

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

MƏHSƏTİ XANIM İSMAYIL QIZI İSMAYILOVA

**KLİMAKTERİK SİNDROM ZAMANI BAŞ VERƏN
METABOLİK POZUNTULARIN DİAQNOSTİKASI,
KORREKSİYASI VƏ PROFİLAKTİKASI**

3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilən dissertasiyanın**

AVTOREFERATI

BAKİ – 2013

Dissertasiya işi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

Tibb elmləri doktoru, professor

İ.A.ŞAMXALOVA

Rəsmi opponentlər:

Tibb elmləri doktoru, professor

H.F.BAĞIROVA

Tibb elmləri namizədi

İ.İ.ƏLƏKBƏROVA

Aparıcı təşkilat: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun mamalıq-ginekologiya kafedrası.

Dissertasiyanın müdafiəsi “__22__”__01__2014-cü il saat “____”-də Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D 03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: Az1022, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23 (inzibati bina, II mərtəbə, konfrans zalı).

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “____”_____2013- cü il tarixində göndərilmişdir

D 03.011

Dissertasiya Şurasının elmi katibi
tibb elmləri doktoru, professor

Ş.F.İBRAHİMLİ

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Son illər qadınların menopauzal yaş həddi cavanlaşaraq ömrün ən aktiv sosial fəaliyyəti, həyat və yaradıcılıq təcrübəsinin cəmiyyət tərəfindən faydalandığı dövrə təsadüf edir. Amma məhz bu dövrdə qadın orqanizmində baş verən dəyişikliklər normal və keyfiyyətli həyat tərzinə mənfi təsir göstərir. Buna səbəb həmin yaş dövründə orqanizmdə patoloji pozuntular və hormonal disbalans fonunda baş verən estrogen hormonu çatışmazlığıdır (Сметник В.П., 2006). Qadın orqanizmində meydana çıxan kliniki və laborator pozuntular klimakterik sindrom adı altında birləşdirilmişdir.

Bəzi həkim və pasiyentlər arasında mövcud olan yalnız fikirlərə əsasən bu keçid dövründə baş verən dəyişikliklər orqanizmin təbii qocalma prosesləridir və onlara qarışmaq lazım deyil. Məhz bu yalnız münasibət nəticəsində yaranan metabolik sistem pozuntuları dərinləşərək, çoxsaylı patoloji vəziyyətlər yaradır, eləcə də osteoporoz, ürək-damar, sinir sistemi xəstəliklərinə səbəb olur (Бордакова Е.В. и др., 2012, Lee Y.H. et al., 2010).

Sübut olunmuşdur ki, hormonal disbalans və hormonal pozuntular konkret olaraq vegetativ-damar, endokrin-mübadilə, sinir-psixi kompleks pozuntular nəticəsində dezadabtasiya proseslərinin dərinləşməsinə səbəb olur (Шмелева С.В., 2008).

Müxtəlif müəlliflərin göstəricilərinə əsasən klimakterik sindromun rastgəlmə tezliyi 40-80% arasında dəyişir (Тимур С., Саһин N.Н., 2010). Epidemioloji tədqiqatların göstəricilərinə əsasən klimakterik sindroma aid olan patoloji dəyişikliklər 37% qadında menopauza dövründən əvvəl, 40% qadında menopauza dövründə, 21% qadında menopauzadan 1-1,5 il sonra, 2% qadında isə 5 il sonra baş verir (Бордакова Е.В. и др., 2012).

Klimakterik sindrom-yumurtalıqlarda genetik involyutiv fonda fizioloji menopauza dəyişiklikləri fəsadlaşaraq, orqan və sistemlərdə patoloji simptomkomplekslərin əmələ gəlməsidir.

Əsas mübahisə obyektini menopauza dövründə təyin edilən müalicə preparatlarının, o cümlədən hormonal dərmanların orqanizmə mənfi və ya müsbət təsiridir. Menopauza fizioloji proses olub, qadının təbiətində proqramlaşdırılaraq qocalma dövrünü əhatə edir və orqanizmdə patoloji dəyişiklikləri dərinləşdirir. Klimakterik sindrom problemlərinin öyrənilməsinə baxmayaraq, menopauzal dəyişikliklərin patogenezinə, diaqnostikasında və müalicə taktikasında öz həllini tapmayan məsələlər çoxdur.

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq təqdim olunan elmi işin tətbiqini məqsədəuyğun hesab edirik.

Tədqiqatın məqsədi

Qadın orqanizmində baş verən endokrin-metabolik dəyişikliklərin öyrənilməsi əsasında klimakterik sindromun optimal müayinə, müalicə taktikasının və profilaktik tədbirlərin işlənilib hazırlanması.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Klimakterik sindrom olan qadınlarda hormonal pozuntular fonunda baş verən dislipidemiyanın öyrənilməsi (ÇASLP, ASLP, YSLP, TQ, XS);
2. Klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi və asılı olaraq psixososial və lipidlər dəyişikliklərinin öyrənilməsi;
3. Menopauza dövründə klimakterik sindromun yaranma və ağırlaşma risk faktorlarının öyrənilməsi;
4. Klimakterik sindrom və metabolik pozuntular zamanı AIT, AsT göstəricilərinin öyrənilməsi;
5. Klimakterik sindrom fonunda metabolik proseslərin pozulmasının diaqnostik alqoritminin və patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış müalicə sxeminin işlənilib hazırlanması.

İşin elmi yeniliyi

Klimakterik sindromun ağırlığını və qadının yaşını nəzərə almaqla metabolik mübadilə faktorları öyrənilmişdir. Homeostaz sistemində lipidlər mübadiləsində baş verən pozuntular və disbalans müəyyən edilmişdir. Klimakterik sindromlu qadınların müayinə alqoritmı və patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış müalicə sxemi işlənilib hazırlanmışdır.

İşin praktik əhəmiyyəti

Qadınlar arasında aparılan müayinələrdən məlum olmuşdur ki, pre- və menopauzal dövrə aid olan problemlər və fəsadlar haqqında məlumat çox azdır. Klimakterik sindromun ilkin əlamətləri zamanı aktiv müayinə və müalicə aparmaq vacibdir. Tədqiqat işi nəticəsində kliniki və biokimyəvi müayinələr əsasında pre- və menopauzal dövrlərdə müayinə alqoritmı işlənilib hazırlanaraq praktikaya tətbiq edilmişdir. Elmi-tədqiqat işi əsasında klimakterik sindrom nəticəsində baş verən metabolik pozuntular, homeostaz sistemi patologiyası və lipidlər mübadiləsi pozuntularının vaxtında aradan qaldırılması və profilaktikası mümkün olmuşdur. Elmi işin əsasında əldə olunan göstəricilər ilə klimakterik pozuntuların patogenetik müalicəsini aparmaq mümkün olmuşdur. Bundan başqa estrogenlərin defisiti aradan qaldırılaraq homeostaz sistemin korreksiyası aparılmışdır.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Klimakterik yaş dövründə olan qadınlarda hormonların (LH/FSH) disbalansı klimakterik sindromun ağırlaşmasına və psixosomiyal pozuntuların dərinləşməsinə səbəb olur;
2. Bu yaş dövründə piylənmə fonunda baş verən hormonal disbalans lipidlər mübadiləsi və qaraciyər fermentləri sintezinin pozuntularını daha da dərinləşdirir;
3. Menopauza dövründə baş verən hormonal və mübadilə proseslərinin pozulmasının diaqnostik alqoritminin tətbiqi və qadınlarda yaşından asılı olaraq patogenetik cəhətdən əsaslandırılaraq aparılan müalicə sxemləri xüsusi effektivliyə malikdir.

