

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

HEALTH MINISTRY of AZERBAIJAN REPUBLIC

SAGLAMLIQ



ЗДОРОВЬЕ



HEALTH

Elmi-praktik jurnal

Научно-практический журнал

Scientific-practical journal

№ 6

1995-ci ildən nəşr olunur.

Основан в 1995-году.

Established by 1995.

BAKI * BAKU * BAKU

*** 2016 ***

*MÜNDƏRİCAT * ОГЛАВЛЕНИЕ * CONTENTS *

* ƏDƏBİYYAT İCMALLARI * ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ *
* LITERARY SURVEYES *

1. Ибрагимли Ф.И., Исмайылов Ю.Б., Гараева С.Г., Мехтиева Д.Ф. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	7
2. Hüseynova Z. S. ADƏTİ DÜŞÜKLƏRİN ENDOKRİN FAKTORLARI.....	11
3. Ələsgərova F.Ə., Məmmədova A.M., Quliyeva L.X., Əliyev M.M. QIRMIZI YASTI DƏMROVUN ETİOLOGİYA VƏ PATOGENEZİ (icmal).....	19

* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS *

4. Пишанов Р.Т., Полищук Н.Е., Этибарлы С.А., Новрузов Э.Г., Гараев И.Д. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ.....	23
5. Allahverdiyev V.A. XORA MƏNŞƏLİ KƏSKİN QASTRODUODENAL QANAXMALARIN KONSERVATİV TERAPİYASI ZAMANI İMMUNTƏNZİMLƏYİCİ VASİTƏLƏRİN TƏTBİQİ.....	27
6. Hacıyev K.Ə. DALAĞIN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI SPLENEKTOMİYADAN SONRAKİ ERKƏN DÖVRDƏ HUMORAL İMMUNİTET GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DƏYİŞMƏ DİNAMİKASI.....	32
7. Hüseynov C.H., Hüseynəliyev A.H, Məmmədov A.Q., Dünyamalıyev Q.İ., Yusifzadə K.R. TƏNƏFFÜS VƏ HƏZM YOLLARINDA RAST GƏLİNƏN YAD CİSİM HADİSƏLƏRİNİN RETROSPEKTİV TƏHLİLİ.....	36
8. Müseyibov F.M., Benay Tokman Yıldırım AMELOBLASTOMALARDA TWIST, SNAIL, E-KADERİN VƏ İNTEQRİN B-1 EKSPRESİYASININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....	41
9. Reshad GÜVALOV, Sinan ATMACA, Serife TUTUNCU, Abdurrahman AKSOY ANTIOXIDANT EFFECT OF POMEGRANATE EXTRACT IN REDUCING ACUTE INFLAMMATION DUE TO MYRINGOTOMY.....	46
10. Гаджиева И.А. ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ПРЕПАРАТОМ «УЛИПРИСТАЛ АЦЕТАТ» ПО ДАННЫМ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	57
11. Yusifli R. Ə., Məmmədova F. D., Xəlilova X. Ə., Aliyeva K. R., Azayeva H.P. XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ AĞIR ÖDEM SİNDROMLU DEKOMPENSASIYANIN BAŞ VERMƏ SƏBƏBLƏRİ VƏ MÜALİCƏSİNİN ƏSASLARI.....	61
12. Гумбатова А.Н., Алнева Б.А. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩИХ ФЕРМЕНТОВ.....	67
13. Фараджева Н.А., Султанова С.С., Исмаилова Н.Р., Гусейнова Н.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЙЛЕНОНА У БОЛЬНЫХ С ИБС И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	71
14. Pənahova G.İ.	

- 7-10 YAŞLI MƏKTƏBLİLƏRDƏ ARTERIAL TƏZYİQ, MİOKARD İNDİKATORU VƏ BƏDƏN KÜTLƏSİ İNDEKSİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN SƏVİYYƏSİNİN PAYLANMASI.....76
- 15. Əlirzayeva F.V., Mahmudova S.Y.**
ALLERGİYASI VƏ DİSBAKTƏRİOZU OLAN XƏSTƏLƏRİN QAN ZƏRDABINDA TH2 SİTOKİNLƏRİNİN SƏVİYYƏSİ.....82
- 16. Мамедова Г.С., Мамедханова И.А.**
КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....87
- 17. Агаева Э.М., Нариманов В.А., Байрамов А.Г., Джавадов С.С., Бахышова Е.А.**
ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....92
- 18. Раджабов М.А.**
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИ СВЯЗАННОЙ С СЕМЕЙСТВОМ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ (ENTEROBACTERIACEAE) НА ТЕРРИТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА В ПЕРИОД С 2012-2015 гг.....96
- 19. Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Mirzəyev Y.A., Fərəcova G.Z., Məhərrəmov V.V.**
HƏQİQİ AKANTOLİTİK PEMFİQUS XƏSTƏLƏRİNİN SİSTEMİK QLUKOKORTİKOİD PREPARATLARI İLƏ MÜALİCƏLƏRİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI.....101
- 20. Алиева Г.З.**
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФОНОВОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В.....106
- 21. Bayramli Z.S.**
UCAR RAYONUNDA VİRUSLU HEPATİTLƏRİN EPİDEMİOLOGİYASINA DAİR.....111
- 22. Abdullayev A.A.**
BİSİTOPENİYA MÜƏYYƏN OLUNMUŞ XƏSTƏLƏRDƏ ETİOLOJİ SƏBƏBLƏRİN ARAŞDIRILMASI.....114
- 23. Əhmədov G.Ə.**
UŞAQLARDA İNSAN LEYKOSİTAR ANTİCİSİM SİSTEMİNİN DR-DQ2 SEROTİPİ VƏ İNSULİNDƏNASILI ŞƏKƏRLİ DİABETƏ RISK.....119
- 24. İskəndərli M.N., Ertam İ.İ., Ünal İ.K.**
ERİTEMATÖZ TELEANGİEKTATİK ROZASEA XƏSTƏLİYİNİN İPL İLƏ MÜALİCƏSİ.....123
- 25. Валиева С.Т., Гасанов А.И., Рустамова Ш.М., Гылынджова Ф.В.**
ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....128
- 26. Qasimova S.O.**
ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ЗОНЫ.....132

EKSPERİMENTAL TƏBƏBƏT
EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA
EKSPERİMENTAL MEDİCİNE

- 27. Əsgərova A.A., Qarayeva G.Q., Nacıyeva G.Y.**
BÖYRƏK İŞEMİYASININ MÜDDƏTİNDƏN ASILI OLARAQ HEMODİNAMİKADA VƏ QANIN BƏZİ BİOKİMYAVİ GÖSTƏRİCİLƏRİNDƏ BAŞ VERMİŞ DƏYİŞİKLİKLƏR.....142
- 28. Mehdiyeva N.M., Rzayeva A.M.**
QIDA DEPRİVASİYASININ BÖHRAN MƏRHƏLƏSİNDƏ İTLƏRİN MƏDƏ TOXUMASINDA AMİNTURŞU METABOLİZMİNDƏKİ DƏRİ DƏYİŞİKLİKLƏR.....148
- 29. Джафарова Р.Э., Гусейнова Г.А., Полухова Ш.М., Мусаева Э.М.**

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФИТОКОМПЛЕКСОВ «АНТИДИАБЕТ» И «МИРФАЗИН» НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН У ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....155

30. Ибрагимов А.Ш.

КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НЕКОТОРЫХ ОТВЕРСТИЙ И КАНАЛОВ НА ЧЕРЕПАХ АЗЕРБАЙДЖАНЦЕВ.....160

31. Məmmədova İ.Ə.

PRENATAL ONTOGENEZZDƏ ETANOLUN 10 GÜNLÜK DOVŞANLARIN BAŞ BEYNİN MÜXTƏLİF STRUKTURLARININ MİTOXONDRI FRAKSİYALARINDA QAYT MÜBADİLƏSİNƏ XRONİKİ TƏSİRİ.....164

*** SƏNİYYƏNİN TƏŞKİLİ ***

*** ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ***

*** HEALTH ORGANIZATION ***

32. İbrahimli H.İ., Musayev F.İ.

HƏRBİ XİDMƏTƏ ÇAĞIRIŞA QƏDƏR YENİYETMƏLƏRİN STOMATOLOJİ PROBLEMLƏRİNİN SƏCİYYƏLƏRİ.....169

33. Алиева М.А., Агаев Ф.Ф., Ахундов Н.Х.

МОНИТОРИНГ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ 8-12 ЛЕТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕРЕАБИЛИТАЦИИ.....174

34. Sadıqova G.H., Səmədova T.A.

BAĞIRSAQLARIN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ: 2015-Cİ İL RAKURSUNDA.....178

*** ƏCZAÇILIGIN PROBLEMLƏRİ * ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ ***

*** PROBLEMS of PHORMACOLOCY ***

35. Süleymanov T.A., Balayeva E.Z.

ANALİTİK ÜSULUN VALİDASIYA PRİNSİPLƏRİ.....184

*** PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK ***

*** ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ ***

*** HELP to PRACTICAL DOCTOR ***

36. Пашаев А.Ч., Карагёзова К.Ч.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....189

37. Qasımov N.A., Məmmədov M.M., Məmmədov Ş.K.

DƏRİNİN TERMİK YANIĞI ZAMANI AZ İNVAZİV TEXNOLOGİYANIN ATNİOKSİDANT-ARQOSULFANLA BİRLƏŞMƏSİNİN TƏTBİQİ.....194

38. Məhəmmədov Ş.Ə., Rəhimov Ç.R., Davudov M.M., Quliyev.T.R.

ÜZ-ÇƏNƏ NAHİYYƏSİNİN REKONSTRUKTİV CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATLARINDA LAZER DOPPLER FLOUMETRİYA (LDF) MÜAYİNƏ ÜSULUNDAN İSTİFADƏ ETMƏK PERSPEKTİVLƏRİ.....198

*** YUBİLEY * ЮБИЛЕЙ * MUBILEE ***

39. Rafiq Ərşad oğlu Yusifli 70 İL.....202

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И БЕРЕМЕННОСТЬ

**Ибрагимли Ф.И., Исмайылов Ю.Б.,
Гараева С.Г., Мехтиева Д.Ф.**

Азербайджанский Медицинский Университет, Научно-Исследовательский Центр

В настоящее время проблема стрессов приобрела первостепенное значение в жизни современного человека. Стресс является составной частью жизни каждого человека и потому в последнее время в научных исследованиях отмечается непрерывно возрастающий интерес к этой проблеме [8,14]. По данным Всемирной организации здравоохранения 45% всех заболеваний связано со стрессом и частые жалобы при этом депрессия и тревога, головные боли.

Концепция "стресс" первоначально предложена канадским ученым Селье (1936-1979) "Стресс" английское слово обозначающее напряжение. Согласно концепции Селье, стресс - это реакция организма на действие чрезвычайных "сверх-сильных" раздражителей, сумма неспецифических биологических феноменов, возникающих в ответ на воздействия, вызывающие общий адаптационный синдром. Возникающий при стрессе общий адаптационный синдром есть физиологическая реакция на повреждение как таковое, и имеет защитный характер.

В основе общего адаптационного синдрома лежит стандартная биологическая реакция, в которой ведущая роль отводится системе гипофиз - кора надпочечников. Параллельно происходит активизация симпатической нервной системы и мозгового вещества надпочечников. Адаптационный синдром проходит три фазы: тревоги, резистентности и истощения.

В книге "Стресс без дистрессов" (1979) Г.Селье определяет стресс как неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему повышенное требование, адаптация к возникшей трудности независимо от ее характера. В зависимости от сопутствующих условий он разделяет стресс на два типа:

1. Эвстресс (эустресс) – «хороший», конструктивный
2. Дистресс – вредный, деструктивный

Эвстресс оказывает положительное влияние на деятельность, расширяет адаптивные возможности человека. Дистресс также сопровождается расширением адаптивных возможностей, но в результате перенапряжения этих возможностей оказывает разрушительное действие на организм и ведет к истощению.

Исследования Селье и по сей день имеют широкую известность и признание и многие ученые продолжают работу по углубленному изучению стресса как важного научного направления и важного патогенетического фактора в развитии многих заболеваний [17,18,22,24].

В современной научной литературе сущность и механизмы стресса определяются по-разному. Так, по мнению Ф.З.Меерсона (16) стресс это стандартная реакция организма на любой новый фактор окружающей среды, важное звено процесса адаптации и выражается в активации гипофизарно-адреналовой и адренергической системы организма.

По R.Lazarus (31) стресс возникает в жизненно опасных ситуациях, и он подразделяет его на неспецифический (физиологический) и психологический. При этом

первостепенное значение имеет сознательная оценка ситуации и возможность успешных действий для ее преодоления.

Б.М.Федоров (24) рассматривает стресс как генерализованную реакцию напряжения, возникающую под действием угрожающих благополучию организма факторов, приводящих к интенсивной мобилизации его адаптационных возможностей. Развивающаяся при этом генерализованная реакция зависит от характера, силы и продолжительности воздействующих факторов конкретной стрессорной ситуации, исходного состояния организма и его функциональных резервов.

Рассматривая вопрос причины возникновения стресса, следует отметить, что они многочисленны. Так Т.Н. Holmes и R. H. Rahe (30) на основе многолетних исследований составили перечень наиболее частых перемен в жизни, вызывающих стресс. Некоторые из этих причин по эмоциональной значимости приведены в таблице №1.

Таблица №1.

*Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации
(Т.Н. Holmes , R. H. Rahe-1967)*

Событие жизни	Единица Значимости
1. Смерть супруга (супруги)	100
2. Развод	73
3. Разрыв с партнером	65
4. Отбывание наказания в тюрьме	63
5. Смерть близкого родственника	63
6. Травма или болезнь	53
7. Уход на пенсию	45
8. Болезнь члена семьи	44
9. Смена места работы	36
10. Растущие долги	30
11. Конфликты с начальством	23
12. Нарушение сна	16
13. Штраф за нарушение правил уличного движения	12

Из таблицы видно, что наиболее опасными для человека являются психотравмирующие события, обусловленные потерей очень близких людей.

Исследованиями многих ученых выявлены основные механизмы развития стресс-реакции организма [2,16,24]. Установлено, что при действии повреждающих факторов, происходит активация центральной и периферической нервной, а также гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Выраженность изменений зависит от уровня кортикотропин - рилизинг гормона продуцируемого мелкими нейросекреторными клетками и вазопрессина синтезируемого нейронами паравентрикулярного ядра гипоталамуса, и далее поступающих в портальную систему гипофиза. В результате в гипофизе повышается секреция адренкортикотропного гормона, усиливающего секрецию кортизола в коре надпочечников. Параллельно происходящая активация заднего гипоталамуса приводит к повышению тонуса симпатoadреналовой системы, повышается высвобождение норадреналина из окончаний симпатических нервов, и также адреналина из мозгового вещества надпочечников, то есть, в конечном счете, отмечается выраженное повышение уровня катехоламинов в крови. Если стрессовые ситуации длятся долго и соответственно длительное время протекают нейро-эндокринные изменения, то может развиваться атрофия лимфоидной ткани и снижение иммунитета. Подобные изменения в свою очередь являются причиной развития в последующем тех или иных заболеваний.

Научными исследованиями последних лет выявлены механизмы развития расстройств, связанных с такими стрессовыми ситуациями как потеря близкого человека,

военные и стихийные происшествия, вынужденная миграция, изоляции и другие бедствия [1,5,30].

Таким образом, длительная существующая стрессовая ситуация приводит к истощению защитно-приспособительных возможностей человека и при этом могут возникать невротические и соматические заболевания. Анализ литературных данных последних лет показывает, что психоэмоциональный стресс, приобретает характер экологической катастрофы современного общества и превращается из адаптивного явления в звено патогенеза различных заболеваний [6, 8, 13, 21]. На сегодняшний день определено более 1000 заболеваний, связанных с длительным стрессом.

На начальных этапах при длительном психоэмоциональном стрессе нарушение адаптации чаще всего проявляется в развитии пограничных психических расстройств – неврозов [1, 4]. Нарушения психосоматических связей при этом в дальнейшем приводят к развитию соматических заболеваний. Многими исследованиями это показано для большинства сердечно-сосудистых заболеваний болезней дыхательной и пищеварительной систем [13, 28].

Рядом исследователей показано, что лица женского пола иначе реагируют на психоэмоциональный стресс и устойчивость к стрессу ниже, чем у мужчин [5,12]. Согласно статистике у женщин стрессовые расстройства встречаются в три раза чаще и женщины молодого возраста более подвержены развитию депрессий, чем мужчины [12]. Женщины чаще жалуются на чувство напряжения и тревоги, тогда как у мужчин наблюдают расстройства поведения и злоупотребление алкоголем.

Научными исследованиями установлено, что кортикотропин-рилизинг-гормон, эстрогены и лептин играют ключевую роль в разнице ответных физиологических и патофизиологических реакций при стрессе у мужчин и женщин. Показано, что в норме эстрогены оказывают стимулирующее действие на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, однако чрезмерная активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при стрессе оказывает угнетающее действие на репродуктивную систему женщины. Это объясняется тем, что кортикотропин-рилизинг гормон и вырабатываемый под его влиянием эндорфин, а также кортизол, подавляют секрецию гонадотропин-рилизинг-гормона в гипоталамусе, лютеинизирующего гормона в гипофизе и эстрадиола в яичниках. Также установлено, что уровень лептина, вырабатываемого адипоцитами у женщин выше, чем у мужчин и при длительных стрессовых ситуациях его выработка снижается [32].

Таким образом, в силу особенностей физиологии, реакция женского организма на стресс имеет свои особенности и соответственно более высокую степень риска развития различных патологий.

Анализ литературных данных, посвященных изучению клиники и патогенетических механизмов влияния стресса на беременность показал, что эти данные малочисленны и нет практических медицинских рекомендаций для беременных женщин.

В отдельных работах показано, что стресс является одной из причин привычного невынашивания беременности, связанных с развитием аутоиммунных процессов [30].

Изучены вопросы нарушения развития плода у матерей с высоким уровнем стресса во время беременности. Показано, что после подобной беременности рождаются дети с высоким риском развития в последующем заболеваний сердечно-сосудистой системы, висцерального ожирения, сахарного диабета, снижения когнитивных функций, психические расстройства во взрослой жизни [34].

Основной причиной нарушения развития плода является активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и стойко повышенные уровни глюкокортикоидов при стрессовых состояниях. При этом в крови матери накапливается избыточное количество стероидных гормонов, проходящих плацентарный барьер и влияющих на формирующийся мозг ребенка [35].

Имеющиеся литературные данные в основном посвящены изучению особенностей психического состояния женщины во время беременности, и его влияния на развитие ребенка [3,7], психологии беременной женщины [15,33] с психотерапевтическими и психолого-педагогическими рекомендациями [25,26,27]. Однако, как отмечают сами исследователи, пока еще нет адекватного концептуального подхода к изучению этой проблемы.

В комплексных исследованиях состояния женщины во время беременности и соответственно состояния плода, показано, что наиболее опасны для развития ребенка стрессы во втором и третьем триместрах беременности. При этом депрессия в последние месяцы беременности чревато развитием послеродовых депрессий у матери и психических нарушений у ребенка, а также психологических проблем в подростковом возрасте.

В работах многих исследователей психо-аналитиков рассматриваются вопросы психологической подготовки к родам, пренатальной взаимосвязи между матерью и ребенком играющих огромную роль в его физическом и психологическом здоровье. [3, 7, 9, 10, 15, 23, 27, 29, 33]. Психоаналитик доктор Сильвио Фанти в своей книге "Микропсихоанализ" [23] пишет о том, что источники всех проблем человека формируются задолго до его рождения, а именно во время "внутриутробной жизни".

Следует отметить, что указанные исследования по изучению психического состояния женщины во время и после беременности отличаются обширностью, разнонаправленностью концепций и подходов, множественностью культурных и индивидуальных вариантов.

Таким образом, изучение проблемы адаптации женского организма во время беременности при стрессовых ситуациях, представляет собой важную область научных медико-психологических изысканий, приобретающих в современных условиях все большее значение.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М.: Гэотар-Мед, 2007. - 496 с.
2. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. - 265 с.
3. Батуев А.С. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. - 2.-1996. -С.69 – 70.
4. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., Наука, 1988. - 270 с.
5. Березин Ф. Б. // Журн. Невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1994. - №6. - С.38-43.
6. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: Персе, 2006. - 528 с.
7. Волков В.Г., Садкова Ю.С., Шабалина Н.В. Индивидуально-психологические особенности беременных с угрозой выкидыша // Материалы научно-практической конференции. - Киров.: НИИ гематол. и перелив. крови, 1995. -С. 74-75.
8. Дикая Л. Г., Журавлев А.Л. Психология адаптации и социальная среда. Современные подходы, проблемы, перспективы. М.: Институт психологии РАН, 2007. - 624 с.
9. Добряков И.В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. матер-ов конференции. СПб., 1997. - С. 57-61.
10. Захаров А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов. Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. матер. конференции. СПб., 1997. - С. 54-56.
11. Изможерова Н. В., Попов А.А., Андреев А.Н и др. // Российский кардиологический журнал. -2007.- N1.- С. 62-65.
12. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. -С-Пб.: Питер, 2007. -544 с.
13. Кирилук М.Л. // Эндокринология: новости, мнения, обучение. - 2014. - 1. - С. 54-67
14. Клиническая психология: учебник./ Под ред. Б. Д. Карвасарского. - С-Пб: Питер, 2007. - 960 с.
15. Коваленко Н.П. Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: автореф. дис. канд. психол. наук. - С-Пб., 1998. - 21 с.
16. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и стресс-лимитирующие системы организма // Физиология адаптационных процессов. - М.: Медицина, 1986. - С.421-422.
17. Меерсон Ф. З., Малышев И.Ю. Феномен адаптационной стабилизации структур и защита сердца. М.: Наука, 1993. - 243 с.
18. Сапов И. А., Новиков В.С. Неспецифические механизмы адаптации человека. -Л.: Наука, 1984. -146 с.
19. Селье Г. «Очерки об адаптационном синдроме» М. 1960г. -34с.
20. Селье, Г. Стресс без дистресса. - М.: Прогресс, 1979. - 124 с.
21. Соколова В. Е., Д.Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клин. проявления, психотерапия // Materia-Medica.- 1996.- N 1.- С. 5-25.
22. Судаков, К. В. Индивидуальность эмоционального стресса // Журнал неврология и психиатрия. - 2005.-N2.- С 4-12.
23. Фанти С. "Микропсихоанализ". - М..1995. - 256с.
24. Федоров Б.М. Стресс и система кровообращения. - М.: Медицина, 1991. - 320 с

25. Филиппова Г.Г. Пренатальная психология и психология родительства – новая область исследования и практики в психологии // Материалы научно-практической конференции. – М.: РГУ, 2004. – 498 с.
26. Филиппова Г.Г. Психологические особенности ранней беременности и их влияние на развитие репродуктивного поведения // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Мат. Росс. н-практ. конф. - М.: МГУ, 1996. - 474 с.
27. Филиппова, Г.Г. Психология материнства Учебное пособие М.: изд. Института Психотерапии, 2002. -240 с.
28. Чазова И. Е., Сметник В.П., Балан В.Е. и др. Консенсус Российских кардиологов и гинекологов: ведение женщин в перименопаузе с сердечно-сосудистым риском // Consilium medicum.- 2008. - N10. - С. 5-18.
29. Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте СПб.: изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1992. - 136 с.
30. Holmes T. H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale // J. Psychosom. Res. -1967.-N11. -P. 213-218.
31. Lazarus R. S. Psychological stress and coping behavior in Laboratory studies and in clinical practice. Proceedins of Symposium "Stress and Disease", 1970.- P. 178.
32. Nieman L.K., Biller B.M.K., Findling J.W. et al. The Diagnosis of Cushing's Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // First published in the Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. - May 2008. - 93. - P. 1526-1540.
33. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adoption / Shereshefsky P.M., Yarrow L.J. N.Y.: Raven Press Publ., 1973.
34. Riecher-Rossler A., Steiner M. Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. 2005-199 p.
35. Seckl J.R., Nyirenda M.J., Walker B.R., Chapman K.E. Glucocorticoids and Fetal Programming, 1999: 27: 74-78.

Daxil olub: .0.2016.

ADƏTİ DÜŞÜKLƏRİN ENDOKRİN FAKTORLARI

Hüseynova Z. S.

Ş.Ələsgərova adına 5 saylı Doğum Evi.

Açar sözlər: lutein fazanın çatışmazlığı, hiperprolaktinemiya, hiperandrogeniya, polikistoz yumurtalıqlar sindromu, adəti düşüklər.

Hamiləliyin inkişafı və gedişatı bir sıra hormonların təsirindən asılıdır və başqa sözlə, dölün inkişafında, böyüməsində onların rolu müstəsnaadır. Hamiləlik zamanı hormonal dəyişikliklərin baş verməsi sporadik və ya adəti düşüklərə gətirib çıxarır. Müəyyən edilmişdir ki, adəti düşüklərin baş vermə səbəblərinin təxminən 8-12%-ni endokrin xəstəliklər təşkil edir [16,50]. Belə ki, sarı cismin qeyri-adekvat progesteron ifrazı, hiperandrogeniya, hiperprolaktinemiya, şəkərli diabet və polikistoz yumurtalıqlar sindromu hamiləliyə təsir göstərən endokrin pozğunluqlar hesab olunurlar. Mayalanmaların təxminən 30-50%-i və 15% kliniki təsdiq olunmuş (≥ 6 həftəlik hestasiya) hamiləliklər düşüklərlə nəticələnirlər və 50-60% hallarda xromosom anomaliyaları ilə müşahidə olunurlar [17,19,44]. Adəti düşüklər bir sıra səbəblərin (genetik, anatomik, hormonal, immunoloji, infeksiya, trombofiliya) təsiri altında baş verir [26,39]. Adəti düşüklərin 2-5%-i 10 həftəlik hestasiya müddətindən əvvəl baş verir və onların etiologiyası və patofizioloji mexanizmi dəqiq aydınlaşdırılmamışdır. Bununla bağlı olaraq, bu məqalənin məqsədi adəti düşüklərə səbəb olan endokrin xəstəliklərin patofiziologiyası haqqında bilikləri nəzərə çatdırmaqdır.

Lutein fazanın çatışmazlığı. Progesteron endometriyada baş verən morfoloji və fizioloji dəyişikləri sürətləndirir, embrionun implantasiya pəncərəsi üçün əlverişli şərait yaradır və hamiləliyin inkişafını erkən mərhələdə təmin edir. Xüsusilə, progesteron stromal hüceyrələrin proliferasiya və differensiyasına təsir göstərir, böyümə faktorlarının yerli təsirinin modulyasiyası hesabına uşaqlıq həcminin böyüməsini artırır və ana-döl münasibətində sitokin ifrazını tənzimləyir. Th1 sitokinlərinin aşağı tənzimlənməsi və Th2 sitokinlərinin stimulyasiyası hesabına hamiləliyin inkişaf etməsini təmin edir [36]. Sübut olunmuşdur ki, Th1 sitokinlərinin ifrat dərəcədə olması hamiləliyin sonlanmasına gətirib çıxardığı

halda, Th2 sitokinləri hamiləliyin saxlanması təmin edir [52]. Erkən hamiləlik dövründə sarı cismin progesteron ifrazı ciftin formalaşmasına qədər davam edir. Lütein fazanın çatışmazlığı, sarı cisim tərəfindən progesteron ifrazının pozulması və növbəti olaraq edometriyanın qeyri-adekvat yetişməsi ciftin inkişafının pozulmasına müvafiq şərait yaradır [45]. Müəyyən olunmuşdur ki, lütein fazanın çatışmazlığı (LFÇ), follikulyar inkişafın zəif olması, progesteron ifrazının sarı cisim tərəfindən azalması və ya normal progesterona qarşı endometriyanın disfunksional cavabı ilə xarakterizə olunur. LFÇ fonunda baş vermiş hamiləliyin erkən pozulma mexanizmi qüsurlu döl yumurtasının formalaşması və sarı cismin hormonal ifrazını stimullaşdıran kifayət miqdarda xorionik qonadotropinin ifraz olunmamasıdır. Araşdırmalar zamanı müəyyən olunmuşdur ki, 20-60% hallarda adəti düşüklər müşahidə olunan xəstələrdə lütein fazanın çatışmazlığı təsadüf olunur [17,45].

Tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, lütein fazanın çatışmazlığına stress, çalışma, çəki itirmə, hiperprolaktinemiya və aybaşının cinsi yetişkənlik, perimenopauza dövründə dəyişilməsi səbəb olur [26]. Beləliklə, sarı cismin funksiyasının çatışmazlığı bir sıra xoşagəlməz amillərin təsiri nəticəsində baş verir: FSH və LH hormonlarının ifrazının aybaşı dövrünün I fazasında pozulması; erkən və ya əksinə LH pikinin çox gec olması; ən çox hiperprolaktinemiya, hipotireoz, hiperandrojeniya ilə müşahidə olunan, natamam follikulogenez nəticəsində hipoestrogeniya.

Qeyd etmək lazımdır ki, lütein fazanın çatışmazlığının diaqnostikası məqsədi ilə əsasən progesteronun qanda təyini və endometriyanın biopsiyası üsullarından istifadə olunur. Qanda progesteronun səviyyəsi lütein fazanın ortasında 10 ng/mL-dən yüksək olduqda nadir hallarda lütein fazanın çatışmazlığına rast gəlinir [30]. Eyni zamanda, progesteronun səviyyəsi <12 ng/ml-dən aşağı olduqda, düşük riskinin artması müşahidə olunur [25]. Progesteronun səviyyəsinin davamlı aşağı olması hamiləliyin inkişaf etməsinə təhlükə yaradır, başqa sözlə, xorionik qonadotropinin zəif ifrazı progesteronun səviyyəsini aşağı salır, hamiləliyin pozulması ilə nəticələnir. Tarixən morfofunksional dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi ilə endometriyanın biopsiyası progesteronun qanda səviyyəsinin təyinindən üstün hesab edilir. Son dövrdə immunohistokimyəvi (sitokinlər və birləşdirici molekullar) molekulyar markerlər endometriya hüceyrələrinin bioloji qiymətləndirilməsi üçün istifadə olunur, az travmatik üsul hesab edilir [26,40]. Progesteronun təyini ovulyasiyadan, bazal hərəkətin qalxmasından 2-3 gün sonra (və ya sidikdə LH testinin pozitiv olmasından sonra) aparılır və 7-11 həftəlik hestasiya müddətinə qədər davam edir [5, 13, 29, 30, 44, 52]. Progesteron intravaginal, əzələ daxili və oral təyin edilə bilər. Lakin progesteronun təyinatının davam etdirilməsi mübahisəlidir.

Hiperprolaktinemiya. Prolaktin başlıca olaraq adenohipofizin laktotrof heceyrələri, digər tərəfdən süd vəziləri, cift və T limfositləri tərəfindən sintez olunur. Təcrübələr göstərir ki, prolaktin qadının reproduktiv funksiyasının inkişafında əsas rol oynayır [15,35]. Hiperprolaktinemiya zamanı sonsuzluq, aybaşı pozğunluğu, erkən özbaşına düşüklər müşahidə olunur. Hamilələrdə estrogenlərin və progesteronun hipofizə stimullaşdırıcı təsiri altında prolaktinin səviyyəsi I trimestrdə artmağa başlayır, laktotrofların hiperplaziyası və hipertrofiyası ilə müşahidə olunur. Hamiləliyin sonunda onun səviyyəsi hamiləliyin əvvəlinə nisbətən 10 dəfə yüksək olur. Məlumdur ki, desidual qişa tərəfindən ifraz olunan prolaktin amniotik mayenin osmotənzimlənməsində iştirak edir və desidual relaksinlə birlikdə uşaqlığın yığılma qabiliyyətini tənzimləyir. Desidual prolaktin progesteron kimi immunodepresant təsirə malik olub və trofoblastın qopmasının qarşısını alır, dölün immun sisteminin funksiyasının təmin olunmasında və formalaşmasında

iştirak edir, surfaktantın əmələ gəlməsinə köməklik göstərir. Prolaktinin normal səviyyəsi erkən hamiləlik dövrünün inkişafında əhəmiyyətli rol oynayır [34]. Beləliklə, gələcəkdə prolaktinin adəti düşüklərin patogenezinə rolunu aydınlaşdırmağa ehtiyac duyulur və müəyyən olunmuşdur ki, hiperprolaktinemiyanın müalicəsinin hamiləlik dövründə davam etdirilməsi faydalı ola bilər.

Qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri: Hipertireoz (tireotoksikoz) – T_4 və T_3 hormonlarının hədəf toxumasına ifrat təsiri ilə xarakterizə olunan sindrom olub, təxminən 0.1-0.4% hamilə qadınlarda rast gəlinir [7,8,24]. Tireotoksikoza ən çox səbəb olan diffuz toksiki zob (Greyvs- Bazedov xəstəliyi), düyünlü zob hesab olunur. Diffuz toksiki zoba səbəb autoimmun tireoidit və tireostimuləedici autoantitellərin əmələ gəlməsidir. Antitellər qalxanabənzər vəzinin hüceyrələrində TTH reseptorları ilə birləşir, tireositlərin stimulyasiyasına və çoxlu miqdarda tireoid hormonlarının ifrazına gətirib çıxarır. Qalxanabənzər vəzinin funksiyasının stimulyasiyası nəticəsində onun həcmi artır. Tireoid hormonlarının artıq ifrazı qadın reproduktiv sistemində ciddi pozğunluqlara- sonsuzluq və ya adəti düşüklərə səbəb ola bilər. Bu baxımdan hipertireozun diaqnostikası hamiləlik zamanı çox mühümdür. Tireotoksikozun diaqnostikası məqsədi ilə tireoid və tireotrop hormonların qanda səviyyəsi təyin edilir; TTH -ın azalması, tireoid hormonlarının (xüsusilə sərbəst və ümumi T_4) səviyyəsinin artması tireotoksikozun olmasını göstərir. Belə ki, hamiləlik zamanı müalicə olunmayan hipertireoz hamiləliyin gedişatında ağırlaşmalara gətirib çıxarır, spontan düşüklərin, ürək qüsurlarının, vaxtından əvvəl doğuşların, preeklampsiyaların, ölü doğulmaların, dölün inkişaf qüsurlarının və perinatal xəstəliklərin riskini artırır [3,46]. Müşahidələr göstərir ki, hamilələrdə hipertireozun hamiləlik zamanı müalicəsinin və bununla yanaşı, adekvat metabolik nəzarətin aparılması hamiləliyin nəticəsinə yüksək təsir göstərir. Beləliklə, hipertireoz adəti düşüklərin birbaşa səbəbi kimi hesab olunmur. Lakin aparılan bəzi təcrübələr göstərir ki, tireoid hormonlarının artması müşahidə olunan hamilələrdə döl itkisi sindromu üstünlük təşkil edir [27].

Hipotireoz- T_4 və T_3 hormonlarının hədəf hüceyrələrinə təsirinin azalması ilə xarakterizə olunur. Hamilə qadınlarda hipotireozun geniş yayılmış səbəbi xroniki autoimmun tireoiditdir (Haşimoto tireoditi) və 0.5% xəstələrdə təsadüf olunur [24]. Hipotireozun digər səbəblərinə endemik yod çatışmazlığı, əvvəllər qəbul edilmiş radioaktiv yod terapiyası və tireoidektomiya aid edilir. Hipotireozun diaqnostikası TTH və sərbəst T_4 hormonunun səviyyəsinin təyin olunmasına əsaslanıb. TTH hormonunun qanda səviyyəsinin normativ parametrlərdən yüksək olması və T_4 -ün aşağı düşməsi hipotireozun olmasını təsdiq edir. Müalicə olunmayan hipotireoz hamilə qadınlarda hamiləlik ağırlaşmalarının riskini artırır. Belə ki, anada hipotireoz olduqda vaxtından qabaq doğuşlar, dölün inkişaf ləngiməsi, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, hipertenziya, adəti düşüklər, dölün inkişaf anomaliyaları kimi ağırlaşmalar müşahidə oluna bilər. Hazırki müşahidələr göstərir ki, müalicə olunmuş qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri adəti düşüklərlə müşayiət olunmur. Bu baxımdan, hamilə olmaq cəhtindən əvvəl xəstə eutireoz vəziyyətində olmalıdır, hamiləlik baş verdiyi zaman TSH-ın səviyyəsi nəzarətdə saxlanılmalıdır. Tireoid hormonlar yumurta heceyrəyə qranulyar və lüteal hüceyrələri səviyyəsində təsir göstərərək, ovulyasiya prosesini tənzimləyirlər [46]. Tiroksinin səviyyəsinin aşağı olması tireoid- rilizinq hormonuna (TRH) müsbət geriyə təsir effekti göstərir. Tireoid- rilizinq hormonun konsentrasiyasının yüksək olması prolaktin hormonunun səviyyəsinin artması ilə müşayiət olunur. Məlumdur ki, prolaktin hormonunun səviyyəsinin yüksəlməsi qonadotropin- rilizinq hormonunun pulsasiyasını dəyişir və normal ovulyasiyaya təsir göstərir. Buna görə də, kəskin hipotireoz anovulyasiya və sonsuzluqla müşayiət olunur, hamiləlik

müşahidə olunduqda bəzi hallarda hamiləliyin gedişatını ağırlaşdırır. Tireoid funksiyasının aşağı olması və hamiləliyin pozulması arasında əlaqə olsa da, birbaşa yaranma səbəbinin tam sübutu yoxdur [23]. Müəyyən olunmuşdur ki, qalxanabənzər vəzinin skrininqi üçün TSH səviyyəsini təyin etmək və funksiyasının pozğunluğu müşahidə olunduqda hamiləlikdən əvvəl normaya salmaq məqsədəuyğundur. Tireoid stimulyasiya edici hormonun qanda səviyyəsi normanın yüksək həddində olduqda bir qayda olaraq subklinik hipotireoz diaqnozunun çıxarılması fikir ayrılığı yaradır. Belə ki, TSH ilə bağlı aparılan yeni tendensiyaya əsaslanaraq TSH normasının yuxarı həddini 2.5 mU/L-ə azaltmaq qəbul olunur [49].

