların fəsadlarının risk amillərinin prediktor kimi proqnostik əhəmiyyəti 63,4-89,1%, spesifikliyi 40,5-94,5% intervalında dəyişir, yüksək proqnostik əhəmiyyəti olan amillərə aiddir: anemiya (88,3%), arterial hipertenziya (87,9%), anamnezdə endoservisit (81,6%), hematokrit <35% (89,1%), fibrinogen ≥ 4 q/l (88,5%), sidik cövhəri ≥ 4 mkmol/l, kreatinin ≥ 60 mkmol/l (85,7%), S reaktiv zülal ≥ 4 mq/l (88,2%).

Abdominal doğuşların tezliyinin geniş intervalda dəyişməsi (1,1-57,2%), perinatal itkilərə və patologiyalara təsirinin birmənalı pozitiv olmaması və əməliyyatdan sonra fəsadlaşma riskinin yüksək olması onların tətbiqi üçün qadının psixoloji hazırlığı və ciddi klinik göstərişləri nəzərə alınmaqla planlaşdırılmalıdır. [7]

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Abdominal doğuşların tezliyinin kəskin artması onun profilaktikası üçün yeni istiqamətin - əhalinin maarifləndirilməsinin prioriteti zəruridir.
2. Təcili qeysəriyyə əməliyyatları yüksək fəsadlaşma riski ilə assosiasiya olunduğuna görə qadın məsləhətxanalarında klinik göstərişləri nəzərə alınmaqla qeysəriyyə əməliyyatı planlaşdırılmalıdır.
3. Abdominal doğuşlar doğuşa yardım müəssisələrinin bütün etaplarında tətbiq olunduğuna görə həmin müəssisələrdə kadr və maddi-texniki baza optimallaşdırılmalıdır.
4. Qeysəriyyə kəsiyi ehtimalını çoxaldan risk amilləri nəzərə alınmaqla qeysəriyyə əməliyyatının tətbiqi səviyyəsini qiymətləndirmək üçün ənənəvi göstəricilər qənaətbəxş deyildir, qiymətləndirmənin adekvatlığı üçün standartlaşdırılmış abdominal doğuşların tezliyi göstəricisi istifadə olunmalıdır.
5. Qeysəriyyə əməliyyatının fəsadlaşmasını, xüsusən infeksiya fəsadlarının ehtimalını proqnozlaşdırmaq üçün onların prediktorları, xüsusən proqnostik əhəmiyyəti yüksək olan prediktorları istifadə etmək və qabaqlayıcı tədbirlər görmək zəruridir.
6. Abdominal doğuşların tezliyinin artması fonunda perinatal itkilərin artması müşahidə olunan doğuşa yardım müəssisələrində abdominal doğuşların monitorinqi gücləndirilməlidir.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP OLUNMUŞ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Əliyeva, L.M. Abdominal doğuşlara göstərişdən asılı qadınların yaş və paritet səciyyələri // - Bakı: Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2016. №4, - s. 59-62
2. Алиева, Л.М., Мамедова С.Н., Агаева К. Ф. Сравнительная оценка уровня перинатальной смертности и частоты применения Кесарева сечения // - Казань: Научно - практический журнал. Общественное здоровье и здравоохранение, - 2016. №4, - с. 16-19
3. Алиева, Л.М., Рзакулиева Л.М. Мамедова С.Н. Региональные особенности частоты абдоминальных родов в Азербайджанской Республике // - Казань: Общественное здоровье и здравоохранение, - 2017. №4, - с. 13-17
4. Əliyeva, L.M. Abdominal doğuşların göstərişlərindən asılı müasir səciyyələri // – Bakı: Sağlamlıq, - 2017. №2, - s. 62-66
5. Əliyeva, L.M., Rzaquliyeva L.M. Abdominal doğuşlarda fəsadların tezliyi və strukturu // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, - 2017. №1, - s. 82-85
6. Алиева, Л.М. Частота абдоминальных родов при одноплодных беременностях у первородящих женщин // Научная дискуссия: Инновация в современном мире. Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции, - Москва: Интернаука, - 2016, №8(51), - с. 96-100
7. Əliyeva, L.M. Abdominal doğuşların fəsadlarının klinik laborator prediktorlarının əsaslandırılması // Ə.Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi praktik konfransın məcmuəsi, Bakı: – 2020, - s. 47-57
8. Əliyeva, L.M. Abdominal doğuşların fəsadlaşma riskinin əməliyyatın səciyyələrindən asılılığı // Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu. Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş Elmi-praktiki konfransın məcmuəsi. Bakı: – 2021, Səh. 37-38

Dissertasiyanın müdafiəsi _____ 2024-cü il tarixində saat _____ Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1022, Bakı ş., Ə.Qasımsadə küç.14 (konfrans zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq mümkün dür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları

(www.amu.edu.az) rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat _____ 2024-cü il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 04. 04 2024

Kağızın formatı: 60x84 1/16

Həcm: 39472

Tiraj: 100