Dissertasiya işinin praktikaya tətbiqi: Dissertasiya işinin nəticələri H.Qasimov adına 1 saylı Doğum Evi; Bakı şəhəri 6 saylı Qadın Məsləhətxanası; Sumqayıt şəhər 1 saylı Doğum Evi; Sumqayıt şəhər 2 saylı Doğum Evinin klinik praktikasına tətbiq edilir.

İşin aprobeiasyası

Dissertasiya işi aşağıdakı elmi-praktik konfrans və seminarlarda müzakirə olunmuşdur:

1.7 Aprel Sağlamlıq gününə həsr olunmuş elmi-praktik seminar (Bakı, 2011);

2.Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Elmi Şurasının 27 iyul 2012-ci il tarixdə keçirilən 6 saylı iclasında ilkin aprobeiasya;

3.Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq və ginekologiya kafedrasının Elmi Surasının 2013-cü il 14 may tarixli iclasında aprobeiasya;

4.Zərifə xanım Əliyevanın 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik seminar (Bakı, 2013).

Çap edilmiş işlər

Dissertasiyanın materialları üzrə 14 elmi iş nəşr olunmuşdur. Onlardan 10-u elmi məqalə, 1 metodik vəsait, 3 tezisdir. Məqalələrdən biri xarici mətbuatda dərc olunmuşdur.

Tədqiqatın həcmi və strukturu

Tədqiqat işi 153 kömpüter çap səhifəsində əks olunub, giriş, ədəbiyyat icmal, tədqiqatın material və metodları, şəxsi tədqiqatlardan ibarət üç fəsil, yekun, nəticə, praktik tövsiyələr, istifadə olunmuş ədəbiyyat siyahısından təşkil olunmuşdur. Ədəbiyyat siyahısında 216 mənbə əks

olunmuşdur. Dissertasiya 33 cədvəl və 26 şəkil ilə illüstrasiya olunmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

35-52 yaş arasında olan 146 qadın müayinə olunmuşdur. Onlardan 126 nəfərində klimakterik pozuntuların klinik təzahürləri vardır və 20 nəfərdə fizioloji gedişata malik klimakteriya qeydə alınmışdır.

Müayinə olunan klimakterik sindromlu 126 qadından 18 (14,3%) nəfərində vaxtından əvvəl menopauza qeydə alınmış, 47 (32,3%) nəfər premenopauza, 61 (48,4%) nəfər menopauza dövründə olmuşdur.

Qeyd olunan göstəricilərdən məlum olur ki, 35-39 yaşlar arasında olan 21 (16,7%) qadın, 40-45 yaş- 51 (40,5%), 46-50 yaş- 31 (24,6%), 51 yaşdan yuxarı- 23 (18,3%) təşkil etmişdir. Ümumilikdə, qadınların orta yaş həddi $44,7 \pm 0,7$ olmuşdur. Vaxtından əvvəl menopauzada olan qadınların orta yaş həddi $37,8 \pm 1,3$, premenopauzada olan qadınların orta yaş həddi $43,1 \pm 1,2$, menopauzada olan qadınların orta yaş həddi $49,10 \pm 1,2$ olmuşdur. Müqayisə üçün qeyd etmək lazımdır ki, prospektiv epidemioloji tədqiqatların göstəricilərinə əsasən menopauzaya keçid zamanı orta yaş həddi $45,5-47,5$ olmuşdur, orta hesabla bu dövr 4 il davam edir.

Uzun müddət ərzində toplanmış anamnezdən məlum olmuşdur ki, 87 ($69,0 \pm 4,1\%$) qadında yanaşı gedən ekstragenital patologiyalar olmuşdur, digər 39 ($31,0 \pm 4,1\%$) qadında yanaşı gedən xəstəliklər qeydə alınmamışdır.

Tədqiqata cəlb olunan qadınlardan: ürək-damar xəstəlikləri 40 ($31,7 \pm 4,1\%$) nəfərdə, tənəffüs sistemi xəstəlikləri-16 ($12,7 \pm 3,0\%$), sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri- 10 ($7,9 \pm 2,4\%$), mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləri- 8 ($6,3 \pm 2,2\%$), digər yanaşı gedən xəstəliklər isə 13 ($10,3 \pm 2,7\%$) nəfərdə olmuşdur.

Bütün qadınlar qanın, sidiyin və uşaqlıq yolundan yaxmanın ümumi müayinəsindən, qanın biokimyəvi müayinəsindən, hormonal müayinədən (LH, FSH, LH/FSH), qanda lipidlərin müayinəsindən, ultrasəs müayinədən keçmişlər.

Disfunksional uşaqlıq qanaxması olan 76 qadına hemostatik və diaqnostik məqsədlə qaşınma aparılmışdır. Qadınların psixosomasiya statusunu tədqiq etmək üçün Spilberqer-Xanin cədvəlindən istifadə olunmuşdur. Qadınlarda klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi E.V.Uvarovanın modifikasiya etdiyi Kuperman inteqral menopauzal indeksinin hesablanması üzrə təyin olunmuşdur. Bədən çəki indeksi Kettle indeksi üzrə hesablanmışdır.

Əvəzedici hormonal terapiyanın tövsiyə olunduğu maksimal müddəti 5-7 ildir. Klimakterik sindromun müalicəsində ƏHT ilə yanaşı bitki mənşəli fitohormonlar və homeopatik dərman vasitələri də geniş tətbiq olunur. Onlar klimaksın gedişatını asanlaşdırır. Fitoestrogenlərin müxtəlif sinifləri mövcuddur, onlardan başlıcası izoflavonoidlərdir ki, onun tərkibinə soya yağı, paxlalı bitkilər, mərci, iydə, nar, günəbaxan toxumları, kələm, qırmızı yonca daxildir. Qırmızı yonca ekstraktı feminalın («Yadran», Xorvatiya) əsasını təşkil edir.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ MÜZAKİRƏSİ

Fizioloji klimaks və vaxtından əvvəl menopauzanın inkişafının əsasını müxtəlif mexanizmlər təşkil edir. Premenopauzal dövrdə hipotalamus-hipofizar sistemin steroid hormonlara olan həssaslığı dəyişir. Follikul ehtiyatlarının kəskin azalması ilə yanaşı follikulların öz honadotrop hormonlarına qarşı rezistentliyinin (həssaslığı) artması qeydə alınmışdır.

68 (54,0±4,4%) qadında anada klimakterik sindromun olması haqqında məlumat verilmişdir.