Autoimmun tireodit. Autoimmun tireodit xəstəliyi reproduktiv yaşlı qadınarlarda ən geniş yayılmış endokrin pozğunluqlardan hesab olunur, qadınlar arasında ümumi yayılması 10% -15% təşkil edir [47]. Son illərdə aparılan müşahidələrdə qalxanabənzər vəzinin autoimmun xəstəlikləri ilə adəti düşüklər arasında əlaqə olduğu müəyyən edilmişdir və tireoid anticisimləri riskli hamiləliklərin markeri kimi qəbul edilmişdir. Tədqiqatların tireoid anticisimlərinin adəti düşüklərə səbəb olmasını göstərməsinə baxmayaraq, onların təsir mexanizmi tam aydın deyil [38]. Qeyd olunan iki mexanizmlə tireoid anticisimləri ilə erkən düşüklər arasındakı mümkün əlaqənin izahı verilmişdir 1) Tireoid anticisimlərin mövcudluğu, immun sistemin aktivləşməsini və döl-cift münasibətinə qarşı autoimmun reaktivliyin ümumi yüksəlməsini əks etdirir [47]. Bu anlayış normal hamiləliyi və ya bir düşüyü olan qadınlarla müqayisədə adəti düşükləri olan qadınarlarda CD5/20-müsbət B hüceyrələrinin sayının artması ilə müşahidə olunur [40]. Əlavə olaraq, adəti düşüklər müşahidə olunan qadınarlarda endometrial Th1 hüceyrələrinin artması mövcud olur, bu da İNFg-nin hipersekresiyası və İL-4, İL-10-nun ifrazının azalması ilə müşayiət olunur. Müşahidələr göstərir ki, qadınların uşaqlığında aktivləşmiş T hüceyrələri anti-tireoid anticisimləri ilə birgə hamiləliyin uğurla başa çatmasına mane olan sitokinlər ifraz edirlər. Bu xoşagəlməz hal bilavasitə T hüceyrələri və ya dolayısı yolla digər hüceyrələr - təbii killer hüceyrələri vasitəsi ilə mümkün ola bilər. 2) Tireoid anticisimlərinin mövcudluğu, sonsuzluq amili kimi hesab oluna bilər, mayalanmanın gecikdirilməsi yaşla əlaqədar düşüklərin sayını artırır. Bu hallarda tireoid əvəzedici terapiyanın aparılmasının effektiv olması müəyyən olunmayıb [38]. Qeyd etmək lazımdır ki, autoimmun tireodit digər autoimmun pozğunluqlarla və qalxanabənzər vəzinin funksiyasının pozulması ilə birgə təsadüf olunmadıqda düşüklərə səbəb olmur, lakin digər autoimmun proseslərin markeri ola bilər. Buna görə də, autoimmun pozğunluqlar qalxanabənzər vəzinin funksiyasının pozulması ilə birgə təsadüf olunduqda hamiləliyə qədər və ya hamiləliyin erkən müddətlərində adekvat müalicənin aparılması məqsədəuyğun hesab olunmalıdır. Əks təqdirdə hamiləlik ağırlaşmalarının və perinatal patologiyaların tezliklərinin artması müşahidə oluna bilər [16].

Şəkərli diabet. Hestasiyadan əvvəl I və II növ şəkərli diabet təsadüf olunan qadınarlarda 0.5% - 1% hallarda hamiləlik zamanı hamiləliyin gedişatında ağırlaşmalar müşahidə olunur. [21,31]. Təcrübələr göstərir ki, diabetli xəstələrdə hamiləlik zamanı kliniki vəziyyətin intensivləşməsi, əhəmiyyətli dərəcədə spontan abortların, vaxtından əvvəl doğuşların, hipertenziv pozğunluqların və cərrahi doğuşların riskinin artması müşahidə olunur [4,6,42]. Mayalanmadan əvvəl diabetə nəzarət qənaətbəxş olmaqdıqda embrionun məhvinə gətirib çıxaran eybəcərliklərə rast gəlinir [6,33,37]. Qlükozanın yüksək səviyyəsi teratogen təsirə malikdir və dölün anadangəlmə qüsurlarının rast gəlmə tezliyi birbaşa hamiləliyin 1-ci trimestrində qlükemik nəzarət ilə bağlıdır. Belə ki, şəkərli diabet fonunda inkişaf edən hamiləlik ana və döl üçün risk qrupu hesab olunur. Hamiləlik şəkərli

diabetin gedişatını ağırlaşdırır (ağır hestoz, çoxsululuq, infeksiya) [1,4]. Qeyd etmək lazımdır ki, diabetin istənilən növünün ağırlaşmasında diabetik ketoasidoz inkişaf edə bilər. Hamiləliyin gedişatı II tip diabet zamanı daha da ağırlaşır, metabolik dəyişikliklər artır, hiperqlikemiya, preeklampsiya inkişaf edir. Bununla bağlı vaxtıdan əvvəl doğuşların, cərrahi doğuşların tezliyi artır, perinatal xəstəliklərin və ölümün səviyyəsi yüksək olur. Ağır hiperqlikemiya özbaşına hamiləlik pozulmalarına səbəb olur. Hamiləliyin gec müddətlərində hiperqlikemiya döldə hiperinsulinemiyaya gətirib çıxarır. Beləliklə, makrosomiya, dölün orqan və sistemlərinin funksional inkişafının ləngiməsi ilə xarakterizə olunan diabetik fetopatiya inkişaf edir. Müəyyən olunmuşdur ki, II növ şəkərli diabetdə perinatal ölüm I növ diabetə nisbətən 4-9 dəfə, dölün ürək qüsurları isə 2 dəfə yüksək olur [15]. Hazırkı araşdırmalar göstərir ki, yaxşı nəzarət olunmuş diabetli xəstələr adəti düşüklərin risk faktorlarına aid olunurlar. Bu baxımdan, hamiləlikdən əvvəl şəkərli diabeti olan qadınlarda optimal metabolik nəzarətə xüsusi diqqət verilməlidir [20,42].

Polikistoz yumurtalıqlar sindromu. Məlum olmuşdur ki, anamnezində yumurtalıqların polikistozu olan hamilələrdə 40% hallarda spontan düşüklər müşahidə olunur [48]. Lakin, yumurtalıqların polikistozu müşahidə olunan xəstələrdə adəti düşüklərin geniş yayılmasına baxmayaraq, bu heterogen pozğunluğun vahid diaqnostik kriteriyası formalaşmamışdır [2,9]. Əksəriyyət hallarda müşahidələr yumurtalıqların morfolojiyasına uyğun olaraq aparılır, yumurtalıqların polikistozu müəyyən edilir. Adəti düşüklər müşahidə olunan qadınlarda morfoloji olaraq yumurtalıqların polikistozu öz-özlüyündə hamiləlik itkiləri yaradan səbəblər sırasına daxil deyil [14,45]. Buna baxmayaraq, yumurtalıqların polikistozu olan qadınlarda bir neçə qarşılıqlı və əsas faktorlar adəti düşükləri olan qadınlarda da müşahidə olunur. Bunlara piylənmə, hiperinsulinemiya, insulin rezistentliyi, hiperhomosisteinemiya, plazminogen aktivator ingibitor-1 faktorunun yüksək səviyyədə olması, hiperandrojeniya və endometriyanın həssaslığının zəif olması aid olunur [10,11,22]. Son müşahidələr hipofibrinolizin yumurtalıqların polikistozu olan qadınlarda adəti düşüklərin potensial səbəbi olan yüksək səviyyəli PAİ-1-lə qarşılıqlı əlaqəsini göstərir. Yüksək homosistein PAİ-1-in təsirini artırır, nəhayət tromboza gətirib çıxarır. Bundan əlavə, plazmada PAİ-1-in səviyyəsi dislipidemiya, hiperinsulinemiya və hipertenziya ilə müşayiət olunur və adları çəkilən üç amil hiperhomosisteinemiyanın yaranmasına şərait yaradır [51,54]. Buradan, yumurtalıqların polikistozu bir neçə qarışıq faktorları özündə cəmləşdirərək, fərdi və ya kombinə olunmuş şəkildə tromboza, nəticədə adəti düşüklərə gətirib çıxara bilər. Yumurtalıqların polikistozu olan xəstələrdə metforminlə müalicə insulin rezistentliyini azaldır, bu da ovulyasiyanın, habelə infertil qadınlarda mayalanmanın tezliyini artırır [18, 53].

Hiperandrojeniya. Androgenlərin səviyyəsinin artması lutein fazada endometriyanın inkişafının ləngiməsi ilə xarakterizə olunur. Normada androgenlər follikulların inkişafında əsas rol oynayır, estrogenlərin aromatizasiyasının substratı hesab olunurlar. Androgenlərin artıq olması hipoestrogeniyaya gətirib çıxarır, qüsurlu follikul və yumurta hüceyrə formalaşır, nəticədə əmələ gəlmiş embrion potensial böyümə imkanına malik olmur və hamiləlik pozulur. Qlükortikoidlərin təyinatı androgenlərin səviyyəsini aşağı salır, estrogenlərin səviyyəsini yüksəldir, tam yararlı follikul və yumurta hüceyrə inkişaf edir.

Müəyyən olunmuşdur ki, böyrəküstü vəzi mənşəli hiperandrojenialarda lutein fazanın çatışmazlığı formalaşır. Bu zaman qanda progesteronun səviyyəsi artıq müşahidə olunduğundan bu prosesin mexanizmi tam aydın deyil. Güman olunur ki, hiperandrojeniya şəraitində endometriyanın dəyişməsi reseptor aparatın zədələnməsinə gətirib çıxarır, nəticədə progesteron endometriya tərəfindən

qəbul edilmir və lütein fazanın çatışmazlığı inkişaf edir [26]. Digər müəlliflərin fikirlərinə əsasən androgenlərin endometriyaya artıq dərəcədə təsiri nəticəsində endo və miometriyanın, habelə xorionun damarlarında sklerozlaşma yaranır, nəticədə damarların zədələnməsi, desudual qışaya qansızma müşahidə olunur, hematoma əmələ gəlir, xorionun qopması və hamiləliyin pozulması baş verir [43,45]. Beləliklə, hamiləliyin aparılmasında hiperandrogeniyanın diaqnostikası mühüm yer tutur. Sərbəst testosteron və sərbəst androgen indeksi ən həssas metod olub, qiymətləndirmə erkən follikulyar fazada aparılır. Tədqiqatlar göstərir ki, sərbəst androgen indeksinin (SAİ>5) erkən follikulyar fazada yüksəlməsi düşük riskini artırır [28]. Adəti düşüklər müşahidə olunan qadınların 11%- də sərbəst androgen indeksinin yüksəlməsi təsbit edilmişdir. Beləliklə, hiperandrogeniya göründüyü kimi adəti düşüklərin patogenezi təşkil etdiyindən, gələcək müşahidələrdə terapevtik müdaxilə sərbəst androgen indeksini azaltmaqla hamiləliyin nəticəsini yaxşılaşmağa doğru aparmalıdır.

Yumurtalıqların ehtiyatının azalması. Yumurtalıqların ehtiyat markerləri dəyişilmiş qadınlarda (antimüller hormonunun səviyyəsinin aşağı olması və transvaginal ultrasəs müayinəsi vasitəsi ilə sayılan az sayda antral follikullar) adətən köməkçi reproduktiv texnologiya vasitəsi ilə yumurtalıqların stimulyasiyasına zəif cavab alınır. Primordial follikulların azalmasının yumurta hüceyrənin keyfiyyətinin dəyişməsi ilə əlaqədar olması müzakirəli məsələdir. Yumurtalıq ehtiyatının azalması, yumurtalıq ehtiyatı markerlərinin normal aybaşı dövründə dəyişməsi ilə müəyyən olunur, təbii yolla mayalanan gənc qadınların ümumi populyasiyasında rast gəlinə bilir və patologiyanın olması mütləq deyil [41]. Yumurtalıqların ehtiyatının azalması yumurtalıqlar üzərində aparılan (ooforektomiya, sistektomiya) cərrahi əməliyyat zamanı primordial follikulların hissəvi destruksiyası, kimyəvi terapiya, autoimmün ooforitlər kimi tibbi vəziyyətlər və ya genetik faktorlar (FMR1 genində yerdəyişmə kimi) nəticəsində ola bilər. Bundan əlavə, yumurtalıqların qocalması yumurtalıqların ehtiyatının azalmasına gətirib çıxarır, dölün aneuploidiyası və hamiləlik itkilərinin artması ilə xarakterizə olunur. Bir sıra təcrübələr göstərir ki, yumurtalıqların ehtiyatı azalmış qadınlarda hamiləliklər hestasiyanın erkən mərhələsində daha çox düşüklərlə nəticələnirlər [12,39].

Nəticə: Anamnezində adəti düşüklər müşahidə olunan xəstələrdə mövcud patologiyanın diaqnostikası və müalicəsi çətin olaraq qalır. Qeyd etmək lazımdır ki, 10 həftətəlik hestasiya müddətinə qədər baş vermiş sporadik düşüklərə xromosom anomaliyaları səbəb olsa da, hestasiyanın erkən müddətlərində adəti düşüklərin baş verməsində endokrin pozğunluqlar da başlıca rol oynayır. Beləliklə, geniş və mütəşəkkil həcmdə adəti düşüklərin endokrin faktorlarının araşdırılmasına uyğun aparılan kliniki təcrübələr və bu mürəkkəb kliniki vəziyyətlə bağlı müayinə, patogenetik müalicə prinsiplərinin təmin edilməsi müasir mamlığın ən aktual məsələsi hesab olunur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Андреева Е.В., Доброхотова Ю.Э. Юшина, М.В., Хейдар Л.А. и др.// Состояние фетоплацентарной системы при гестационном сахарном диабете Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. М., 2008. — С.11.
2. Грищенко В.И., Грищенко Н.Г., Загребельная И.В. и др. // Синдром поликистозных яичников как причина эндокринного бесплодия / Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – Т.28, №1. – С.5-12.
3. Евдокимова Ю.А. Гестационная гипотироксинемия: исходы, профилактика и лечение // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.
4. Забаровская З.В., Мулярчик О.В., Жданова Т.А.// Проблема гестационного сахарного диабета: основные аспекты этиопатогенеза, клинико-диагностические критерии, принципы лечения / Медицинские новости. 2002.-№ 12 .-С. 12-19.
5. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Серова О. Ф. и др. Лечение недостаточности лютеиновой фазы у женщин с невынашиванием беременности: пособие для врачей. М., 2005. 24 с.

- 6.Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. // Гестационный сахарный диабет новый взгляд на старую проблему /Акушерство и гинекология. - 2010. - №2. - С.3-6.
- 7.Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. и др. Заболевания щитовидной железы и беременность (акушерские и перинатальные аспекты) // Всероссийская конференция с международным участием «Клиническая морфология щитовидной железы». Белгород, 2004. С. 51–53.
- 8.Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика: пособие для врачей. М., 2003.
- 9.Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 2-е изд. – 208 с.
- 10.Пищулин А.А., Карпова Е.А. Овариальная гиперандрогения и метаболический синдром // Рус. Мед. Журн.-2001.-Т., №2.- С.93-97.
- 11.Пищулин А.А. Гипофункция яичников// Болезни органов эндокринной системы / под ред. И. И. Дедова.- М.: Медицина, 2000.- 568с.
- 12.Радзинский В.Е., Запертова Е.Ю., Миронов А.В. Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом триместре прогестагенами // Гинекология. 2006. Т. 8. № 4. С. 35-37.
- 13.Рыбалка А.Н., Памфамиров Ю.К., Заболотнов В.А. и др. // Индукция овуляции у больных с синдромом поликистозных яичников / Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – Т. 25, №8. – С. 12-20.
- 14.Семенова Ю.И., Саидова Р.А., Макария А. Д., Основные принципы гормональной коррекции эндокринных нарушений при невынашивании беременности в первом триместре.-М.,2004.-28с.
- 15.Сидельникова В.М., Эндокринология беременности в норме и при патологии –М.,2009.- 351с.
- 16.Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. М., 2010. 534 с.
- 17.Соболева Е.Л. Тактика ведения больных с синдромом поликистозных яичников, сопровождающим инсулинрезистентностью // Эфферентная терапия. – 2007. – Т.13, № 1. – С.55-56.
- 18.Старостина Т. А. и др. Современные вопросы патогенеза и терапии невынашивания беременности// Акушерство и гинекология. 2002. № 5. С.59–61.
- 19.Таджиева В.Д., Измайлова Ф.А., Косырева Е.И, Албутова М.Л.// Диабетическая фетопатия при гестационном диабете / Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя» Москва. 2010. - С. 234.
- 20.Хаджиева В.Д. Тетерина Н.Г., Измайлова Ф.А., Ниязмухамедова М.Б., Албутова М.Л./Роль скрытых форм сахарного диабета (СД) в невынашивании беременности / Материалы I Регионального научного форума «Мать и Дитя» (Казань). 2007. - С. 152.
21. Шехтман М.М., Варламова Т.М., Бурдули Г.М.// Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / М., 2001.-145С.
- 22.Allan WC, Haddow JE, Palomaki GE, et al. // Maternal thyroid deficiency and pregnancy complications: implications for population screening. /J. Med. Screen. 2000.- 7: 127-130.
- 23.Anselmo J, Cao D, Karrison T, Weiss RE, Refetoff S. // Fetal loss associated with excess thyroid hormone exposure. /JAMA. 2004.- 292: 691-695.
- 24.Arck PC, Rucke M. et al. // Early risk factors for miscarriage: a prospective cohort study in pregnant women. / Reprod. Biomed. 2008.-Online 17: 101-113.
- 25.Arredondo F, Noble LS. // Endocrinology of recurrent pregnancy loss./ Semin. Reprod. Med. 2006. - 24: 33-39.
- 26.Casey B.M., Dashe J.S., Wells C.E. et al. // Sub-clinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes. / Obstet Gynecol. 2006. Feb. 107 (2 Pt 1): 337-41.
- 27.Cocksedge KA, Saravelos SH, Wang Q, Tuckerman E, Laird SM, Li TC. // Does free androgen index predict subsequent pregnancy outcome in women with recurrent miscarriage? /Hum. Reprod. 2008. - 23: 797-802.
- 28.Dodd J. M. et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth //The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, Issue 1.
29. Fatemi HM, Popovic-Todorovic B. et al. // An update of luteal phase support in stimulated IVF cycles. / Hum. Reprod. Update. 2007.-13: 581-590.
- 30.Gabbe SG, Graves CR. // Management of diabetes mellitus complicating pregnancy. /Obstet Gynecol. 2003.- 102: 857-868.
- 31.Goddijn M, Joosten JH, Knegt AC, et al. // Clinical relevance of diagnosing structural chromosome abnormalities in couples with repeated miscarriage. // Hum. Reprod.2004.- 19: 1013-1017.
- 32.Gutaj P, Zawiejska A, Wender Ożegowska E, Brązert J.// Maternal factors predictive of first trimester pregnancy loss in women with pregestational diabetes./ Pol.Arch Med. Wewn. 2013.- 123: 21-28.
- 33.Hirahara F, Andoh N, Sawai K, Hirabuki T, Uemura T, Minaguchi H.// Hyperprolactinemic recurrent miscarriage and results of randomized bromocriptine treatment trials./ Fertil. Steril. 1998.- 70: 246-252.
- 34.Kalro, BN. Impaired infertility caused by endocrine dysfunction in women. / Endocrinol Metab Clin North Am. 2003.- Sep;32(3):573-92.
- 35.Kalinka J, Szekeres-Bartho J. // The impact of dydrogesterone supplementation on hormonal profile and progesterone-induced blocking factor concentrations in women with threatened abortion. /Am. J. Reprod Immunol. 2005.- 53: 166-171.
- 36.Kitzmler JL, Wallerstein R, Correa A, Kwan S. // Preconception care for women with diabetes and prevention of major congenital malformations. / Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010.- 88: 791-803.
- 37.Lazarus J.N. // Thyroid disorders associated with pregnancy: etiology, diagnosis, and management. / Treat Endocrinol. 2005. - 4 (1): 31-41
- 38.Levi AJ, Raynault MF, Bergh PA, et al.// Reproductive outcome in patients with diminished ovarian reserve./ Fertil Steril. 2001.- 76: 666-669.
- 39.Li TC, Spuijbroek MD, Tuckerman E, Anstie B.et.al. 2000.// Endocrinological and endometrial factors in recurrent miscarriage. /Br J Obstet Gynaecol 107: 1975-1980.
- 40.Massé V, Ferrari P, Boucoiran I, et al. // Normal serum concentrations of anti-Mullerian hormone in a population of fertile women in their first trimester of pregnancy. / Hum Reprod. 2011.- 26: 3431-3436.
- 41.Nicholson W, Baptiste-Roberts K. // Oral hypoglycaemic agents during pregnancy: The evidence for effectiveness and safety. / Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2011.25: 51-63.

42. Okon MA, Laird SM, Tuckerman E, Li TC. // Serum androgen levels in women who suffer recurrent miscarriage and their correlation with markers of endometrial function. /Fertil Steril. 1998. - 69: 682-690.
43. Oates-Whitehead R. M. et al. Progesterone for preventing miscarriage // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 4.
44. Porter TF, Scott JR // Evidence-based care of recurrent miscarriage. Best Pract. Res./ Clin. Obstet. Gynaecol. 2005. - 19: 85-101.
45. Poppe K, Velkeniers B, Glinoeer D. // Thyroid disease and female reproduction. / Clin Endocrinol. 2007.- 66: 309-321.
46. Prummel MF, Wiersinga WM. // Thyroid autoimmunity and miscarriage. / Eur. J. Endocrinol. 2004.- 150: 751-755.
47. Rai R, Backos M, Rushworth F, Regan L.//Polycystic ovaries and recurrent miscarriage--a reappraisal. /Hum Reprod. 2000.- 15: 612-615.
48. Rushworth FH, Backos M, Rai R, Chilcott IT, Baxter N, Regan L. // Prospective pregnancy outcome in untreated recurrent miscarriers with thyroid autoantibodies. /Hum Reprod. 2000.- 15:1637-1639
49. Smith ML, Schust DJ. // Endocrinology and recurrent early pregnancy loss. / Semin. Reprod. Med. 2011. - 29: 482-490.
50. Sun L, Lv H, Wei W, Zhang D, Guan Y.//Angiotensin-converting enzyme D/I and plasminogen activator inhibitor-1 4G/5G gene polymorphisms are associated with increased risk of spontaneous abortions in polycystic ovarian syndrome. /J Endocrinol. Invest. 2010. 33: 77-82.
51. Szekeres-Bartho J, Balasch J. // Progestagen therapy for recurrent miscarriage. / Hum. Reprod. Update. 2008. - 14: 27-35.
52. Tang T, Lord JM, Norman RJ, Yasmin E, Balen AH.// Insulin-sensitising drugs (metformin, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for women with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility. / Cochrane Database Syst. Rev. 2012.- 5: CD003053
53. Tian L, Shen H, Lu Q, Norman RJ, Wang J.// Insulin resistance increases the risk of spontaneous abortion after assisted reproduction technology treatment. / Clin. Endocrinol. Metab. 2007.- 92: 1430-143.
54. Twig G, Shina A, Amital H, Shoenfeld Y. // Pathogenesis of infertility and recurrent pregnancy loss in thyroid autoimmunity. / J. Autoimmun. 2012. - 38: J275-281.

Daxil olub: 11.10.2016.

QIRMIZI YASTI DƏMROVUN ETİOLOGİYA VƏ PATOGENEZİ (icmal)

Ələsgərova F.Ə., Məmmədova A.M., Quliyeva L.X., Əliyev M.M.

Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu. Stomatologiya və üz-şənə cərrahiyyəsi kafedrası

Ağız boşluğu selikli qişası (ABSQ) xəstəlikləri içərisində öz unikalığı ilə seçilən qırmızı yastı dәмrov (QYD) mahiyyətə xroniki iltihabi prosesdir və iltihabın alterasiya, ekssudasiya və proliferasiya variantlarını özündə birləşdirir. Bu zaman epitel qatında hiper-, para- və diskeratotik əlamətlər müşahidə olunur. Xəstəliyin kökündə belə çoxistiqamətli patoloji proseslərin durması onun klinik variantlarının da müxtəlifliyini təyin edir ki, bu da QYD-un diaqnostikası, xüsusən də müalicəsi həddən artıq çətinlik törədir (14).

Müxtəlif dövrlərdə ABSQ QYD-nun öyrənilməsinə çoxsaylı tədqiqatlar həsr edilmişdir (16). Hazırkı işimizin əsas məqsədi onların ən çox diqqət çəkənlərinin əsas nəticələri haqqında bəzi məlumatları müzakirə etməkdir.

Qırmızı yastı dәмrov (Lichen ruber planus) – dəridə və görünən selikli qişalarda təzahür edən dünyənlü xroniki iltihabi-destruktiv xəstəlik olub, lixenoid reaksiyası xarakteri daşıyır (27, 28, 32). O, ağız boşluğunun selikli qişasını və dodaqların qırmızı haşıyyəsini daha çox zədələyir (21).

Keçmiş SSRİ məkanında nəşr olunmuş ədəbiyyat mənbələrinə görə dodaqlarda və ağız selikli qişasında QYD beş əsas klinik forması mövcuddur: tipik, ekssudativ-hiperemiyalı, eroziv-xoralı, hiperkeratotik və bullyoz (5). Dünya ədəbiyyatında isə ABSQ QYD-nun ona qədər formasının mövcudluğu göstərilir: papulyoz, xətvəri, dünyənlü, anulyar (həlqlvəri), retikulyar (torvəri), ekssudativ-hiperemik, eroziv-xoralı, hiperkeratotik, bullyoz, atrofik (24).

QYD, əsasən orta yaş qrupuna (30-60 yaş) xas olan xəstəlikdir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə orta yaşlarda qadınlar arasında QYD ağız boşluğunda daha çox qeydə alınmışdır (1).

QYD qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox rast gəlinir. Bu (cins) göstərici müayinə aparən mütəxəssisin professional mənsubiyyətindən (stomatoloq və ya dermatoloq) də asılıdır. Belə ki, dermatoloqların elmi göstəricilərinə görə qadınlar arasında QYD 53,8%, kişilər arasında isə 46,2% hallarda təsadüf edilir. Stomatoloqların elmi araşdırmalarının nəticələrinə görə isə bu göstərici müvafiq olaraq – 56,2% və 43,8%-dir (21).

ABSQ-da QYD-u olan 674 xəstəni müayinə edən tədqiqatçılar həmin şəxslərin yalnız 23%-də dəri zədələnməsi aşkarlamışlar (33).

M.İngafou (2006) həyata keçirilmiş digər tədqiqatlarda 690 QYD-lu xəstədən 52%-də ABSQ və dəri zədələnməsini, 29,5% xəstədə isə ancaq ağız selikli qişasının izolə olunmuş zədələnməsini qeyd etmişlər (17).

QYD-un əmələ gəlmə səbəbləri barədə klinik müşahidələrə, histoloji, biokimyəvi, immunoloji və eksperimental tədqiqatların nəticələrinə əsasən bir çox nəzəriyyələr irəli sürülmüşdür: (travmatik, bakterial, virus, neyrogen, autoimmun və s. Lakin bu nəzəriyyələrin bəziləri hal-hazırda öz əhəmiyyətini itirərək gündəlikdən çıxmışdır (məsələn, infeksiya nəzəriyyə). Digər nəzəriyyələrin isə əksinə, daha çox tərəfdarları olsa belə (neyrogen nəzəriyyə), QYD-un patogenezi sonadək açıqlaya bilmir (12).

Ədəbiyyatda ABSQ-da QYD-un əmələ gəlməsini provokasiya edən bəzi hallar da (stressor və psixo-emosional vəziyyət, dişlərin iti kənarları, düzgün hazırlanmamış diş protezləri, plombların asılan kənarları, tütün çəkmə, müxtəlif növlü metallara, kimyəvi maddələrə, cürbəcür dərman preparatlarına həssaslıq və s.) öz əksini tapmışdır (2, 18).

QYD-un şəkərli diabeti olan şəxslərdə tez-tez baş verməsi göstərir ki, xəstəliyin genində mədəaltı vəzin Langerhans adacıqlarının β -hüceyrələrinin müəyyən rolu vardır.

Digər müəlliflər hesab edirlər ki, emosional stress gizli diabeti provokasiya edə bilər, bu da öz növbəsində QYD-un kəskinləşməsinə gətirib çıxarır. Stress aradan götürüldükdən sonra isə xəstəliyin sağlması müşahidə edilir (23).

Son illər ağız boşluğunda QYD-un hepatit C virusuna yoluxmuş xəstələrdə müşahidə edilməsi faktlarının artması virus nəzəriyyəsini yenidən gündəmə gətirir (13, 20, 25). Bu xəstələrdə epitel hüceyrələrinin kolloid transformasiyası virusların təsiri ilə əlaqələndirilir. Xroniki C hepatiti ilə QYD arasında dürüst əlaqənin aşkar olunması autoimmun cavab reaksiyasının induksiyasında virus mənşəli zülalların mümkün iştirakını ehtimal etməyə əsas verir (22, 29).

QYD-un genində immunoloji dəyişikliklərin, spesifik infeksiyaların, toksiki, irsi, neyrogen və psixosomatik faktorların rolunu xüsusi vurğulayan müəlliflərin qeyd etdiyinə görə, bir çox hallarda ağır emosional travmalar QYD-un inkişafının “müjdəçisi” və ya kəskinləşməsinin “səbəbkarı” olur (4, 12).

QYD-un autoimmun xəstəlik olması ehtimalına görə selikli qişa epitelinin hansısa identifikasiya olunmayan autoantigeninə qarşı orqanizmdə immun cavab reaksiyası formalaşır. Patoloji prosesin inkişafına səbəb olan əsas patogen agent rolunda isə birinci cərgədən olan T-helperlərin (T_H-1) funksional aktivliyinin artması göstərilir (7, 8).

QYD-lu xəstələrin əksəriyyəti ağırlaşmış anamnezə (mədə-bağırsaq sistemi xəstəlikləri, qara ciyər, mədəaltı vəz patologiyaları, endokrin xəstəlikləri və s.) malik olurlar. Bəzi ədəbiyyat mənbələrində mədə-bağırsaq sistemi xəstəlikləri ilə QYD-un 50-75% hallarda əlaqəli olması, somatik patologiyaların müalicəsindən sonra dərmanın gedişində müsbət klinik effektin alınması göstərilmişdir (3).

QYD-un bəd xassəli şişlərə transformasiyasına həsr olunmuş ədəbiyyat mənbələri də mövcuddur. Bəzi müəlliflər QYD-un eroziv, düyünlü, retikulyar və

verrukoz formalarını 1% hallarda bəd xassəli şişə keçməsinə müşahidə etmişlər (11).

QYD-lu xəstələrdə transformasiya əlamətlərini müşahidə etmiş alimlər (10, 15, 19) buna səbəb kimi selikli qişanın tez-tez dişlənməsi, protezlərlə, klammerlə, diş kənarları ilə travma, qalvanizm, siqaret çəkmə, kəskin tərkibli qida maddələri və s. göstərir.

Xəstəliyin sinir, virus və toksiko-allergik mənşəli olması nəzəriyyələri mövcuddur. XX əsrin I yarısında populyar olan infeksiya nəzəriyyə QYD-un əmələ gəlməsində və inkişafında müxtəlif təbiətli mikroba faktoruna üstünlük verir (vərəm, sifilis, göbələk və s.). Sonrakı dövrün elmi tədqiqatlarında bu nəzəriyyələr öz təsdiqini tapmadığından onlar tədricən unudulmuşdur. Lakin sonrakı bir neçə onillikdə mikrobiologiya elminin sürətli inkişafı bu istiqamətdə bəzi yeniliklər əldə etməyə imkan vermişdir. Məsələn, QYD-lu xəstələrin ağız boşluğunda maya göbələyinin miqdarının artması faktı bir çox müəlliflərin elmi əsərlərində qeyd olunur (34) və xəstəliyin genezində disbakteriozun müəyyən rol oynaması iddia edilir. Müəlliflər qeyd edirlər ki, ABSQ-da QYD-un “yaşı” artdıqca, patogen xüsusiyyətli stafilokokkları, qram-mənfi çöplərin və kandida tipli maya göbələyinin miqdarı nəzərəcarpacaq dərəcədə artır. Həmçinin qeyd olunur ki, müayinə olunmuş xəstələrdə ağız boşluğu mikroflorasının tərkibində disbiotik dəyişikliklər əksər hallarda mürəkkəb xarakter daşıyır, yəni eyni vaxtda iki və daha artıq növ mikroorqanizmlərdə müşahidə edilir. Mikroba florasında aşkarlanmış belə növ və kəmiyyət dəyişiklikləri ağız boşluğunun lokal müdafiə mexanizmlərinin zəifləməsi nəticəsində baş verir.

ABSQ-da QYD-un izlə olunmuş variantlarında toksiko-allergik komponentin iştirakına daha çox üstünlük verənlər də vardır (6).

Bir çox müəlliflərin elmi axtarışları göstərmişdir ki, ABSQ QYD-un uzun müddət davam etməsi, terapevtik müdaxilələrə çətin tabe olması müəyyən mənada bu xəstələrdə orqanizmin müdafiə qabiliyyətini və travmalara qarşı selikli qişanın rezistentliyini zəiflədən müxtəlif xroniki xəstəliklərlə bağlıdır (30).

ABSQ-da QYD-u olan xəstələrdə mədə-bağırsaq traktının, qara ciyərin, mədəaltı vəzin bir çox patologiyalarını aşkarlamış və QYD-un bu xəstəliklərdən asılılığını sübut etməyə cəhd edilmişdir. QYD-lu 1040 xəstədən 276-da xroniki hepatit aşkar etmiş müəlliflər, bu xəstəliklər arasında dürüst korrelyasiyanın olduğunu sübut etmişlər (21).

ABSQ-da QYD olan 100 xəstənin gastroenteroloji müayinəsi zamanı 75% hallarda mədə-bağırsaq traktının (qastrit – 64%, mədə xorası – 14%, kolit – 19% və b.) və qara ciyər xəstəliklərinin olmasını göstərmişdir. Xəstələrin uzun müddətli dinamik müşahidəsi müəlliflərə QYD-un, xüsusən də onun eroziv-xoralı formasının patogenezi və mədə-bağırsaq traktı patologiyalarının danılmaz rolu olması nəticəsinə gəlməyə əsas vermişdir. QYD-un eroziv-xoralı forması olan xəstələrin gastrokopiya bəzi xəstələrin mədəsində ABSQ-dakı vəziyyətə oxşar mənzərə aşkarlamışdır (26).

Son illər ərzində bir çox ölkələrdə QYD-un artması müşahidə olunur (17, 21, 33). QYD ağız boşluğu toxumalarının uzun müddətli, qeyri-spesifik atrofik, degenerativ və proliferativ dəyişikliklərin əmələ gəlməsində ABSQ-nın xroniki qıcıqlanmaları və travmatizasiyası müəyyən rol oynayır (16).

Endokrin nəzəriyyənin irəli sürülməsi QYD-lu xəstələrdə şəkərli diabetin müşahidə olunması ilə bağlıdır. QYD, şəkərli diabet və hipertoniya xəstəliyinin eyni xəstədə qeydə alınması tibbi ədəbiyyatda Qrinşpan sindromu kimi öz əksini tapmışdır (9).

QYD-un əmələ gəlməsində emosional faktorların rolu da bir çox hallarda ön plana çəkilir. QYD-lu xəstələrin orqanizmində vegetativ oyanma və sinir sisteminin

mediatoru olan xolinesterazanın aktivliyinin pozulması aşkar edilmişdir (23). Müəlliflər QYD və kandidozun 35,2% hallarda eyni xəstədə yanaşı getdiyini müşahidə etmişlər.

Lakin, endokrin və emosional faktorlar çox gümün ki, patogenetik əhəmiyyət daşıyır və bir tərəfdən periferik qatlarda trofikanın pozulması, digər tərəfdən isə immun sistemin zəifləməsi nəticəsində QYD-un inkişafına və ya onun ağırlaşmasına səbəb olur.

Bəzi müəlliflər QYD-lu xəstələrin poliallergiyadan əziyyət çəkdiqlərini müşahidə etmişlər. T-limfositlərin (əsasən də, T-supressorların) funksional çatışmamazlığı, disproteinemiya, G sinfindən olan immunoqlobulinlərin azalması. Lakin, QYD-lu şəxslərin humoral immunitetində baş verən bu dəyişikliklərin xəstəliyin ilkin əlamətlərinin, yaxud bazal membranda və dermanın alt qatlarında baş verən zədələnmələrin nəticəsi olduğu hələ də qaranlıq qalır (31).

Qeyd olunur ki, T-limfositlərin defisiti zamanı immunokomponent hüceyrələrin qarşılıqlı təsiri pozulur, bu da öz növbəsində selikli qişaların müdafiəsinə cavabdeh olan IgA-nın səviyyəsinin azalmasına səbəb olur. İmmunomorfoloji və immuno-histokimyəvi axtarışlar nəticəsində aydın olmuşdur ki, QYD zamanı qeydə alınan sıx hüceyrə infiltratı əsasən T-limfositlərdən və yetkin makrofaqlardan təşkil olunmuşdur. Yəni, QYD timus-asılı limfositlərin aparıcı rol oynadığı xəstəliklərə aiddir. Bununla belə, müəlliflər özləri də qeyd edirlər ki, immunoqlobulinlərin və plazmatik hüceyrələrin zədələnmiş selikli qişada çökməsi (toplanması) həmişə müşahidə edilmir və QYD üçün spesifik əlamət hesab oluna bilməz (8).

Belə hesab edirlər ki, bazal hüceyrələrin antigen xarakterli ilkin zədələnmələri bu zonalarda qan damarlarından diffuziya etmiş immunoqlobulinlərin iltihabi hüceyrələrdən daha əvvəl toplanması hesabına baş verir. Diffuziya etmiş immunoqlobulinlər bütün istiqamətlərdə yayılmış olsalar da, onların stabil konsentrasiyası epidermal birləşmədə və kollagen liflərdə müşahidə olunur (8).

Beləliklə, araşdırılmış ədəbiyyat mənbələrindən aydın olur ki, ağız boşluğu selikli qişasının QYD-un patogenetik mexanizmlərinin aydınlaşdırılması istiqamətində əldə edilmiş uğurlara baxmayaraq, gedişinin ağırlığına və müalicəsinin həddən çox çətinliyinə görə bu mövzu hələ də aktual olaraq qalır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Əliyev M.M. Ağız boşluğu selikli qişasının qırmızı yastı dəmrovunun etiopatogenezi, klinikası, diaqnostikası və müasir müalicə prinsipləri. Metodik tövsiyələr. Bakı, 2009. -87 səh.
2. Арунов, Т.И. Влияние электрохимических факторов гальваноза на течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, Дисс. ...к.м.н., 2010. -130 с.
3. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык – «зеркало» организма. – М., 2000.- 407 с.
4. Барер Г.М., Орестова Е.В., Аллик Е.А., Инкина Е.В. Совершенствование лечения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с учетом психологического статуса больных. International Dental Review, 2001, №2, с.23-25.
5. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М., 2001. – 271 с.
6. Ласкарис Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 304 с.
7. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Тупицын Н.Н., Иванова Е.В. Субпопуляции лимфоцитов слизистой оболочки рта, пораженной плоским лишаем. Иммунология, 2007, №1, с.31-33.
8. Рабинович О.Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки рта (клиника, диагностика, лечение). Автореф.дисс. на соиск. ... д.м.н., М., 2001. –39 с.
9. Чернавина Г.С. Клинико-лабораторные аспекты диагностики красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и синдром Гриншпана дис. канд. мед. наук 14.00.21. М. 1987. -235 с.
10. Bermejo-Fenoll A, Sanchez-Siles M, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sanchez N. Premalignant nature of oral lichen planus. A retrospective study of 550 oral lichen planus patients from southeastern Spain. Oral Oncol. 2009;45:e54-56.
11. Bornstein M.M., Kalas L., Lemp S., et.al., Oral lichen planus and malignant transformation: a retrospective follow-up study of clinical and histopathologic data. Quintessence Int., 2006; 37 (4): p.261-271.

12. Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus. *Aust.Dent.J.*, 2004, 49 (4): p.192-195.
13. Chung C.H., Yang Y.H., Chang T.T., et.al., Relationship of oral lichen planus to hepatitis C virus in southern Taiwan. *Kaohsiung J.Med.Sci.*, 2004; 20 (4): p.151-159.
14. van Der Meij EH, van Der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med.* 2003;32:507-512.
15. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:207-214.
16. Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28:100-108.
17. Ingafou M., Leao J.C., Porter S.R., Scully C. Oral lichen planus: a retrospective study of 690 British patients. *Oral Dis.*, 2006; 12 (5): p.463-468.
18. Laeijendecker R, Dekker SK, Burger PM, Mulder PG, Van Joost T, Neumann MH. Oral lichen planus and allergy to dental amalgam restorations. *Arch Dermatol.* 2004;140:1434-1438.
19. van der Meij EH, Mast H, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol* 2007;43:742-748.
20. Mignogna M.D., Lo Muzio L., Lo Russo L., et.al., Oral lichen planus: different clinical features in HCV-positive and HCV-negative patients. *Int.J.Dermatol.*, 2000; 39 (2): p.134-139.
21. Morgan M.B., Stevens G.L., Switlyk S. Benign lichenoid keratosis: a clinical and pathological reappraisal of 1040 cases. *Am.J.Dermatopathol.*, 2005; v.27 (5): p.387-392.
22. Nagao Y, Sata M. Hepatitis C virus and lichen planus. *J Gastroenterol Hepatol.* 2004;19:1101-1113.
23. Prolo P., Chiappelli F., Cajulis E., et.al., Psychoneuroimmunology in oral biology and medicine: the model of oral lichen planus. *Ann.N.Y.Acad.Sci.*, 2002; 966: p.429-440.
24. Rodrigues-Nunez I., Blanco-Carrion A., Garcia A.G., Rey J.G. Peripheral T-cell subsets in patients with reticular and atrophic-erosive oral lichen planus. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.Endod.*, 2001; 91 (2): p.180-188.
25. Romero M.A., Seoane J., Varela-Centelles P., et.al., Clinical and pathological characteristics of oral lichen planus in hepatitis C-positive and -negative patients. *Clin.Otolaringol.Allied.Sci.*, 2002; 27 (1): p.22-26.
26. Rossi L., Colasanto S. Clinical considerations and statistical analysis on 100 patients with oral lichen planus. *Minerva Stomatol.*, 2000; 49 (9): p.393-398.
27. Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatol Ther.* 2010;23:251-267.
28. Seoane J., Romero M.A., Varela-Centelles P., et.al., Oral lichen planus: a clinical and morphometric study of oral lesions in relation to clinical presentation. *Braz.Dental J.* 2004; 15(1): p.9-12.
29. Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, et.al., Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. *Arch Dermatol.* 2009;145:1040-1047.
30. Sugerma P.B., Savage N.W., Walsh L.J. et al. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit.Rev.Oral Biol.Med.*, 2002; v.13: p.351-367.
31. Sugerma PB, Satterwhite K, Bigby M. Autocytotoxic T-cell clones in lichen planus. *Br J Dermatol.* 2000;142:449-456.
32. Wong L, Freeman S. Oral lichenoid lesions (OLL) and mercury in amalgam fillings. *Contact Dermatitis.* 2003;48:74-79.
33. Xue J.L., Fan M.W., Wang S.Z., et.al., A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. *J.Oral Pathol.Med.*, 2005; 34 (8): p.467-472.
34. Zeng X., Chen Q.M., Nie M.H., Li B.Q. The genotypic profiles of *Candida albicans* isolates from patients with oral lichen planus. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.*, 2005; 36 (2): p.193-195.

Daxil olub: 1.11.2016.



* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS *

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ

Пишанов Р.Т.², Полищук Н.Е.², Этибарлы С.А.¹,
Новрузов Э.Г.¹, Гараев И.Д.¹

¹Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра
Нейрохирургии (Баку, Азербайджан).

²Национальная Медицинская Академия Последипломного
Образования им. П.Л.Шупика, Кафедра Нейрохирургии
(Киев, Украина).

Ключевые слова: травма, повреждения позвоночника, поздний период.

В последние годы отмечается рост количества повреждений позвоночника. Осложненные повреждения шейного отдела позвоночника хотя и имеют небольшой удельный вес среди других травм, но вследствие своей тяжести они приводят к инвалидности и сопровождаются высокой летальностью - 50-75% [1,3]. До сегодняшнего дня остается дискуссионным вопрос о влиянии хирургического вмешательства в позднем периоде на результаты лечения и дальнейшая социальная адаптация больных перенесших травму позвоночника. [4,6].

Цель работы. Оценка результатов хирургического лечения больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника в позднем периоде, на основании применения современных инструментальных методов диагностики а также классификации ASIA и шкалы RAND 36-Item Health Survey.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 271 больного с осложненной травмой шейного отдела позвоночника в позднем периоде находившихся на лечении в клинике спинальной нейрохирургии ГУ «Институт нейрохирургии АМН Украины им. акад. Ромоданова» и нейрохирургическом отделении Больницы скорой медицинской помощи г. Киева а так же в Учебно-Хирургической Клинике Азербайджанского Медицинского Университета за период 2000–2016 гг.

Результаты хирургического лечения у наших больных мы изучали на основании сравнения состояния неврологического статуса и качества жизни больных до и после операции на момент выписки, данных послеоперационных нейровизуализирующих методов диагностики

Мы сравнивали выраженность неврологической симптоматики у больных до операции, на момент выписки из стационара и в отдаленном периоде (в среднем через год после операции).

Сравнительный анализ показал улучшение всех показателей, как в раннем, так и в отдаленном периоде вне зависимости от уровня поражения. Несколько лучшие результаты лечения больных при поражении субаксиального уровня шейного отдела позвоночника и спинного мозга статистического значения не имели. Также обращает на себя внимание значительное улучшение показателей жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Следует также отметить, что проведенное хирургическое лечение позволило у больных, которых оперировали дважды достичь улучшения качества жизни в большей мере в сравнении с больными, которых оперировали только в позднем периоде. Однако эти различия были статистически недостоверными.

Смертность на материале наших наблюдений составила 0,9% (3 наблюдения). Причиной смерти двух больных, который входили в группу пациентов, оперированных только в раннем периоде была ТЭЛА (2 наблюдения). Причиной смерти еще одного больного был острый ишемический инсульт с отеком ствола головного мозга.

Мы преследовали следующие цели при проведении нейровизуализирующих методов исследования в послеоперационном периоде у наших больных:

1) Интраоперационная спондилография для уточнения расположения имплантатов, степени декомпрессии, стабилизации и избавления от патологических субстратов. Это в значительной мере помогает при наличии остаточной деформации, или неправильного положения имплантатов, при необходимости откорректировать недостатки, увеличить объем декомпрессии.

2) В раннем послеоперационном периоде желательно оценить неврологический статус для выявления ухудшения. Если ухудшение в неврологическом статусе имело место, то необходимо было проведение КТ или МРТ для выявления формирования гематомы, смещения имплантов, наличие других компрессирующих субстратов.

3) В послеоперационном периоде в течении первых 6 месяцев следует проводить спондилограммы на уровне вмешательства в 2 проекциях каждые 2 мес. Этот период чаще сопровождается нежелательными изменениями и осложнениями со стороны имплантатов.

4) После этого желательно провести контрольное рентгенологическое исследование через год после вмешательства для подтверждения или отрицания спондилолистеза.

Проведение других методов исследования имело место при наличии отрицательной неврологической динамики, или значительного болевого синдрома.

91,7% пациентов наблюдались больше 1 года, что можно считать достаточным для объективных выводов о достигнутых результатах. У всех пациентов был достигнут костно-фиброзный или костный спондилодез.

Качество жизни больных оценивалось по шкале оценки качества жизни оперированных спинальных онкологических больных RAND 36-Item Health Survey 1.0:

Оценка состояния больного проводится по бальной системе на основании заполненных больным анкет по 8 следующим показателям: физическое состояние, физические ограничения жизнедеятельности, эмоциональные ограничения жизнедеятельности, энергия/усталость, эмоциональное состояние, социальный статус, уровень боли, общее здоровье.

Мы сравнивали качество жизни больных до операции, на момент выписки из стационара и в отдаленном периоде (в среднем через год после операции).

Следует также отметить, что проведенное хирургическое лечение позволило у больных, которых оперировали дважды достичь улучшения качества жизни в большей мере в сравнении с больными, которых оперировали только в позднем периоде. Однако эти различия статистически были недостоверными.

Анализ результатов лечения разных классов больных согласно классификации ASIA на нашем материале показал, что по шкале RAND 36-Item Health Survey 1.0:

1. Статистическая достоверность ($p > 0,05$) улучшения качества жизни имела место у больных класса В;

2. Статистическая достоверность ($p > 0,001$) улучшения качества жизни имела место у больных класса С и D;

3. Статистическая достоверность улучшения качества жизни отсутствовала у больных класса А;

Попарное сравнение больных 2 и 3 группы с больными 1 по показателям качества жизни по шкале RAND 36-Item Health Survey 1.0 показало, что результаты лечения у них были статистически достоверно лучшими.

В целом, сравнительный анализ показал улучшение всех показателей, как в раннем, так и в отдаленном периоде вне зависимости от уровня локализации поражения. Несколько лучшие результаты лечения больных при поражении субаксиального уровня шейного отдела позвоночника и спинного мозга статистического значения не имели. Также обращает на себя внимание значительное улучшение показателей жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Анализ результатов лечения разных классов наших больных согласно классификации ASIA на нашем материале показал, что по шкале RAND 36-Item Health Survey 1.0: статистическая достоверность ($p > 0,05$) улучшения качества жизни имела место у больных класса В, статистическая достоверность ($p > 0,001$) улучшения качества жизни имела место у больных класса С и D, статистическая достоверность улучшения качества жизни отсутствовала у больных класса А.

Результаты хирургического лечения у наших больных, проанализированные на основании сравнения состояния неврологического статуса, выраженного балльной оценкой, качества жизни больных до и после операции согласно шкале RAND 36-Item Health Survey 1.0, данных послеоперационных нейровизуализирующих методов диагностики в достаточной мере могут считаться объективными.

Среди больных, которым были выставлены показания к оперативному вмешательству в позднем периоде статистически достоверно лучшими были показатели неврологического статуса и качества жизни в послеоперационном периоде в группе больных, которые оперированы в отдаленном периоде ($p > 0,001$) и в группе больных, оперированных в раннем и в отдаленном периодах ($p > 0,05$).

ЎДӘВІҮАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Полищук Н.Е., Корж Н.А. Повреждения позвоночника и спинного мозга.: Книга плюс. 2001 г., 388 стр.
- 2.Петров К.Б., Иванчин Д.М. Методика клинической оценки эффективности реабилитации параличей верхних конечностей у больных с последствиями шейно-спинальной травмы. // Новокузнецк, 2005.
- 3.Яриков Д. Е., Шевелев И. И., Басков А. В. Международные стандарты в оценке неврологических нарушений при травме позвоночника и спинного мозга. // Журнал Вопросы нейрохирургии - 1999. - № 1.
- 4.Andersson S, Rodrigues M, Olerud C: Odontoid fractures: high complication rate associated with anterior screw fixation in the elderly. Eur Spine J 9: 56-60, 2000
- 5.BLAUTH M., SCHMIDT U., DJENST M. et al. Longterm outcome of 57 patients after ventral interbody spondylodesis of the lower cervical spine // Un/allchirurg. - 1996, Dec. - Vol. 99, № 12. - P. 925-939.
- 6.Goodrich J. History of spine surgery in ancient and medieval worlds. Neurosurg Focus. 2004;16(1):1-13.

X Ü L A S Ə

ONURĞANIN BOYUN NAHIYYƏSİNİN FƏSADLAŞMIŞ TRAVMALARI ZAMANI CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ NƏTİCƏLƏRİNİN GECİKMİŞ DÖVRDƏ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Pişanov R.T.², Polişuk N.Y.², Etibarlı S.A.¹, Novruzov E.H.¹, Qarayev İ.C.¹
¹Azərbaycan Tibb Universiteti, Neyrocərrahiyyə Kafedrası (Bakı, Azərbaycan)
²P.L. Şupik adına Milli Tibbi Diplomdansonrakı Təhsil Akademiyası (Kiyev, Ukrayna).

Açar sözlər: travma, onurğanın zədələnməsi, gecikmiş dövr.

Onurğanın boyun nahiyəsinin fəsadlaşmış travmalarına görə əməliyyat olunmuş 271 xəstənin cərrahi müalicələrinin gecikmiş dövrdəki nəticələri analiz olunmuşdu. Müasir instrumental müayinə metodları, həmçinin ASIA təsnifatı və RAND 36-Item Health Survey şkalasını əsas götürərək, onurğanın boyun nahiyəsinin fəsadlaşmış travmalarına görə əməliyyat olunmuş xəstənin cərrahi müalicəsinin gecikmiş dövrdəki nəticələrinin qiymətləndirilməsi icra olunub.

Alınan müsbət nəticələr aparılan müalicə taktikasının effektivliyini və gələcəkdə istifadəsi məqsədəuyğun olmasını təstiqləyir.

S U M M A R Y

EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED TRAUMA CERVICAL SPINE IN THE LATE PERIOD.

Pishanov R.T.², Polishuk N.E.², Etibarly S.A.¹, Novruzov E.H.¹, Garayev I.J.¹
Azerbaijan Medical University, Department of Neurosurgery (Baku, Azerbaijan)
National Medical Academy of Postgraduate Education (Kiev, Ukraine)

Key words: trauma, spinal injury, late period.

Results of surgical treatment of 271 patients operated for complicated injuries of the cervical spine in the late period. The evaluation of the results of surgical treatment of patients with high-risk cervical spine injury in the later period, on the basis of application of modern instrumental methods of diagnosis and classification ASIA scale and RAND 36-Item Health Survey. Achieved positive results show the effectiveness and feasibility of further use of treatment.

Daxil olub: 15.05.2016.

XORA MƏNŞƏLİ KƏSKİN QASTRODUODENAL QANAXMALARIN KONSERVATİV TERAPİYASI ZAMANI İMMUNTƏNZİMLƏYİCİ VASİTƏLƏRİN TƏTBİQİ.

Allahverdiyev V.A.

***Azərbaycan Tibb Universiteti, Ümumi cərrahlıq və
anesteziologiya kafedrası.***

Giriş. Təxirəsalınmaz cərrahlığın ən aktual problemlərindən biri olan kəskin gastroduodenal qanaxmaları (KQDQ) xora xəstəliyinin ağırlaşmaları içərisində 42 – 47% hallarda təsadüf edilir [5]. Müalicəvi endoskopiyanın, cərrahlığın, anesteziologiyanın və farmakoterapiyanın müasir üsulları fonunda KQDQ zamanı ölümün tezliyi 5 – 14%-ə, residiv olanda 30 – 40%-ə çatır və azalmağa doğru meyl müşahidə edilmir [3, 6, 8, 11].

Son illər xora xəstəliyinin patogenezinə digər məlum faktorlarla yanaşı immun mexanizmlərin roluna da diqqət verilir [1, 9, 10]. Məlum olduğu kimi, sitokinlər isə immun reaksiyaların həm vacib iştirakçıları, həm də hüceyrələrarası qarşılıqlı əlaqələrin universal tənzimləyiciləridir.

İmmun sistemin orqanizmdəki mühüm rolunu nəzərə alaraq KQDQ zamanı orqanizmin adekvat adaptasiya reaksiyalarının və immun üzvlərinin morfofunksional vəziyyətlərinin bərpası, sitokin disbalansının aradan qaldırılması, immun hüceyrələrin orqanizmdə yenidən bölüşdürülməsi, bu hüceyrələrin informasiya və miqrasiya aktivliyi pozğunluqlarının aradan qaldırılması üçün yüksək bioloji aktivliyə malik sitokin (interleykin) tərkibli preparatların işlədilməsinin məqsədəuyğunluğu fikrinə gəlmək olar.

Xora xəstəliyi və onun müxtəlif klinik gedişi variantlarında sitokin profilinin vəziyyəti [2] və sitokinoterapiyanın aparılmasına dair ədəbiyyatda məlumatlar olsa da, [4, 7] bu sahədə tədqiqatların aparılmasına ehtiyac vardır.

İşin məqsədi. KQDQ zamanı kompleks konservativ terapiya fonunda betaleykinin sitokin disbalansına təsirinin öyrənilməsi.

Material və metodlar. Klinik tədqiqatlar xora mənşəli KQDQ diaqnozu ilə kompleks konservativ terapiya almış 16 – 75 yaşlı 78 xəstədə aparılmışdır. Onlardan 61 nəfəri kişi, 17-i isə qadın olmuşdur. Xəstələr stasionara daxil olduqdan sonra dərhal infuzion–transfuzion–xora əleyhinə terapiyaya başlanılmış və diaqnostik – müalicəvi endoskopiya aparılmışdır. 78 xəstədən 18-də mədə xorası, 56-da onikibarmaq bağırsağ xorası və 4-də isə müştərək xora aşkarlanmışdır. Qanaxmanın intensivliyi J. Forrest üsulu ilə qiymətləndirilmişdir: F Ia – 2, F Ib – 10, F IIa – 13, F IIb – 19, F IIc – 15 və F III – 19 xəstədə qeydə alınmışdır. Qanitirmənin ağırlığı A.A. Şalimov üsulu ilə təyin edilmişdir: yüngül dərəcəli – 27, orta ağırlıqlı – 26 və ağır dərəcəli qanitirmə 25 xəstədə.

Müayinə olunmuş xəstələrdən 50-də H.pylori aşkarlanmışdır.

Aktiv və davam edən qanaxma hallarında endoskopik hemostaz aparılmış və KQDQ diaqnozu təsdiqləndiyi təqdirdə bütün xəstələrə kompleks infuzion – transfuzion, ümumi hemostatik, antisekretor, antihelikobakter və bərpaedici konservativ terapiya təyin edilmişdir.

Qarşıya qoyulmuş məqsədə müvafiq olaraq xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. I (müqayisə) qrupa yuxarıda sadalanan ənənəvi kompleks bazis intensiv terapiya almış 37 xəstə daxil edilmişdir. II (əsas) qrupa isə ənənəvi kompleks intensiv terapiyaya rekombinat IL-1β olan betaleykin və antioksidant meksidol daxil edilmişdir. Sitokin farmakoterapevtik qrupuna daxil olan betaleykin (qeydiyyat №-si: PN000222/01,20.12.2007) immunostimulyator kimi limfositlərin

proliferasiyasını sürətləndirir, leykositlərin miqdarını artırır, faqositozu və sitokinlərin produksiyasını aktivləşdirir, qranulopoezi sürətləndirir, hemopoezi əhəmiyyətli dərəcədə artırır və mielopoezi stimulyasiya edir.

Betaleykin 0,9% - 500ml fizioloji məhlulda 2 – 3 saat müddətində damcı üsulu ilə venadaxilinə yeridilmişdir. Betaleykin bu preparata olan əks – göstərişlər (yüksək qızdırma, septik şok, preparatın fərdi qəbul edilməməsi), qanitirmənin ağırlıq dərəcəsi, ikincili immunçatmazlığın və sitokin disbalansının dərinliyi nəzərə alınmaqla hər bir xəstə üçün fərdi dozada təyin edilmişdir:

- yüngül dərəcəli qanitirmələrdə 0,5 mkq dozada, gündə bir dəfə - cəmi 3 gün.

- orta ağırlıq dərəcəli qanitirmədə 1 mkq dozada gündə bir dəfə - cəmi 3 gün.

- ağır dərəcəli qanitirmədə 1 mkq dozada gündə bir dəfə - cəmi 5 gün.

Preparatın yeridilməsi zamanı heç bir ağırlaşma olmamışdır.

Hər iki qrupa daxil olan xəstələrdə klinikaya daxil olarkən, müalicənin 3, 7, 14-cü sutkalarında venoz qanda iltihablehinə (TNF α , IFN γ , IL-1, IL-2, IL-6, IL-8) və iltihabəleyhinə (IL-4, IL-10) sitokinlərin konsentrasiyası IFA üsulu ilə təyin edilmiş, TNF α /IL-10 və IL-2/IL-4 nisbəti də hesablanmışdır. 15 praktik sağlam şəxsin öyrənilən göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür.

Alınmış nəticələr parametrik və qeyri-parametrik üsullarla statistik işlənmişdir.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Cədvəldən görüldüyü kimi ümumilikdə I qrupa daxil olan xəstələrdə klinikaya daxil olarkən periferik qanda norma ilə müqayisədə TNF α konsentrasiyası 5,8 dəfə ($p < 0,001$), IFN γ – 5,6 dəfə ($p < 0,001$), IL-1 – 10,2 dəfə ($p < 0,001$), IL-2 – 8,8 dəfə ($p < 0,001$), IL-6 – 12,6 dəfə ($p < 0,001$) və IL-8 – 2,6 dəfə ($p < 0,001$) yüksək olmuşdur. Bu xəstələrdə iltihabəleyhinə sitokin IL-4 səviyyəsi normadan statistik dürüst 6,5 dəfə çox olduğu halda, IL-10 miqdarı isə 43,9% ($p < 0,001$) az həddə düşmüşdür. Bu səbəbdən də TNF α /IL10 nisbəti normadan 11 dəfə ($p < 0,001$), IL2/IL4 nisbəti isə 50,9% ($p < 0,001$) çox artmışdır. Ümumilikdə I qrupun xəstələrində konservativ terapiyanın gedişində IFN γ , IL-2, IL-6, IL-8 səviyyəsi ilk 3 sutka, TNF α , IL-1, IL-4, IL-10 miqdarı isə birinci 7 sutka ərzində ilkin göstərici ilə müqayisədə artsa da, sonrakı müddətlərdə azalmağa istiqamətlənir. Lakin müşahidənin sonunda qanda TNF α konsentrasiyası normadan 4,2 dəfə ($p < 0,001$), IFN γ – 3,1 dəfə ($p < 0,001$), IL-1 – 6,2 dəfə ($p < 0,001$), IL-2 – 15,5 dəfə ($p < 0,001$), IL-4 – 18,7 dəfə ($p < 0,001$), IL-6 – 6,7 dəfə ($p < 0,001$), IL-8 – 69,9% ($p < 0,01$) çox və IL-10 – 20,9% ($p < 0,05$) az olaraq qalır.

Betaleykinlə məqsədyönlü sitokinoterapiya aparıldığı II qrupun xəstələrində müalicənin erkən dövrlərində istər iltihablehinə, istərsə də iltihabəleyhinə sitokinlərin I qrupla müqayisədə daha az artması, sonrakı müddətlərdə isə daha çevik artması diqqəti cəlb edir. Betaleykinin sitokin disbalansına normallaşdırıcı təsiri hesabına tədqiqatın sonuna II qrupun xəstələrində I qrupla müqayisədə TNF α konsentrasiyası 47,3% ($p_1 < 0,001$), IFN γ – 49,1% ($p_1 < 0,001$), IL-1 – 55,0% ($p_1 < 0,001$), IL-2 – 73,7% ($p_1 < 0,001$), IL-4 – 73,0% ($p_1 < 0,001$), IL-6 – 51,7% ($p_1 < 0,001$), IL-8 – 26,1% ($p_1 < 0,01$) az, lakin IL-10 miqdarı isə statistik qeyri-dürüst 20,1% çox olur. I qrupda yüngül dərəcəli qanitirmədə xəstələr klinikaya daxil olarkən sitokin profili göstəricilərinin orta ağırlıqlı və ağır dərəcəli qanitirmə ilə müqayisədə mülayim artımı fonunda aparılan basis konservativ terapiya öyrənilən parametrləri tədqiqatın sonuna yalnız bir qədər azalda bilir. Lakin II qrupda aparılan patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış sitokinoterapiya müşahidənin sonuna sitokin profili göstəricilərini normaya tam yaxınlaşdırır bilir.

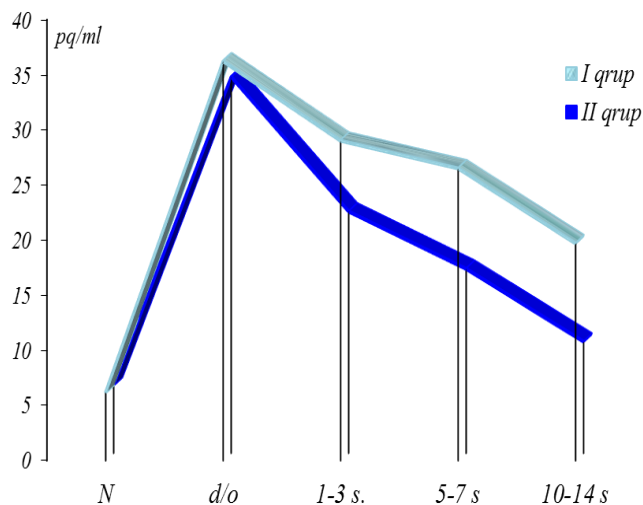
Hər iki qrup xəstələrdə ümumilikdə sitokin profili göstəricilərinin dinamikada müqayisəsi.

Göstərici	Qrup	Tədqiqatın müddəti (sutka)				Norma
		ə/q	3	7	14	
TNFα, pq/ml	I	31,1±2,3 12,1-62,1 ***	43,6±3,2 17,9-85,6 ***, ^^	60,3±7,1 16,7-161,4 ***, ^^^	22,5±2,2 7,6-63,5 ***, ^^	5,3±0,5 3,2-9,5
	II	28,3±2,3 10,1-58,3 ***	35,2±2,4 16,6-75,5 ***, ^, #	36,8±3,6 7,8-87,1 ***, ^, ##	11,8±0,9 4,6-25,4 ***, ^^^, ###	
İFNγ, pq/ml	I	34,9±3,1 9,7-86,7 ***	29,9±2,5 9,7-61,3 ***	25,1±2,1 7,1-51,5 ***, ^	19,4±1,8 5,1-38,6 ***, ^^^	6,2±0,4 3,9-9,2
	II	31,2±2,7 7,6-80,1 ***	23,1±1,8 8,6-41,5 ***, ^, #	17,5±1,5 6,2-34,1 ***, ^^^, ##	9,9±0,7 4,1-21,8 *, ^^^, ###	
İL-1, pq/ml	I	85,9±5,5 30,4-153,7 ***	95,4±8,0 25,6-186,6 ***	101,5±9,9 15,7-198,3 ***	52,3±5,8 9,9-141,6 ***, ^^^	8,4±0,9 1,8-12,7
	II	81,2±4,8 28,1-161,7 ***	80,2±6,8 16,5-176,5 ***	77,0±8,6 10,3-195,1 ***	23,6±2,6 6,7-56,4 ***, ^^^, ###	
İL-2, pq/ml	I	38,4±1,8 16,4-56,3 ***	86,1±5,4 45,1-148,6 ***, ^^^	71,6±4,6 31,6-118,2 ***, ^^^	67,3±3,8 26,7-98,8 ***, ^^^	4,3±0,5 1,6-7,9
	II	37,4±1,8 17,1-53,1 ***	63,2±4,3 21,5-115,2 ***, ^^^, ##	39,3±2,9 12,6-71,3 ***, ###	17,7±2,3 1,8-51,3 ***, ^^^, ###	
İL-4, pq/ml	I	21,4±1,8 4,1-42,8 ***	63,7±7,0 9,8-163,4 ***, ^^^	84,3±8,0 28,6-196,5 ***, ^^^	61,5±7,0 16,1-186,1 ***, ^^^	3,3±0,4 0,9-5,6
	II	18,8±1,4 3,8-38,7 ***	38,4±3,0 8-85,1 ***, ^^^, ###	41,4±4,0 10,1-110,3 ***, ^^^, ###	16,6±1,4 2,8-38,5 ***, ###	
İL-6, pq/ml	I	35,5±3,3 5,1-75,1 ***	61,0±3,9 24,2-110,6 ***, ^^^	31,6±2,5 10,7-56,3 ***	18,8±1,9 5,3-36,6 ***, ^^^	2,8±0,7 1,1-9,7
	II	37,0±2,9 6,1-70,7 ***	49,9±3,4 15,5-87,1 ***, ^, #	21,9±1,8 6,1-46,1 ***, ^^^, ##	9,1±0,7 2,1-18,6 ***, ^^^, ###	
İL-8, pq/ml	I	31,2±2,9 7,5-75,6 ***	42,0±4,1 10,3-106,1 ***, ^	25,8±2,4 7,5-68,1 ***	20,5±1,9 5,3-57,3 *, ^^	12,1±1,1 3,1-18,5
	II	28,7±2,5 7,5-72,5 ***	36,1±3,3 10,1-96,7 ***	19,7±1,9 5,1-63,4 *, ^^	15,1±1,0 3,6-31,6 ^^, #	
İL-10, pq/ml	I	8,0±0,6 2,8-15,7 ***	8,7±0,7 3,1-17,5 ***	13,6±1,6 3,6-32,7 ^^^	11,2±0,8 3,2-18,1 *, ^^	14,2±1,2 5,3-20,6
	II	7,8±0,5 2,3-14,5 ***	10,7±0,7 3,5-18,7 *, ^^, #	13,6±1,0 4,2-25,5 ^^^	13,5±0,9 5,1-21,5 ^^^	
TNFα/İL-10	I	5,98±0,93 0,77-22,18 ***	7,55±1,16 1,02-27,61 ***	9,87±2,17 0,51-44,83 **	2,99±0,60 0,45-14,77 *, ^	0,52±0,13 0,16-1,79
	II	5,55±0,89 0,70-25,35 **	5,00±0,80 0,89-19,87 **	4,17±0,74 0,31-19,36 ***, #	1,32±0,20 0,22-4,98 *, ^^^, ##	
İL-2/İL-4	I	2,06±0,11 1,32-4,00 ***	1,67±0,12 0,90-4,60 ^	0,94±0,04 0,53-1,48 ***, ^^^	1,34±0,09 0,51-2,27 ^^^	1,37±0,04 1,12-1,78
	II	2,25±0,12 1,37-4,80 ***	1,72±0,04 1,24-2,69 ***, ^^^	1,08±0,07 0,65-1,94 *, ^^^	1,02±0,10 0,33-3,46 *, ^^^, #	

Qeyd: cədvəldə göstəricilər arasında fərqin dürüstlüyü:

1. Normal göstərici ilə: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ 2. İlkin göstərici ilə: ^ - $p_0 < 0,05$; ^^ - $p_0 < 0,01$; ^^^ - $p_0 < 0,001$ 3. I qrupun göstəricisi ilə: # - $p_1 < 0,05$; ## - $p_1 < 0,01$; ### - $p_1 < 0,001$

Orta ağırlıq dərəcəsinde qanitirməsi olan hər iki qrup xəstələrdə betaleykinin immunstimuləedici təsirinin müqayisəli qiymətləndirilməsi 1 sayılı şəkildə verilmişdir.



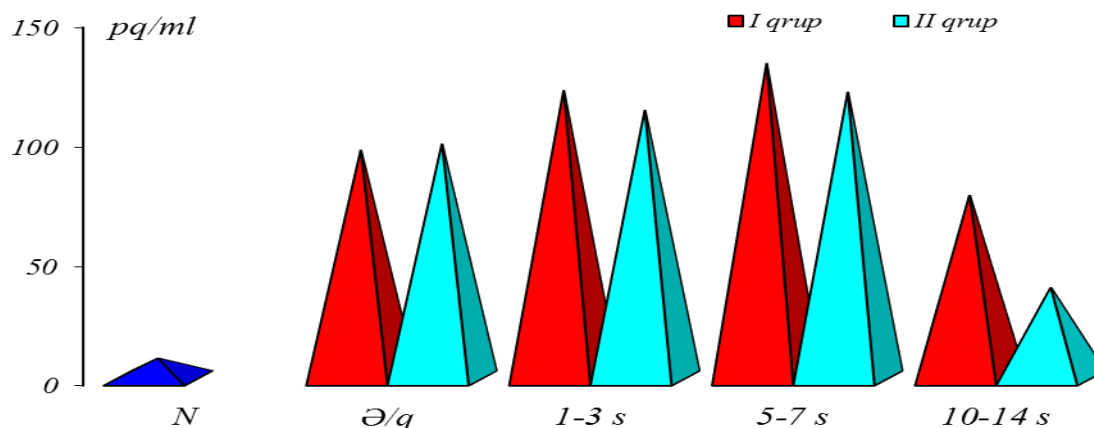
Şək. 1. Orta ağırlıqlı qanitirməsi olan xəstələrdə betaleykinin IFN γ konsentra-siyasının dəyişmə dinamika-sına təsiri.

Ağır dərəcəli qanitirməsi olan xəstələrdə sitokin profili göstəricilərinin müqayisəli qiymətləndirilməsi normallaşmaya doğru dəyişmənin betaleykinlə sitokinoterapiyanın aparıldığı qrupda alındığını göstərmişdir (şək. 2).

Qeyd etmək lazımdır ki, hər iki qrupda sitokin profili göstəricilərinin normaya doğru

istiqləmlənməsi xəstələrin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşması, endogen intoksikasiyanın dərinliyinin azalması və qanın biokimyəvi göstəricilərinin pozitiv dinamika-sı ilə müşayiət edilmişdir.

Konservativ müalicə almış 78 xəstədən 9-u ölmüşdür (11,5%): I qrupda 6 (16,2%), II qrupda isə 3 (7,3%). Ölən xəstələrin hamısı ağır yanaşı somatik xəstəliyi olan ahıl və qoca yaşlarda olmuşlar.



Şək. 2. Ağır dərəcəli qanitirmə zamanı qan zərdabında İL-1 konsentra-siyasının müqayisəli dəyişmə dinamika-sı.

NƏTİCƏLƏR

1.Xora mənşəli KQDQ zamanı aparılan ümumən qəbul edilmiş basis konservativ terapiya sitokin disbalansını aradan qaldıra bilmir.

2.KQDQ-nin kompleks konservativ müalicəsinə betaleykinlə sitokinoterapiyanın daxil edilməsi sitokin disbalansının ləğvini sürətləndirməklə daha yaxşı nəticələr almağa imkan verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Quliyev E.R. Xora mənşəli kəskin mədə bağırsağ qanaxmaları zamanı immunoloji dəyişikliklər və onların səmərəli korreksiyası // Tibb elmləri nam. ... diss. avtoreferatı, Bakı. – 2007. – 20 s.
2. Васильченко А.В., Никонов С.Д., Черных Е.Р. и др. // Цитокиноterapia спленопидом в комплексном лечении гастродуоденальных язв // Вестн. Новосиб. гос. ун-та. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2006. – №3. – с. 3 – 8.
3. Винокуров М.М., Капитонова М.А. /Тактика лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Хирургия 2008. – №2. – с.33–36.
4. Жернакова Н.И. Клиническая нейроиммуноэндокринология язвенной болезни у людей пожилого возраста. Автореферат дисс. ... на соиск. уч. ст. д. м. н. СПб, 2009, 36 с.
5. Кубышкин В.Н., Петров Д.Ю., Смирнов А.В. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2013. – №9. – с. 67 – 72.
6. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. – 2008. – №1. – с.4 – 7.
7. Тарасова Е.С. Язвенная болезнь желудка, ассоциированная с Helicobacter pylori при наличии кишечной метаплазии: клинико-иммунологические особенности течения: / Автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук. – М., 2007. – 21 с.
8. Тимербулатов В.М. Хирургическая тактика эндоскопического гемостаза острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Клиническая и эксперим. хир. – 2011. – №2. – с. 4 – 14.
9. Циммерман Я.С., Михалева Е.Н. Язвенная болезнь и иммунная система организма. // Клин. медицина. – 2000. – №7. – с. 15 – 21.
10. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Калужный А.И. Перспективность аутоиммунных тестов для прогнозирования и оценка эффективности проводимого лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся кровотечением // Анналы хирургии. – 2011, №4, с. 55 – 58;
11. Lewis J.D., Bilker W.B., Brensinger C. et al. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal antiinflammatory drugs and acid suppression medications. // Am J Gastroenterol – 2002; №97: 2540 – 2549.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА.

Аллахвердиев В.А..

В статье представлены результаты исследования 78 больных с острым гастродуоденальным кровотечением язвенного генеза. I группу составили 37 больных которые получали общепринятую стандартную базисную терапию. Больным II группы (41 больных) на фоне базисной терапии включен рекомбинантный интерлейкин 1-β – беталейкин. Было установлено что у больных II группы благодаря применению беталейкина ускорилось устранение цитокинового дисбаланса и в значительной степени улучшились результаты лечения.

SUMMARY

THE USE OF IMMUNOSTIMULATORY AGENTS IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING ULCER GENESIS

Allahverdiyev V.A.

In this article is presented the results of a study of 78 patients with acute gastroduodenal bleeding ulcer genesis. Group I included 37 patients who received conventional standard basic therapy. Patients of group II (41 patients) in background of basic therapy was included recombinant interleukin 1-β -

Betaleukin. It was found that patients of group II due to the use Betaleukin was accelerated elimination of cytokine imbalance and greatly improved outcomes.

Daxil olub: 9.02.2016.

DALAĞIN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI SPLENEKTOMİYADAN SONRAKI ERKƏN DÖVRDƏ HUMORAL İMMUNİTET GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DƏYİŞMƏ DİNAMİKASI.

Hacıyev K.Ə.

Kliniki Tibbi Mərkəz və ATU-nun ümumi cərrahlik kafedrası.

Giriş: Qarının qapalı travmaları zamanı 12-45% hallarda dalağın zədələnməsinə təsadüf edilir [1, 3, 5] və mövcud hemostaz, eləcə də plastika üsulları az səmərəli olduğundan çox az hallarda (5,3–8,4%) üzvqoruyucu əməliyyatlar icra edilir [8, 11]. Lakin orqanizmdə bir sıra vacib fizioloji funksiyaların icrasında, ilk növbədə isə hemopoezdə və immunitətdə iştirak edən dalağın çıxarılması ikincili immunçatmazlığa, postsplenektomik sepsisə və postsplenektomik sindroma gətirib çıxarır [4, 7, 10]. Lakin postsplenektomik immunoloji dəyişikliklərin xarakteri barədə yekdil fikir yoxdur [2, 6, 9].

İşin məqsədi : Dalağın qapalı zədələnmələrinə görə splenektomiya keçirmiş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə humoral immunitətdə baş verən dəyişikliklərin dinamikada öyrənilməsi.

Material və metodlar. Dalağın qapalı travmalarına görə splenektomiya keçirmiş 20–50 yaşlı 35 xəstə müayinə olunmuşdur. Xəstələrdən 28-i kişi, 7-i isə qadın olmuşdur. Xəstələrdə dinamikada əməliyyata qədər və əməliyyatdan sonrakı dövrün 1–3, 5–7 və 10–14-cü sutkalarında periferik qanda humoral immunitet göstəriciləri öyrənilmişdir. CD19+ limfositlər monoklonal antitellərdən istifadə edilməklə qeyri-düzünə immunfluoresensiya üsulu, əsas immunoqobulinlər (Ig A, M, G) Mancini üsulu ilə təyin edilmişdir. Splenektomiyadan sonra orqanizmdən immun komplekslərin eliminasiyasının vəziyyəti dövredən immun komplekslərin (DİK) səviyyəsini, orqanizmin qeyri-spesifik müdafiənin vəziyyəti isə komplementin ümumi miqdarını və onun C3 fraksiyasının miqdarını öyrənməklə qiymətləndirilmişdir.

15 praktik sağlam şəxsin göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür. Alınmış nəticələr variasion statistika və qeyri-parametrik üsulla statistik işlənmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Dalağın travmatik zədələməsinə görə splenektomiya keçirmiş xəstələrdə ilkin sutkalardan olmaqla humoral immunitətdə dəyişikliklər baş verir (cədvəl).

Splenektomiya aparılmış xəstələrdə humoral immunitet göstəricilərinin dəyişmə dinamikası.

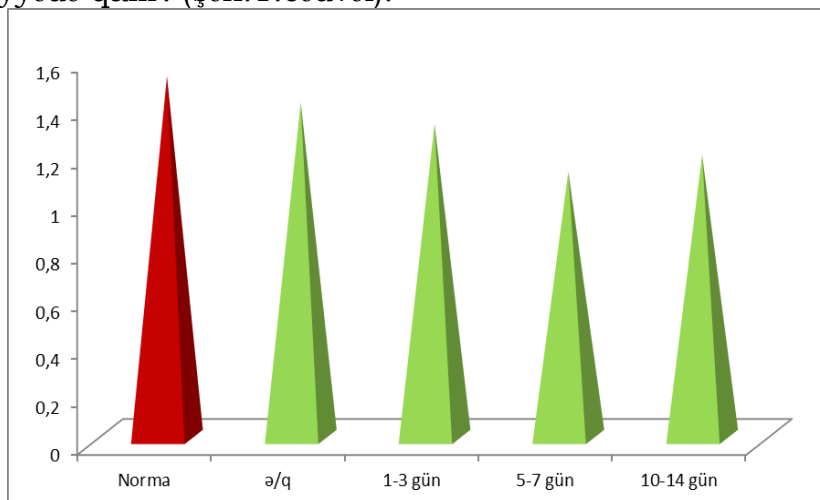
Göstərici	Tədqiqatın müddəti (sutka)				Norma
	ə/q	1 – 3 s	5 – 7 s	10 – 14 s	
CD19+, %	12,8±0,4 9-16	16,2±0,6 11,2-23 *λλλ	18,7±0,7 13,2-25 ***λλλ	17,0±0,5 12-21 ***λλλ	13,5±6,4 9,8,-17
İgA, q/l	1,40±0,03 1,1-1,7	1,31±0,02 1,1-1,53 ***λ	1,11±0,03 0,8-1,32 ***λλλ	1,18±0,03 1,0-1,44 ***λλλ	1,51±0,04 1,2-1,8
İgM,q/l	1,54±0,03 1,2-1,83	1,39±0,02 1,1-1,63 ***λλλ	1,27±0,02 1,0-1,46 ***λλλ	1,29±0,02 1,05-1,5 ***λλλ	1,59±0,06 1,2-1,9
İgG,q/l	11,3±0,2 7,3-12,8	10,5±0,2 7,6-11,9 ***λλλ	9,5±0,2 6,7-10,9 ***λλλ	10,2±0,2 7,6-11,6 ***λλλ	12,0±0,4 10,3-14,6
DİK, ş.v.	84,2±1,6 50-92	92,5±2,7 55-110 λλ	100,8±2,4 70-120 ***λλλ	119,6±2,2 75-130 ***λλλ	85,4±2,6 50-95
Komplementin ümumi miqdarı BV/ml	214,2±4,7 181-265	180,6±4,3 101-210 ***λλλ	110,1±3,3 71-135 ***λλλ	121,2±3,4 81-157 ***λλλ	215,6±7,6 181,270
C3 – komplementin fraksiyası, q/l	11,6±0,5 5-16	8,5±0,4 3,6-11 ***λλλ	7,3±0,4 2,5-10 ***λλλ	8,0±0,4 3-11 ***λλλ	12,0±1,0 5,6-18

*Dürüstlük: 1. norma ilə - * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ***- $p < 0,001$*

2. ilkin göstərici ilə - ^ $p_0 < 0,05$; ^^ $p_0 < 0,01$; ^^ $p_0 < 0,001$

Belə ki, əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrdə periferik qanda CD19+ - limfositlərin miqdarı ilk sutkalardan olmaqla dinamikada artmağa başlayır. Splenektomiyadan sonrakı 7-ci sutkada bu artım normanın 38,2% ($p < 0,001$) qədər olur. Sonrakı müddətlərdə onun qandakı miqdarı azalmağa istiqamətlənsə də, tədqiqatın sonunda CD19+ - limfositlərin miqdarı sağlam şəxslərdəki göstəricidən 26,0% ($p < 0,001$) çox olaraq qalır.

Dalağı çıxarılmış xəstələrdə cərrahi müdaxilədən sonra periferik qanda hər üç immunoqlobulinin (İg A, M və G) miqdarı ilk 7 sutka ərzində azalır və bu müddətdən sonra artmağa meyl müşahidə edilir. Əməliyyatdan sonrakı dövrün 10–14-cü sutkasında qanda hər üç immunoqlobulinin konsentrasiyası aşağı səviyyədə qalır. (şək.1.cədvəl).



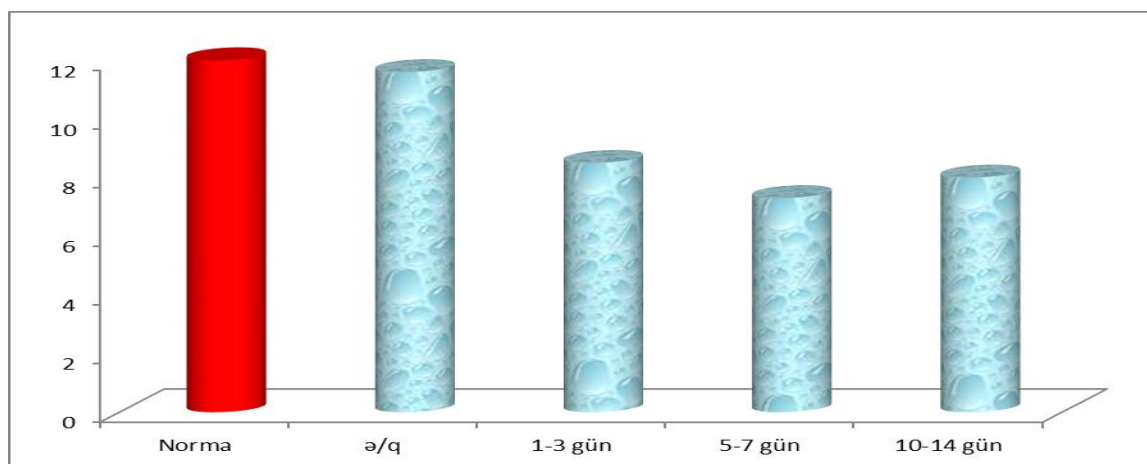
Şək.1. Splenektomiya keçirmiş xəstələrdə qanda Ig A konsentrasiyanın dəyişməsi.

Qanda DİK səviyyəsi əməliyyatdan sonrakı dövrün ilk sutkalarından artmağa başlayır və 10–14-cü sutkada yüksək həddə çatır. 119,6±2,2 ş.v.-ə bərabər olur bu səviyyə isə normadan 40,0% ($p < 0,001$) çoxdur. DİK

səviyyənin artması autoliz proseslərinin yüksəlməsi fonunda qan zərdabının

yüksək sitotoksikliyinə artmasını və orqanizmdən immun komplekslərin eliminasiyasının azaldığını göstərir.

Orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə faktoru və immun sistemlə hemostaz sistemini birləşdirən bir həlqə kimi komplementin ümumi və C3 fraksiyasının miqdarı splenektomiya keçirmiş xəstələrdə cərrahi müdaxilədən sonra normal göstərici ilə müqayisədə dinamikada azalaraq 5–7-ci sutkada ən aşağı həddə düşür - müvafiq olaraq normadan 48,9% ($p < 0,001$) və 38,7% ($p < 0,001$) az olur. Sonrakı dövrlərdə komplementin ümumi və C3 fraksiyasının miqdarı dinamikada artsa da, 10–14-cü sutkada sağlam şəxslərin göstəricisindən xeyli aşağı səviyyədə qalır (cədvəl, şəkl 2).



Şəkl.2. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə komplementin C3 fraksiyasının dəyişmə dinamikası.

Beləliklə, dalağın travmatik zədələnmələrinə görə splenektomiya keçirmiş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə immunitetin humoral həlqəsində B – limfositlərin miqdarının və DİK səviyyəsinin artması fonunda immunoqlobulinlərin konsentrasiyasının, komplementin ümumi və C3 fraksiyası miqdarının azalması müşahidə edilir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Абасов Б.Х., Гаджиев Д.Н., Юсубов В.И. Органосохраняющие операции при травматических повреждениях селезенки // Вестник Хирургии, 1982, №6, с 84 – 88.
2. Алимов А.Н., Зубарев А.Р., Прямыков А.Д. и др. Органосохраняющий метод хирургического лечения разрыва селезенки при закрытой травме живота // Хирургия, 2013, №9. С.39 – 43.
3. Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Мустафалулов И.Б. Активно – выжидательная тактика при лечении повреждений печени и селезенки при сочетанной травме живота // Медицина и качество жизни, 2011, №3, с 35 - 36.
4. Гаджиев Дж.Н. Хирургия травм селезенки. Баку, “Тэбиб.”, 1998, - 156 с.
5. Голобородько Н.Н. Особенности хирургического лечения травмы селезенки в условиях множественных и сочетанных абдоминальных повреждений. Автореф. дис. к.м.н. Харьков, 2003. – 18 с.
6. Ионкин Д.А., Кубышкин В.А., Елегина Л.В. и др. Отдаленные результаты вмешательства на селезенке // Анналы хирургической Гепатологии, 2000, 5, №2, с 275 – 276
7. Киричук В.Ф., Шапкин Ю.Г., Масляков В.В. Показатели микроциркуляции и иммунного статуса в отдаленном послеоперационном периоде после операций на травмированной селезенке // Саратовский научно-медицинский журнал., 2007 №3, с. 98 – 103.
8. Маховский В.В. Современные возможности и концепция обоснования органосохраняющих операций на селезенке // Мед. Вестник Северного Кавказа, 2006, №1, с. 54 – 57.

9. Чуклин С.Н. Влияние аутотрансплантация ткани селезенки на иммуногормональный статус организма // Хирургическая Гепатология, 2000, Т.5, №2, с. 242-293.
10. Шапкин Ю.Г., Масляков В.В. Значение селезенки в иммунном статусе организма // Анналы Хирургии, 2009, №1, с. 9 - 12.
11. Lodge J.P. Hemostasis in liver resection Surgery // Semin Hematol. 2004; vol.1, p. 70-75.

РЕЗЮМЕ

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ.

Гаджиев К.А.

Целью данного исследования является анализ изменения гуморального звена иммунитета в раннем послеоперационном периоде у больных перенесших спленэктомию при травматических повреждениях селезенки.

С этой целью у 35 больных в возрасте 20-50 лет после спленэктомии в динамике были изучены показатели В-звена иммунитета: содержание CD19+-лимфоцитов, концентрация иммуноглобулинов А, М, G, уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), а также показателя неспецифической резистентности – общего и С3 компонента комплемента.

Установлено, что в первые 5-7 суток после удаления селезенки наблюдалось значительное повышение содержания CD19+-клеток, ЦИК и со снижением уровня всех трех классов иммуноглобулинов, общего и С3 компонента комплемента. В дальнейшем на фоне некоторого снижения уровня CD19+-лимфоцитов и ЦИК происходила тенденция к повышению содержания иммуноглобулинов, общего и С3 компонента комплемента. К концу срока наблюдения все изученные показатели не достигали до нормальных значений.

Ключевые слова: травма селезенки, гуморальный иммунитет, комплемент.

SUMMARY

DYNAMIC CHANGES OF HUMORAL IMMUNITY IN THE IMMEDIATE PERIOD AFTER SPLENECTOMY.

Hajiyev K.A.

The aim of this study is to analyze the changes of humoral immunity in the early postoperative period in patients undergoing splenectomy in traumatic injuries of the spleen.

For this purpose 35 patients aged 20-50 years after splenectomy in dynamics were studied indicators B immunity: the content of CD19+ lymphocytes, the concentration of immunoglobulin A, M, G, the level of circulating immune complexes (CIC) and the index of non-specific resistance - Public and C3 complement component.

It is found that in the first 5-7 days after removal of the spleen showed a significant increase in CD19+ cell content, CEC and with a reduction in all three classes of immunoglobulins, and the total complement component C3. In the future, against the background of a decrease in the level of CD19+ lymphocytes and the CEC took place a tendency to increase the content of immunoglobulins, general and C3 complement component. By the end of the observation period all the indicators studied did not reach up to the normal range.

Keywords: spleen injury, humoral immunity, complement.

TƏNƏFFÜS VƏ HƏZM YOLLARINDA RAST GƏLİNƏN YAD CİSİM HADİSƏLƏRİNİN RETROSPEKTİV TƏHLİLİ.

Hüseynov C.H.¹, Hüseynəliyev A.H.¹, Məmmədov A.Q.²,
Dünyamalıyev Q.İ.², Yusifzadə K.R.³.

*Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzi¹ .Naxçıvan Respublika
Xəstəxanası².Dövlət Sərhəd xidməti hospitalı³.*

Giriş: Mövcud dərslik və vəsaitlərdə yad cisimlərə müxtəlif başlıqlar həsr edilməsi bu patologiyanın tibbi təcrübədə heç də az yer tutmamasına işarədir. Belə ki, keçən əsrdə olduğu kimi, XX –əsrin əvvəllərində də müvafiq ədəbiyyatda (2) bu mövzu diqqət mərkəzindədir. Yad cisimlərin vaxtında diaqnozu və müalicəsi ağırlaşmaların aradan qaldırılmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edir . Məhz buna əsaslanaraq, biz son 10-illik təcrübəmizdə həzm və tənəffüs yollarında müşahidə etdiyimiz və çıxartdığımız yad cisim hadisələrini təhlil etmək qərarına gəldik.

Material və metod: 2007-2016 illər ərzində Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzində yad cisimlərdə diaqnozu ilə endoskopiya aparılan xəstələrin yaşı, cinsiyyəti, daxil olarkən şikayətləri, yad cismin növü, lokalizasiyası və aparılan endoskopik müalicənin nəticələri təhlil edilmişdir.

Nəticə: 98 xəstənin 75-i kişi, 23-ü qadındır. Kişilərdə orta yaş $78,5 \pm 1,5$, qadınlarda 49 ± 16 -dır. Daha çox rast gəlinən metal yad cisimlər-43, sümüklər 32, qida tikələri -19, tum qabığı-2 və çəyirdəyi - 1, qabıqlı meyvə-1 olmuşdur. Xəstələrin şikayətləri: 40 xəstədə udma çətinliyi, 45-ində boğaz ağrısı, 13-də boğazda tıxanma hissi olmuşdur.

Giriş: Yad cisimlər uşaq və yaşlılarda rast gəlinən xəstələnmə və ölüm səbəbi olan aktual bir problemdir. Mövcud dərslik və vəsaitlərdə yad cisimlərə xüsusi başlıqlar həsr edilməsi bu patologiyanın tibbi təcrübədə kifayət qədər geniş yer tutmasının göstəricisidir. Belə ki, keçən əsrdə olduğu kimi (1, 3, 4, 5), XXI əsrin əvvəlində də müvafiq ədəbiyyatda (2) bu mövzu diqqət mərkəzindədir.

Yad cisimlərə əsasən yemək borusunun fizioloji daralmaları olan nahiyələrində daha çox rast gəlinir. Yemək borusunun fizioloji daralma lokalizasiyaları krikofarings, aorta qövsü və sol baş bronxun qida borusu ilə carpazlaşdığı nahiyə və qida borusunun diafraqma dəliyi səviyyəsindədir. Biz son on illik təcrübəmizdə həzm və tənəffüs yollarında müşahidə etdiyimiz və çıxardığımız yad cisim hadisələrini təhlil etmək qərarına gəldik. Ədəbiyyat materallarında olduğu kimi, bizim təcrübədə də yad cisimlər 80-85% hallarda uşaqlarda, az hallarda isə yaşlılarda təsadüf edilir. Uşaqlarda yad cisimlər, adətən, əllərinə aldıkları əşyaları (düymə, metal pul, tum çəyirdəyi, sancaq və s.) - ağızlarına qoyma vərdişindən, danışıq zamanı əsnəmək, gülmək, ah çəkmək aktları nəticəsində təsadüfən aşağı tənəffüs və həzm yollarına düşür. Böyüklərdə isə yeməyi tələsik udarkən qida tikələrinin içərisindəki sümük, metal və s. kimi bərk əşyaların, az hallarda isə sərxoş və psixi xəstələrin hər hansı məqsədlə bilərəkdən udması nəticəsində təsadüf olunur. Məişətdə isə belə hallartikişlə məşğul olanların iynə, sancaq, düymə və s.; müxtəlif peşə sahiblərinin isə mismar, vint və başqa vasitələri ağızda saxlamaq vərdişləri ilə əlaqədar olur.

Material və metod: 2007-2016 illər arasında Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzinin endoskopiya kabınəsində qırtlaq, nəfəs borusu, yemək borusu, mədə və 12-barmaq bağırsaqdan 98 müxtəlif xarakterli yad cisimlər xaric etmişik. Bu xəstələrin şikayətləri, yaşı, cinsiyyəti, yad cismin növü və lokalizasiyası, aparılan endoskopik müalicənin nəticələri təhlil edilmişdir.

Nəticələr: Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzində 2007-2016-cı illər ərzində 98 xəstənin yad cisimlə əlaqədar endoskopik müalicəsi və statistik, demoqrafik təhlillərinin nəticələri aşağıdakı cədvəllərdə verilmişdir (cədv.1, cədv.2)

Cədvəl № 1.*Xəstələrin demoqrafik cöstəriciləri*

Cinsiyyətlər	Orta yaş	%
Kişi	78,5±1,5	75(76,5%)
Qadın	49±16	23 (23,5%)

Cədvəl 1-dən məlum olur ki, xəstələr arasında 75 kişi (76,5%), 23 qadın (23,5%), ortalama yaş kişilərdə 78,5±1,5 qadınlarda 49±16-dır.

Cədvəl 2-də isə çıxarılmış yad cisimlərin lokalizasiyasına görə növləri əks etdirilir.

Müzakirə: Qastrointestinal sistem yad cisimləri uşaqlarda və yaşlılarda ciddi ağırlaşmalarla müşahidə edilən və bütün dünyada daha böyük aktuallığa səbəb edən bir tibbi problemdir. Vaxtında aparılan endoskopik əməliyyatlar bu patologiyalarda əminli və əsas müalicə usuludur. Diaqnoz qoyulmasında gecikmələr çox ciddi ağırlaşmalara səbəb ola bilər.

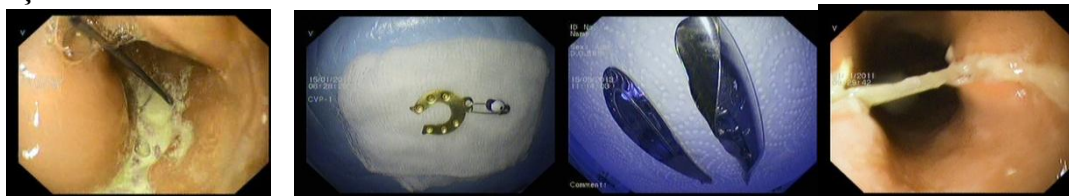
Biz təcrübəmizdə həzm və tənəffüs sistemlərində yad cisimə qarşı olan xəstələr arasında endoskopik yolla müalicə olunanların analizini aparmağı qarşımıza məqsəd qoyduq.

Yad cisimlər, əsasən ezofagusun (qida borusunun) dar olan nahiyələrində ilişməyə meyillidir. Bunun əsas səbəbi ezofagusun həmin nahiyəsində yad cismi irəliyə doğru hərəkət etdirə biləcək güclü peristaltikanın olmamasıdır. Buna görə ezofagus yad cisimləri qastrointestinal sistemin başqa bölgələrinin yad cisimlərindən fərqli qiymətləndirilir. Ezofagus yad cisimləri ən çox üst ezofagus daralması arasında rast gəlinir. Çünki udlaq əzələlərinin güclü təzyiq yaratmasına baxmayaraq, yemək borusu – boyun əzələlərinin aktivliyi bu nahiyədə zəifdir. Bu səbəblə yad cisimlər udlağı daraldan əzələnin (m. constrictor phaaryngis) altında ilişirlər. Birinci daralma qida borusunun başlanan yerində üzübənzər qığırdağın arxa nahiyəsində, ikinci daralma 4-5-ci döş fəqərələri arasında, yemək borusunun sol bronxla çarpazlaşdığı yerdə, üçüncü diafraqma daralması qida borusunun diafraqma dəliyi səviyyəsində yerləşmişdir. Bizim təcrübəmizdə qastrointestinal sistem yad cisimləri daha çox proksimal ezofagusda – 64,3%, orta ezofagusda – 14,3%, distalda – 11,2% təşkil edir. Bu rəqəmlər bəzi müəlliflərdə, müvafiq olaraq – 68,3%; 20%; 11,7% (8), başqa müəlliflərdə isə 80%; 13%; 7% olmuşdur. Bizim göstəricilər ədəbiyyat materialları ilə uyğun gəlir. Xəstələrdə orta yaş 78±1,5 olmuşdur. Orta yaşın aşağı olması xəstəxanamızın endoskopiya kabinetinin Naxçıvan Muxtar Respublikasında bütün yaşlarda olan əhəlisinə xidmət

N	Yad cisimlərin növləri	Yad cisimlərin lokaziyası							Cəmi
		larinks	traxeya	Qida borusu			Mədə	12.b.b. proksi-mal	
				proks	orta	distal			
1	Qida tikəsi			3	6	10			19
2	Sümüklər	1		29	2				32
3	Metallar								
	- İynə						4	1	5
	- sancaq			2	3				5
	- Qəpik			27	5				32
	- qaşiq						1		1
4	Tum qabığı		2						2
	-çəyirdəyi		1						1
5	Meyvə- limon					1			1
6	Cəmi :	1	3	63	14	11	5	1	98
7	%-faiz	1,0 %	3,1 %	64,3%	14,3%	11,2%	5,1%	1,0%	100%

etməsi ilə əlaqədardır. Yad cisimlər, yaşlara görə müxtəlif və yaş qrupuna görə fərqli olurlar. Belə ki, ədəbiyyat materialına görə uşaq yaşlarında ən çox rast gəlinən metallardırsa, yaşlılarda ən çox rast gəlinən yad cisimlər qida tikəsi, toyuq sümüyü, balıq qılçığı, diş protezləri və s. olmuşdur (5, 14). Bizim təcrübəmizdə ən çox rast gəlinən yad cisimlər metal 60%, sümüklər 35%, meyvə, tum çəyirdəyi və qabığı 5% olmuşdur.

Aşağıdakı şəkillərdə çıxardığımız müxtəlif yad cisimlərdən nümunələr verilmişdir.



İynə

Sancaq, kulon

qaşiq

sümük

Təcrübə göstərir ki, müxtəlif yad cisimlər üçün spesifik bir əlamət yoxdur. Şikayətlər, adətən, udulan materialın növünə, ölçüsünə, ilişdiyi yerə, yad cismin yerli təsirlərinə, xəstənin yaşına, sinir sisteminin xüsusiyyətlərinə uyğun olaraq dəyişə bilər. Xəstələr əsasən odinofagiyadan (udma vaxtı ağrı olması), boğazda ilişmə, batma hissi olmasından, qusma, ağızda seliyn artmasından, ezofagial daralma ilə əlaqədar olan traxeyal aspirasiya zamanı isə bəzən miokard infaktı ilə qarışdırıla bilən retrosternal ağrıdan şikayət edirlər. Yad cisimlərin lokal ağırlaşmaları, əsasən ilişdikləri yerdə əmələ gətirdikləri təzyiqli, iltihab, xoralaşma, perforasiya ilə əlaqədar olur. Sol baş bronxda perforasiya və aspirasiya nəticəsində əmələ gələn pulmonar simptomlar gözlənilən əlamətlərdir. Xəstələrimiz daxil olarkən şikayətləri araşdırıldıqda udma çətinliyi, boğazda ağrı, boğazda tutulma hissi üstünlük təşkil etmişdir. olmuşdu.

Qatrintestinalsistem yad cisimləri ən çox ezofagusun yuxarı hissəsində ilişdiklərinə görə, diaqnozun qoyulmasında iki isdiqamətli boyun və ağ ciyər rentgenoqrafiyasının aparılması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Yad cisim qida borusunun çıxacağında yerləşmişsə, qarın boşluğu rentgenoqrafiyası zəruridir. Yad cisimlərin böyük hissəsirentgenoqrafiyada asan görünür, ancaq rentgenoqrafiyada patologiyanın nəzərə çarpmaması diaqnozu tam inkar etmir. Sümük, adətən, boyun rentgenoqrafiyasında udlağın aşağısında və yemək borusunun boyun səviyyəsində görünür. Balıq qılçığı bir başa rentgenoqrafiyada görülməyə bilər, ona görə də bu cür yad cisim şübhəsi ilə müraciət edən xəstələrin rentgenoloji müayinəsi neqativ olduğu halda, endoskopiya aparılması məsləhətdir (5). Aspirasiya riski səbəbi ilə bariumlə müayinə aparılması təhlükəli olduğundan, zəruri ehtiyac olduqda suda həll olan kontrast maddələrdən istifadə olunması məsləhət görülür.

Bizim xəstələrin hamısında rentgenoqrafiyadan sonra diaqnostik və ya müalicəvi endoskopiya əməliyyatı aparılmışdır. Yad cisimlər invaziv və qeyri invaziv üsullarla çıxarılır. Qeyri invaziv üsulda işlədilən qlükogon və kalsium kanal blokatorları aşağı yemək borusu sfinktorunun tonusunu azaldır (4). İnvaziv üsullara endoskopiya, Foley kateteri salınması, basket ekstraksiyası və cərrahi müdaxilə aiddir (7). Müasir dövrdə bir çox mərkəzlərdə qatrintestinal sistem yad cisimlərinin çıxarılması fleksibl endoskoplar vasitəsilə, xüsusilə yetkin xəstələrdə yad cisimlərin çıxarılması 90-99% hallarda bu üsulla aparılır (6). Əməliyyat vaxtı udlaq, yemək borusu zədələnmələrinin qarşısını almaq üçün overtubedən istifadə olunur (13). Təcrübəmizdə bütün yad cisimlər fleksibl endoskoplə xaric edilmiş və əməliyyatın güvənliliyini, xəstənin rahatlığını əsas tutaraq, əməliyyatlar venadaxili və ya endotraxeal anesteziya ilə aparılmışdır.

Qatrintestinal sistemdən, xüsusən yemək borusundan yad cisimlərin çıxarılmasında texniki irəliləyişlərə baxmayaraq, ağırlaşmalara da rast gəlinir. Yad cismin uzun müddət ilişdiyi yerdə qalması əməliyyatın çətinləşməsi və ağırlaşmaların əsas səbəbi hesab olunur. Mürrəkkəb əməliyyatlar yemək borusu perforasiyasına və onunla əlaqəli olan mediastinitə, retroforengeal absesə, sepsizə, ezofagus və hava yolları fistullurlarına, yad cismin boşluq xaricinə çıxmasına, ezofaqoortal fistulaya səbəb ola bilər (9,12). İti uclu yad cisimlərin çıxarılmasında həkimin təcrübəsizliyi və müvəffəqiyyətsiz cəhdlər perforasiya riskini artıran amillərdən hesab olunur. Ədəbiyyat materiallarında endoskopik əməliyyat ağırlaşmalarının 1-13% arasında dəyişməsi bildirilir (10,11). Bizim təcrübəmizdə 1 xəstədə yad cisim selikli qişaya nüfuz etdiyindən, müvafiq müalicə üçün cərrahi klinikaya göndərilmişdir.

Nəticə: Yad cisimlərin vaxtında diaqnozu və müalicəsi gözlənilən ağırlaşmaların qarşısını almaqda əsas amil sayılır. Diaqnozun qoyulmasında anamnez, rentgen və endoskopiya böyük əhəmiyyət kəsb edir. Müalicə üsulları arasında endoskopik müdaxilə ən effektiv və fəsadsız üsul hesab edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. "Maarif". -1989. –s.105-108; 151-159.
2. Məmmədov A.Q. Tibbi biliklərin əsasları. Bakı. "Təknur". -2012. –s.195-197; 247-251; 281-292.
3. Təbqubaşov M.A. Xüsusi cərrahlıq. "Maarif". -1977, III hissə. –s.57-58; 202,247,441.
4. Al-Haddad M., Ward E.M., Scolapio J.S., Ferguson D.D., Raimondo M. Glucagon for the relief of food impaction does it really work? Dig Dis Sci esophageal. -2006; -51(11):1930-3.
5. Al-Qudah A, Daradkeh S, Abu-Khalaf M. Esophageal foreign bodies. Eur J Cardiothorac Surg. -1998. -13(5):494-8.
6. Akçal Y., Kahraman C., Dural K. Periatrik yaş qrupunda özefagus yabancı cisimleri. Pediatric Cerrahi Dergisi. -1990; -4(2):53-6.

7. Arana A., Hauser B., Hachimi-Idrissi S., Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur.J. Pediatr.* -2001;160(8):468-72
8. Burak SUVAK, Yavuz BEYAZIT, Abdurrahim SAYILIR, Mevlut KURT, Serkan TORUN, Yusuf Tuğrul PURNAK, Özlem SUVAK, Murat KEKİLİ, YEŞİL Nurgül Şaşmaz. Erofağusda Yabancı cisim Saptanan Olgularımızın retrospektiv analizi. - *Ankara. -Yeni Tıp Dergisi.* -2011. –s.161
9. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, Liao Z. Endoscopic management of foreign bodies in upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *GastrointestEndosc* 2006;64(4):485-92.
10. Lin HH, Lee SC, Chu HC, Chang WK, Chao YC, Hsieh TY. Emergency endoscopic management of dietary foreign bodies in the esophagus. *Am.J.Emerg Med* 2007;25(6):662-5
11. Moghissi K., Pender K. Instrumental perforations of the esophagus and their management. –*Thorax.* -1988; -43(8):642-6.
12. Okten I, Cangir A.K., Özdemir N., Kavukçu S., Akay H., Yavuzer S. Management of Esophageal Perforation. *Surg Today* 2001;31(1):36-9
13. Peter Cotton, Christopher Williams. *Practical Gastrointestinal Endoscopy* s-92
14. Soprano JV, Mandl KD. Four strategies for the management of esophageal coins in children. *Pediatrics* 2000;105(1):e5
15. Напалков П.Н. Хирургические болезни. «Медицина». -1968. –с.320-322.

РЕЗЮМЕ

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ, НАБЛЮДАЕМЫХ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

Гусейнов Дж.Г.; Гусейналиев А.Г.; Мамедов А.Г.; Дунямалиев Г.И.; Юсифзаде К.Ю.

Нахчыванский Центр Диагностики Лечения, Нахчыванская Республиканская Больница и
Госпиталь Государственной Пограничной Службы

В статье анализируются случаи удаления 98 различных инородных тел из дыхательных и пищеварительных трактов, обнаруженных за последние 10 лет в Нахчыванском Диагностическом Лечебном Центре. Среди инородных тел основное место занимают металлические предметы, пищевые комки, целые фрукты, их кожура и косточки.

Наряду с литературными данными зарубежных и местных авторов делаются выводы о том, что своевременная диагностика и удаление инородных тел предупреждает развитие различных ожидаемых осложнений. При диагностике предпочтение отдается эндоскопическим и рентгенологическим методам.

SUMMARY

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CASES OF FOREIGN BODIES OBSERVED IN THE RESPIRATORY AND DEGESTIVE TRACT

Huseynov D.G.; Huseynaliev A.G.; Mamedov A.G.; Dunyamaliev G.I.; Yusifzada K.Y.

Nakhchivan Center for diagnosis and treatment, Nakhchivan Republican Hospital
And the Hospital of the State Border Service

The article analyzes the cases of removal of 98 different foreign bodies from the respiratory and digestive tracts, found in the last 10 years in Nakhchivan Diagnostic Treatment Centre. Among the foreign bodies the main place is occupied by metal objects, food chunks, whole fruits, their skins and bones.

In addition to the published data of foreign and local authors conclude that timely diagnosis and removal of foreign bodies prevents the development of a variety of expected complications. At the diagnosis i preferred endoscopic and radiological methods.

Daxil olub: 15.02.2016.

AMELOBLASTOMALARDA TWIST, SNAIL, E-KADERIN VƏ İNTEQRIN B-1 EKSPRESİYASININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

Müseyyibov F.M., Benay Tokman Yıldırım

Gazi Universiteti, Oral Patalogiya Kafedrası

Ameloblastoma, lokal olaraq aqressiv xüsusiyyət göstərən, odontogenik epitel qaynaqlı xoşxassəli bir şişdir. Əng və alt çənə şişlərinin 1%-ni və odontogenik qaynaqlı şişlərin 11%-ni təşkil edir. Ortalama 20-50 yaşları arasında görülür. Hər iki cinsdə bərabər nisbətdə rast gəlinir [1]. Ən sıx (80%) alt çənə, ümumiyyətlə üçüncü molar və ramus bölgəsində izlənilir. Əng bölgəsində, sıxlıqla posterior və kanin bölgəsində görülməkdədir [2].

Ameloblastomanın klinikası asemptomatiktir və yavaş böyüyən ağrısız şişliklə xarakterizədir, sıxlıqla təkrarlanan radyoloji araşdırmalarda təsbit edilir [3]. Şişlik ən sıx görülən tapıntıdır. Ağrı, fistül, xoralaşma, dişlərdə hərəkətlilik, parestezi və trismus digər əlamətləridir. Massiv şiş kortikal sümüyü dağıtmaya uğradar, lakin periost və mukozayı perforə edə bilməz [4].

Ameloblastoma radyoloji olaraq ümumiyyətlə multilokülər, sabun köpüyü ya da bal pətəyi görünüşündə, sümük korteksində bukkal və linqual istiqamətdə ekspansiyon meydana gətirən radyolüsent kütlə olaraq izlənilir [4].

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının 2005-ci ildə nəşr etdiyi odontogenik şişləri təsnif etməsində ameloblastoma tipləri aşağıdakı şəkildə təyin olunmuşdur [5].

Xoşxassəli olanlar

- 1.Solid/Multikistik Tip
- 2.Periferal Tip
- 3.Desmoplastik Tip
- 4.Unikistik Tip

Bədxassəli olanlar

- 1.Malign Ameloblastoma
- 2.Ameloblastik Karsinom-Primer
- 3.Ameloblastik Karsinom-Sekonder (İntraosseöz)
4. Ameloblastik Karsinom-Sekonder (Periferal)

Material və metodlar Bu iş 2007 - 2014 illəri arasında Qazi Universiteti Diş Həkimliyi Fakültəsi Oral Patolojiya Kafedrasında diaqnozu qoyulmuş 21' i ameloblastoma (ABL) halı üzərində icra edilmişdir. Histopatoloji qiymətləndirmələr Olympus BX- 51 (Olympus Microsystems America. Inc) işıx mikroskopunda təyin edildi. Bütün hallara aid cinsiyyət, yaş, lokalizasiya kimi klinik məlumatlar qeyd edildi.

İmmünohistokimyasa Üsul Twist, snail, e-kaderin və integrin β -1 anticisimleri Avidin-Biyotin Kompleks (ABC) metodu ilə immünohistokimyasa olaraq boyandı. Pozitif kontrol olaraq twist üçün osteosarkom, snail, integrin β -1, e-kaderin anticisimleri üçün isə məmə karsinomu istifadə edildi.

İmmünohistokimyasa Qiymətləndirmə

Twist və snail anticisimleri ilə rənglənən kəsiklərdə qırmızı rəngdəki nüklear və sitoplazmik rənglənmə, e-kaderin və integrin β -1-lə rənglənən kəsiklərdə isə qırmızı rəngdəki membranöz rənglənmə pozitif olaraq qəbul edildi.

Twist, snail və e-kaderin anticisimleri üçün 4 böyük böyütmə sahəsində rənglənən hüceyrələrin cəmi hüceyrələrə nisbəti hesablanaraq rənglənən hüceyrə

faizi müəyyən olundu. Rənglənən hüceyrə faizi 25%'in altında isə 1(+), 25-50% arasında isə 2 (+), 50%' in üstündə isə 3 (+) olaraq hesablandı [6].

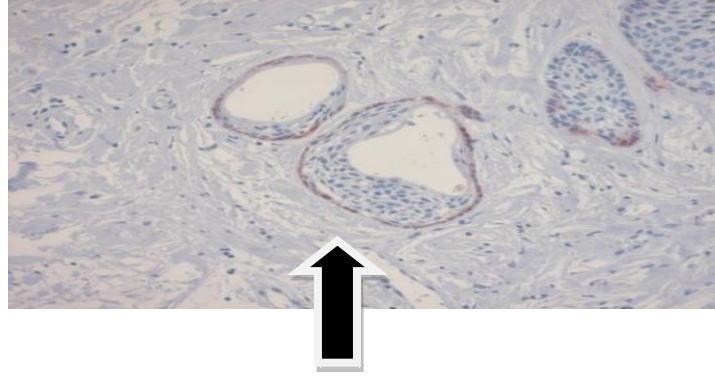
Rənglənmə sıxlığı hüceyrələrdə izlənən ekspresyon dərəcəsinə görə 1'dən 3'ə qədər hesablandı. İmmünboyanma hər 2 hesabın hasili ilə əldə edilən immün hesab-H-hesab olaraq verildi [7]. İntegrin β -1 anticismi üçün immün rənglənmə sıxlığı qiymətləndirərək hesablama edildi. Rənglənmə sıxlığı Modolo və yoldaşları ilə Wahlgren və yoldaşlarının istifadə etmiş olduqları şkalaya bənzər bir şkala ilə qiymətləndirildi [8;9].