17 (13,5±3,0%) qadında alopesiyalar və 31 (24,6±3,8%) qadında hirsutizm təzahürləri qeydə alınmışdır. Bununla yanaşı 11 (8,7±2,5%) nəfərdə mülayim alopesiya, 6(4,8±2,3%) kəskin qabarıq alopesiya aşkar edilmişdir. 9 (7,1±2,3%) nəfərdə cüzi qabarıq, 11 (8,7±2,5%)- mülayim, 11 (8,7±2,5%)- kəskin qabarıq hirsutizm təzahürləri qeydə alınmışdır.

Menopauzanın baş verməsi bədən çəkisinin artması və piy toxumalarının abdominal tip üzrə paylaşması ilə assosiasiya olunur. Buna əsasən biz müayinə olunan qadınlarda lipid spektrini tədqiq etdik.

Xolesterinin (XS) tərkibi I və II qruplarda 6,40±0,17 mmol/l və 6,70±0,39 mmol/l, III qrupda 9,50±0,46 mmol/l olmuşdur (p<0,001). Bu zaman III qrupda XS-in səviyyəsi təkcə nəzarət qrupu (1,6 dəfə) ilə deyil, həm də klimakterik sindromun yüngül və orta dərəcələrindən əziyyət çəkən qadınlardan ibarət olmuş I qrup (1,5 dəfə) və II qrup (1,4 dəfə) ilə müqayisədə də dürüst yüksək olmuşdur (p<0,001). Triqliserid (TQ) göstəricilərində də analogi qanunauyğunluq özünü göstərmişdir. Belə ki, TQ-in konsentrasiyası kontrol hədd ilə müqayisədə yüngül dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınların qanında 26,4%, orta dərəcəli- 74,2% (p<0,001) və ağır dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınların qanında 2,5 (p<0,001) dəfə yüksək olmuşdur. I və III qruplar ilə II və III qruplar arasında fərqlər 2,0 və 1,5 olmuşdur. Klimakterik sindrom olan bütün

qadınlarda çox aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər (ÇASLP) və aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərdən (ASLP) asılı olmayaraq nəzarət qrupu ilə müqayisədə uyğun olaraq 39,1, 68,5 ($p<0,05$) və 99,5% ($p<0,001$) dürüst yüksək olmuşdur. Əksinə, yuxarı sıxlıqlı lipoproteidlərin (YSLP) səviyyəsi nəzarət qrupu ilə müqayisədə yüngül dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlarda 31,6% ($p<0,001$), orta və ağır dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda uyğun olaraq 51,7% ($p<0,001$) və 53,7% ($p<0,001$) aşağı düşmüşdür. Analoji olaraq XS və TQ III qrupda lipid spektrinin göstəriciləri I və II qrupdan nəzərəcarpacaq dərəcədə fərqlənmişdir. ÇASLP-in səviyyəsi ağır dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda I və II qrup ilə müqayisədə 1,4 və 1,1 dəfə, ASLP-in konsentrasiyası isə 1,3 dəfə yüksək olmuşdur. YSLP-in tərkibi müqayisə olunarkən ağır dərəcəli klimakterik sindrom zamanı onun maksimal aşağı səviyyəsi aşkar olunmuşdur, hansı ki, yüngül dərəcə ilə müqayisədə 1,5 dəfə, orta dərəcə ilə müqayisədə 4,2 dəfə aşağı olmuşdur.

Məlum olduğu kimi lipoproteidlər XS-in nəqlini həyata keçirir. XS-YSLP, XS-ASLP və XS-ÇASLP-in tərkibi müayinə olunduqda yüngül dərəcəli klimakterik sindrom zamanı XS-ASLP və XS-ÇASLP ($p>0,05$) göstəricilərinin qeyri-dürüst artması tendensiyası aşkar edilmişdir. Müayinə olunan I, II və III qruplarda uyğun olaraq XS-in $6,40\pm 0,27$ mmol/l, $6,70\pm 0,39$ mmol/l, $9,50\pm 0,46$ mmol/l, nəzarət qrupunda (fizioloji klimakteriya) $5,80\pm 0,18$ mmol/l, I, II və III qruplarda YSLP uyğun olaraq $1,02\pm 0,05$ mmol/l, $0,72\pm 0,03$ mmol/l və $0,69\pm 0,05$ mmol/l nəzarət qrupunda (fizioloji klimakteriya) $1,49\pm 0,03$ mmol/l olduğu məlum olmuşdur. ASLP göstəriciləri qruplar üzrə analoji qaydada paylaşmışdır: $4,73\pm 0,4$ mmol/l, $4,82\pm 0,32$ mmol/l, $6,22\pm 0,38$ mmol/l və $2,88\pm 0,17$ mmol/l; ÇASLP $1,28\pm 0,11$ mmol/l, $1,55\pm 0,10$ mmol/l, $1,78\pm 0,12$ mmol/l və $0,92\pm 0,03$ mmol/l.

Yüngül, orta və ağır dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlar qrupunda aterogenlik əmsalı uyğun olaraq $4,47\pm 0,12$; $5,20\pm 0,15$ və $10,17\pm 0,26$, fizioloji menopauzaya malik qadınlar qrupunda isə $2,74\pm 0,67$ olmuşdur. Məlum olduğu kimi aterogenlik əmsalı bütün klimakterik sindromlu qadınlar qrupunda dürüst yüksək olmuşdur. Yüngül, orta və ağır dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarla nəzarət qrupu arasında aterogenlik əmsalı arasındakı fərq uyğun olaraq 1,6, 1,9 və 3,7 ($p\leq 0,001$) təşkil etmişdir.

Eyni zamanda qan zərdabında aspartataminotransferaza (AsT) və alaninaminotransferazanın (AlT) aktivliyi təyin olunmuşdur. Yüngül dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlarda ($16,71\pm 0,58$ BV/l) və orta dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlarda ($16,80\pm 0,62$ BV/l) AsT

aktivliyi nəzarət qrupundan praktik olaraq fərqlənməmişdir ($16,41 \pm 0,77$ BV/l), lakin ağır dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlarda aktivlik $21,0\%$ ($19,85 \pm 0,64$) yüksək olmuşdur ($p < 0,001$). Analoji dəyişikliklər ALT ilə əlaqədar qeydə alınmışdır. Klimakterik sindrom olan qadınlarda ALT aktivliyi aşağıdakı şəkildə bölünmüşdür: $22,61 \pm 0,71$, $23,19 \pm 0,77$ və $26,58 \pm 0,84$ BV/l, nəzarət- $22,58 \pm 0,52$ BV/l.

Məlumdur ki, turşu-əsaslı vəziyyət- bioloji mühitdə hidrogen və hidroksil konsentrasiyalarının nisbətindən ibarətdir.