Məlumatlar statistik olaraq IBM SPSS Statistics 23 paket proqramı istifadə edilərək qiymətləndirildi.

İmmünohistokimyəvi Nəticələr

İntegrin β -1

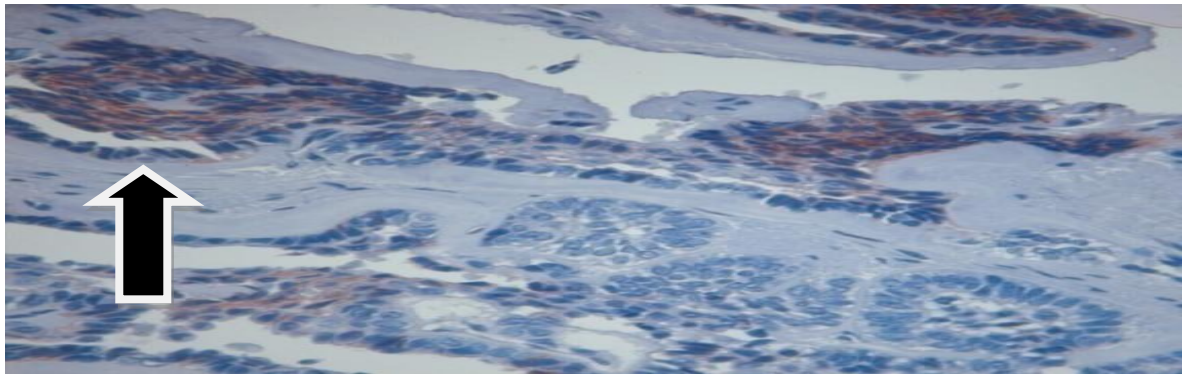
İmmünohistokimyəvi olaraq edilən rəngləmələrdə sıxlıqları dəyişməklə birlikdə ABL hallarının 13 dənəsində (61.9%) integrin β -1 anticismi ilə membranöz pozitivlik müəyyən olundu. Ən sıx bazal və suprabazal təbəqələrdə rənglənmə izləndi. 6 halda mural adalarda, 5 halda stellat retikulumda pozitivlik müəyyən olundu. Stromal rənglənmə görülmədi. Ortalama rənglənmə hesabı 1,05 olaraq təyin olundu (Şəkil 1).



Şəkil 1. ABL'da mural adalarda bazal təbəqə hüceyrələrində görülən integrin β -1 pozitivliyi (ABC x200) (pozitivlik ox işarəsi ilə göstərilmişdir)

E-Kaderin

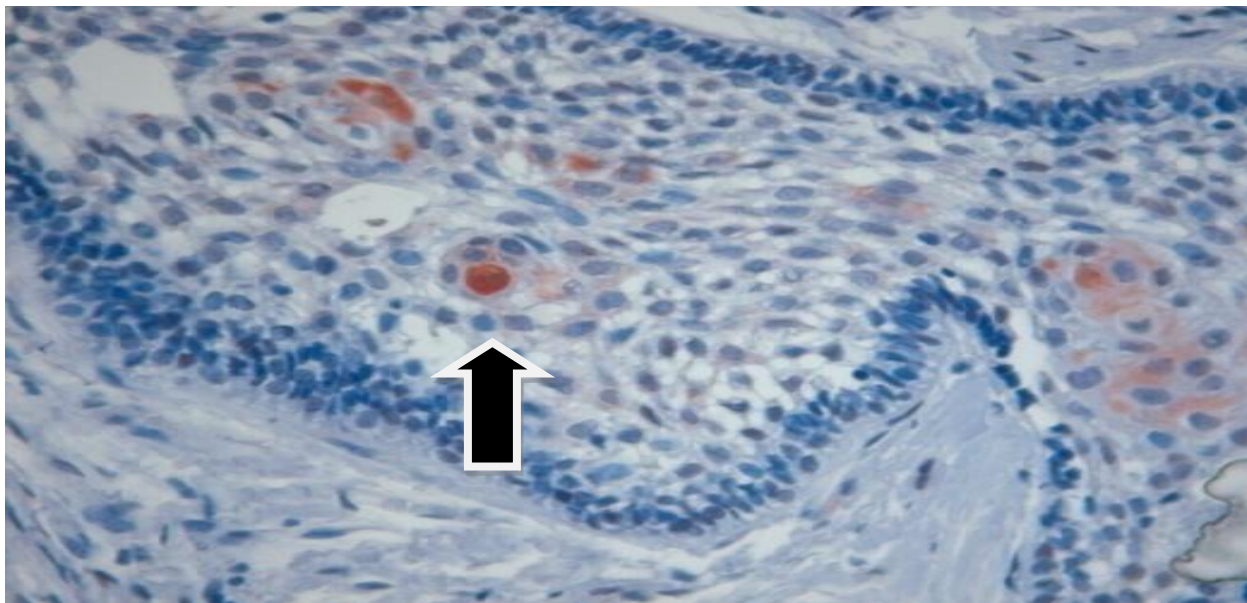
İmmünohistokimyəvi olaraq edilən e-kaderin boyamasında ABL hallarının 7 də (33%) membranöz pozitivlik müəyyən olundu. Bazal, suprabazal təbəqələrdə və stellat retikulum sahələrində rənglənmə müəyyən olundu. Stromal rənglənmə görülmədi. 4 halda mural adalarda pozitivlik izləndi. Ortalama rənglənmə hesabı 0,71 olaraq təyin olundu (Şəkil 2).



Şəkil 2. ABLdə epitel hüceyrələrində müəyyən olunan e-kaderin pozitivliyi (ABC x400) (pozitivlik ox işarəsi ilə göstərilmişdir)

Snail

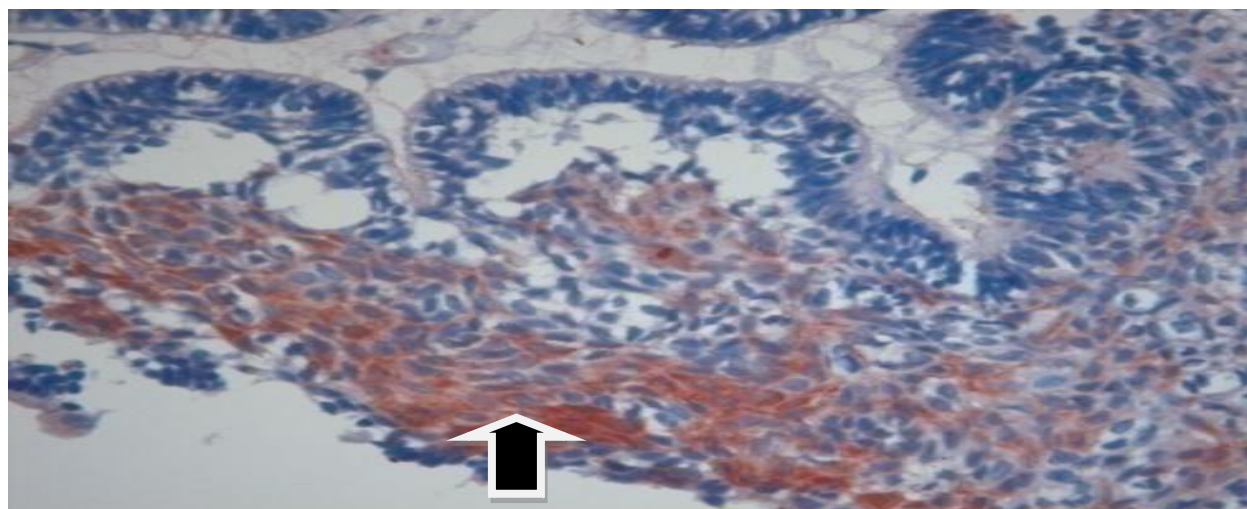
İmmünohistokimyasa olaraq edilən rəngləmələrdə ABL hallarının 9 da (42,9%) snail anticismi ilə həm nüklear həm də sitoplazmik pozitiflik müəyyən olundu. 3 halda mural adalarda pozitiflik izləndi. Rənglənmə hesab ortalaması 0,81 olaraq təyin olundu (Şəkil 3).



Şəkil 3. ABLdə epitel təbəqəsində müəyyən olunan nüklear və sitoplazmik snail pozitifliyi (ABC x400) (pozitivlik ox işarəsi ilə göstərilmişdir)

Twist

İmmünohistokimyasa olaraq edilən rəngləmələrdə sıxlıqları dəyişməklə birlikdə ABL hallarının 13 dənəsində (61,9%) twist anticismi ilə həm nüklear həm də sitoplazmik pozitiflik müəyyən olundu. 5 halda mural adalarda pozitiflik izlənikən, 2 halda stromal rənglənmə müşahidə edildi. Pozitif hüceyreler daha çox epitel səth təbəqəsi və stellat retikulum izlənməmişdir. Rənglənmə hesab ortalaması 1,19 olaraq təyin olundu (Şəkil 4).



Şəkil 4. ABLdə stellat retikulum sahəbrində müəyyən olunan twist pozitifliyi (ABC x400) (pozitivlik ox işarəsi ilə göstərilmişdir)

Tətbiq olunan Mann Whitney U testi nəticəsində solid və unikistik ameloblastoma qrupları arasında rənglənilmə hesabları baxımından statistik olaraq anlamlı fərqlilik yoxdur ($p>0,05$)

MÜZAKİRƏ

ABL lokal aqressiv bir şişdir və ölüme səbəb ola bilər. Böyük ölçülərə çata bilməsi, dağıdıcı xüsusiyyəti və nüxs potensialı aqressiv bioloji davranışının xüsusiyyətləridir. Spesifite və sensitivitesinin yüksək olması asan istifadə olunması, parafin toxumada rahat çalışması və aşağı xərc nisbətləri səbəbiylə işimizdə İHK metodu tətbiq olundu.

Twistin ameloblastomlardakı lokal invazyonu istiqamətləndirdiyinə dair ilk iş Feng və ark. tərəfindən nəşr olundu [10].Siar və NG isə ameloblastomlarda Snail, Slug, Sıpl və Twistin lokal invazyonda fərqli rolları ola biləcəyini bildirdilər [10]. İşimizdə ən yüksək twist ekspresyonu faktların 61% də ameloblastomalarda izləndi. Solid və unikistik ABL arasında da twist ekspresyonu baxımından fərqlilik təyin olunmadı. Bu tapıntımız Tadbir və ark.ın tapıntılarıyla uyğunkən Feng və ark. iki bioloji tip arasında twist ekspresyon fərqliliyi bildirmişlər.

İşimizdə ən yüksək snail pozitiflik nisbəti 42,9% müəyyən olundu. Rənglənilmə hesabı ortalaması isə 0,81 olaraq təyin olundu. Siar və ark. də işlərində bənzər nəticəyə çatmışlar [10].

İşimizdə ən aşağı e-kaderin ekspresyonu 33% nisbəti ilə müəyyən olunmuşdur. Rənglənilmə hesabı ortalaması bənzər şəkildə ABL ən aşağıdır (0,71). Özcan və ark. ABL izlənilən e-kaderin itkisinin bu şişlərin aqressiv bioloji davranışlarında təsirli olduğunu irəli sürmüşlər [11]. Siar və ark. rekürrent ABL işlərində təyin etdikləri e-kaderin down regülyasyonunun şiş progresyonu ilə əlaqəli olduğunu ifadə etməkdədirlər [12].

İşimizdəki ABL qrupunda integrin β -1 pozitiflik nisbəti anlamlı dərəcədə aşağı izlənilmişdir ($p\leq 0,5$). Rənglənilmə hesablarına baxdığımızda isə ABL anlamlı dərəcədə aşağı olduğu görülməkdədir ($p\leq 0,5$). Andrade və ark. integrin β -1 pozitifliyini ameloblastomaların lokal invazivliyi ilə əlaqələndirməkdədir [13;14]. İntegrin ekspresyonu baxımından solid və unikistik ABL arasında fərqlilik müəyyən olunmamış olması ameloblastomanın bu alt tipləri arasındakı bioloji davranış fərqlinin başqa yollar üzərindən getdiyini düşündürməkdədir.

ƏDƏBİYYAT LİTERATURYA – REFERENCES:

- 1.Jun, L.T.,Tang, W.Y.,Feng, Y.S. and Yan, Y. G. Unicystic ameloblastoma. The American Journal of Surgical, (2000). 24(10), 1388-1392.
- 2.Kramer, I., Pindborg, J. and Shear, M. The WHO histological typing of odontogenic tumors. *Cancer*, (1992). 70(12), 2988-94.
- 3.Becelli, R., Carboni, A., Cerulli, G., et.al., Mandibular ameloblastoma analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. *The Journal of Craniofacial Surgical*, (2003). 13(3), 395-400.
- 4.Asseal, L.A. Surgical management of odontogenic cysts and tumors. In:Peterson LJ, editor. Principals of oral and maxillofacial surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven, (1997). (2), 694-8.
- 5.Barnes, L., Reichart, P. and Sidransky, D. (Eds). (2005).*World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press.
- 6.Güllü, Ç.,Ozmeric, N., Tokman, B., et.al., Effectiveness of scaling and root planing versus modified Widman flap on nitric oxide synthase and arginase activity in patients with chronic periodontitis. *The Journal of Periodontology Research*, (2005). 40, 168-175.
- 7.Shasha, Q.i., Xingbo, Z., Mingjiang, L., et.al., (2015). *Aberrant expression of Notch1/numb/snail signaling, an epithelial mesenchymal transition related pathway, in adenomyosis*.
- 8.Modolo, F.,Martins, M.T.,Loducca, et.al., Expression of integrin subunits alpha2, alpha3,alpha5,alpha6,beta 1, beta3 and beta4 in different histological types of ameloblastoma compared with dental germ,dental lamina and adult lining epithelium.*Oral Discussion*, (2004). 10, 277-282.
- 9.Wahlgren, J.,Vaananen, A., Teronen, O., Sorsa, T., Pirila, E. and Hietanen, J. Laminin 5 gamma 2 chain is colocalized with gelatinase-A (MMP-2) and collagenase-3 (MMP-13) in odontogenic keratocysts. *The Journal of Oral Pathology Medicine*. (2003)32, 100-107.
- 10.Chong, H.S. and Kok, H. N. Differential expression of transcription factors Snail,Slug,SIP 1, and Twist in ameloblastoma. *The Journal of Oral Pathology Medicine*, (2014).43, 45-52.
- 11.Özcan, A., Yavan, İ.ve Günhan, Ö. Immunohistochemical characteristics of cystic odontogenic lesions: a comparative study.*Türk Patoloji Dergisi*, (2015).31(2), 104-110.

- 12.Siar, C.H., Ishak, I. and Ng, K.H. Podoplanin, E-cadherin, β -catenin, and CD44v6 in recurrent ameloblastoma: their distribution patterns and relevance. *The Journal of Oral Pathology Medicine*, (2015). 44(1), 51-8.
- 13.Emanuel, S. S. A.,da Costa Miguel, M.C., Pinto, L. P., de Souza, L. B. Ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor: the role of $\alpha 2\beta 1$, $\alpha 3\beta 1$, and $\alpha 5\beta 1$ integrins in local invasiveness and architectural characteristics. *Annals of Diagnostic Pathology* (2007). 11, 199-205.
- 14.Van Waes, C., Surh, D.M. and Chen, Z. (1995). Increase in suprabasilar integrin adhesion molecule expression in human epidermal neoplasms accompanies increased proliferation occurring with immortalization and tumor progression. *Cancer Research*, 55, 5434-44.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА TWIST, SNAIL, E-KADERIN И INTEGRIN B-1 ЭКСПРЕССИЙ В АМЕЛОБЛАСТОМАХ

Мусейибов Ф., Benay Yildirim
Университета Гази, Кафедрой Оральной Патологии

Целью данной работы является оценка Snail, Integrin β -1, Twist и E-Cadherin экспрессий в амелобластомах. В работу включены 21 амелобластом (АБЛ), диагнозы которых были установлены Кафедрой Оральной Патологии Факультета Стоматологии Университета Гази. Во всех случаях, иммуногистохимическим методом были окрашены антитела twist, snail, e-cadherin и integrin β -1 и оценены. Снайльная позитивность в прослеживаемых АБЛ, была статистически значимой высокой степени ($p \leq 0,05$). Самая высокая twist экспрессия прослеживается в амелобластомах в 61% всех случаев. Самая низкая экспрессия е-кадгерина, установлена в 33% случаев АБЛ. Схожие средние цветовые вычисления в случаях АБЛ, были самыми низкими (0,71). Соотношение позитивности интергрин β -1 в АБЛ группе, прослеживалась в значительной низкой степени ($p \leq 0,05$). Солидных и уникистозных нижних типах амелобластомы, значимых отличий не выявлено.

Ключевые слова: амелобластома, солидные, уникистозные, ИНК

SUMMARY

EVALUATION OF TWIST, SNAIL, E-CADHERIN AND INTEGRIN B-1 IN AMELOBLASTOME.

Museyibov F., Benay Yildirim
GAZI UNIVERSITY, Department of Oral Pathology

In this study, our objective is to assess the expression of Snail; Integrin- β -1; Twist and E-cadherin in ameloblastome. Twentyone cases of ameloblastoma (ABL) were included in this study from the archives of Gazi University Faculty of Dentistry, Department of Oral Pathology between the years 2007-2014. All the cases have been assessed after being stained with twist, snail, e-cadherin and integrin β -1 antibodies by using the immunohistochemistry method. The snail positivity observed in ABL was statistically significantly higher ($p \leq 0,05$). The highest twist expression has been observed in ameloblastomes in 61% of cases. The lowest e-cadherin expression has been determined in ABL cases as 33%. Similarly, the lowest staining score average has been found in ABL cases (0,71). The integrin β -1 positiveness ratio of the ABL group has been observed as significantly lower ($p \leq 0,5$). There was not a statistical significant difference in solid and unicystic subtypes of ameloblastome.

Key Words: Ameloblastome, solid, unicystic, IHC

Daxil olub: 12.10.2016.

ANTIOXIDANT EFFECT OF POMEGRANATE EXTRACT IN REDUCING ACUTE INFLAMMATION DUE TO MYRINGOTOMY

Reshad GUALOV¹, Sinan ATMACA¹, Serife TUTUNCU²,
Abdurrahman AKSOY³

¹*Otorhinolaryngology Department, OndokuzMayıs University
Medical Faculty,*

²*Histology and Embryology Department, OndokuzMayıs
University Veterinary Faculty,*

³*Pharmacology and Toxicology Department, OndokuzMayıs
University Veterinary Faculty, Samsun, Turkey*

Presented at III. national otology and neurotology congress; May 1-4, 2014; Antalya, Turkey, date of oral presentation: May 2nd, 2014.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to determine the effects of orally administered pomegranate extract on experimentally induced myringosclerosis.

Methods: Forty sprague dawley male rats, weighing between 250-300 grams were divided into 4 as negative control (10), positive control (10), traditional pomegranate extract (TPE) (10) and laboratory pomegranate extract (LPE) (10) groups. All tympanic membranes in the positive control, TPE and LPE groups were myringotomised at the posterior-superior quadrant. TPE and LPE groups received 100 µl/day pomegranate extract via gavage for 24 hours before myringotomy, immediately after myringotomy and 24 and 48 hours after myringotomy. Microscopic findings of myringosclerosis were evaluated and recorded before sacrifice. After a 14 day healing period, rats were sacrificed and tympanic membranes were removed for histological examination and immunohistochemical evaluation of inducible nitric oxide synthase (iNOS) and heat shock protein 70 (HSP 70).

Results: Myringosclerosis intensity was statistically significant in the control group when compared with the TPE and LPE groups ($p=0,008$ and $p=0,005$ respectively). There was no statistically significant difference between TPE and LPE groups ($p=0,24$). HSP 70 intensity by immunohistochemical staining was statistically significant in the control group when compared with the TPE and LPE groups ($p<0,001$ and $p<0,001$ respectively). There was no statistically significant difference between TPE and LPE groups ($p=1,000$). iNOS intensity by immunohistochemical staining was statistically significant in the control group when compared with the TPE and LPE groups ($p<0,011$ and $p=0,001$ respectively). There was no statistically significant difference between TPE and LPE groups ($p=0,479$).

Conclusion: Pomegranate extract has anti-inflammatory and antioxidant effect by overcoming the acute inflammation process that leads to prevention of myringosclerosis.

Keywords: Myringosclerosis, Pomegranate extract, iNOS, HSP 70

The aim of this job: The aim of this study was to evaluate the efficacy of oral administration of high concentration pomegranate extract on the development of myringosclerosis and acute inflammation. With the administration of pomegranate extract after myringotomy, we aimed to determine iNOS enzyme and HSP 70 protein levels during wound healing process in the tympanic membrane. In an experimentally myringosclerosis model, the inhibitory

effect of pomegranate extract on myringosclerosis formation was investigated by histological and microscopic examination.

Introduction Myringotomy is the most common surgical procedure performed for the treatment of recurrent serous otitis media. When the level of oxygen concentration in the middle ear (tympanum) reaches to the same level with that in the external environment after myringotomy, hyperoxic condition which leads to the formation of free oxygen radicals occurs.^{1,2,3} These free oxygen radicals cause tissue damage. Healing process which is characterized by fibrosis and calcification may result in myringosclerosis.^{1,2,3} Although several hypotheses have been proposed to explain the etiopathogenesis of myringosclerosis, more recently, researchers have focused on excessive inflammatory reaction and tissue damage occurring in the collagen layer of the tympanic membrane.^{1,2,3}

It was shown in studies that hyperoxic environment in the middle ear leads to the formation of free oxygen radical (FOR) and cause tissue damage by accelerating the inflammatory process.^{1,3,4,5} Therefore, inhibiting the release of free oxygen radical and reducing the inflammation which leads to tissue damage is crucial for the prevention of myringosclerosis development. Healing of tissue damage caused by nitric oxide (NO) and other mediators released by the macrophages activated in the early stage may result in fibrosis. Increased fibroblast activity and collagen synthesis may lead to hyalinization and ultimately, calcification of hyalinized areas cause myringosclerosis.⁶ During acute inflammation, large amount of NO is synthesized by inducible nitric oxide synthase (iNOS) enzyme.⁶

Immunohistochemical studies of tympanic membrane and middle ear mucosa in experimentally induced tympanosclerosis in rats showed significantly increased expression of iNOS enzyme.⁵ Free oxygen radicals can be rendered inactive by some antioxidants. It was shown in different experimental studies that the use of antioxidants such as vitamin E, ascorbic acid, selenium, N-acetyl cysteine, and L-carnitine may prevent the formation of myringosclerosis.^{1,3,7}

Pomegranate (*Punicagranatum*) is an important fruit due to its high polyphenol content and antioxidant activity. It contains phenolic compounds such as anthocyanins, flavonol glycosides, procyanidins, ellagic acid and its derivatives. Its high antioxidant capacity is due to its phenolic compounds including tannins, flavonoids and anthocyanins.⁸

Heat shock protein 70 (HSP 70) facilitates protein transportation in cells, folding of cytosol, endoplasmic reticulum and the proteins in mitochondria, the destruction of labile proteins, the dissolution of the protein complex, the inhibition of protein aggregation and the refolding of damaged proteins and apoptosis.⁹ Cells showing over HSP 70 presence are protected against cytotoxicity induced by tumor necrosis factor (TNF), NO, oxidative stress, chemotherapeutic agents or radiation.¹⁰

The aim of this study was to evaluate the efficacy of oral administration of high concentration pomegranate extract on the development of myringosclerosis and acute inflammation. With the administration of pomegranate extract after myringotomy, we aimed to determine iNOS enzyme and HSP 70 protein levels during wound healing process in the tympanic membrane. In an experimentally myringosclerosis model, the inhibitory effect of pomegranate extract on myringosclerosis formation was investigated by histological and microscopic examination.

Materials and Methods Pomegranate extract processing

Pomegranate juice concentrate was obtained with the concentration of the pomegranate juice extract at Faculty of Veterinary, Department of Pharmacology and Toxicology Laboratory.

Materials 1. Device: Rotary Evaporator => BUCHI (Switzerland)

2. Freshly-squeezed pomegranate juice

Method Pomegranate juice concentrate was obtained by removing the water content of freshly squeezed pomegranate juice at a rotary evaporator at controlled temperature (50 °C) and reduced vacuum pressure (50 mbar). Specific gravity of the resulting concentration was 1,34g/ml.

Antioxidant powers of pomegranate extract which was traditionally produced at the Department of Food Engineering and that was produced using laboratory methods were compared. (Table I)

Table I:*Analysis results of pomegranate concentrate*

	LPE	TPE
Soluble solid matter, %	75.1	74
Ferric reducing antioxidant power (FRAP), $\mu\text{mol/g}$	1180.1	762.18
2,2-diphenyl-1-picrylhydrazine (DPPH), % (the amount of 20 mg/ml sample)	77.43	61.31
Total phenolic matter, mg/kg (ingallic acid)	5154.01	3557.5

(TPE: Traditional pomegranate extract)

(LPE: Laboratory pomegranate extract)

Antioxidant power was determined using two tests (FRAP and DPPH). FRAP is a technique used in medicine. Higher values mean higher antioxidant power (e.g. antioxidant power of LPE was higher). Natural antioxidants in the environment affect the antioxidant power. Phenolic content is one of the natural antioxidant which affects the antioxidant power of pomegranate. Therefore, total amount of phenolic matter was also determined (total phenolic matter was higher in LPE)

Experimental Design

The experimental procedures were approved by the Local Ethics Committee for Animal Studies (HADYEK 2012/57). A total of 40 male adult Sprague-Dawley rats (having normal external auditory canal and tympanic membrane) weighing between 250-300g were used. After being anesthetized by intraperitoneal administration of 50 mg/kg ketamine hydrochloride and 5 mg/kg xylazine hydrochloride, 40 rats with normal tympanic membrane and external auditory canal on auto-microscopic examination were included in the study. (Table V)

Rats group

GROUPS	
Negative Control	No intervention group (10 rats)
Positive Control	Myringotomized but not given pomegranate extract group (10 rats)
TPE	Myringotomized and given TPE via gavage group (10 rats)
LPE	Myringotomized and given LPE via gavage group (10 rats)

Rats in TPE and LPE groups were administered pomegranate extract (100µl/day) via gavage one day before myringotomy. After being anesthetized by intraperitoneal administration of 50 mg/kg ketamine hydrochloride and 5 mg/kg xylazine hydrochloride, rats in positive control, TPE and LPE groups were myringotomized (1 mm in length) using a sterile and surgical microscope via a 1mm-cautery in the right and left tympanic membrane. The negative control group did not undergo any surgical procedure. Rats in TPE and LPE groups were given pomegranate extract (100µl/day) via gavage immediately after myringotomy and at 24th and 48th hours.

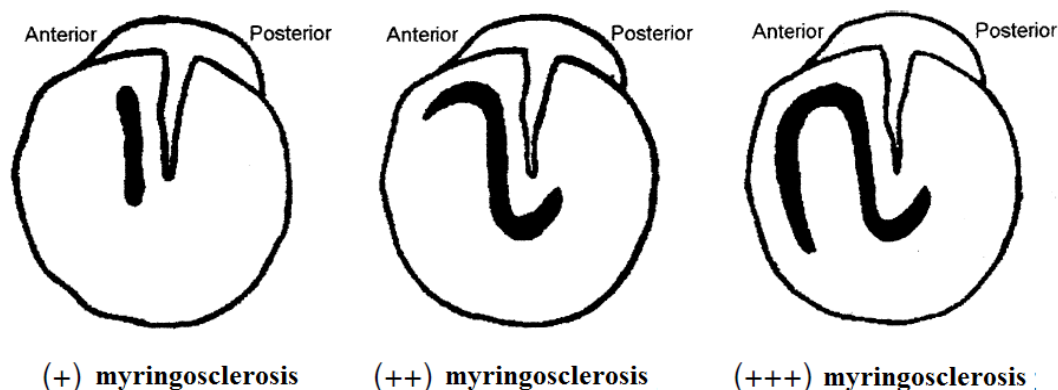
After a 14-day recovery period, rats in all groups were sacrificed. Before being sacrificed, tympanic membranes of all rat groups were evaluated automicroscopically and recorded. Except for 2 tympanic membranes in LPE group, development of myringosclerosis was observed in all rats in all groups.

All rats in the control and study groups were evaluated automicroscopically and histologically.

A - Automicroscopic Evaluation

At the end of a 14-day recovery period, before being sacrificed, tympanic membranes of rats in all groups were examined. Sclerotic foci were evaluated using a 3-point scale; 0 (no myringosclerosis), (+) presence of sclerotic lesion adjacent to the handle of malleus, (++) presence of sclerotic lesion in the right upper quadrant accompanied by sclerotic lesion adjacent to the handle of malleus, (+++), presence of large sclerotic lesion extending from malleus-handle to annulus. (Figure I)¹¹

Figure I: Schematic representation of automicroscopic myringosclerosis severity scoring.



B - Histological Evaluation

The aim of immunohistochemical staining is to show the presence of two antibodies secreted from the irritated tympanic membrane under stress.

After obtaining the materials via proper methods, decalcification procedures were performed to all tissues. Following this procedure, the tissues were fixed in 10% formaldehyde solution. Materials were blocked by paraffin after routine histological procedures. The presence of HSP 70 and iNOS was demonstrated in 5 μ - histological sections which were obtained from paraffin blocks using streptavidin-biotin-complex method, one of the immunohistochemical methods. Rabbit polyclonal (Abcam, ab3523) and rabbit polyclonal HSP 70 / HSC 70 (Santa Cruz Biotechnology, sc-33575) primary antibodies were used in immunohistochemical staining. As a secondary antibody, Histostain-Plus Kit Broad Spectrum (Invitrogen: 859043) was used. The preparations were photographed with a Nikon digital-sight imaging system under a Nikon F-600 research microscope. Immunohistochemical evaluations were performed by giving values from 0 to 3 according to the staining characteristics; no staining (-), slight staining (+), moderate staining (++) and severe staining (+++).¹²

Statistical Analysis

Data were analyzed using a SPSS 15.0 program (Statistical Package for the Social Sciences). Chi-Square test was used to evaluate the differences between the groups in categorical data. When assessing whether the difference between results is statistically significant, a p value less 0.02 was considered statistically significant ($p < 0.02$).

Results

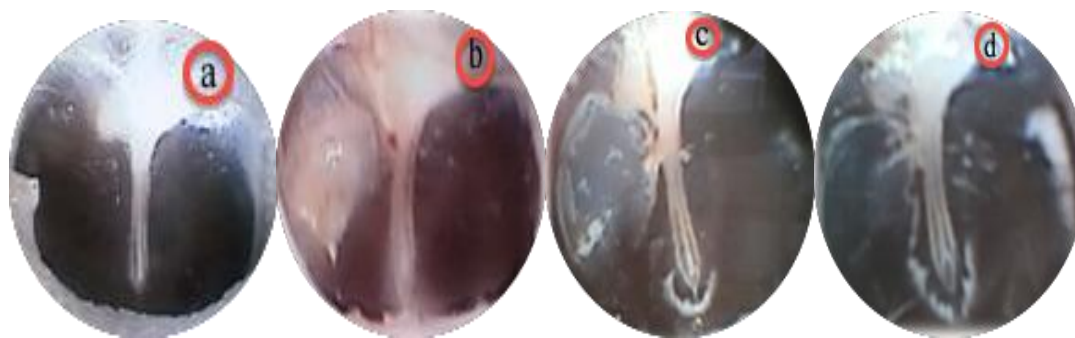
Considering myringosclerosis formation, the results obtained by the end of 14 days are presented in Table II and Figure II.

Table II:

Evaluation of Myringosclerosis

	Control (C) No%	TPE No%	LPE No%	p Value
Myringosclerosis Intensity				
-	0 (%)	0 (%)	2 (10%)	C-TPE=0,008
+	6 (30 %)	13 (65 %)	14 (70 %)	C-LPE=0,005
++	7 (35 %)	7 (35 %)	4 (20 %)	TPE-LPE=0,24
+++	7 (35 %)	0 (%)	0 (%)	
TPE: Traditional pomegranate extract				
LPE: Laboratory pomegranate extract				

Figure II: The findings of myringosclerosis in rattympnic membrane obtained using a 0-degree pediatric rigid endoscope at the end of 14th day (in the left tympanic membrane).



a: Normal tympanic membrane

b: Mild myringosclerosis. Sclerosis adjacent to the handle of malleus

c: Moderate myringosclerosis. Horse-shoesclerosis in the front upper quadrant and in the end of manibrium mallei

d: Severe myringosclerosis. Horse-shoesclerosis in the end of manibrium mallei and arc-shaped sclerosis in the front annulus

Myringosclerosis intensity was statistically significant in the control group when compared with the TPE group ($p=0,008$). Myringosclerosis intensity was statistically significant in the control group when compared with the LPE group ($p=0,005$). There was no statistically significant difference between TPE and LPE groups ($p=0,24$).

The findings obtained from evaluation of HSP 70 immunohistochemical staining reaction severity are presented in Table III and Figure III.

Table III:

HSP 70 intensity by immunohistochemical staining

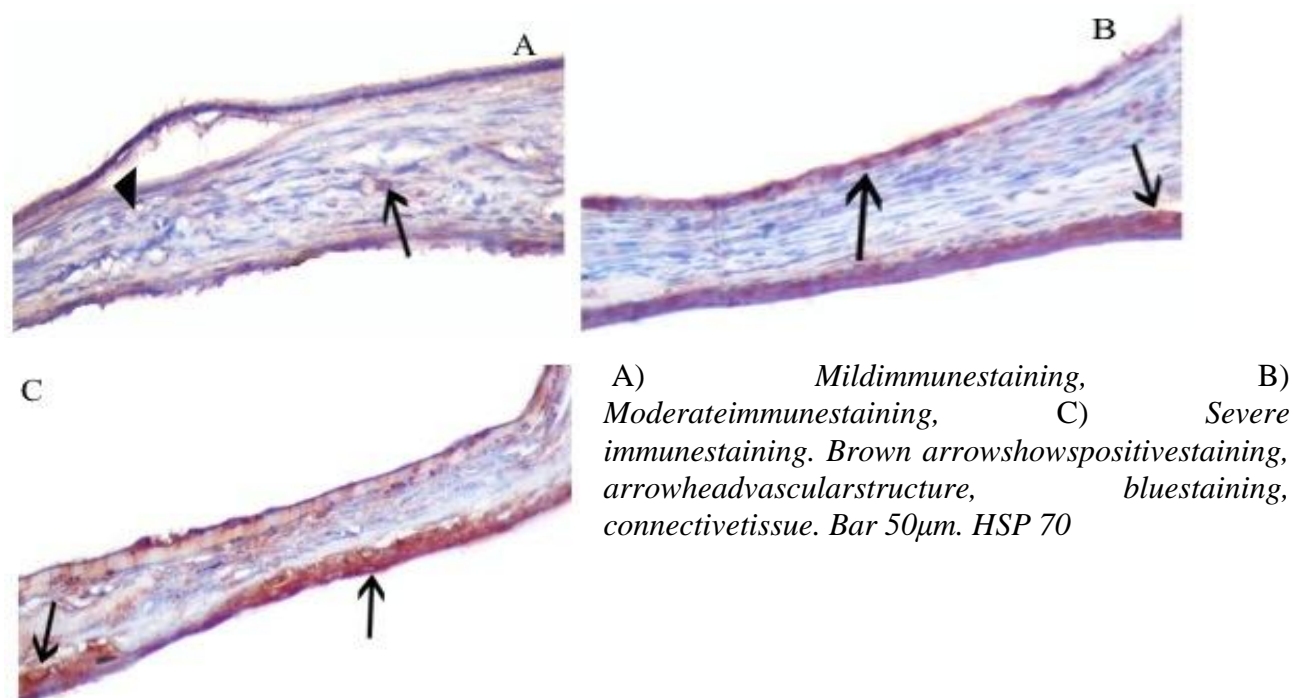
	Control (C) No%	TPE No%	LPE No%	p Value
HSP 70 Intensity				
-	0 (%)	0 (%)	0 (%)	C-TPE<0,001
+	0 (%)	7 (35 %)	8 (40 %)	C-LPE<0,001
++	5 (25 %)	13 (65 %)	12 (60 %)	TPE-LPE=1,000
+++	15 (75 %)	0 (%)	0 (%)	
TPE: Traditional pomegranate extract				
LPE: Laboratory pomegranate extract				

Table IV:

iNOS intensity by immunohistochemical staining

	Control (C) No%	TPE No%	LPE No%	p Value
iNOS Intensity				
-	0 (%)	0 (%)	0 (%)	C-TPE<0,011
+	4 (20%)	13 (65 %)	16 (80 %)	C-LPE<0,001
++	14 (70 %)	7 (35 %)	4 (20 %)	TPE-LPE=0,479
+++	2 (10 %)	0 (%)	0 (%)	
TPE: Traditional pomegranate extract				
LPE: Laboratory pomegranate extract				

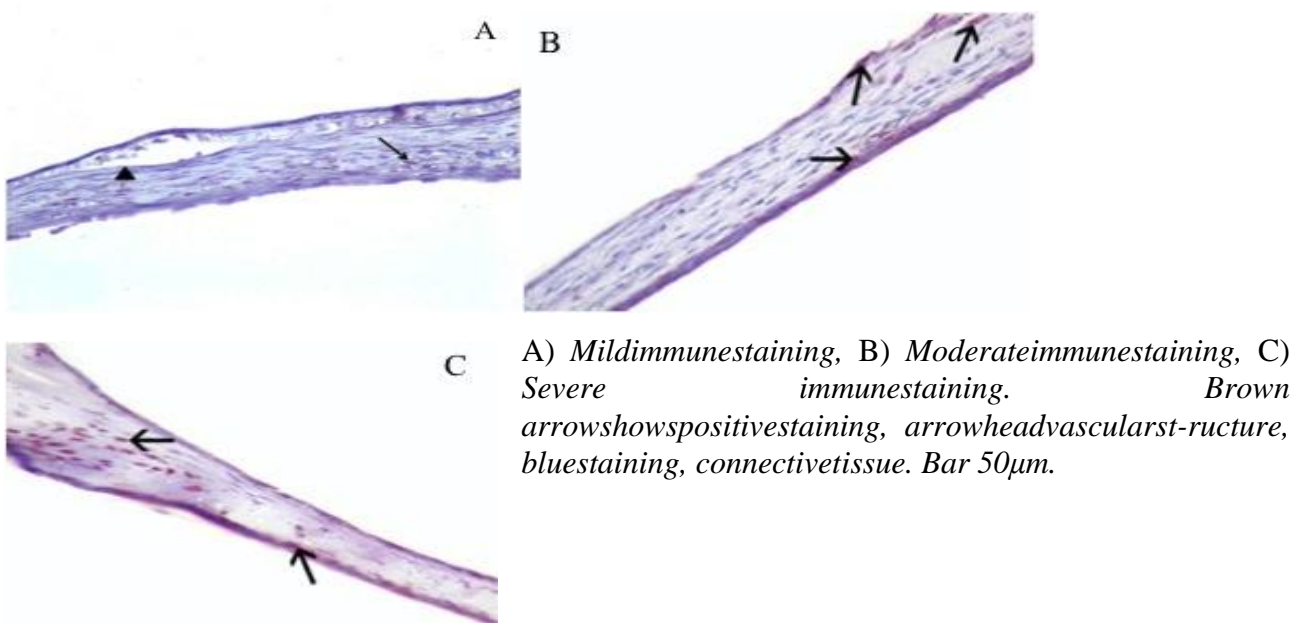
Figure III. Evaluation of HSP 70 immunopositive reaction intensity at mild, moderate and severe levels.



intensity by immunohistochemical staining was statistically significant in the control group when compared with the TPE group ($p < 0.001$). Immunohistochemical staining was statistically significant in the control group when compared with the LPE group ($p < 0.001$). There was no statistically significant difference between TPE and LPE groups ($p = 1,000$).