Turşu əsaslı vəziyyətin qiymətləndirməsi üçün venoz qanda pH, pCO_2 və BE təyin edilmişdir. 18 ($78,3\%$) qadın BE qanda $2,3$ mmol/l təşkil etmişdir. Yüngül dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda həmin göstəricinin səviyyəsi nəzarət qrupundakı orta həddən fərqlənməmişdir, II qrupda onun tərkibi azalmışdır və orta hesabla $1,18 \pm 0,30$ mmol/l təşkil etmişdir ki, bu da $3,3\%$ təşkil etmişdir, III qrupda isə kalsium aşağı düşmüş və nəzarət göstəriciləri ilə fərq $6,6\%$ təşkil etmişdir. Yüngül və orta dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda qanda kalsium konsentrasiyası müqayisə edilərkən sümük mübadiləsində bu markerin $6,6\%$ aşağı olduğu aşkar edilmişdir, I və II qruplar arasında, eləcə də II və III qruplar arasında fərqlər uyğun olaraq $3,3$ və $3,5\%$ olmuşdur.

Qələvi fosfatazanın (QF) səviyyəsini müqayisə edərkən, klimakterik sindromdan əziyyət çəkən bütün qrup qadınlarda bu fermentin aktivliyinin artması tendensiyasının baş verdiyi müəyyən olunmuşdur. QF-in orta səviyyəsi nəzarət qrupu ilə müqayisədə I qrupda $1,1\%$, II qrupda- $3,3\%$, III qrupda- $7,6\%$ yüksək olmuşdur ($p < 0,05$).

Klimakterik sindromlu 126 qadıncıqdan disfunksional uşaqlıq qanaxması olan $76(80,31\%)$ qadına hemostatik və diaqnostik məqsədlə qaşınma aparılmışdır. Xəstələr arasında endometrin hiperplastik prosesləri üstünlük təşkil etmişdir. $31(40,78\%)$ xəstədə hiperplastik proses qeydə alınmışdır. Bu xəstələr arasında atipiyə qeydə alınmamışdır. Poliplər və vəzili-kistoz polipləri olan xəstələrin sayı uyğun olaraq, $18(23,69\%)$ və $27(35,53\%)$ təşkil etmişdir.

Aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, I qrup xəstələrdə depressiv vəziyyətlər qeydə alınmamışdır. II qrupda $6(14,3 \pm 5,4\%)$, III qrupda $10(43,5 \pm 10,3\%)$ nəfər depressiyalardan əziyyət çəkmişdir. Həyəcan hissi, narahatçılıq I, II və III qruplarda uyğun olaraq $2(3,3 \pm 2,3\%)$, $12(28,6 \pm 7,0\%)$ ($p_1 < 0,001$), $9(39,1 \pm 10,2\%)$ ($p_1 < 0,001$) nəfər olmuşdur. Tənhalıq hissəsinə görə II qrup xəstələr üstünlük təşkil etmişdir. Onların sayı $20(47,6 \pm 7,7\%)$ ($p_1 < 0,01$). Qıcıqlanmaya görə də II qrup xəstələrin sayı yüksək olmuş, $31(73,8 \pm 6,8\%)$ ($p_1 < 0,001$) təşkil etmişdir.

Müayinə olunan qadınlara təqdim olunan sorğu cədvəli əsasında modifikasiya olunmuş menopauzal indeks hesablanarkən məlum olmuşdur ki, emosional qeyri-sabitlik daha çox orta və ağır dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda özünü göstərmişdir. Orta menopauzal indeks yüngül dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda $6,1 \pm 0,2$, orta dərəcəli klimakterik sindrom- $13,5 \pm 0,4$ ($p_1 < 0,001$) və ağır dərəcəli klimakterik sindrom- $16,3 \pm 0,8$ ($p_1 < 0,001$) ball olmuşdur. Əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi, yorğunluğun ballarla ölçülməsi I qrupda 2,8-3,0 ball, II qrupda 1-2 ball və III qrupda 1-3 ball arasında tərəddüd etmişdir.

Narahatçılıq göstəricilərinin dinamikasının tədqiq olunması üçün Spilberqer-Xanin şkalasından istifadə olunmuşdur. Əldə olunmuş nəticələr cədvəl 1-də əks olunmuşdur.

Cədvəl 1

Müayinə olunan qadınlarda Spilberqer-Xanin testi üzrə orta narahatçılıq göstəricilərinin dinamikası

Müayinə qrupları	Testin göstəriciləri (ballarla)	
	Situasiya narahatlığı	Şəxsi narahatlıq
I qrup (n=61)	$45,5 \pm 1,7$ (44-47)	$43,6 \pm 1,5$ (42-45)
II qrup (n=42)	$54,5 \pm 1,6^{***}$ (48-61)	$51,0 \pm 1,7^{***}$ (45-57)
III qrup (n= 23)	$64,5 \pm 2,5^{***}$ (58-71)	$67,5 \pm 3,6^{***}$ (60-75)
Nəzarət qrupu (n=20)	$43,6 \pm 2,2$ (39-45)	$38,8 \pm 1,9$ (32-45)

Qeyd: nəzarət qrupu ilə fərqi statistik dürüslüyü: *** – $p < 0,001$.

Əldə olunmuş nəticələrdən görünür ki, fizioloji klimaks olan qadınlarda reaktiv və şəxsi narahatçılığın orta həddi (uyğun olaraq $43,6 \pm 2,2$ ball və $38,8 \pm 1,9$ ball) qeydə alınmışdır. Hər qrup üçün göstəricilər təhlil edildikdə I qrupda narahatçılığın orta səviyyəsi qeydə alınmışdır. Situasiya narahatçılığın və şəxsi narahatçılığın yuxarı səviyyəsi olan qadınlardan sayı 39 ($63,9 \pm 6,1\%$) olmuşdur. II və III qruplarda dürüst yüksək situasiya narahatçılığı və şəxsi narahatçılıq qeydə alınmışdır.

Diqqətin pozulmasına görə xəstələrin sayı I, II və III qruplarda uyğun olaraq $16(26,2 \pm 5,6)$, $29(69,0 \pm 7,1)$ ($p_1 < 0,001$), $17(73,9 \pm 9,2)$ nəfər ($p_1 < 0,001$) olmuşdur. Yaddaşın zəifləməsi göstəricisi aşağıdakı kimi olmuşdur: I qrupda- $28(45,9 \pm 6,4)$, II qrupda- $23(54,8 \pm 7,7)$, III qrupda-

18(78,3±8,6) nəfər olmuşdur. Ünsiyyətdə çətinlik göstəricisinə görə I qrupda xəstələrin sayı yüksək- 31(50,8±6,4) nəfər olmuşdur. Ailədə və işdə çətinlik göstəriciləri II qrupda yüksək olmuşdur. Uyğun olaraq bu qadınların sayı 18(42,9±7,6) ($p_1 < 0,001$) və 24(57,1±7,6) nəfər ($p_1 < 0,05$) olmuşdur.

Əhval-ruhiyyənin dəyişkənliyi və emosional davamsızlıqdan II qrup xəstələr daha çox əziyyət çəkmişlər, onların sayı 19(45,2±7,7) nəfər ($p_1 < 0,001$) təşkil etmişdir. I və III qruplarda bu göstərici uyğun olaraq 4(6,6±3,2) və 9(38,1±10,2) ($p_1 < 0,001$) qeydə alınmışdır.

Qeyd olunan nəticələrdən məlum olur ki, klimakterik sindromun bütün dərəcələrində yumurtalıqların ölçüləri nəzarət qrupunun həmin göstəricilərindən fərqlənir. Belə ki, I qrupda, yəni yüngül dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlarda yumurtalıqların uzunluğu 23,0±1,77 mm, orta və ağır dərəcəli klimakterik sindrom olan qadınlarda uyğun olaraq 22,5±1,08 və 21,2±1,17 mm olmuşdur. Nəzarət göstəriciləri ilə fərq uyğun olaraq 8,5, 10,5 və 15,7% olmuşdur. Klimakterik sindrom ağırlaşdıqca yumurtalıqların en və qalınlıq göstəricilərinin aşağı düşməsi tendensiyası müşahidə olunmuşdur. I, II və III qrup xəstələrdə orta enin ölçülərində nəzarət qrupu ilə müqayisədə fərqlər 7,4, 9,3 və 13,2% olmuşdur. I qrupda orta qalınlıq nəzarət qrupu göstəriciləri ilə müqayisədə 9,8%, II qrup 12,6% və III qrup 20,0% ($p < 0,05$) olmuşdur. Yumurtalıqların həcmi müqayisə edildikdə analogi mənzərə qeydə alınmışdır. Orta hesabla bu göstərici nəzarət qrupu ilə müqayisədə yüngül dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda 1,4 dəfə ($p < 0,05$), orta klimakterik sindrom olan qadınlarda- 1,7 dəfə ($p < 0,01$), ağır dərəcəli- 2,1 dəfə ($p < 0,001$) dürüst aşağı olmuşdur.

Müayinə zamanı 17 mm-ə bərabər olan yumurtalıqların minimal uzunluğu I qrupda 14,8±4,5% (9 qadın), II qrupda- 47,6±7,7% halda (20 qadın), III qrupda- 78,3±8,6% halda (18 qadın) vizualizə olunaraq aşkar olmuşdur. Yumurtalıqların minimal eni (15 mm) və qalınlığı (15 mm) I qrupda 20(32,8±6,0%) və 24(39,3±6,3%) qadında, II qrupda- 18(42,9±7,6%) və 21(50,0±7,7%), III qrup qadınlarda minimal eni (13 mm) və qalınlığı (15 mm) uyğun olaraq 16(73,9±9,2%) və 18(78,3±8,6%) qadında vizualizə olunmuşdur. Uyğun olaraq bütün qruplarda yumurtalıqların ölçülərinin azalması qeydə alınmışdır, lakin II və III qrup qadınlarda nəzarət qrupu ilə müqayisədə cüzi fərqlər müşahidə olunmuşdur.

Klimakterik pozuntular aşağıdakılardan ibarətdir:

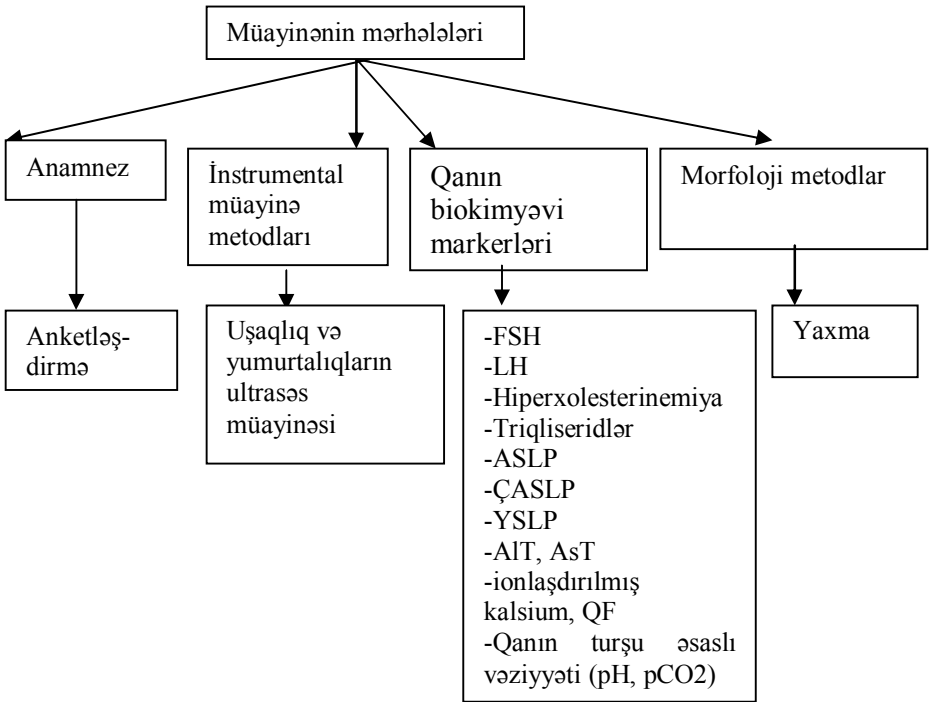
-vazomotor: istilikbasmalar, titrəmə, yüksək tərləmə, baş ağrıları, hipotoniya və ya hipertenziya, ürək döyüntülərinin sürətlənməsi;

-emosional-vegetativ pozuntular: qıcıqlanma, yuxuculluq, zəiflik, narahatçılıq, depressiya, yaddaşın zəifləməsi, diqqətsizlik, libidonun aşağı düşməsi;

-urogenital: uşaqlıq yollarında quruluq, cinsi əlaqə zamanı ağrılar, qaşınma və yandırma, uretral sindrom, sidiyi saxlaya bilməmək;

-dəri: dırnaqların kövrəkliyi, qırıqlar, saçların tökülməsi.

Hesab edirik ki, yüksək klimakterik sindromun inkişaf riski olan qadınların aşkar olunması üçün diaqnostik meyarlar aşağıdakılardan ibarətdir: anamnestic (menarxe yaşı, irsiyyət, metabolizmə təsir edə biləcək keçirilmiş xəstəliklər, peşə zərərləri); obyektiv; laborator; yumurtalıqların ultrasəs müayinəsi (ölçüləri və həcmi) (Şəkil).



Şək. Klimakterik sindrom olan qadınların diaqnostikasının əsas mərhələləri

Klimakterik sindromu xarakterizə edən əlamətlər qiymətləndirilərkən əsas qrupda klimaksın mərhələsi və klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi, eləcə də yağlar mübadiləsindən asılı olaraq müalicə tətbiq olunmuşdur. Müqayisə qrupundakı qadınlara isə yalnız klimakterik

sindromun klinik təzahürləri ilə əlaqədar olaraq müalicə tətbiq olunmuşdur. Aparılan kompleks müalicə tədbirləri şərti olaraq medikamentoz və qeyri-medikamentoz müalicələrə ayrılmışdır. Hormonal və qeyri-hormonal müalicələr klimakterik sindromun mərhələsi və ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq differensasiya olunmuş şəkildə aparılmışdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, mübadilə proseslərinin pozulmaları ilə əlaqədar aparılan müalicə tədbirləri əsasən kompleks və fərdi xarakter daşımalıdır.