The findings obtained from evaluation of iNOS immunohistochemical staining reaction severity are presented in Table IV and Figure IV.

Figure IV. Evaluation of iNOS immunopositive reaction intensity at mild, moderate and severe levels.



iNOS intensity by immunohistochemical staining was statistically significant in the control group when compared with the TPE group ($p < 0,011$).

Immunohistochemical staining was statistically significant in the control group when compared with the LPE group ($p = 0,001$). There was no statistically significant difference between TPE and LPE groups ($p = 0,479$).

Discussion

Although several hypotheses have been proposed to explain the pathogenesis of myringosclerosis, the most accentuated factor in myringosclerosis development is the inflammatory reaction in the collagen layer of the tympanic membrane.¹⁰³ Myringosclerosis is a condition characterized by hyalinization and calcification of the collagen structure in the lamina propria of the tympanic membrane and frequently results from myringotomy or ventilation tubes which are used for the treatment of otitis media with effusion.¹³

Recent studies have shown that irreversible tissue injury resulting from FOR plays an important role in the development of middle ear myringosclerosis.^{1,2,3,7,11}

O₂ concentration, normally ranging from 5% to 10%, reaches at the same level with the O₂ concentration in the external auditory canal after myringotomy and a relatively hyperoxic environment is formed in the tympanum. Release of FOR caused by hyperoxic environment leads to intense inflammation and tissue damage. Irregular collagen synthesis which occurs during the healing process of tissue damage and calcification induce myringosclerosis.^{2,14,15} FOR can be neutralized by antioxidants. It was shown in different experimental studies that the use of antioxidants such as vitamin E, ascorbic acid, selenium, N-acetyl cysteine, and L-carnitine may prevent the formation of myringosclerosis.^{1,3,7,11} Considering the empirical studies in this area, it can be seen that the process leading to the development of myringosclerosis starts with myringotomy performed in the upper rear quadrant of the tympanic membrane.

At the end of 14 days, the prevalence of sclerosis in the tympanic membrane was statistically significantly higher in rats not receiving pomegranate extract than those receiving pomegranate extract. This difference was also observed in immunohistochemical iNOS and HSP measurement in the tympanic membrane and was higher depending on the severity of sclerosis. This means that pomegranate extract is effective in preventing the inflammation.

Peroxynitrite, a highly toxic free-radical, is the product of the reaction of superoxide radical which arises from hyperoxic environment with NO which is highly synthesized during acute inflammation.¹⁶ As a result of superoxide radical removal, NO reacts with superoxide dismutase and peroxynitrite formation is prevented. Thus, tissue damaging effect of peroxynitrite is inhibited. The healing of the tissue damage caused by peroxynitrite which emerges during inflammation result in fibrosis.¹⁶ Increased fibroblastic activity, irregular collagen synthesis and hyalinization occur in the lamina propria of the tympanic membrane. With the formation of calcification occurring after the hyalinization, formation of sclerotic plaques is completed.

Although NO shows its tissue-damaging effect by augmenting the inflammatory responses in the early stage after scar formation, it also facilitates wound healing in the inflammation phase with its beneficial effects. Peroxynitrite is responsible for the tissue damaging effect of NO in the inflammation.¹⁷ NO which is produced at lower concentrations after inflammation phase, takes effect in angiogenesis, proliferation, matrix deposition and remodeling phases. It is known that iNOS and endothelial NOS (eNOS) are expressed in the fibroblasts migrating to wound site in post-inflammation phase and NO which is synthesized via iNOS

and eNOS increases collagen synthesis and remodels the fibrous layer.^{17,18}

Having shown that NO is the mediator that enables the collagen synthesis in wound healing process in different tissues suggests that it may have similar effects in wound healing process of the tympanic membrane. Increased fibroblastic activity is the most striking feature of healing process occurring after inflammation and tissue damage which are caused by FOR. Intense collagen synthesis and fibrotic healing which result from fibroblastic activity lead to thickening of tympanic membrane and loss of elasticity of the layer. Inhibition of NO synthesis would lead to reduction in excessive collagen synthesis and fibrosis.

In different studies, the time-dependent synthesis of iNOS has been examined in inflammatory processes generated in different tissues, NOS inhibitors at different doses and periods were used to ensure maximum iNOS inhibition.^{19,20,21}

Pomegranate extract is an important antioxidant which contains anthocyanins, punicalagin and punicalin²² ellagic acid^{23,24} and vitamin C.²⁵ It was reported that phenolic compounds^{8,16} and vitamin C which are derived from pomegranate have antioxidant and radical subversive activity. It was also shown that anthocyanins have influence on inhibitors of lipid peroxidation, iNOS and NO.²⁷

In their experimental study, Kahya et al.²⁸ administered pomegranate extract after myringotomy and showed reduced acute inflammation in rat tympanic membrane after 48 hours.

Kaur et al.²⁹ reported that pomegranate extract destructs hydroxy radical and NO up to 37% and 74.5%, respectively and also reduces the hepatic lipid oxidation caused by hydroxyl radicals and maintains glutathione (GSH), glutathione peroxidase (GSH-Px), catalase (CAT) levels.

Considering the fact that excessive inflammation and tissue damage induced by NO which is synthesized via iNOS occur within the first 24 hours after myringotomy, pomegranate extract was administered 24 hours before myringotomy, immediately after myringotomy and 24 and 48 hours after myringotomy.

HSP 70 family (HSP68, HSP72, HSP73 and HSP 8), also known as molecular chaperon (companion protein), have several physiological functions such as accumulating and transporting the newly synthesized proteins, eliminating the denatured proteins, folding or opening of the polypeptide chain, binding to specific polypeptides and ATPase activity.

Under exposure to mechanical and surgical stress, infection, antioxidants, cytokines stimulation and high temperature, cells secrete HSP for the protection purpose.³⁰

No comparative study investigating the relationship between myringosclerosis and HSP 70 and pomegranate extract is available in the literature and this is the first study conducted in our clinic.

In this study, there were statistically significant difference between study group (pomegranate extract was orally administered via gavage) and control group in terms of iNOS and HSP 70 values.

As well as inflammatory and antioxidant activity of pomegranate extract on other tissues, its efficacy on tympanic membrane wound healing process was also shown in this study. Pomegranate extract, which inhibits the development of myringosclerosis in rat tympanic membrane, can be a good treatment alternative for the prevention of myringosclerosis which may develop after myringotomy and application of ventilation tube. However, further and

comprehensive studies are needed to substantiate this conclusion in human models.

Conclusion

Pomegranate extract has anti-inflammatory and antioxidant effect by overcoming the acute inflammation process that leads to prevention of myringosclerosis.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Spratley JE, Hellström SO, Mattsson C, Pais-Clemente M. Topical ascorbic acid reduces myringosclerosis in perforated tympanic membranes. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110: 585-91.
2. Song JJ, Kwon SK, Cho CG, Park SW. The effect of caffeic acid phenethyl ester on the prevention of experimentally induced myringosclerosis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:1287-91.
3. Ozcan C, Gorur K, Cinel L, Talas DU, Unal M, Cinel. The inhibitory effect of topical N-acetylcysteine application on myringosclerosis in perforated rat tympanic membrane. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;63:179-84
4. Karlidag T, Ilhan N, Kaygusuz I, Keles E, Yalcin S. Comparison of free radicals and antioxidant enzymes in chronic otitis media with and without tympanosclerosis. *Laryngoscope* 2004; 114: 85-89.
5. Forseni M, Hansson GK, Bagger-Sjöback D, Hultcrantz M. An immunohistochemical study of inducible nitric oxide synthase in the rat middle ear, with reference to tympanosclerosis. *Acta Otolaryngol* 1999;119:577-82.
6. Tos, M., Stangerup, SE., Hearing loss in tympanosclerosis caused by grommets, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1989;115:931Y 5.
7. Polat S, Oztürk O, Uneri C, Yüksel M, Haklar G, Bozkurt S. Determination of reactive oxygen species in myringotomized tympanic membranes: effect of vitamin E treatment. *Laryngoscope* 2004;114:720-5
8. Rosenblatt M, Hayek T, Aviram M. Anti-oxidative effects of pomegranate juice (PJ) consumption by diabetic patients on serum and on macrophages. *Atherosclerosis* 2006; 187: 363-371.
9. Clark JI, Muchowski PJ. Small heat shock proteins and their potential role in human disease. *Curr Opin Biol* 2000
10. Lang D, Hubrich A, Dohle F, Terstesse M, Saleh H, Schmidt M, Pauels HG, Heidenreich S. Differential expression of heat shock protein 70 (hsp70) in human monocytes rendered apoptotic by IL-4 or serum deprivation. *J Leukoc Biol* 2000; 68(5): 729-36
11. Akbas Y, Pata YS, Görür K, Polat G, et al. The effect of L- carnitine on the prevention of experimentally induced myringosclerosis in rats. *Hear Res* 2003;184:107-12.
12. Adams EJ, Gren JA, Clark AH, Youngson JH. Comparison of Different Scoring Systems for Immunohistochemical Staining. *Journal of Clinical Pathology*, 52: 75-77, 1999
13. Ferlito A. Histopathogenesis of tympanosclerosis. *J Laryngol Otol*. 1979 Jan;93(1): 25-37.
14. Mattsson C, Stiernä P, Hellström S. Treatment with dexamethasone arrests the development of myringosclerosis after myringotomy. *Am J Otol* 2000;21:804-8.
15. Görür K. Etiopathogenesis of tympanosclerosis and myringosclerosis. *Otoscope* 2004;4:125-9.
16. Mattsson, C., Marklund, SL., Hellström, S., Application of oxygen free radical scavenger to diminish the occurrence of myringosclerosis, *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 106:513Y8, 1997.
17. Soneja A, Drews M, Malinski T. Role of nitric oxide, nitroxidative and oxidative stress in wound healing. *Pharmacol Rep* 2005;57:108-19
18. Luo JD, Chen AF. Nitric oxide: a new discovered function on wound healing. *Acta Pharmacol Sin* 2005;26:259-64.
19. Efron DT, Thornton FJ, Steultens C, Tantry US, et al. Expression and function of inducible nitric oxide synthase during rat colon anastomotic healing. *J Gastrointest Surg* 1999;3:592-601.
20. Lee RH, Efron D, Tantry U, Barbul A. Nitric oxide in the healing wound: A time course study. *J Surg Res* 2001;101:104-8.
21. Kim DH, Park YS, Jeon EJ, Yeo SW, et al. Effects of tumor necrosis factor alpha antagonist, and nitric oxide synthase inhibitor on experimental otitis media with effusion. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006;115:617-23.
22. Afaq F, Saleem M, Krueger CG, Reed JD, Mukhtar H. Anthocyanin- and hydrolyzable tannin-rich pomegranate fruit extract modulates MAPK and NF-κB pathways and inhibits skin tumorigenesis in CD-1 mice. *Int J Cancer* 2005; 113: 423-433.
23. Seeram NP, Adams LS, Henning SM, et al. In vitro antiproliferative, apoptotic and antioxidant activities of punicalagin, ellagic acid and a total pomegranate tannin extract are enhanced in combination with other polyphenols as found in pomegranate juice. *J Nutr Biochem* 2005; 16: 360-367.
24. Lansky EP. Beware of pomegranates bearing 40% ellagic acid. *J Med Food* 2006; 9: 119-122.
25. El-Nemr SE, Ismail IA, Ragab M. Chemical composition of juice and seeds of pomegranate fruit. *Nahrung* 1990; 34: 601-606.
26. Filomena de Nigris F, Williams-Ignarro S, Lerman LO, et al. Beneficial effects of pomegranate juice on oxidation-sensitive genes and endothelial nitric oxide synthase activity at sites of perturbed shear stress. *Proc Natl Acad Sci USA*
27. Tsuda T, Horio F, Osawa T. Cyanidin 3-O-beta-D-glucoside suppresses nitric oxide production during a zymosan treatment in rats. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)* 2002;48:305-10
28. Kahya V, Meric A, Yazici M, Yüksel M, Midi A, Gedikli O. Antioxidant effect of pomegranate extract in reducing acute inflammation due to myringotomy. *The Journal of Laryngology & Otology* (2011), 125, 370-375.
29. Kaur G, Jabbar Z, Athar M, Alam MS. Punicagranatum (pomegranate) flower extract possesses potent antioxidant activity and abrogates Fe-NTA induced hepatotoxicity in mice. *Food Chem Toxicol*. 2006; 44: 984-993.

X Ü L A S Ə

MİRİNGOTOMİYAYA BAĞLI KƏSKİN İLTIHABLARIN AZALDILMASINDA NAR EKSTRAKTININ ANTIOKSİDAN TƏSİRİ

Rəşad Quvalov¹, Sinan Atmaca¹, Şerife Tütüncü², Abdurrahman Aksoy³

¹Qulaq Burun Boğaz Kafedrası, Ondokkuz Mayıs Universiteti Tibb Fakültəsi,

²Histalogiya və Embiralogiya Kafedrası, Ondokkuz Mayıs Universiteti Veterinar Fakültəsi,

³Farmakologiya və Toksikologiya Kafedrası, Ondokkuz Mayıs Universiteti Veterinar Fakültəsi, Samsun, Turkey

Peroral yolu ilə tətbiq olunan nar ekstraktının, təcrübi olaraq yaradılan kəskin iltihaba bağlı miringosklerozun önləməsini göstərməkdir.

Ağırlıqları 250-300 qr arasında dəyişən 40 SPRAGUE dawley cinsi yetkin rat mənfi nəzarət, müsbət nəzarət, ənənəvi nar ekstraktı (ƏNE) və laboratoriya nar ekstraktı (LNE) qrupları olmaq üzrə 4 qrupa ayrıldı. Müsbət nəzarət, ƏNE və LNE qruplarının bütün timpanik membranlarının arxa üst kvadrantına miringotomi tətbiq edildi. Nar ekstraktını miringotomiden 24 saat əvvəl, miringotomiden dərhal sonra, miringotomi sonrası 24'cü saatda və 48'ci saatda olmaq üzrə dörd dəfə oral lavaj yolu ilə tətbiq olundu. 14 gündən sonra bütün ratlar sakrifiyə edilərək timpanik membranda inducible nitric oxide synthase (iNOS) və heatshock protein 70 (HSP 70) dəyərləri histoloji olaraq qiymətləndirildi. Ayrıca timpanik membranlar sakrifikasyondan dərhal əvvəl otomikroskopik olaraq müayinə edilərək miringoskleroz nəticələri qeyd edildi.

Otomikroskopik müayinə ilə miringoskleroz nəticələri qiymətləndirildiyində, nəzarət qrupu ilə LNE qrupu müqayisədə miringoskleroz şiddəti nəzarət qrupunda statistik olaraq mənalı şəkildə idi ($p=0,005$). ƏNE və LNE müqayisə edildikdə statistik olaraq mənalı fərq tapılmamışdır ($p=0,24$). HSP 70 üçün immuno histokimya salreaksiya şiddəti qiymətləndirildiyində; nəzarət qrupu ilə ƏNE qrupu müqayisədə immunohistokimya salreaksiya şiddəti nəzarət qrupunda statistik olaraq mənalı şəkildə idi ($p<0.001$). Nəzarət qrupu ilə LNE qrupu müqayisədə immunohistokimya salreaksiya şiddəti nəzarət qrupunda statistik olaraq mənalı şəkildə idi ($p<0.001$). ƏNE və LNE boyamalarda statistik olaraq mənalı fərq tapılmamışdır ($p=1,000$). iNOS üçün immunohistokimyasal reaksiya şiddəti qiymətləndirildiyində; nəzarət qrupu ilə ƏNE qrupu müqayisədə immunohistokimyasal reaksiya şiddəti nəzarət qrupunda statistik olaraq mənalı şəkildə idi ($p<0,011$). Nəzarət qrupu ilə LNE qrupu müqayisədə immunohistokimyasal reaksiya şiddəti nəzarət qrupunda statistik olaraq mənalı şəkildə idi ($p=0,001$). ƏNE və LNE boyamalarda statistik olaraq mənalı fərq tapılmamışdır ($p=0,479$).

Nar ekstraktının iltihab əleyhinə və antioksidan təsiri var, onun təsiri ilə kəskin iltihabı aradan qaldırır, miringosklerozada gedən prosesi azaldır.

Р Е З Ю М Е

АНТИОКСИДАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА ГРАНАТА В СНИЖЕНИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ В СЛЕДСТВИЕ МИРИНГОТОМИИ

Рашад Гувалов¹, Синан Атмаджа¹, Шерифе Тутунджу², Абдурахман Аксой

¹Турция, Самсун, Университет Ондокузмаис, Медицинский Факультет, Кафедра Оториноларингологии,

²Ветеринарный Факультет, Кафедра Гистологии и Эмбриологии,

³Ветеринарный Факультет Кафедра Фармакологии и Токсикологии.

Данная диссертация представлена на III национальном конгрессе отологии и невроотологии 1-4 мая 2014 года в Анталии, Турция. Дата устного выступления 2 мая 2014 года.

Цель данного исследования состояла в том, чтобы определить эффекты перорального веденного экстракта граната на экспериментально-индуцированный мирингосклероз.

Сорок Sprague Dawley крыс-самцов, весом между 250-300 г были разделены на 4 группы: в качестве отрицательного контроля (10), положительный контроль (10), традиционный экстракт граната (ТЭГ) (10) и лабораторный гранатовый экстракт (ЛГЭ) (10) групп. Трех группам: положительный контроль, ТЭГ и ЛГЭ была произведена миринготомия в области заднего верхнего квадранта. ТЭГ и ЛГЭ группы получали 100 мкл / день гранатовый экстракт через желудочный зонд в течение 24 часов до миринготомии, сразу после миринготомии и через 24 и 48 часов после миринготомии. Микроскопические выводы мирингосклероза были оценены и зарегистрированы до скарификации. После 14-дневного периода крыс забили, и барабанные мембраны были удалены для гистологического исследования и иммуногистохимической оценки индуцируемой синтазы оксида азота (и СОА) и белка теплового шока 70 (БТШ 70).

Интенсивность мирингосклероза была статистически значимой в контрольной группе по сравнению с ТЭГ и группами ЛГЭ ($p=0,008$ и $p=0,005$ соответственно). Там не было выявлено статистически значимых различий между ТЭГ и ЛГЭ группами ($p = 0,24$). Интенсивность БТШ 70с помощью иммуногистохимического окрашивания была статистически значимым в контрольной группе по сравнению с ТЭГ и группами ЛГЭ ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно). Там не было выявлено статистически значимых различий между ТЭГ и ЛГЭ группами ($p = 1,000$). Интенсивность и ОАС путем иммуногистохимического окрашивания было статистически значимым в контрольной группе по сравнению с ТЭГ и ЛГЭ групп ($p < 0,011$ и $p=0,001$ соответственно). Там не было выявлено статистически значимых различий между группами ТЭГ и ЛГЭ ($p = 0,479$).

Экстракт граната обладает противовоспалительным и антиоксидантным действием, путем подавления острого воспалительного процесса, который приводит к мирингосклерозу.

Daxil olub: 12.04.2016.

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ПРЕПАРАТОМ «УЛИПРИСТАЛ АЦЕТАТ» ПО ДАННЫМ ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Гаджиева И.А.

***Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра
Акушерства и гинекологии 1***

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей органов репродуктивной системы женщин старшего репродуктивного возраста и наблюдается, по данным разных авторов, у 10-30% пациенток старшего репродуктивного возраста, без выраженной тенденции к снижению частоты [1]. Миомой матки страдают 25-30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще обнаруживается в более молодом возрасте. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных заболеваний гениталий. Несмотря на низкую вероятность малигнизации (1%), до 2/3 пациенток старшего репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, подвергаются оперативному лечению, причем 60-96% всех операций являются радикальными и приводят к потере репродуктивной и менструальной функции у женщин старшего репродуктивного возраста [2,3].

До настоящего времени не сформулированы стандарты диагностики и лечения миомы матки. Оценка состояния гемодинамики маточной системы имеет важное значение для выбора тактики ведения пациенток данной категории [4].

Наряду с традиционными клиническими и лабораторными методами особое место занимают функциональные методы исследования. Ключевое значение для своевременной диагностики миомы имеет ультразвуковое исследование матки, ставшее в наше время рутинным. Этот метод абсолютно безопасный, не имеющий противопоказаний и позволяющий исследовать все слои миометрия [4].

Повышение информативности УЗИ повысилось благодаря внедрению доплеровского метода, позволяющего оценить кровоток в сосудах новообразований матки с помощью ЦДК с анализом кривых скоростей кровотока [5].

Однако, при всей информативности УЗИ не лишено недостатков: достоверность проводимого обследования зависит от качества используемого аппарата, техника проведения и оценка полученных результатов определяется квалификацией врача. И даже при отсутствии этих причин, этот метод имеет ограниченные возможности при субклиническом течении заболевания [6].

На сегодняшний день методом скрининга миомы матки является доплерография в сочетании с трансвагинальными УЗИ, с помощью которого можно четко определить размеры, локализацию, количество миоматозных узлов и регистрировать показатели скорости кровотока в различных отделах сосудистого русла [7].

Вместе с тем работ, посвященных изучению особенностей кровотока при миоме матки методом доплерографии, единицы [6,9].

Целью работы является оценка роли доплерографического исследования в сопровождении приема «Улипристал ацетат» («Эсмия», Гедеон Рихмер, Венгрия) при миоме матки.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии 1, Азербайджанского медицинского университета. *Критерии включения:* старший репродуктивный возраст, наличие миомы матки, отсутствие патологии со стороны эндометрия и яичников, двухфазный менструальный цикл, исключение гормональной терапии миомы матки в течение 6 месяцев до начала обследования.

Критерии исключения: молодой и средний репродуктивный возраст, аномальные маточные кровотечения, подозрения на гиперпластические процессы эндометрия, органическая патология органов малого таза, сопутствующая экстрагенитальная патология.

Основную группу составили 60 пациенток, получавших гормональную терапию, в виде препарата «Улипристал ацетат». Препарат назначался с первого дня менструального цикла ежедневно, непрерывно в дозе 5 мг. Курс приема препарата 1-2 курса по 3 месяца. Среди обследованных женщин 45 принимали препарат в течение 1 курса, 15 пациенток – 2 курса. В группу сравнения (II группа) вошли 40 пациенток, из них 12 пациенток принимали гестагены («Дюфастон», «Утрожестан»), у 10 – ВМС «Мирена» в течение более 1 года, 18 больным назначалась гормонотерапия различными препаратами. Контрольную группу (III группа) составили 40 пациенток, которым были проведены различные оперативные вмешательства, по поводу диагноза «Миома матки».

Клиническое обследование. Общее клиническое обследование включало: сбор анамнестических данных, общий и гинекологический осмотры. Сравнительный анализ проводили через 3,6,12 месяцев после включения пациенток в исследование. Наряду с клинико-лабораторными методами исследования в комплексе диагностических мероприятий проводилось ультразвуковое исследование.

Эхографическое исследование осуществлялось при помощи ультразвукового аппарата фирмы SonoScapeSSI 8000 (Китай) с использованием трансабдоминального и трансвагинального высокочастотных электронных датчиков. Для изучения особенностей кровотока проводилась цветовая доплерография, при помощи которой визуально оценивали наличие кровотока, локализацию и количество цветовых доплеровских сигналов, измеряли следующие показатели: максимальную систолическую скорость артериального кровотока (МСС), индекс резистентности (ИР).

Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики. Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета StatSoftStatistica 6.0. Для представления качественных данных использовали как абсолютные, так и относительные показатели (n, %). Сравнение средних величин изучаемых показателей проводили по критерию Фишер-Стьюдент (t). Уровень статистической значимости был принят $p < 0,05$.

Результаты обсуждения. Анализ кривых скоростей кровотока при миоме матки позволил установить следующие особенности: среднее значение МСС в маточной артерии до начала лечения в основной группе составило $54,88 \pm 0,38$ (54,10-55,66), в группе сравнения почти такие же значения – $54,87 \pm 0,32$ (54,22-55,51) (таблица 1.).

Таблица № 1

Данные доплерометрических исследований у пациенток с миомой матки основной группы. Максимальная систолическая скорость артериального кровотока (МСС)

Маточная		Аркуатная		Радиальная		Спиральная	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
43-44	44-51	32	7	9	40	10-11	16-17
$54,88 \pm 0,39$ (54,10-55,66)	$49,50 \pm 0,47^{**}$ (48,56-50,43)	$44,99 \pm 0,34$ (44,30-45,68)	$9,60 \pm 0,10$ (9,39-9,81)	$7,58 \pm 0,06^{**}$ (7,47-7,69)	$36,74 \pm 0,42^{**}$ (35,90-37,58)	$17,44 \pm 0,13$ (17,15-17,72)	$11,46 \pm 0,13^{**}$ (11,19-11,72)

Индекс резистентности (ИР)

Маточная		Аркуатная		Радиальная		Спиральная	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0,8-0,9	0,85	0,8	0,72	0,72	0,7	0,55	0,51
$0,53 \pm 0,01$ (0,51-0,57)	$0,84 \pm 0,01^{**}$ (0,83-0,85)	$0,51 \pm 0,01$ (0,48-0,54)	$0,81 \pm 0,00^{**}$ (0,80-0,82)	$0,52 \pm 0,01$ (0,50-0,55)	$0,62 \pm 0,01^{**}$ (0,60-0,64)	$0,39 \pm 0,01$ (0,37-0,40)	$0,50 \pm 0,01^{**}$ (0,48-0,51)

Статистическая значимость: * - $< 0,05$; ** - $< 0,001$

В аркуатной артерии данные показатели находились в пределах 44,30-45,68 и 49,09-52,67, в среднем $44,99 \pm 0,34$ и $50,88 \pm 0,88$. В радиальных артериях: $17,44 \pm 0,13$ (17,15-17,72) и $17,27 \pm 0,22$ (16,82-17,73), в спиральных артериях: $9,60 \pm 0,10$ (9,39-9,81) и $9,70 \pm 0,08$ (9,53-9,87). Таким образом, до начала лечения отмечается значительное повышение МСС в четырех артериях в обеих группах респондентов.

Дальнейшее наблюдение выявили значительные изменения показателей МСС после лечения. В основной группе через 12 месяцев после приема «Улипристала ацетат» численные значения МСС практически были в пределах нормы: маточные артерии $49,50 \pm 0,47$ (48,56-50,43) при норме 44-51; аркуатные $36,74 \pm 0,42$ (35,90-37,58, N-32,0); радиальные $11,46 \pm 0,13$ (11,19-11,72, N10-11); спиральные $7,58 \pm 0,06$ (9,39-9,81, N-9). В группе сравнения, у пациентов принимающих в основном препараты КОК данные значения от первоначальных изменились незначительно: соответственно $54,05 \pm 0,30$ (53,49-54,67), $45,62 \pm 0,44$ (44,72-46,53), $16,54 \pm 0,19$ (16,16-16,92), и $8,86 \pm 0,08$ (8,69-9,02).

В литературе отсутствует однозначная оценка показателей, характеризующих индекс резистентности в сосудистом русле матки. Среднее значение ИР варьируют в различных артериях: в маточной 0,8-0,9 аркуатной 0,72-0,8, радиальной – 0,72, спиральной 0,51-0,55. Ряд авторов утверждают, что пониженную сосудистую резистентность можно объяснить в обеих группах [9]. Сравнение индекса резистентности в обеих группах выявило достоверное повышение среди пациентов основной группы. В группе сравнения отмечалось незначительное повышение $0,84 \pm 0,01$, $0,81 \pm 0,01$, $0,62 \pm 0,01$ и $0,50 \pm 0,01$ против $0,55 \pm 0,02$, $0,55 \pm 0,01$, $0,57 \pm 0,01$ и $0,43 \pm 0,01$ (таблица 2).

Таблица № 2

Данные доплерометрических исследований у пациентов с миомой матки группы сравнения (n=40)

Максимальная систолическая скорость артериального кровотока (МСС)

Маточная		Аркуатная		Радиальная		Спиральная	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
43-44	44-51	32	40	10-11	16-17	7	9
$54,87 \pm 0,32$ (54,22-55,51)	$54,05 \pm 0,30^{**}$ (53,43-54,67)	$50,88 \pm 0,88$ (49,09-52,67)	$45,62 \pm 0,44^{**}$ (44,72-46,53)	$17,27 \pm 0,22$ (16,82-17,73)	$16,54 \pm 0,19^{**}$ (16,16-16,92)	$9,70 \pm 0,08$ (9,53-9,87)	$8,86 \pm 0,08^*$ (8,69-9,02)

Индекс резистентности (ИР)

Маточная		Аркуатная		Радиальная		Спиральная	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0,8-0,9	0,85	0,8	0,72	0,72	0,7	0,55	0,51
$0,55 \pm 0,02$ (0,52-0,59)	$0,55 \pm 0,02$ (0,52-0,59)	$0,53 \pm 0,02$ (0,50-0,57)	$0,55 \pm 0,01$ (0,52-0,58)	$0,57 \pm 0,01$ (0,54-0,60)	$0,57 \pm 0,01$ (0,55-0,59)	$0,39 \pm 0,01$ (0,37-0,42)	$0,43 \pm 0,01^*$ (0,42-0,44)

*Статистическая значимость: * - < 0,05; ** - < 0,001*

Таким образом, анализируя показатели кровотока в обеих группах отмечается усиление интенсивности кровотока. В основной группе индекс резистентности в маточной артерии до лечения составил $0,53 \pm 0,01$ (0,51-0,57), в аркуатной – $0,51 \pm 0,01$ (0,48-0,54), в радиальной $0,62 \pm 0,01$ (0,50-0,55) и в спиральной $0,39 \pm 0,01$ (0,37-0,40). В группе сравнения, как видно из таблицы также отмечается значительное снижение индекса резистентности.

Результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют, что доплерометрия имеет большое клиническое значение при оценке миомы матки, поскольку позволяет оценивать особенности маточного кровотока в качестве одного из показателей диагностики состояния органа и опухоли, и обоснования вида лечения.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Задонская Ю.Н. Гиперпластические процессы эндометрия в пременопаузе: современные аспекты патогенеза и лечения: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2008, 25с.
- 2.Антропова Е.Ю. Оценка альтернативных и адекватных методов терапии лейомиомы матки в зависимости от характера маточного и опухолевого кровотока: Автореф. дис....канд.мед.наук, 2007, с.21
3. Seiner P., Gaglioti P., Volpi E. Ultrasound evaluation of uterine wound healing laparoscopic myomectomy: preliminary results // Hum.Reprod., 2009, vol.14, № 10, p.2460-2463.
- 4.Каримов А.Х., Ахмедов Г.А.Цветное доплеровское картирование в оценке осложнений миомы матки. Тез.Докл.5-съезда РАСУДМ //Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии.-2007.-С.34
- 5.Поморцев А.В., Гудков Г.В., Астафьева О.В. Роль доплеровских методов в дифференциальной диагностике опухолей матки и ячников// Sonoce-Ultrasound.-2002-№10-С.37
- 6.Сидорова И.С., Леваков С.А. Возможности эхографии и цветового доплеровского картирования в диагностике простой и пролиферирующей миомы матки ' Акушерство п гинекология. 2003. - №5. - С. 3 1-33.
- 7.Ковалева Т.Ю. Оптимизация дифференциальной диагностики пролиферативных процессов матки: Автореф. дис. Канд мед. Наук. Воронеж, 2014, 21.
- 8.Ishikawa H., Ishi K., Serna V.A., Kakazu R. Progesterone is essential for maintenance and growth of uterine leiomyoma // Endocrinology, 2010, vol. 151, N 6, p. 2433-2442.
- 9.Олейник Н.С. Особенности доплерометрии при миоме матки // Таврический медико-биологический вестник, 2012, №2, с.237-238

Х Ц Л А С Я

**DOPLEROMETRIK MÜAYINƏLƏRİN NƏTİCƏLƏRİNƏ ƏSASƏN “ULIPRISTAL ASETAT”
PREPARATI İLƏ UŞAQLIQ MİOMASININ ƏSASLANDIRILMASI**

Hacıyeva İ.A.

Tədqiqatın məqsədi uşaqlıq mioması zamanı “Ulipristal asetat” (Gedeon Rixter, Macarıstan) preparatının qəbulu ilə müşayiət olunan müalicə prosesinin doplerometrik müayinələrin rolunun qiymətləndirilməsindən ibarətdir. Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universisteyinin birinci mamalıq və ginkeologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Qarşıya qoyulmuş məqsədə nail olmaq üçün tərəfimizdən 2012-2015-ci illər üzrə 140 xəstə müayinə edilmişdir. Aparılan tədqiqatların nəticələrindən məlum olmuşdur ki, doplerometriya uşaqlıq miomalarının müayinəsində böyük klinik əhəmiyyət kəsb edir, çünki orqan və şişlərin diaqnostik göstəricilərindən biri olan uşaqlıq qan dövranını qiymətləndirməyə imkan verir.

Açar sözlər: uşaqlıq mioması, qan dövranı, doplerometriya, USM, “Ulipristal asetat”

S U M M A R Y

**RATIONALE FOR THE TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS DRUG "ULIPRISTAL
ACETATE," ACCORDING TO THE DOPPLER STUDY**

Hajiyeva I.A.

The aim is to assess the role of Doppler examination accompanied by receiving "ulipristal acetate" (Gideon Rihmer, Hungary) for uterine fibroids. Work performed at the Department of Obstetrics and Gynecology, 1 Azerbaijan Medical University. To achieve this goal we have examined 140 patients with uterine myoma in the period from 2012 to 2015. The results of these studies strongly suggest that Doppler is of great clinical value in the evaluation of uterine fibroids because it allows you to assess the features of uterine blood flow as an indicator of body condition and diagnosis of tumors and justify the type of treatment.

Keywords: uterine fibroids, blood flow, Doppler, ultrasound, "ulipristal acetate"

Daxil olub: 8.09.2016.

XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ AĞIR ÖDEM SİNDROMLU DEKOMPENSASIYANIN BAŞ VERMƏ SƏBƏBLƏRİ VƏ MÜALİCƏSİNİN ƏSASLARI

Yusifli R. Ə., Məmmədova F. D., Xəlilova X. Ə., Alıyeva K. R., Azayeva H.P.

Akademik C. M. Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu

Xroniki ürək çatışmazlığı (XÜÇ) geniş yayılmasına, tez-tez baş verən dekompensasiya səbəbi ilə hospitalizasiyaya ehtiyac yaratmasına və proqnozunun qeyri-qənaətbəxşliyinə görə müasir kardiologiyanın ən aktual problemlərindən biridir. Bu xəstəlikdən ölüm son illərdə 4 dəfədən çox artmışdır və ürək-damar xəstəliklərindən ölüm səbəbi kimi üçüncü yeri tutur. Orta hesabla hər il bütün XÜÇ olan xəstələrin 15%-i, ağır dərəcəli (IV FS) xəstələrin isə 50%-i tələf olurlar. XÜÇ diaqnozu qoyulduqdan sonra isə xəstələrin böyük əksəriyyəti ilk 5 il ərzində vəfat edirlər (1-ci ildə 44,5%, 5 ildə 76,5% və 10 ildə 87,6%).

Yaşlı əhalinin hospitalizasiyasının əsas səbəbini XÜÇ təşkil edir və xəstəliyin hospitalizasiya müalicəsi və digər sosial xərcləri xeyli yüksəkdir. ABŞ-da XÜÇ olan bir xəstənin 7-8 günlük stasionar müalicə xərcləri 10 min dollardan çoxdur və bu xəstəliyə görə illik xərcin ölkə üzrə 40 milyard dollara qədər olduğu göstərilir.

Son 30-40 ildə XÜÇ-ün müalicəsində yüksək effektiv, xəstəliyin etiopatogenetik mexanizmlərinə təsir edən dərmanlar, angiotenzin çevirici ferment inhibitoru (AÇFİ), angiotenzin reseptorları blokatorları (ARB), β -adrenoblokatorlar, diuretiklər, müsbət inotrop preparatlar, texniki vasitələrin kəşf olunmasına və nüfuzlu tövsiyələrə daxil edilmələrinə baxmayaraq, gündəlik praktikada onlar hələ də geniş istifadə olunmur. **IMPROVENT HF** tədqiqatına görə XÜÇ olan xəstələrin yalnız 60%-nə AÇFİ, 34%-nə β -adrenoblokatorlar, 20%-nə bunların kombinasiyası və 12%-nə isə aldosteron (mineralokortikoid) reseptorları antaqonistləri [AA(MRA)] təyin edilmişdir

Tibb işinin səviyyəsi, səhiyyə maarifinin milli xüsusiyyətləri, əhalinin iqtisadi vəziyyətindən asılı olaraq hər ölkədə XÜÇ-ün diaqnostika və müalicəsində nəzərə çarpan fərqlər mövcuddur.

Tədqiqatımızın məqsədini Ak. C. M. Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutuna ağır ödem sindromlu dekompensasiya mərhələsində daxil olan, sol mədəciyin AF 35%-dən aşağı 50 xəstədə (orta yaş 64,8 il) belə ağırlaşmanın baş vermə səbəblərinin araşdırılması və müalicənin əsas prinsiplərinin həyata keçirilməsi təşkil etmişdir.