Klimakterik sindromlu qadınların hormonal müalicələri aşağıdakı kimi aparılmışdır:

1.Vaxtından əvvəl menopauzada olan qadınlara Femoston® 1/10 preparatı tətbiq olunmuşdur. Çünki onun tərkibində estrogenlər iki dəfə azdır. Ədəbiyyat göstəricilərinə əsasən metabolik sindromlar zamanı onun tərkibinə 17β-estradiol+didrogesteron daxil olduğu üçün ona göstərişlər vardır. Belə preparat mübadilə proseslərinə cüzi təsir göstərir. Preparat ağ və boz tabletlərdən ibarətdir. Preparat 28 günlük siklin 14-cü günündən ağ tablet gündə 1 dəfə eyni vaxtda qidalanma vaxtından asılı olmayaraq təyin olunur. Digər 14 gün ərzində həmin qaydada boz tabletlər qəbul olunur. Klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq preparat 3-6 ay təyin oluna bilər.

2.Premenopauzada olan ağır gedişatlı klimakterik sindroma malik qadınlara estrogen- androgen preparat Gynodian® Depot təyin olunur. Preparat əzələ daxilinə gündə 4 həftədən bir yeridilir. Terapevtik effektə, eləcə də klimakterik sindromun stabil gedişatına nail olunduqda Transdermal plastırlarından istifadə olunur. Klimara plastırı 7 gün ərzində bud və ya oma nahiyəsində dəriyə yapışdırılır

3.Menopauzada olan qadınlara Femoston® 1/5 preparatı 5-6 ay ərzində tətbiq olunmuşdur. Hər bir qadın ilə fərdi söhbətlər aparılmışdır, lakin buna baxmayaraq bəzi qadınlar müsbət effekt əldə olunan kimi hormonal müalicədən imtina etmişlər. Onlara fitohormonal müalicələr (Feminal) təyin olunmuşdur.

Klimakterik sindrom zamanı hormonal terapiyanın məqsədi baş verən hormonal çatışmazlığı kompensasiya etməkdən ibarətdir. Hormonal müalicənin fərdi seçimi müalicəyə başlamazdan əvvəl mövcud olan klimakterik sindromun simptomları toplusuna, aybaşıya bənzər qanaxmaların olub-olmamasına əsaslanır. Bu da öz növbəsində hormonal terapiyanın vaxtını planlaşdırmağa və onun son məqsədini müəyyən etməyə imkan verir. Klimaksın əsas profilaktika və müalicə metodu cinsi steroid hormonlardan istifadəsi əsasında əvəzedici hormonal terapiyadan ibarətdir. Feminal ilə müalicədən əvvəl 63(100%) nəfərdə istilikbasma olmuşdursa, müalicədən sonra onların sayı 28(44,7±6,3%) nəfərə qədər azalmışdır.

Tərləmə müalicədən əvvəl 53(82,5±4,8%) nəfərdə, müalicədən sonra 20(31,7±5,3%) nəfərdə qeydə alınmışdır. Baş ağrıları, başda ağırlıq hissi müalicədən əvvəl 16(25,4±5,5%), müalicədən sonra 6(9,5±3,7%) qadında olmuşdur. Baş fırlanması, qulaqlarda küy kimi klimakterik sindrom əlamətləri müalicədən əvvəl 33(52,4±6,3%), müalicədən sonra 25(39,7±6,2%) qadında baş vermişdir. Ürək döyüntüsü, hava çatışmazlığı kimi hisslər uyğun olaraq müalicədən əvvəl 45(71,4±5,7%) və 32(50,8±6,3%), müalicədən sonra isə 20(31,7±5,9%) və 18(28,6±5,7%) nəfərdə qeydə alınmışdır. Paresteziya, oynaq və əzələlərə ağrılar da uyğun olaraq müalicədən əvvəl 44(69,8±5,8%) və 16(25,4±5,5%), müalicədən sonra 19(30,2±5,8%) ($p_0<0,001$) və 7(11,1±4,0%) xəstədə ($p_0<0,05$) qeydə alınmışdır. Yuxunun pozulması halları müalicədən əvvəl 15(23,8±5,4%), müalicədən sonra 5(7,9±3,4%) xəstədə baş vermişdir ($p_0<0,05$). Əsəbilik və depressiya halları uyğun olaraq müalicədən əvvəl 10(25,4±5,5%) və 8(12,7±4,2%) nəfərdə müalicədən sonra 11(17,5±4,8%) və 9(7,9±3,4%) nəfərdə qeydə alınmışdır. Göründüyü kimi feminal neyrovegetativ və psixoemosional pozulmalara müsbət effektiv təsir göstərmişdir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Feminal ilə müalicə fonunda orta və ağır dərəcəli klimakterik sindromlu qadınlarda lipid spektri göstəricilərinin dinamikası

Göstəricilər, mmol/l	Orta dərəcəli klimakterik sindromlu xəstələr (n=20)		Ağır dərəcəli klimakterik sindromlu xəstələr (n=13)	
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən sonra	Müalicədən əvvəl	Müalicədən sonra
XS	6,68±0,42	6,50±0,34	9,51±0,46	7,40±0,41 ^^
TQ	3,11±0,14	2,51±0,09 ^^	4,71±0,19	3,11±0,12 ^^^
ÇASLP	1,61±0,06	1,60±0,05	1,79±0,07	1,37±0,04 ^^^
ASLP	4,80±0,21	4,49±0,19	6,18±0,27	5,85±0,24
YSLP	0,72±0,03	0,97±0,04	0,70±0,04	0,83±0,04 ^

Qeyd: müalicədən əvvəlki göstəricilər ilə fərqi statistik dürüslüyü: ^- $p_0<0,05$; ^^ - $p_0<0,01$; ^^^ - $p_0<0,001$

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi müalicə fonunda ümumi XS və TQ-nin müəyyən qədər aşağı düşməsinə baxmayaraq feminal qəbul edildikdə lipid profili nəzərəcarpacaq şəkildə dəyişməmişdir

Klimakterik sindromlu xəstələrdə metabolik pozuntuların korreksiyası məqsədilə tərəfimizdən müalicə sxemi təklif olunmuşdur. Bu müalicə sxemi menopauzanın dövrləri və klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq tərtib olunmuşdur. Müalicə sxeminə Xofitol, Espa Lipon200 və Likopen (per os) preparatları daxil edilmişdir. Xofitol klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq tablet şəklində daxilə, venadaxili və əzələdaxili (damcı üsulu ilə 2,0 və 2,5 ml) təyin olunmuşdur.

Vaxtından əvvəl menopauza olan (I qrup) və klimakterik sindromun birinci ağırlıq dərəcəsi olan xəstələrə Xofitol 1 tablet olmaqla gündə 3 dəfə, Espa Lipon 200 1 tab. gündə 1 dəfə, Likopen 1 kap. gündə 1 dəfə təyin olunmuşdur. İkinci ağırlıq dərəcəsi olan xəstələrə Xofitol 2,0 ml əzələdaxili, Espa Lipon 200 1 tablet 2 dəfə, Likopen 1 kap. gündə 2 dəfə, üçüncü ağırlıq dərəcəsi olan klimakterik sindromlu xəstələrə Xofitol 2,0 ml əzələdaxili, Espa Lipon 200 1 tab. 2 dəfə, Likopen 1 kap. olmaqla 2 dəfə təyin olunmuşdur.

Premenopauza dövründə olan xəstələrə (II qrup) klimakterik sindromun birinci ağırlıq dərəcəsi zamanı Xofitol 1 tablet olmaqla gündə 3 dəfə, Espa Lipon 200 1 tab. 1, Likopen 1 kap. gündə 1 dəfə təyin olunmuşdur. Klimakterik sindromun ikinci ağırlıq dərəcəsi zamanı Xofitol 2,0 ml əzələdaxili, Espa Lipon 200 1 tab. gündə 2 dəfə, Likopen 1 kap. gündə 2 dəfə, üçüncü ağırlıq dərəcəsi olduqda 200,0 ml 0,9% NaCl ilə Xofitol 2,5 ml venadaxili (damcı üsulu ilə), Espa Lipon 200 1 tab. gündə 2 dəfə, Likopen 1 kap. 2 dəfə təyin edilmişdir

III qrup qadınlara (menopauza) klimakterik sindromun birinci ağırlıq dərəcəsi zamanı Xofitol 2,0 ml əzələdaxili, Espa Lipon 200 1 tab. 1 dəfə, Likopen 1 kap. gündə 1 dəfə, ikinci ağırlıq dərəcəsi olan qadınlara Xofitol 2,0 əzələdaxili, Espa Lipon 200 1 tab. gündə 3 dəfə, Likopen 1 kap. gündə 2 dəfə, üçüncü ağırlıq dərəcəsi olan xəstələrə 200.0 ml 0,9% NaCl ilə Xofitol 2,5 ml venadaxili (damcı üsulu ilə), Espa Lipon 200 1 tab. gündə 2 dəfə, Likopen 1 kap. 2 dəfə təyin edilmişdir.

Beləliklə, şəxsi tədqiqatlar və ədəbiyyatdakı məlumatlar nəzərə alınmaqla klimakterik sindromun müalicə proqramına aşağıdakılar aid edilir: əmək və istirahətin rasionallıq rejimi; rasionallıq qidalanma; rasionallıq psixoterapiya, autotreninq; sakitləşdirici vasitələr, trankvilizatorlar, neyroleptiklər, antidepressantlarla müalicə; fizioterapevtik müalicə və müalicəvi bədən tərbiyyəsi; β -adrenoblokatorlarla müalicə; hormonal terapiya; sümük pozulmalarının müalicəsi.

NƏTİCƏLƏR

1. Klimakterik dövrdə hormonal disbalans (FSH/LH)- 0,583 ($p < 0,01$) fonunda klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi asılı olaraq qadınlarda 87% hallarda lipidlər mübadiləsində pozuntular qeydə alınır. Dislipidemiya proseslərinin müayinəsindən məlum olmuşdur ki, ÇASLP 1,4 və ASLP 1.1 dəfə azalmış və YXLP 1,5 dəfə (51,7% ($p < 0,01$)) artmışdır.

2. Klimakterik sindromun ağırlıq dərəcəsi psixoemosional, neyro-vegetativ və endokrin-mübadilə proseslərinin pozulmasına düz mütənasibdir.

3. Klimakterik sindromun əmələ gəlməsində və ağırlaşmasında risk faktorları bunlardır: ginekoloji xəstəliklər (xüsusən hormonal pozuntularla müşayiət olunan xəstəliklər) (100%), somatik xəstəliklər (xüsusilə maddələr mübadiləsi pozuntuları ilə müşayiət olunan endokrin xəstəliklər) (69,0±4,1%): ürək-damar sistemi xəstəlikləri (31,7±4,1%), irsi faktorlar (50,0±4,5%), peşə və əməyin təşkili (33,3±4,2%).

4. Klimakterik sindrom və metabolik proseslərin pozulması nəticəsində qaraciyər lipidlərində dəyişikliklər (AIT- 26,58±0,84 ($p < 0,01$), AsT 19,85±0,64 ($p < 0,01$)) baş verir ki, bunlar da oksidləşmə stressinin artması və antioksidant sistemin pozulmasına səbəb olur.

5. Klimakterik dövrdə olan qadınlar xüsusi diaqnostik alqoritm üzrə müayinə və patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış şəkildə müalicə olunmalıdırlar: hormonal sistem, metabolik sistem, psixoemosional və neyro-vegetativ status.

6. Aparılan müalicə tədbirləri menopauzanın dövrlərinə uyğun olmalıdır (vaxtından əvvəl menopauza, premenopauza, menopauza). Əsas qrupda müalicənin effektivliyi 92% təşkil etmişdir. Bu da patogenetik müalicənin effektivliyini təsdiq edir. Uyğun müalicə tədbirləri ilə yanaşı klimakterik sindromun profilaktikasında metabolik pozuntuların korreksiyası da daxil edilməlidir. Klimakterik sindromun diaqnostika alqoritm: anamnezin öyrənilməsi→LH, FSH-ın müəyyən olunması→yumurtalıqlar və uşaqlığın ətraflı xarakteristikası ilə kiçik çanaq orqanlarının USM-i→qanda lipidlərin müəyyən olunması→digər biokimyəvi markerlər (ionlaşdırılmış kalsium, QF, TƏV, AIT, AsT).

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Klimakterik sindroma şübhəli olan xəstələrdən anamnez toplanarkən xəstənin irsiyyət, mamalıq-ginekologiya anamnezi və metabolik pozuntuların vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

2. Klimakterik sindromun risk qrupuna vegetativ-psixonevroloji pozuntular, aybaşı sikli pozuntuları olan qadınları daxil etmək lazımdır, başqa sözlə klimakterik sindromun diaqnozu üçün dürüst olan simptomları nəzərə almaq lazımdır.

3. Klimakterik sindromun diaqnostikası üçün hipotalamus-hipofizaryumurtalıq sisteminin standart müayinə metodlarından başqa lipidlərin metabolizmini müayinə etmək lazımdır.

4. Klimakterik sindromun profilaktik tədbirlərini keçirmək məqsədilə aşağıdakı yüksək risk faktorları təyin edilmişdir: klimakterik sindromun daha erkən manifestasiyası ilə müşayiət olunan orta-ağır gedişat, qabarıq mübadilə-endokrin və damar pozuntuları, ekstragenital (hipertoniya xəstəliyi, osteoxondroz, hepatobiliar sistem, mübadilə-endokrin xəstəlikləri) və ginekoloji (uşaqlıq miomalari, disfunksional uşaqlıq qanaxmaları, endometriumun dəyişməsi) xəstəlikləri.

5. Klimakterik sindromun patogenetik cəhətdən əsaslanmış müalicəsi aparılmalıdır, buraya hormonal müalicə, metabolik pozuntuların korreksiyası və psixoemosional statusun yaxşılaşdırılması tədbirləri daxil edilməlidir.