Daxil olan xəstələrin 16 nəfəri (32%) stasionar müalicəsindən sonrakı 180 gün ərzində, o cümlədən 2 nəfəri ilk 30 gündə, 5 nəfəri 30-90-cı günlərdə, 9 nəfəri isə 90-180-ci günlərdə təkrar hospitalizasiya olunmuşlar. Qalan 34 nəfəri 180-360-cı günlərdə təkrar və ya ilk dəfə olaraq ağır ödem sindromlu dekompensasiyaya ilə hospitalizasiya edilmişlər. Qeyd edək ki, klinikamıza daxil olan birincili və təkrar hospitalizasiyaların faizləri heç də ölkədəki xəstələrin hospitalizasiyaya ehtiyacının faizlərini əks etdirmir. Belə ki, xəstələrin xeyli hissəsinin hospitalizasiyaya ehtiyacı olduğu halda, bu və ya digər səbəbdən stasionar müalicəsindən kənar qalırlar.

Daxil olan xəstələrdə standart kliniki və laborator müayinələr, qanın ümumi müayinəsi, elektrolitlərin miqdarı, zülal tərkibi, böyrək və qaraciyər funksiyası (kreatinin, AST, ALT), tiroid hormonlarının səviyyəsi, xəstənin

vəziyyətinin kəskin pisləşməsi baş verdikdə Mİ-in inkarı üçün kardiospesifik fermentlərin təyini, sidiyin ümumi müayinəsi, EKQ, EXO KQ, döş qəfəsinin rentgen, bəzi hallarda KT, MRT, koronar angiografiya müayinələri və s. aparılmışdır.

Xəstənin anamnezi, müayinələri əsasında ağırlaşma səbəbləri araşdırılmış və aşağıdakılar aşkar edilmişdir:

1.XÜÇ-ün səbəbi xəstələrin 41(82%) nəfərində AH, ÜİX, daha çox infarktdan sonrakı kardioskleroz və 9 xəstədə (18%) ürəyin qeyri-koronarogen xəstəliyi olmuşdur;

2. Sol mədəciyin atım fraksiyasının çox aşağılığı (AF 15-35%) və bir neçə patologiyanın birlikdə olmasına daha çox təsadüf edilmişdir:

-21 xəstədə (42%) XÜÇ+AH+2-ci tip ŞD ilə;

-12 xəstədə (24%) XÜÇ+AH ilə;

-8 xəstədə (16%) XÜÇ+2-ci tip ŞD ilə;

-9 xəstədə (18%) XÜÇ+ağ ciyərin xroniki obstruktiv xəstəlikləri ilə müşayiət olunmuşdur.

-10 xəstədə (20%) dəmir defisitli anemiya aşkar edilmişdir.

-18 xəstədə (36%) daimi taksistolik səyrici aritmiya və 17 (34%) xəstədə mədəcik daxili blokada qeydə alınmışdır.

Keyli xəstədə mədə-bağırsaq, hərəkət-oynaq patologiyası olmuşdur ki, bunlar da dərman qəbulunda çətinliklər yaratmış, qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanların qəbulu müalicənin effektini azaltmışdır.

3.Ev şəraitində xəstələrin 80%-dən çoxunda özünə nəzarətin təmin edilməməsi, gündəlik qəbul edilən duz, maye, xaric edilən sidiyin miqdarı, pəhriz, fiziki fəallıq, bədən çəkisinin dinamikasına nəzarətin və s. aparılmaması aşkar edilmişdir. Bu tədbirlərin aparılma qaydalarına aid heç bir xəstədə ana dilində yaddaş kitabçası olmamış, yalnız müalicə həkimi su və duz qəbulunu məhdudlaşdırmaq barədə şifahi məsləhət vermişdir.

4.Xəstələrin dərman qəbuluna riayətçılığının çox aşağı olması da ən geniş yayılmış səbəblərdəndir. Stasionar müalicəsindən az sonra (3-4 həftə) xəstələrin 70%-ə qədər dərmanların qəbulunu müxtəlif səbəblərdən hissəvi və ya bütövlükdə dayandırmışlar. Bunların əksəriyyəti müalicə adı ilə yalnız qeyri-müntəzəm şəkildə, həftədə 1-2 dəfə adekvat olmayan dozada sidikqovucu (furosemid, uregit, verospiiron və s.) qəbul etməklə kifayətlənmişlər.

5.Əvvəlcədən yüksək AT olanlarda XÜÇ baş verməsi ilə əlaqədar hipotenziv dərmanların dozasında və tərkibində dəyişikliklər aparılmamış, dekompensasiyanın getdikcə artmasına baxmayaraq, yüksək dozada β-adrenoblokatorların qəbulu davam etdirilmişdir.

6.XÜÇ-lə yanaşı gedən ŞD-in müalicəsi endokrinoloqun iştirakı olmadan aparılmış, diabet üçün dərmanlar adekvat olmamış, aylar, illər ərzində dozaları korreksiya edilməmişdir. Qeyd edək ki, XÜÇ-lə yanaşı gedən ŞD (29 xəstə) əksər halda dekompensasiya mərhələsində olmuş, nefropatiya, müxtəlif dərəcəli xroniki böyrək çatışmazlığı ilə ağırlaşmışdır.

7.Xəstəliyin gedişində kəskin respirator infeksiyaların və xroniki obstruktiv ağ ciyər xəstəliklərinin kəskinləşməsinin, sidik yolları iltihabı xəstəliklərinin adekvat müalicəsi olmamışdır. Qrip və digər mövsümi infeksiyalara qarşı peyvənd, qoruyucu tədbirlər aparılmamışdır.

8.Müalicə həkiminin təyin etdiyi vaxtda xəstələrin qəbula gəlmələri aşağı olmuş, artıq həyatımızda geniş istifadə edilən mobil internet, vizual əlaqələr və s. lazımi səviyyədə qurulmamışdır. Burada qeyd edək ki, Rusiyada aparılan bir tədqiqata görə təkcə bu əlaqələrin təmin edilməsi hesabına təkrar hospitalizasiyaların miqdarı 25%-ə qədər azalmışdır.

XÜÇ dekompensasiyası və ağır ödemli xəstələrin müalicənin əsas şərti Avropa Kardioloqlar Cəmiyyətinin tövsiyələrinə düzgün əməl edilməklə aparılmasıdır. Dərman müalicəsi ilə yanaşı qidalanma, su və duzun qəbulunda nəzarət gücləndirilməlidir. Belə ağır xəstələrdə sutkalıq xörək duzu qəbulu 2-3 qramdan, gündəlik qidada maye qəbulu 750-800 ml-dən çox olmamalıdır.

Ağır ödemlərin, hiperhidratasiyanın müalicəsinin əsasını diuretiklər təşkil edir. Diuretiklər XÜÇ-ün proqnozuna, xəstəliyin progressivləşməsinə təsir etməsələr də, onların köməyi ilə böyük və kiçik qan dövranının yükü azaldılır, orqanizmdəki artıq maye qovulmaqla təngnəfəslik və ödemlər aradan qaldırılır, xəstələrin həyat keyfiyyəti yaxşılaşır. Ağır dekompensasiyada diuretiklərin adekvat dozada verilməməsi müalicənin keyfiyyətini aşağı salır. Az verildikdə ödemlər və təngnəfəslik artdığı kimi, çox verildikdə də hipotoniya, elektrolit mübadiləsinin pozulması və təhlükəli aritmiyalar baş verə bilər.

Dehidratasion terapiya 2, fəal və saxlayıcı mərhələdə aparılır. Müalicənin fəal mərhələsində, xaric edilən sidiyin miqdarı qəbul edilən mayenin miqdarından 0,8-1 litrdən çox olmamalıdır. Bu miqdar 2,5 litrdən çox olarsa, RAAS və SAS aktivliyinin həddən artıq yüksəlməsi, “rikoşet effekt” baş verir, bu da xəstəliyin müalicəsinə daha da çətinləşdirir. Bədən çəkisinin gündə 1 kq azalması dehidratasion terapiyanın yaxşı effektinin göstəricisidir.

Bütün xəstələrdə əks göstəriş olmadıqda ilk günlərdən diuretiklərlə müalicə təlimatlarına uyğun dozalarla AÇFİ (ARB) və AA (MRA) ilə kombinasiyada aparılmalıdır.

Stasionarda ağır dekompensasiyalı xəstələrə evdə qəbul etdikləri diuretiklərin (ən çox halda bu furosemid olur) dozasından 2 dəfə çox, müasir, antialdosteron effektiv ilgak diuretik torasemidlə müalicəyə keçilməlidir (ekvivalent olaraq 40 mq furosemid = 10 mq torasemid). Furosemiddən (laziks) fərqli olaraq torasemid xəstələrdə yorucu tualetə getmə zərurəti yaratmır, daha yumuşaq, uzun müddətli diuretik təsir göstərir, hipokaliemiya digər yanaşı təsirlər az baş verir. 80-ci illərdə kəşf edilən, 90-cı ildən praktikada istifadə olunan torasemid hələlik yeganə ilgak diuretikdir ki, ürək çatışmazlığının progressivləşməsi və miokarda gedən patoloji proseslərə ləngidici təsiri müşahidə edilmişdir.

İlk 3-5 gün ərzində torasemidin bu dozası ancaq vena daxilinə ya infuziya ilə gün ərzində köçürülməli, ya da gündə 2 dəfə vena daxilinə inyeksiya ilə vurulmalıdır. Torasemid venaya izotonik natrium xlorid və ya 5% qlükozada vurula bilər, infuziyayı perfuzorla köçürmək daha yaxşıdır. Vena daxilinə torasemidin 40 mq dozası 3 gündən çox istifadə edilməməli, onun daxilə qəbuluna keçilməlidir. Müşahidə edilmişdir ki, torasemidin daxilə qəbulunun effekti vena daxilinə inyeksiyadan ciddi fərqlənir.

XÜÇ-nin ağır dekompensasiyasında əvvəl diuretik almayan xəstələrə torasemidin başlanğıc 2 ml (10 mq) dozası vena daxilinə izotonik natrium xlorid və ya qlükoza ilə yavaş-yavaş vurulur, təsiri tez başlayır, 15 dəqiqəyə maksimuma çatır. Effekt az olarsa, 20-40 mq istifadə edilə bilər. Vena daxilinə bolyus vurulmasına nisbətən uzun müddətli infuziya, 10-20 mq/saat daha effektiv natriurez yaradır.

Xəstədə hipokaliemiya olarsa, ilk günlər K^+ səviyyəsinə ciddi nəzarətlə hipokaliemiya aradan qaldırılana qədər kalium xlorid infuziyası istifadə edilə bilər və qeyd edək ki, hipokaliemiyayı aradan qaldırmaq üçün 10-20 ml pananginin tərkibində olan K^+ yetərli deyildir.

Ağciyər ödemində torasemid venaya 20 mq (4 ml) vurulur, effekt az olarsa, lazımi nəticə alınana qədər hər 30 dəqiqədən bir təkrar edilməlidir (sutkada 100 mq qədər).

Torasemidlə apardığımız dehidratasion müalicəni xəstələr daha yumuşaq keçirmişlər, elektrolitlərin səviyyəsində ciddi dəyişiklik olmamışdır. Qeyd edək ki, son 4-5 ildə demək olar ki, ancaq torasemiddən istifadə etmişik, təxirəsalınmaz yardım kimi furosemid və etakrin turşusu (ureqit) qəbulu 5-10%-dən çox olmamışdır.

Ağır dekompensasiya baş verməsində AF-nin aşağı olması ilə bərabər RAAS, SAS hiperaktivliyinin rolu şübhə doğurmur. Hələ XÜÇ-ün başlanğıc mərhələsində əvvəllər müalicə qəbul etməmiş xəstələrin qanında adaptiv olaraq RAAS, SAS komponentlərinin, aldosteron, renin və noradrenalinin miqdarının 5-10 dəfədən çox yüksək olduğu aşkar edilmişdir. Ona görə XÜÇ-ün dehidratasion müalicəsi mütləq AÇFİ(ARB) və AA (MRA) ilə kombinasiyada aparılmalıdır.

XÜÇ-ün bütün mərhələlərində AÇFİ(ARB) ilə müalicə o qədər vacibdir ki, hətta əks göstərişlər olmadıqda onlardan istifadə etməmək həkim səhvi və XÜÇ-dən ölüm riskini artırmaq kimi hesab edilir.

Son illər RAAS son komponenti aldosteronun ürək-damar sisteminə zədələyici təsirinin angiotenzin qədər, hətta ondan çox olduğu qeyd edilir və aldosteron (mineralokortikoid) reseptorları antaqonistləri [AA(MRA), spironolaktonun, eplerenonun istifadəsinin genişləndirilməsi vacib sayılır.

Ağır dekompensasiya, hiperhidratasiya hallarında kompensasiya yaranana qədər AA(MRA) preparatları yüksək dozada, gündə >100-300 mq, 1 və ya 2 dəfəyə, günün birinci yarısında, yeməklə və ya yeməkdən sonra, AÇFİ (ARB) və ilgək diuretiklərinin adekvat yüksək dozası ilə birlikdə işlədilər. Belə doza ilə müalicədə spironolakton və eplerenon aldosteronun təsirini daha yaxşı blokada edir, diuretik effekti güclü, hiperkaliemiya törətmə riski isə az olur. AA (MRA) preparatları AÇFİ (ARB)-dən fərqli olaraq arterial təzyiqi aşağı olanlarda da işlədilər, bu xəstələrdə onların hipotenziv təsiri demək olar ki, yoxdur.

Aparılan 4-6 həftəlik müalicə ilə kompensasiya yarandıqda isə AA(MRA)-nın dozasını azaltmaq, neyrohormonal modulyator dozada (25-50 mq/gün) vermək lazımdır, çünki bu preparatların, yüksək dozalarda AÇFİ (ARB) ilə birlikdə işlədilməsi hiperkaliemiya və böyrək zədələnməsi riskini artırır. Bəzən həkimlərin ağır ödemli xəstələrdə hiperkaliemiyadan ehtiyat edərək yalnız kiçik doza (25-50-100 mq/gün) AA(MRA) ilə müalicə aparmalarına da rast gəlmək olur, belə yanlış yol müalicənin effektini azaldır.

Stasionara yeni daxil olan xəstələr son 2 həftədə diakarb (asetazolamid) almayıblarsa, onlara gündə 3 dəfə (cəmi 3 gün) 250 mq diakarb (asetazolamid) verilməsi böyrək kanalcıqlarında karboanhidraza fəallığını bərpa edir, tiazid və ilgək diuretiklərinin təsirini artırır. Sonrakı mərhələlərdə də hər 2 həftədən bir ilgək diuretikləri ilə bərabər 3 gün diakarbla (asetazolamid) müalicənin təkrar olunması məsləhət görülür.

Refrakter ödemlər zamanı ilgək diuretikləri ilə bərabər hidroxlortiazid işlədilməsi də diuretik effekti artırır, bu onların nefronun ilgək diuretiklərindən fərqli sahəsində diuretik təsirli ilə izah edilir. Belə ki, hidroxlortiazid Henle ilgəyinin ən son və yığıcı kanalcıqların proksimal hissəsində natriumun reabsorbsiyasını azaldır, həmin yerə isə ilgək diuretikinin təsiri demək olar ki, yoxdur. Beləliklə, ilgək diuretikləri ilə hidroxlortiazidin kombinasiyası daha geniş sahədə natriumun reabsorbsiyasını azaldır.

Arterial təzyiq 100 mm c.st.-dən yuxarı olarsa diuretikdən qabaq vena daxilinə 5-10 ml 2,4%-li eufillin vurulması böyrək filtrasiyasını yaxşılaşdırmaqla diuretiklərin təsirini artırır.

Arterial təzyiq 125 mm c.st.-dən yüksək olduğu xəstələrdə təngnəfəsliyin azaldılmasına nail olmaq üçün vazodilatator kimi venaya nitratların infuziyası xəstələrin vəziyyətinin tez stabilləşməsinə kömək edir.

Ağır dekompensasiya dövründə β -adrenoblokatorlarla müalicəyə ancaq xəstələrdə kompensasiya halı yaranandan sonra başlamaq olar. β -adrenoblokatorlardan fərqli olaraq sinus ritmi saxlanılan xəstələrə taxikardiya sindromunu aradan qaldırmaq üçün ivabradin verilməlidir.

Səyrici aritmiya olan xəstələrdə diqoksin və antikoagulyant (varfarin) işlədilməlidir. Qan laxtalanmasına aspirin, klopidogrelle təsir etməklə səyrici aritmiyada trombemboliyaların profilaktikasını aparmağın ciddi effekti yoxdur. Qeyd edək ki, güclü dehidratasion müalicə mərhələsində heparinin işlədilməsi effektivdir, onun antialdosteron təsiri olduğu, aldosteronun əmələ gəlməsini azaltdığı göstərilir.

Diqoksin AF aşağı olan qeyri-koronar xəstəliklərdə işlədilməsi proqnozu yaxşılaşdırmasa da, hospitalizasiyanı azalda bilir. Son vaxtlar diqoksinin neyrohumoral xassəyə malik olması və bu məqsədlə onun 0,0125-0,025 mq dozasının RAAS və SAS-ın hiperaktivliyini azaltması barədə məlumatlar vardır.

Atrerial təzyiq aşağı olduqda müsbət inotrop maddə olaraq ürək qlikozidləri və dopamin (2-5 mkq/dəq) istifadə edilmişdir. Kritik hallarda və xüsusilə, bronxospastik əlamətlərdə vena daxilinə qlükokortikoidlər vurulması effektiv olur.

Qanda albuminin miqdarı aşağı və hətta normal olanlara da albumin və ya plazma köçürülməsi də diurezi artırır. Bu maddələr damar daxilində onkotik təzyiqi artırmaqla toxumaarası mayenin damar daxilinə keçməsinə və buradan da bəyrəklərlə xaric edilməsinə şərait yaradır. Bu məqsədlə 10-20%-li 50-100 ml olmaqla təkrar albumin köçürülməsi ödemlərin azalması ilə yanaşı halsızlıq, zəiflik kimi əlamətlərin də azalmasına kömək etmişdir.

Aparılan kompleks müalicəyə baxmayaraq plevral boşluqda maye azalmadıqda və onun səviyyəsi III-IV qabırğaarasına qədər çatdıqda, həyati göstərişə görə mayenin mexaniki yolla çıxarılması məqsədlə 8 xəstədə plevral punksiya aparılmış, 2 xəstədə bir neçə dəfə təkrar ultrafiltrasiya müalicəsi ilə xəstələrin vəziyyətinin qısa müddət ərzində yaxşılaşmasına nail olunmuşdur.

XÜÇ-ün dekompensasiya dövründə aparılan müalicə ilə kompensasiyaya nail olunduqdan sonra xəstəliyin ikinci, saxlayıcı mərhələ müalicəsi aparılır. Bura stasionar dövründə qəbul edilən dərmanların titrlənməsinin davam etdirilməsi və qeyri-dərman müalicə-profilaktika tədbirləri aiddir. Dərman müalicəsinin əsasını AÇFİ (ARB), β -adrenoblokatorlar, diuretiklər, AA (MRA) təşkil edir və bütün bu müalicə prosesi Avropa Kardioloqlar Cəmiyyətinin tövsiyələrinə uyğun davam etdirilməlidir. Saxlayıcı mərhələdə elə doza diuretik verilməlidir ki, bədən çəkisi stabil qalsın və həyat keyfiyyəti aşağı düşməsin. Sidiyin miqdarının qəbul edilən mayedən 200 ml çox olması optimal hesab edilir. Bu mərhələdə həftədə diuretik 1-2 dəfə “zərbə dozası” ilə vermək kimi səhv taktikadan imtina edilməlidir. Təlimatlara uyğun olaraq qanda K^+ və kreatinin miqdarı və s. yoxlanmalıdır.

Xəstəxanadakı müalicə dövründə müntəzəm olaraq dərman və digər müalicələrə riayətkarlığı yüksəltmək üçün izahat işləri aparılmalı, evə yazılarkən şifahi və yazılı göstərişlər, dərmanların qəbul qaydasını anlaşılan şəkildə əks etdirən təyinat vərəqləri verilmiş, özünə nəzarəti təmin etmək üçün yaddaş kitabçaları hazırlanması planlaşdırılır. Xəstələrə ancaq qida, su, duz qəbulu, özünə nəzarətin təmin edilməsi və adekvat dozada kombinə müalicə ilə müvəffəqiyyətli sonluğun mümkün olması başa salınmalıdır.

Nəticə

Xroniki ürək çatışmazlığının ağır ödem sindromlu dekompensasiyası çoxsəbəbli patologiyadır. Ancaq xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi və yanaşı gedən xəstəliklər, hədəf üzvlərin zədələnmə dərəcələri nəzərə alınmaqla, müasir tövsiyələrə cavab verən kompleks müalicə ilə müsbət nəticə alınması mümkündür.

Xəstəliyin ağırlaşmasında neyrohumoral sistemlər, RAAS və SAS hiperaktivliyinə qarşı tədbirlər müalicənin əsas xətti olmalıdır. Ağır ödem sindromlu dekompensasiyanın qarşısını almaq üçün XÜÇ-ün ilkin mərhələlərindən başlayaraq, xəstəliyin bütün mərhələlərində dehidratasion müalicə mütləq AÇFİ (ARB), AA (MRA), β -adrenoblokatorlarla (üç komponentli blokada) kompleks şəkildə aparılmalıdır.

Ödem sindromunun dehidratasion müalicəsi üçün antialdosteron effekti olan, xəstələrin həyat keyfiyyətini pisləşdirməyən ilgək diuretik torasemidlə müalicəyə keçilməsi vacibdir. İlgək diuretiklərinin effektini artırmaq üçün eufillin, hidroxloriazid, diakarb, ürək qlikozidləri, texniki vasitələr və s.-dən kompleks şəkildə istifadə olunmalıdır.

Xəstələrin səhiyyə maarifləndirilməsi, onların həkim məsləhətlərinə riayətçılığının səviyyəsindəki ciddi çatışmazlıqların aradan qaldırılması çox vacib problemdir. Müalicə idarələrində XÜÇ olanlar üçün məktəblər və əsas maarifləndirmə sənədi kimi “XÜC xəstəsinin pasportu,” ana dilimizdə digər yazılı ədəbiyyatlar yoxdur. XÜÇ olanlara, xüsusilə, ahıl və qocalara evlərdə qulluq, nəzarət işi lazımi səviyyədə deyildir. Müasir rabitə vasitələrindən istifadə etməklə xəstələrlə əlaqə genişləndirməlidir.

Praktik həkimlərin öz fəaliyyətlərini tövsiyələrə uyğun qurmalarına diqqət artırılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). //Журнал Сердечная недостаточность 2010;11(1):2–62). (30,216).
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012.
3. Anand I., Ferrari R., Kalra G. et al. Edema of cardiac origin. Studies of body water and sodium, renal function, hemodynamic indexes, and plasma hormones in untreated congestive cardiac failure // Circulation. 1989; 80: 299–305.
4. Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии. 2006.
5. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. [Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины](#) //Кардиология 2008 №26-16.
6. Горбунов В.М., и др. Торасемид — петлевой диуретик с особыми свойствами. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2006; 5(5)
7. Карпов Ю.А. Торасемид: рекомендации для клинического применения при хронической сердечной недостаточности и артериальной гипертензии. //РМЖ 2014 №23, стр. 1676
8. А.А. Балашова и др. Торасемид пролонгированного действия у пациентов с отечно-асцитическим синдромом. Фарматека. 2015 / №15
9. PittB., Zannad F., Remme W.J. et al. for the Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. //N Engl J Med 1999;341:709–17).
10. Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms Zannad F., McMurrayplizasita J. J.V.,Krum H. et al. for the EMPHASISHF Study Group //N. Engl. J. Med. — İdılması far. — Vol. 364. — P. 11—21).
11. А.Г.Евдокимова и др. Особенности диуретической терапии при хронической сердечной недостаточности. Consilium Medicum. 2016; 01: 32-37

Daxil olub: 21.05.2016.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩИХ ФЕРМЕНТОВ.

Гумбатова А.Н., Алиева Б.А.

***Кафедра Клинической фармакологии
Азербайджанского Медицинского Университета.***

Для предотвращения осложнений какого-либо заболевания, надо тщательно изучить нежелательные эффекты принимаемых препаратов. При лечении артериальной гипертензии [1], артериальной гипертензии в сочетании с сахарным диабетом [2], сердечной недостаточности [3], постинфарктного кардиосклероза, осложненного сердечной недостаточностью [4] применяют ингибиторы ангиотензин превращающих ферментов. (ИАПФ).

ИАПФ могут вызывать побочные эффекты со стороны всех органов и систем [5].

Цель исследования: тщательный анализ побочных явлений ингибиторов ангиотензин превращающих ферментов на различные органы и системы организма.

Материалы и методы исследования. Мы изучали побочные явления ИАПФ при лечении 145 больных (мужчин-98, женщин-47 в возрасте от 45 до 80 лет) с постинфарктным кардиосклерозом с различными осложнениями и сопутствующими заболеваниями. Срок после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда колебался от 6 месяцев до 7 лет. У обследованных больных отмечались: артериальная гипертензия - у 60%, хроническая недостаточность кровообращения - у 51%, аритмии - у 72%, блокады - у 30%, синдром Дресслера - у 2,0%, преходящее нарушение мозгового кровообращения - у 6%, перенесенный инсульт - у 3%, гипертензивная энцефалопатия у - 1,5%, кровоизлияние в сетчатку глаза - у 0,6%, хронический обструктивный бронхит - у 9%, необструктивный бронхит - у 5%, гастрит - у 5%, признаки почечной недостаточности - у 5,2%, сахарный диабет - у 13,3% больных. Все обследованные больные получали комплексную терапию. Им назначали по показаниям: диуретики, сердечные гликозиды, нитраты, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, антиаритмические препараты, антиагреганты, антикоагулянты, гиполипидемические препараты, препараты, улучшающие метаболизм в миокарде, антибактериальные средства, отхаркивающие препараты, муколитики, противодиабетические средства. В комплексную терапию включали: а) ингибиторы АПФ, б) комбинированные препараты, содержащие в своем составе ИАПФ и диуретик, в) комбинированные препараты, содержащие в своем составе ИАПФ и амлодипин. Для выявления побочных явлений ИАПФ в ходе лечения проводили целенаправленный опрос пациентов, а также неоднократно осуществляли следующие исследования: измерения АД, определение частоты пульса, ЭКГ, эхокардиографию, УЗИ почек, общий анализ крови и мочи, определение концентрации глюкозы, креатинина, мочевины, билирубина, АсАт, АлАт, натрия и калия в крови, тропонин-тест.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов исследования позволили нам выявить побочные эффекты ИАПФ на различные органы и системы организма. Побочные эффекты со стороны головного мозга наблюдались - у 30% больных; головная боль и головокружение - 20%

ухудшение сна или сонливости - 10%, ишемия головного мозга - у 10% больных. Эти побочные явления появлялись при быстром и значительном снижении АД, особенно, у больных с атеросклерозом мозговых сосудов.

Побочные явления со стороны костно-мышечной системы наблюдались - у 15% больных; миалгия - у 7%, артралгия - у 8% больных. Эти явления появились при назначении высоких доз ИАПФ.

Побочные явления со стороны сердечно - сосудистой системы отмечались – у 50% больных; артериальная гипотензия (снижения АД ниже 105/65мм рт. ст. у мужчин, ниже 100/60мм рт. ст. у женщин) - у 20%, тахикардия - у 10%, брадикардия - у 15%, ишемия миокарда - у 5% больных. Артериальная гипотензия и коллапс наблюдались в следующих случаях: а) при назначении ИАПФ в большой дозировке; б) при назначении ИАПФ больным, употребляющим низкосолевою и бессолевую диету; в) при назначении ИАПФ больным с острым инфарктом миокарда или с сердечной недостаточностью, когда АД ниже 120 мм рт.ст.; г) при сочетании ИАПФ со следующими группами лекарств: нитраты, бета - адреноблокаторы, антагонисты кальция, диуретики; д) при приеме алкоголя в период лечения ИАПФ; е) при назначении ИАПФ перед оперативным вмешательством, проводимым под наркозом.

Побочные явления со стороны органов дыхания наблюдались - у 20% больных: сухой кашель - у 10%, сухой кашель с бронхоспазмом и хриплым дыханием - у 5%, обострение инфекционного процесса в дыхательных путях - у 5% больных.

Причинами появления сухого кашля и бронхоспазма являлись повышение содержания брадикинина в крови и повышение тонуса блуждающего нерва. Известно, что ангиотезинпревращающий фермент (АПФ) расщепляет брадикинин. При применении ингибиторов АПФ не происходит расщепление брадикинина и повышается его концентрации в крови. Брадикинин не только вазодилататор, но и бронхоконстриктор. При повышении тонуса блуждающего нерва выделяется ацетилхолин, который стимулирует М –

Холино рецепторы в стенках бронхов и вызывает спазм бронхов крупного и среднего диаметра.

Обострение инфекционного процесса в дыхательных путях и появление признаков ринита, фарингита, дисфонии и лихорадки наблюдались при лечении ИАПФ в течение более 2-3 месяцев. Это может быть связано с токсическим воздействием ИАПФ на костный мозг, развитием лейкопении и снижением местной защиты в дыхательных путях. Не исключается при этом роль развития брохообструктивного синдрома под влиянием ИАПФ. Аллергическая реакция наблюдалась - 9,6% больных: сыпь, зуд, покраснение кожи - у 5,9%, отек Квинке - у 3,7%. Развивалась аллергическая реакция при непереносимости ИАПФ.

Побочные явления со стороны органов пищеварения наблюдались - у 50% больных: металлический или кислый вкус во рту - 15%, сухость во рту - у 10%, тошнота и рвота - у 10%, боль в животе опоясывающего характера и нарушение пищеварения (признаки панкреатита) - у 8%, повышение АсАТ и АлАТ в крови - у 3%, увеличение билирубина в крови (признаки поражения печени и холестаза) - у 3% больных. Эти побочные явления наблюдались в основном у больных с гастритом, панкреатитом и гепатитом. У некоторых лиц они были связаны с индивидуальной реакцией больного на ИАПФ. Не исключается также роль повышения тонуса блуждающего нерва.

Побочные явления со стороны органов мочевого выделения наблюдались у 30% больных; протеинурия - у 15%, повышение креатинина и мочевины в сыворотке крови - у 8%, нефротический синдром - у 7% больных. Протеинурия наблюдалась: а) при назначении ИАПФ в большой дозировке; б) при назначении ИАПФ лицам, перенесшим в прошлом заболевания почек; в) у больных с тяжелой АГ с поражением почек; г) при развитии мембранозной гломерулонефропатии под влиянием ИАПФ.

Повышение креатинина и мочевины в крови наблюдалось: а) при быстром и значительном снижении АД; б) при сочетании ИАПФ с высокими дозами диуретиков; в) при назначении ИАПФ больным с почечной недостаточностью, когда снижен клиренс креатинина; г) у больных со стенозом почечной артерии, у которых приём ИАПФ способствует критическому падению почечной перфузии.

Побочные явления со стороны форменных элементов крови наблюдались у 20% больных: лейкопения и тромбоцитопения - у 10%, уменьшение содержания эритроцитов и гемоглобина в крови (анемия) - у 3,0% больных.

Побочные явления со стороны электролитов в крови наблюдались у 15% больных: гипонатриемия - у 8%, гиперкалиемия - у 7%, гипокалиемия - у 3,5%.

Таким образом, ИАПФ вызывают побочные эффекты со стороны головного мозга, костно - мышечной системы, сердечно - сосудистой системы, органов дыхания, аллергическую реакцию, органов пищеварения, органов мочевого выделения, форменных элементов крови, электролитов крови, содержание глюкозы крови. Наиболее частыми причинами возникновения побочных эффектов ИАПФ являются: 1) назначение ИАПФ при наличии противопоказаний к их применению; 2) назначение высокой дозы ИАПФ в начале лечения, быстрое и значительное снижение АД ; 3) назначение ИАПФ пациентам с гипонатриемией и гиповолемией; 4) нерациональное сочетание ИАПФ с нитратами, антагонистами кальция, бета - адреноблокаторами, диуретиками, и иммунодепрессантами, аллопуринолом, препаратами калия, препаратами усиливающими выделение калия из организма, противодиабетическими препаратами; 5) применение высоких доз ИАПФ в течение 2-3 месяцев и более; 6) повышение содержания брадикинина в крови; 7) повышение тонуса блуждающего нерва; 8) индивидуальная непереносимость ИАПФ; 9) токсическое действие ИАПФ на почки, печень и на костный мозг.

Поэтому, из года в год надо целенаправленно изучать побочные проявления лекарственных препаратов, чтобы избежать нежелательных эффектов

ӘДӘБИҮАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Levine T. Angiotensin converging enzyme inhibitors in congestive heart failure // Int. J. Kardional., 1987, v.15, p. 4-8
2. 1.European Heart Journal, 2. journal of the European Society of Cardiology. Number 28; 21 July 2015.
3. Зиц С. В. Тактика дифференцированного лечения хронической сердечной недостаточности. // Материалы Сателлитного симпозиума << Гедон- Рихтер А. О.>> <<Пути оптимизации лечения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы>> состоявшихся в рамках I национального конгресса кардиологов России. - 2002
4. Благодар В.Н., Петрий В. В., Маколкин В. И. Влияние лизиноприла на ремоделирование сердца у больных постинфарктным кардиосклерозом с признаками хронической сердечной недостаточности // Кардиология, 2003, № 9, с. 17-20.
5. Глезер М. Г., Глезер Г.А Справочник фармакотерапии сердечно - сосудистых заболеваний. М.: ЮНИТИ, 1996, с. 90-102

X Ü L A S Ə

ANGIOTENZİNÇEVİRİCİ FERMENTLƏRİN İNQİBİTORLARIN İSTİFADƏSİ ZAMANI DAHA TEZ-TEZ TƏSADÜF EDİLƏN ƏLAVƏ TƏSİRLƏR.

Hümbətova A.N; Əliyeva B.A

İnfarktdan sonrakı kardioskleroz olan 145 xəstədə angiotenzin çevirici fermentin inhibitorları ilə müalicədə onların əlavə təsirlərini öyrəndik. Məlum oldu ki, ən çox arzuolunmaz effektlər baş-beyin, qan-damar, tənəffüs, həzm sisteminin, sidik-ifrazat sisteminin orqanları tərəfindən rast gəlinir.

S U M M A R Y

SİDE EFFECTS IN USE OF ANGIOTENZIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS .

Humbatova A.N., Aliyeva B.A.

Angiotenzin-converting enzyme inhibitors(ACEI) side effects have been investigated by treatment of 145 patients with postinfarction cardiosclerosis with various complications and accompanying diseases. It has been revealed, that ACEI is caused side effects on the part of a brain, cardiovascular system, respiratory organs, urinary organs, blood corpuscles, electrolytes of blood.

Daxil olub: 13.04.2016.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЙЛЕНОНА У БОЛЬНЫХ С ИБС И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

**Фараджева Н.А., Султанова С.С., Исмаилова Н.Р.,
Гусейнова Н.Н.**

***Азербайджанский Государственный институт
Усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра Терапии***

Снижение заболеваемости во всем мире остается глобальной проблемой человечества. При этом распространенность сердечно-сосудистой патологии и показатели смертности от нее не уступают пальму первенства и по сей день. Среди них особое место занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). Частой причинной смерти при этих заболеваниях является распространенные их осложнения -тромбоэмболии, угрожающие жизни аритмии, сердечная недостаточность и пр. Установлено, что больные с признаками сердечной недостаточности (СН) и/или сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка в раннем постинфарктном периоде имеют значительно более высокий риск смерти, чем пациенты с инфарктом миокарда (ИМ) без таковых [1].

Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) является одним из основных патогенетических механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому, препараты, влияющие на активность этой системы – ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов

ангиотензина II, блокаторы альдостерона, ингибиторы ренина – успешно применяются в патогенетической терапии ИБС, АГ, СН.

Среди блокаторов альдостерона наиболее известным и часто назначаемым является спиронолактон, блокирующий как минералокортикоидные рецепторы (МР), так и рецепторы прогестерона и андрогенов [1,2].

Результаты исследований по эффективности спиронолактона у больных с СН послужили основой для включения блокаторов рецепторов альдостерона в рекомендации по лечению СН в качестве дополнительных средств на фоне терапии основными группами препаратов – ингибиторами АПФ, β -адреноблокаторами, петлевыми диуретиками [3].

В последние годы по рекомендации ведущих кардиологических сообществ Европы в протоколы лечения постинфарктной СН и АГ включен новый селективный ингибитор альдостерона – Эплеренон (эпоксимексренон)

Эплеренон примерно в 20 раз менее активен в отношении минералокортикоидных рецепторов, чем спиронолактон, однако в значительно меньшей степени по сравнению со спиронолактоном связывается с белками плазмы. В конечном итоге это обеспечивает сравнимый со спиронолактоном эффект в отношении МР [4]. Эплеренон связывает МР более длительно и сильно, чем их естественный агонист альдостерон, и блокирует их. При этом наблюдается увеличение плазменной концентрации альдостерона.

Преимуществом эплеренона является его высокая селективность в отношении рецепторов альдостерона. Сродство к рецепторам прогестерона при этом составляет менее 1 %, а к андрогеновым рецепторам – менее 0,1 %. Этим объясняется лучшая по сравнению со спиронолактоном переносимость и меньшая частота развития побочных эффектов [2].

Цель исследования. Изучение сравнительной эффективности Лайленона (Эплеренон) у больных с ИБС и АГ, осложненной СН.

Материал и методы исследования. Было обследовано 56 больных с ИБС – постинфарктный кардиосклероз с сопутствующей АГ 2 степени, осложнившейся СН III ФК по классификации NYHA. Средний возраст больных $54,8 \pm 4,2$ года (46 – 69 лет), мужчин 48, женщин 8. Средняя продолжительность болезни – $3,22 \pm 0,2$ (1 – 4). Критериями включения в исследование были наличие перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q, АГ и СН. Больные с уровнем креатинина $>2,5$ мг/дл, уровнем калия плазмы $>5,0$ ммоль/л. в исследование не включались.

Артериальное давление (АД) измеряли трижды после 5-ти минутного отдыха на обеих руках, приоритет отдавали наиболее высоким цифровым значениям. Измерение проводили трижды, вычисляли среднюю величину показателей. Наличие АГ устанавливали при систолическом АД (САД) ≥ 140 мм.рт.ст и/или диастолическом АД (ДАД) ≥ 90 , а также если обследуемый за последние две недели принимал гипотензивные препараты, выписанные врачом, но при первичном скрининге АД было $< 140/90$.

Диагноз ИБС – постинфарктный кардиосклероз, ставился на основании ЭКГ данных наличия рубцовых изменений в виде глубокого и уширенного патологического зубца Q и комплекса QS и глаженного или (-) зубца T, а также по данным ЭхоКГ в виде зон гипо и/или акинезии миокарда.