DİSSERTASIYA MÖVZUSUNA DAİR NƏŞR EDİLMİŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI

1. Метаболические проявления климактерического синдрома // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2009, №4, səh.34-38 (həmmüə. İ.A.Şamxalova).

2. Klimakterik sindromun diaqnostikasının meyarları və alqoritmi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2010, №2, səh.117-121.

3. Klimakterik pozuntular zamanı bəzi müalicə-profilaktika tədbirlərinin tətbiqinin effektivliyi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2010, №4, səh.26-29.

4. Особенности метаболических изменений при климактерических расстройствах // Metabolizm jurnalı, 2010, №3, səh.28-32.

5. Критерии риска развития климактерического синдрома // Azərbaycan tibb jurnalı, 2010, №2, səh.80-83.

6. Основные показатели клинических проявлений женщин с климактерическим синдромом / Prof. Z.M.Hüseynovun 110 illik yubileyinə həsr olunmuş mamalıq, ginekologiya, prenatalogiya patologiyalarının bəzi məsələləri mövzusunda Respublika elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu.- Bakı, 2010, səh.154-156.

7. Klimakterik sindrom olan qadınlarda psixoloji-emosional statusun qiymətləndirilməsi // Sağlamlıq, 2010, №3, səh.196-199.

8. Klimakterik sindromun müayinə və müalicəsinə müasir yanaşma / 7 Aprel Sağlamlıq gününə həsr olunmuş elmi-praktik seminarın tezis materialları.- Bakı, 2011, səh.10-13.

9. Klimakterik yaşda olan qadınların müayinə və müalicə metodlarının müasir aspektləri. Metodik vəsait.- Bakı, 2011, 33 s.

10.Возможные формы коррекции и профилактики климактерического синдрома в зависимости от степеней тяжести // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2011, №1, səh.155-160.

11.Современные методы коррекции и профилактики климактерического синдрома // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2011, №2, səh.136-139.

12.Профилактические и лечебные мероприятия климактерического синдрома у женщин с метаболическими нарушениями // Терапевтический вестник (Qazaxstan), 2012, №02(34), səh.49-51.

13.Klimakterik sindrom zamanı baş verən metabolik pozuntuların diaqnostikası, korreksiyası və profilaktikası // Sağlamlıq, 2013, N2, səh.99-106.

14.Klimakterik sindrom zamanı baş verən metabolik pozuntuların profilaktikası / Z.Əliyevanın 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik seminarın tezisləri.- Bakı, 2013, səh.18-19.

МЕХСЕТИ ХАНУМ ИСМАИЛ КЫЗЫ ИСМАИЛОВА

ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

РЕЗЮМЕ

Цель исследования изучить эндокринно- метаболические нарушения при климактерическим синдроме, разработать оптимальную тактику исследований и лечений этих больных.

Обследовано 146 женщин в возрастном периоде от 35 до 52 лет, из которых 126 были с клиническими проявлениями климактерических нарушений и 20 с физиологическим течением климактерия.

Из обследованных 126 женщин с климактерическим синдромом у 23 (18,25±5,05%, $p \leq 0,001$) отмечалась преждевременная менопауза, 42 (33,33±7,27%, $p \leq 0,001$) пациенток находились в пременопаузе, 61 (48,41±6,40%, $p \leq 0,001$) пациенток – в менопаузе.

При изучении психо-эмоционального статуса этих больных выявлено, что оценка по шкале Спилберга-Ханина выявила достоверно более высокий уровень ЛТ и РТ у пациенток со средней и тяжелой степенями КС.

Был создан алгоритм диагностики больных: изучение анамнеза→определение ФСГ, ЛГ→УЗИ гениталий с детальной характеристикой яичников и матки→определение липидов крови→других биохимических маркеров.

В процессе исследования мы изучили влияние препарата феминал на течение климактерического синдрома у 60 обследованных. Коррекция феминалом проводилась в дозировке 1 капсула в день. В результате проведенного лечения отмечалось прекращение и/или снижение числа приливов в 3 раза: до лечения у 63 (100%), после лечения у 28 (44,4±6,3%) больных. До лечения парестезии отмечались у 44 (69,8±5,8%) и 16 (25,4±5,5%), а после лечения у 19 (30,2±5,8%) ($p_0 < 0,001$) и 7(11,1±4,0%) ($p_0 < 0,05$) нарушение сна сохранялось у 5 (7,9±3,4%), головные боли у 6 (9,5±3,7%). Изменения липидного профиля при применении феминала были не столь значимыми, несмотря на некоторое снижение на фоне лечения общего ХС и ТГ. Как видно, терапия феминалом эффективно влияла на нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения.

MEHSETI KHANUM ISMAIL ISMAILOVA

DIAGNOSIS, CORRECTION AND PREVENTION OF METABOLIC ABNORMALITIES IN CLIMACTERIC SYNDROME

SUMMARY

The purpose of the study to examine endocrine and metabolic disturbances in kliaktericheskim syndrome, to develop the optimal tactics of investigation and treatment of these patients.

A total of 146 women in the age period of 35 to 52 years, of whom 126 were symptomatic menopausal disorders and 20 with physiological menopause.

126 women with climacteric syndrome in 23 (18,25±5,05%, $p \leq 0,001$) were observed premature menopause, 42 (33,33±7,27%, $p \leq 0,001$) patients were premenopausal, 61 (48,41±6,40%, $p \leq 0,001$) patients - in menopause.

In the study of psycho-emotional status of these patients showed that the estimate of the scale of the Spielberger-Hanin revealed significantly higher levels of LT and RT in patients with moderate and severe degrees of the COP.

It was established diagnostic algorithm of patients: a survey study of history → determination of FSH, LH → ultrasound genitals with the detailed characteristics of ovarian and uterine blood lipid determination → other biochemical markers.

In the course of the study, we examined the effect of the drug on the course of climacteric syndrome feminal in 60 patients. The correction carried out in dosage feminalom 1 capsule per day. As a result of cessation of treatment indicated and / or the number of hot flushes 3 times: before the treatment in 63 (100%) after treatment in 28 (44,4±6,3%) patients. Before treatment paresthesias noted in 44 (69,8±5,8%) and 16 (25,4±5,5%), and after treating in 19 (30,2±5,8%) ($p_0 < 0,001$) and 7 (11,1±4,0%) patients ($p_0 < 0,05$). Sleep disturbance persisted in 5 (7,9±3,4%), headache in 6 (9,5±3,7%). Changes in lipid profile in the application feminala were not as significant, despite a slight decline during treatment with total cholesterol and triglycerides. As can be seen, therapy feminalom effectively influence the neurovegetative and psycho-emotional disorder.

Çap edilmə tarixi: 16.12.2013

Əla növ kağız

Kağız formatı: 60x84^{1/16}

Sifariş: 465, Tiraj: 100

**Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir**

Tel.: 595-55-76

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

МЕХСЕТИ ХАНУМ ИСМАИЛ кызы ИСМАИЛОВА

**ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ
КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

3215.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

**Диссертации на соискание научной степени доктора
философии по медицине**

БАКУ – 2013