Наличие СН устанавливалась на основании клинических признаков – застойные влажные хрипы в легких, венозный застой на рентгенограмме, постозность на нижних конечностях, а также ЭхоКГ признаков, и в первую очередь, ФВ $\leq 40\%$.

В качестве общих гемодинамических параметров определяли: пульс (Ps, количество ударов в мин.), САД, мм.рт.ст., ДАД, мм.рт.ст..

Из ЭКГ параметров определяли: частоту сердечных сокращений (ЧСС), наличие гипертрофии левого желудочка, наличие случаев диффузных изменений миокарда, рубцовых изменений после перенесенного инфаркта миокарда и неполноценности питания миокарда, характеристика комплекса QRS, зубца Т, сегмента S-T.

По данным ЭхоКГ определяли следующие показатели: конечный диастолический размер (КДРл.ж.,мм), конечный систолический размер (КСРл.ж.,мм), конечный систолический объем (КСО л.ж., мл) и конечный диастолический объем (КДОл.ж.,мл.) левого желудочка, ударный объем (УО, мл), ФВ,%, минутный объем (МО, л/мин), сердечный индекс (СИ. л·мин/м²). Все больные были разделены на 2 лечебные группы и рандомизированы по количеству, возрасту, давности болезни, степени АГ и СН, а также по получаемой стандартной терапии, включающей антиагреганты, ингибиторы АПФ, β-блокеры, нитраты, диуретики. Помимо этого для достижения цели исследования и выявления эффективности антагонистов альдостерона в 1-ю лечебную группу вошли больные, получавшие дополнительно Лайленон (Эплеренон, Grand Medical, Голландия) в начальной дозе 25 мг с последующим увеличением дозы до 50 мг. 1 раз в сутки, а 2-ю группу составили больные, получавшие спиронолактон (верошпирон) по такой же схеме (контрольная группа), по 28 больных в каждой группе. Средний возраст и продолжительность болезни в группах – 53,7± 4,1 и 3,19±0,2 в основной и 54,3± 3,9 и 3,22±0,2 в контрольной.

В обеих группах лечение начинали с дозы 25 мг 1 раз/сут и к концу 4 недели увеличивали до 50 мг 1 раз/сут, если концентрация калия в сыворотке крови оставалась менее 5,0 ммоль/л.

Курс лечения больных продолжался 3 месяца. Исследуемые параметры проверялись в начале лечения, и в конце каждого месяца на протяжении 3 месяцев. Уровень креатинина и калия в крови определяли до лечения, в конце 1-ой, 4-ой недель, а также каждые 15 дней последующих 2-го и 3-его месяцев от начала лечения.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием t критерия Стьюдента при помощи программы Microsoft Excell (2007).

Результаты исследования. Исходный средний показатель АД во всех группах соответствовал АГ II степени со средними показателями САД – 171,6±5,2, ДАД – 105,5± 5,8 в I-ой и САД – 169,5±4,9, ДАД -101,2±6,1 во II группе, ЧСС соответственно группам составил 98 ±2,4 и 102±2,3, а число дыханий в 1 минуту – 24,7±0,3 и 23,9±0,3. На ЭКГ у всех больных были выявлены рубцовые изменения миокарда левого желудочка различной локализации (задне-боковой, передний распространенный и передне-перегородочный с охватом верхушки) после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q, сглаженные (изоэлектрические) или отрицательные зубцы Т, преимущественно в зонах рубцовых изменений миокарда. В обеих группах отмечены выраженное тахипноэ и умеренная тахикардия.

Показатели ЭхоКГ у больных ИБС с сопутствующей АГ, осложненной СН

Группы	Больные с ИБС с сопутствующей АГ, осложненной СН			
	1 группа (основная), n=28		2 группа (контрольная), n=28	
	До Лечения	После Лечения	До Лечения	После Лечения
ЧСС, уд.мин.	98,7 ±2,4	86,1±1,6 ***	102,0±2,3	92,4±2,2** ^
ЧД в 1 мин.	24,7±0,3	19,1±0,2 ***	23,9±0,3	20,1±0,3**
САД мм.рт.ст	171,6±5,2	157,5±2,3***	169,5±4,9	158,8±5,1**
ДАД мм.рт.ст	105,5± 4,8	90,6±4,2**	101,2±6,1	95,7±5,8* ^
КДР л.ж. мм.	59,3±1,5	51,5±1,5**	59,6±1,4	53,2±1,5*
КСР л.ж. мм.	45,2±1,0	31,9±0,8***	45,1±0,9	36,8±1,0** ^
КДО л.ж. мл.	157,3±2,9	149,6±3,1**	155,5±3,1	150,3±3,1*
КСО л.ж. мл.	97,5±1,6	82,2±1,7***	95,6±1,5	86,6±1,7** ^
УО л.ж. мл.	59,8± 2,3	67,7±1,9**	59,9±2,5	63,2±2,4 ^
ФВ л.ж. %	38,0±1,7	45,0±1,6**	38,5±1,8	42,3±1,7*
Vcf. л.ж. с ^л	0,8±0,03	0,7±0,02	0,7±0,03	0,7±0,03
МО л.мин.	5,9±0,5	5,8±0,4	6,1±0,6	5,8±0,5
СИ л/(мин.м ²)	4,1±0,4	4,3±0,3	4,7±0,4	4,6±0,3

Примечание: * - достоверность показателей до и после лечения в группах: * - <0,05, **<0,01, *** < 0,001. ^ - достоверность между показателями 2-х групп после лечения

В процессе лечения побочных эффектов тестируемого препарата не выявлено (не было повышения концентраций калия и креатинина в крови за пределы уровней, требующих снижения дозы препарата). В контрольной группе, получавшей Спиринолактон (верошпирон), у 3 больных отмечалось увеличение концентрации калия в крови в пределах 5,15 - 5,25 ммоль/л, наблюдаемый к концу 10 недели лечения, что послужило поводом снижения дозы препарата до исходного 25 мг. и потребовало еженедельного контроля его уровня без отмены препарата.

Исходные показатели внутрисердечной гемодинамики демонстрировали высокие КДР, КСР, КДО, КСО левого желудочка, низкие УО и ФВ, что соответствовало клиническим показателям СН в обеих группах больных.

В таблице представлены показатели ЭхоКГ у больных ИБС с сопутствующей АГ, осложненной СН. В обеих группах отмечалась выраженное достоверное снижение/уменьшение ЧСС, ЧД, САД, КСР, КСО (P<0,001 и 0,01 соответственно группам), ДАД, КДР, КДО и повышение ФР (P<0,01 и <0,05), а также достоверное повышение УО в группе получавшей Лайленон и недостоверное повышение его у больных, которым был назначен Спиринолактон (верошпирон).

Доказательством большей эффективности Лайленона по сравнению с Спиринолактоном (верошпироном) были достоверные различия после лечения между группам по показателям ЧСС (86,1±1,6 и 92,4±2,2), ДАД (90,6±4,2 и 95,7±5,8), КСР (31,9±0,8 и 36,8±1,0), КСО (82,2±1,7 и 86,6±1,7) и УО (67,7±1,9 и 63,2±2,4, P<0,05).

Таким образом, Лайленон (Эплеренон) обладает достаточным гипотензивным (больше при высоком ДАД) эффектом, а также кардиопротективными свойствами при ИБС в сочетании с АГ, что позволяет

использовать его в качестве дополнительного средства, особенно у больных с постинфарктной СН имеющих сниженную фракцию выброса.

Выводы.

1. Применение антагониста минералокортикоидных рецепторов Лайленона (Эплеренона) в дозе 50 мг/сутки в дополнение к стандартной терапии значительно улучшает параметры центральной и внутрисердечной гемодинамики у больных с ИБС (постинфарктный кардиосклероз) в сочетании с АГ, осложненной СН.

2. Основными параметрами эффективного воздействия Лайленона являются ДАД, КСО и УО л.ж., что способствует уменьшению систолической дисфункции и выраженности СН и позволяет применить его в комплексной долгосрочной терапии у больных перенесших ИМ с АГ, осложненной СН.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Pitt B et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348 (14): 1309–21.
2. Maron BA, Leopold JA. Aldosterone receptor antagonists: effective but often forgotten. Circulation 2010; 121 (7): 934–9.
3. Zannad F, McMurray JJ, Krum H et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. N Engl J Med 2011; 364 (1): 11–21.
4. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J 2012; 33: 1787–847.

X Ü L A S Ə

ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI İLƏ FƏSADLAŞAN YANAŞI ARTERİAL HİPERTENZIYA İLƏ ÜİX OLAN XƏSTƏLƏRDƏ LAYLENONUN SƏMƏRƏLİLİYİ

Fərəcova N.A., Sultanova S.S., İsmayılova N.P., Hüseynova N.N.

Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə institute, Təpəriya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Ürək çatışmazlığı (ÜÇ) ilə fəsadlaşan yanaşı arterial hipertenziya və ÜİX (infarktdan sonrakı kardioskleroz) olan 56 xəstədə aldosteronun antaqonisti Laylenonun müqayisəli səmərəliliyi öyrənilmişdir. Preparat 50 mq. sutkalıq doza ilə aparılan standart müalicəyə əlavə olaraq 3 ay müddətində təyin edilmişdir. Səmərəlilik meyarı kimi mərkəzi və kardiohemodinamikanın klinik-funksional parametrləri (EKQ və ExoKQ müayinələr əsasında) tədqiq edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, aldosteronun selektiv inhibitoru olan Laylenon (Eplerenon) 50 mq sutkalıq dozada analoji dozalı Spironolakton (Verospironla) müqayisədə tədqiq olunan xəstələr kontinqentində mərkəzi və kardiohemodinamika parametrlərini əhəmiyyətli dərəcədə və yüksək səhihliklə yaxşılaşdırmışdır.

Əldə olunan nəticələr ürəyin yığılma sayının, diastolik arterial təzyiqin, sol mədəciyin son sistolik həcmi və ölçüsünün azalması, vurğu həcmnin isə artması kimi müsbət dinamikanın preparatlar arasında Laylenonun xeyrinə olan səhih fərqi ilə təsdiq edilmişdir. Belə nəticələr preparatı yanaşı gedən arterial hipertenziya ilə infarktdan sonrakı ÜÇ olan xəstələrdə standart müalicəyə əlavə kimi tətbiq etməyə imkan verir.

SUMMARY

EFFICIENCY OF LAYLENON IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND CONCOMITANT ARTERIAL HYPERTENSION COMPLICATED BY HEART FAILURE.

Faradzheva N.A., Sultanova S.S., Ismayilova N.R., Huseynova N.N.
Azerbaijan State Advanced Training Institute for doctors named after A. Aliyev, department of Therapy, Baku, Azerbaijan

In 56 patients with ischemic heart disease (myocardial infarction) and the concomitant arterial hypertension (AH), complicated by heart failure (HF) has been studied comparative effectiveness of aldosterone antagonist Laylenon (eplerenone), appointed by the patient as an extra to the standard treatment, the drug at a dose of 50 mg/ day for 3 months. Efficiency criteria were clinical and functional parameters – ECG, echocardiography studies - central and cardiac hemodynamics.

The results showed that a selective inhibitor of aldosterone Laylenon (eplerenone) in a daily dose of 50mg compared with the same dose Spironolactone (Veroshpiron) significantly improves parameters of central and intracardiac hemodynamics in this patient population that was verified significant difference of positive dynamics of parameters in the form of a decrease in heart rate, diastolic blood pressure, LVESV, LVESD and LVSV ($P < 0.05$) and allow to use it as an adjunct to standard therapy post-infarction heart failure with concomitant AH.

Daxil olub: 30.06.2016.

7-10 YAŞLI MƏKTƏBLİLƏRDƏ ARTERIAL TƏZYİQ, MİOKARD İNDİKATORU VƏ BƏDƏN KÜTLƏSİ İNDEKSİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN SƏVİYYƏSİNİN PAYLANMASI.

Pənahova G.İ.

Azərbaycan Tibb Universiteti normal fiziologiya kafedrası

Açar sözlər: miokard indikatoru, arterial təzyiq, bədən kütləsi indeksi.

Ключевая слова: индикатор миокарда, артериальное давление, индекс массы тела.

Key words: myocardial indicator, blood pressure, body mass index

Tədqiqatın aktualığı Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə, hazırkı vaxtda dünyada 200 milyondan çox məktəbli və yeniyetmənin bədən kütləsi normadan artıqdır və bu rəqəm ildən ilə artır.

Müəlliflərin (8, 9, 12, 14) məlumatlarına görə sistemogenez nəzəriyyəsinə və heterexronluq prinsiplərinə (1, 2, 10) əsaslanaraq qeyd etməliyik ki, uşaqlarda fizioloji proseslərin, heterexron və disproporsional formalaşması (5) dövrü, artıq bədən çəkisi və pylənmə (8) orqanizmin həyatı-vacib ürək qan-damar sisteminin göstəricilərindən olan arterial təzyiqə (4, 7) ürəyin qan təminatının, ilkin dəyşməsinə, “keçici” işemiya adlanan miokardın dispersiya indikatorunun yüksəlməsinə təsir göstərir (6, 11, 13).

Tədqiqatın məqsədi- 7-10 yaşlı məktəblilərin müxtəlif bədən kütləsi olan oğlan və qızlar qruplarında normal və yüksək arterial təzyiqi və miokard indikatoru olanları təyin etmək.

Tədqiqatın material və metodları 7-10 yaşında olan məktəbli oğlan və qızlarda (296 uşaq) məktəb şəraitində aşağıdakı somatometrik ölçüləri

aparılmışdır: bədən uzunluğu (sm), bədən kütləsi (kq) və bədən kütləsinin indeksi (BKJ, kq/m³) əmsalı təyin olunur.

Bundan başqa kompüterlə birləşmiş xüsusi Kardiovizor 06 aparatı ilə 2,5-3,0 dəqiqə ərzində qeyri-invaziv olaraq, miokardın dispers indikatorunun (MI) ekspres təhlil aparılırdı. Nəticələr: kompüterin ekranında, miokardın sağ və sol tərəfinin şəkli əks olunur və müxtəlif rənglərlə qan təchizatının normada olub-olmaması göstərilir.

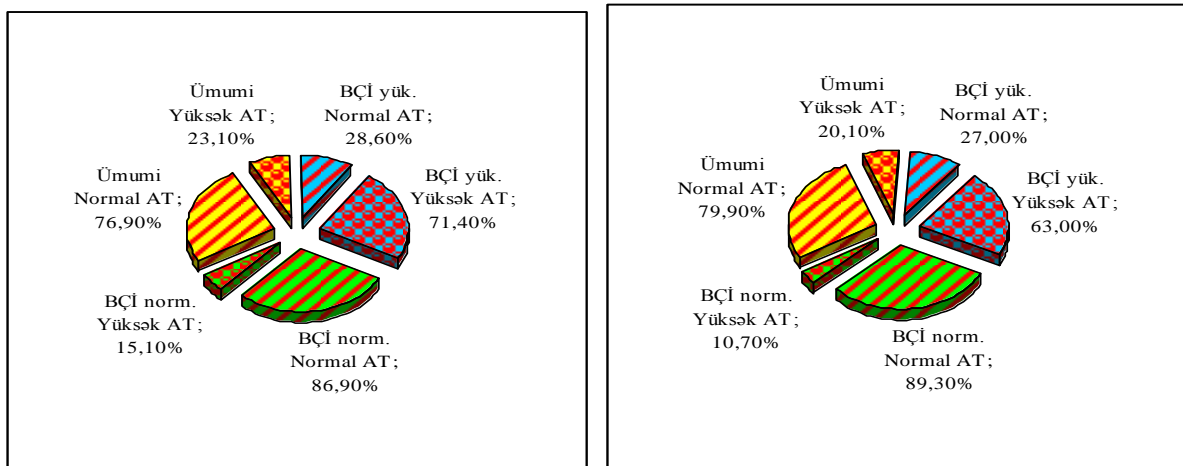
Miokard indikatoru 14%-dən az və ya bərabər olması bu yaş qrupu üçün normal, 14%-dən çox olması isə yüksək sayılır.

Arterial təzyiq (AT) H.C.Korotkovun auskultasiya üsulu ilə mexaniki tonometrlə müayinə olunanın bəzı dairəsinin ölçüsünə uyğun, müvafiq ölçülü manjet dəstindən istifadə etməklə ölçülür: uşaq manjetləri (13-22 sm və 17-28 sm) yeniyetmə manjetləri (23-22 sm).

AT səviyyəsi, SAT və ya DAT ota göstəriciləri, xüsusi persentil cədvəlində yaş, cins və boy üçün müvafiq göstərici tapılır və 90-cı persentilin qiymətindən az olduqda normal, bərabər və ya ondan artıq olduqda isə yüksək hesab olunur.

Tədqiqatın nəticələri Müəyyən edilmişdir ki, hər iki cinsdən olan müayinə olunan məktəblilərin əksəriyyətində arterial təzyiqin səviyyəsi normaldır. Müayinə olunan 7-10 yaşlı oğlanlarda 14,3%, qızlarda isə 18,1% halda (müvafiq olaraq, 147 nəfərdən 21-də və 149 nəfərdən 27-də), bədən çəkisi indeksi yaş qrupu üzrə normadan yüksək olmuşdur. Arterial təzyiqi yüksək olan oğlanlar 7-10 yaş qrupundan olan kişi cinsindən olan ümumi müayinə olunanların 23,1%-ni (147-dən 34 adam) təşkil etmişdir. Bədən kütləsi indeksi normal olanlar arasında 15,1% halda (126-dən 19 adam), bədən kütləsi indeksi yüksək olanlarda isə 71,4% halda (21-dən 15 adam), arterial təzyiqin yüksək olması qeyd edilmişdir (şəkil 1.1).

Qızların qrupunda yüksək AT cəmi 30 nəfərdə (149-dan, 20,1%) aşkar edilmişdir. Yaş qrupuna uyğun bədən kütləsi indeksi normal olanlar (122 nəfər) arasında yüksək AT 13 nəfərdə (10,7%), artıq bədən kütləsi indeksi olanlardan (27 nəfərdən) isə 17 nəfərdə (63,0%) müəyyən edilmişdir (Şəkil 1.).



A

B

Şəkil 1. 7-10 yaşlı məktəblilərdə AT göstəricilərinin bədən kütləsi indeksi ilə əlaqədar paylanması

Beləliklə, hər iki cinsdən olan məktəbli uşaqlarda bədən kütləsi indeksi yüksək olduqda, yüksək arterial təzyiqin rast gəlmə tezliyi, bədən kütləsi indeksi normal olan məktəbli uşaqlara nisbətən daha yüksək olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, bu zaman oğlanlar arasında yüksək AT qızlara nisbətən daha tez-tez rast gəlməmişdir. (müvafiq olaraq, 71,4% və 63,0%).

Elektrokardiogramın kiçikamplitudlu rəqslərinin dispers göstəricilərinin tədqiqinə əsaslanan və miokarda metabolik proseslərdəki dəyişiklikləri erkən mərhələdə aşkar etməyə imkan verən analitik təhlil apararaq, müayinə olunanların “ürək portreti” alınmış və miokard indikatoru göstəriciləri müəyyən edilmişdir.

Tərəfimizdən, ədəbiyyatda olan məlumatlara uyğun olaraq, bu göstəricinin uşaqlarda 0-14% intervalında olması - normal, 14%-dən yuxarı göstəriciləri isə yüksək kimi qəbul edilmişdir.

Məlum olmuşdur ki, miokard indikatorunun (Mİ) yüksək göstəriciləri həm arterial təzyiqi yüksək, həm də normal olanlar arasında qeydə alınmışdır. Eyni zamanda, miokard indikatorunun yüksək göstəriciləri, bədən kütləsi indeksi (qidalanma statusu) həm yüksək, həm də normal olan məktəblilər arasında qeydə alınır.

Aldığımız nəticələrə görə, yüksək (14%-dən çox) miokard indikatoru göstəriciləri arterial təzyiqi yüksək olan 7-10 yaşlı oğlanlar arasında (34 nəfər) 79,4% halda (27 adam), arterial təzyiqi normal olanlar (113 nəfər) arasında isə 7,1% halda (8 adam) qeydə alınmışdır (Cədvəl 1.).

Arterial təzyiqi yüksək olan oğlanlar arasında bədən kütləsi indeksi normal olduqda miokard indikatoru göstəricisi 73,7% halda, bədən kütləsi indeksi yüksək olduqda isə, 86,6 % halda statistik etibarlı olaraq normadan yüksək olmuşdur. Eyni zamanda, miokard indikatoru göstəricisinin səviyyəsi də göstərilən qruplardan birincisində ikinciyə nisbətən aşağı olmuş və müvafiq olaraq, $15,9 \pm 1,6\%$ və $17,7 \pm 3,3\%$ təşkil etmişdir.

Arterial təzyiqi normal olan oğlanlar arasında bədən kütləsi indeksi normal olduqda miokard indikatoru göstəricisi 5,6% halda, bədən kütləsi indeksi yüksək olduqda isə 33,3 % halda normadan yüksək olmuş, göstəricinin səviyyəsi isə müvafiq olaraq, $15,9 \pm 1,5\%$ və $16,4 \pm 2,5\%$ təşkil etmişdir.

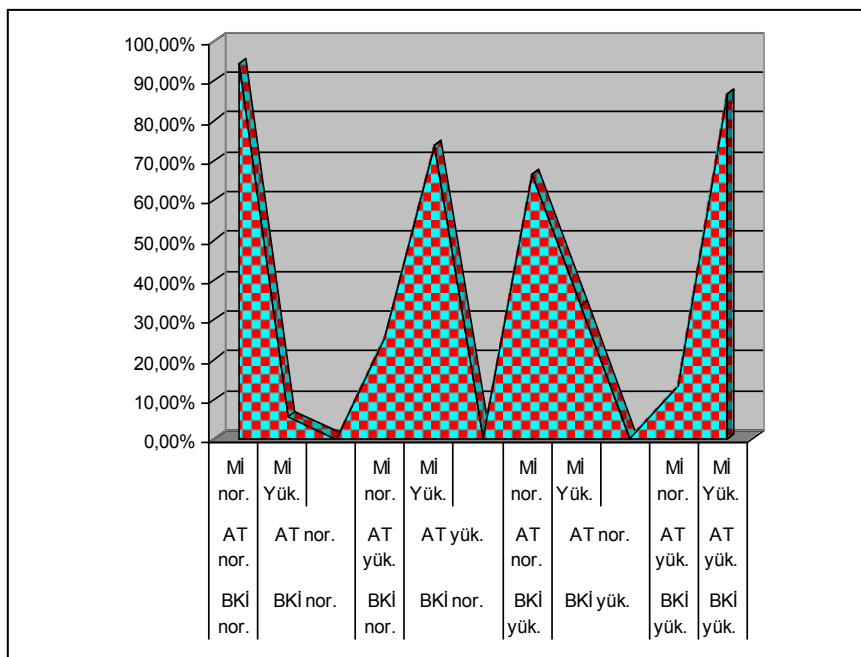
Cədvəl № 1.

Bədən kütləsi indeksi (BKİ) və arterial təzyiqi (AT) müxtəlif olan 7-10 yaşlı oğlanlarda (147 nəfər) miokard indikatoru (Mİ) göstəriciləri

Normal BKİ (126 nəfər; 85,7%)				Yüksək BKİ (21 nəfər; 14,3%)				
AT normal (107 nəfər; 84,9%)		AT yüksək (19 nəfər; 15,1%)		AT normal (6 nəfər; 28,6%)		AT yüksək (15 nəfər; 71,4%)		
	Normal Mİ	Yüksək Mİ	Normal Mİ	Yüksək Mİ	Normal Mİ	Yüksək Mİ	Normal Mİ	Yüksək Mİ
Mütləq rəqəm	n=101	n=6	n=5	n=14	n=4	n=2	n=2	n=13
%-lə	94,4	5,6	26,3	73,7	66,7	33,3	13,3	86,6
	$9,8 \pm 4,8$	$15,9 \pm 1,5$	$11,7 \pm 2,1$	$15,9 \pm 1,6$	$12,0 \pm 1,2$	$16,4 \pm 2,5$	$12,6 \pm 2,1$	$17,7 \pm 3,3$

Normal Mİ – 0 – 14% intervalı; Yüksək Mİ- 14%-dən çox

Beləliklə, bədən kütləsi indeksi və AT yüksək olan oğlanlar qrupunda yüksək miokard indikatoru göstəricisi bütün digər qruplardan daha çox - 86,6% halda rast gəlməmiş və səviyyə etibarilə ən yüksək - $17,7 \pm 3,3\%$ olmuşdur. (Şəkil 2.)



Şəkil 2. 7-10 yaşlı məktəblilərdə (oğlanlarda) miokard indeksi göstəriciləri səviyyəsinin arterial təzyiq və bədən kütləsi indeksindən asılılığı

Qızlar qrupunda (cədvəl 1.2) arterial təzyiqi yüksək olanlarda yüksək miokard indikatoru göstəricisi bədən kütləsi indeksi normal olanlarda 69,9%, bədən kütləsi indeksi yüksək olanlarda isə 82,4% halda qeydə alınmışdır. Arterial təzyiq normal olduqda, bədən kütləsi indeksi normal olan qızlarda yüksək miokard indikatoru göstəricisi 5,5% halda, bədən kütləsi indeksi yüksək olan qızlarda isə 30,0% halda qeydə alınmış və müvafiq olaraq $16,1 \pm 2,0\%$ və $15,8 \pm 1,3\%$ olmuşdur.

Göründüyü kimi, 7-10 yaşlı məktəblilərdə, həm oğlanlar, həm də qızlar qrupunda, AT və BKİ yüksək olduqda, yüksək miokard indikatoru göstərici-sinin həm rast gəlmə tezliyi artmış, həm də miokard indikatoru göstəricisinin səviyyəsi yüksək olmuşdur.

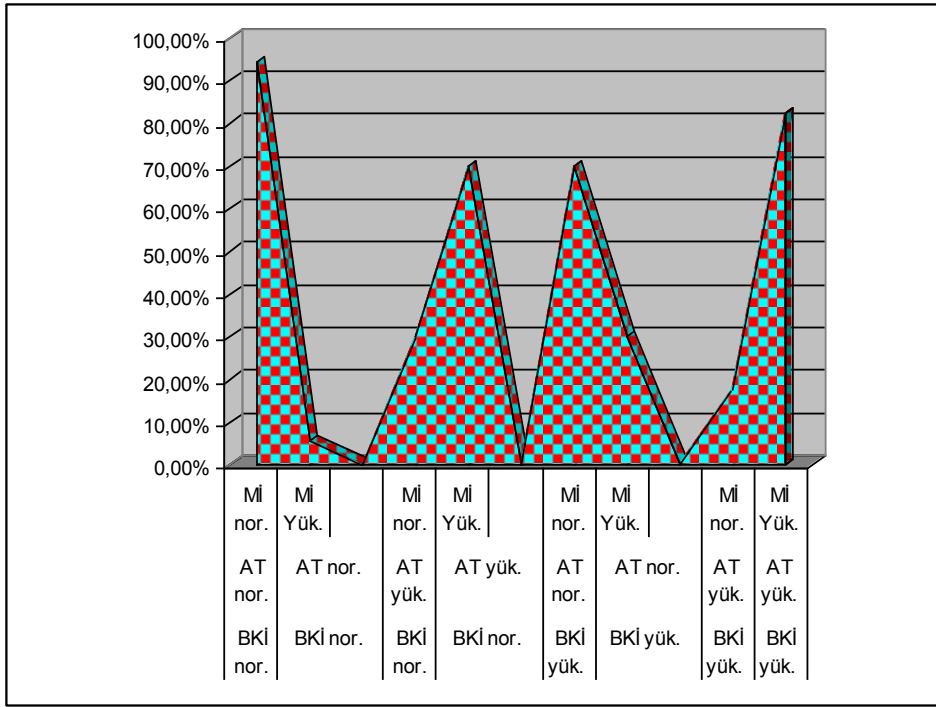
Cədvəl № 2.

Bədən kütləsi indeksi (BKİ) və arterial təzyiqi (AT) müxtəlif olan 7-10 yaşlı qızlarda (149 nəfər) miokard indikatoru (MI) göstəriciləri

Normal BKİ (122 nəfər; 81,9%)				Yüksək BKİ (27 nəfər; 18,1%)				
Normal AT (109 nəfər; 89,3%)		Yüksək AT (13 nəfər; 10,7%)		Normal AT (10 nəfər; 37,0%)		Yüksək AT (17 nəfər; 63,0%)		
	Normal Mİ	Yüksək Mİ	Normal Mİ	Yüksək Mİ	Normal Mİ	Yüksək Mİ	Normal Mİ	Yüksək Mİ
Mütləq rəqəm	n=103	n=6	n=4	n=9	n=7	n=3	n=3	n=14
%-lə	94,5	5,5	30,1	69,9	70,0	30,0	17,6	82,4
	$8,6 \pm 5,6$	$16,1 \pm 2,0$	$12,2 \pm 1,6$	$16,1 \pm 1,1$	$10,7 \pm 0,9$	$15,8 \pm 1,3$	$11,8 \pm 1,8$	$17,1 \pm 2,6$

Normal Mİ – 0 – 14% intervalı; Yüksək Mİ- 14%-dən çox

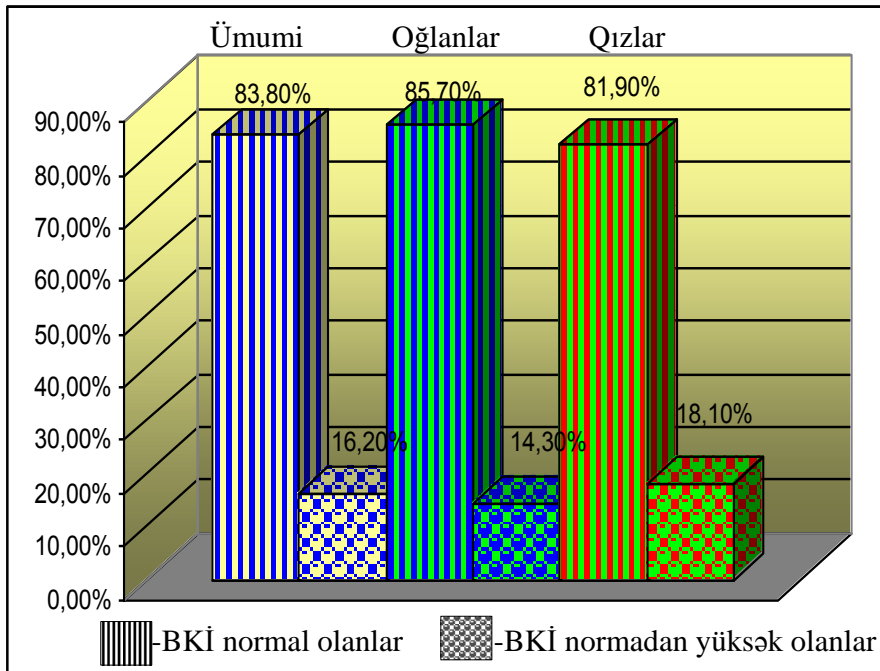
Beləliklə, 7-10 yaşlarda həm oğlanlarda, həm də qızlarda bədən kütləsi indeksi və AT yüksək olduqda, yüksək miokard indikatoru göstəriciləri, normal bədən kütləsi indeksi və AT olanlara nisbətən, daha tez-tez rast gəlinmişdir.



Şəkil 3. 7-10 yaşlı məktəblilərdə (qızlarda) miokard indikatoru göstəriciləri səviyyəsinin arterial təzyiq və bədən kütləsi indeksindən asılılığı

Bundan başqa, oğlanlar arasında müayinə olunanlardan 21 nəfərdə (14,3%) BKİ –nin integral-antropometrik göstəricisinə görə qidalanma statusunun pozulması –artıq bədən kütləsi (bədən kütləsi indeksinin yaş qrupuna uyğun olan normadan yüksək olması) diaqnozlaşdırılmışdır. Tədqiqatın nəticələri şəkil 4 –də illüstrasiya edilmişdir.

Qızlarda qidalanma statusunun pozulması oğlanlara nisbətən daha tez-tez rast gəlinmişdir. Belə ki, qadın cinsindən olanlar arasında artıq bədən kütləsi 18,1% (27 nəfər), kişi cinsindən olanlar arasında isə 14,3% (21 nəfər) təşkil etmişdir (şəkil 4).



Şəkil 4. 7-10 yaşlı məktəblilərdə bədən kütləsi indeksi göstəricilərinin səviyyəsi .

Beləliklə, ümumilikdə 7-10 yaşlı məktəblilər arasında 16,2% (296 nəfər müəyinə olunanlardan 48 nəfərdə) halda yüksək bədən kütləsi indeksi qeydə alınmışdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1) Нохин П.К. «Биология и нейрофизиология условного рефлекса» изд.; Медицины» Москва, 1968, 546 стр.
- 2) Атамуродова Ф.А. В кн.; Эволюция физиологических функций. Москва, 1960.
- 3) Аршавский И.А. Физиология кровообращения во внутриутробном периоде. Москва, Медгиз, 1960. 336с.
- 4) Аршавский И.А. Механизмы регуляции деятельности сердечно сосудистой системы в различные возрастные периоды. Труды 3-й науч. конференции по экспериментальной и возрастной кардиологии. Владимир, 1973. 20-24 с.
- 5) Белова Г.И. Системное созревание структур мозга на ранних стадиях эмбрионального развития млекопитающих (системогенез) под ред.К.В.Судакова, М. Медицина, 1980. с.60-122.
- 6) Мамедов А.М., Алиев А.Х., Г.И. Панахова « Системные исследования у подростков пубертатного периода, корреляционных взаимоотношений соматометрических характеристик с физиологическими и дисперсионными ЭКГ показателями. В мат XXI Всемирного Конгресса по реабилитации. Журн. Аллергология и Иммунология том № . 2015. Москва- Сингапур, 24-30 апреля 2015 .
- 7) Никитюк Д.Б., Поздняков А.Л. «Применения антропометрического подхода в практической медицине»: некоторые клинико- антропологические паралели. Вопросы питания -2007,т.76, №4, стр. 26-29.
- 8) Никитин В.Н. Возрастные аспекты эндокринной регуляции организм. Успехи совр.биол. 1977, Т.84, В. 2(5) с 257-271.
- 9) Сокольская Т.И., Максименко В.Б., Гулин А.В. Влияния состава тела на процессы физического развития в детском, подростковом и юношеском возрасте // «Педиатрия». Журнал им. Г.Н.Сперанского, 2009, т.88, №6, с.65-72.
- 10) Судаков К.В. Общие механизмы системогенеза. В теория системогенеза, 1997. Москва. Стр. 7-91.
- 11) Gottlib S.O. Diagnostic procedures for myocardial ischemia //Eur. Heart J., 1996? v/17? p/53-58/
- 12) Muntner P., He J., Gutler J.A., et.al., Trends in blood pressure among children and adolescents // JAMA, 2004, v.291, No 17, p.2107-2113
- 13) Lin.L.V, Wu C.C., Lin Y.B. et al. Derangement of heart variability during a catastrophic earthquake^ a possible anism for increased heart attacks //Pacing. Clin/ Elphys., 2001, v.24, No 11, p.1596-1601/
- 14) Freedman D.S., Dietz W.H., Srinivasan S.R., Berenson G.S. The relation of overweight to cardiovascular risk factor among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study // Pediatric, 1999, v.103, No 6, p. 1175-1182

Р Е З Ю М Е

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИНДИКАТОРА МИОКАРДА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ 7-10 ЛЕТ.

Панахова Г.И.
Азербайджанский Медицинский Университет

Проведено обследование школьников обоего пола в возрасте 7-10 лет, с целью выявления нормальных и повышенных значений АД и ИМ в связи с различным значением индекса массы тела.

Было установлено, что в этом возрасте большинство школьников обоего пола имели нормальный индекс массы тела, сопровождаемый нормальными уровнями АД и ИМ. Однако, также зарегистрировались и повышенные АД и ИМ, которые чаще встречались при избыточной массе тела, чем при нормальной. При этом наблюдалась однонаправленность изменений АД и ИМ, которая рассчитывались по дисперсии низкоамплитудных колебаний ЭКГ.

Показано, что повышенные значения ИМ были выявлены у школьников как с нормальными, так и повышенными значениями АД и индекса массы тела. Однако частота встречаемости повышенных уровней ИМ была больше у лиц с повышенными значениями АД и индекса массы тела.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF DIFFERENT BLOOD PRESSURE LEVELS, AN INDICATOR OF MYOCARDIAL AND BODY MASS INDEX AMONG SCHOOL CHILDREN OF 7-10 YEARS OF AGE.

Panahova G.I
Azerbaijan Medical University

Survey conducted among schoolchildren of both sexes aged 7-10 years in order to identify normal and high BP and MI values due to the different values of body mass index.

It was found that at this age most schoolchildren of both sexes had a normal body mass index, followed by normal BP and MI levels. But also registered and increased BP and MI, which is more common in overweight than in normal. In this case there pointedness BP and MI changes, which are calculated by the dispersion of low amplitude ECG fluctuations.

It shows that the higher values of the MI were found in schoolchildren at both normal and high BP and body mass index values. However, the occurrence of MI of elevated frequency was greater in individuals with high values BP and body mass index

Daxil olub: 29.11.2016.

ALLERGIYASI VƏ DİSBAKTERİOZU OLAN XƏSTƏLƏRİN QAN ZƏRDABINDA TH2 SİTOKİNLƏRİNİN SƏVIYYƏSİ.

Əlirzayeva F.V., Mahmudova S.Y.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu Ailə Təbabəti kafedrası.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının sözlərinə görə, son 40 ildə qərb ölkələrinin əhalisi arasında bronxial astma və ümumilikdə allergik xəstəliklər 2-3 dəfə artaraq epidemiya xarakteri alıb [9,13].

Aparılmış epidemioloji tədqiqatlara görə Azərbaycanda da allergik xəstəliklərin, xüsusilədə bronxial astmanın rast gəlmə tezliyi yüksəlib [1,2].

Bu tədqiqatlar göstərir ki, Azərbaycanın yarımşəhra tipli iqlimi olan [4] regionlarında bronxial astma, sənayenin inkişaf etdiyi şəhərlərdə isə əhali arasında allergik rinit geniş yayılıb [3].

Allergik xəstəliklərin etiologiyasında bağırsağ mikroflorasının rolu danılmazdır [5,11]. Allergik – atopik sindromlarla yanaşı müxtəlif dərəcəli disbakteriozun aktiv rastgəlməsi 76-98% təşkil edir [12].

Disbakterioz mahiyyətə bir xəstəlik adı deyil, mədə- bağırsağ traktının mikrobioloji təzahürüdür. Həzm traktında 500 növ mikroorqanizm yaşayır və onlar insan üçün çox əhəmiyyətlidir. Onlar xəstəlik törədici bakteriyaların orqanizmə daxil olaraq infeksiya xəstəliklər törətməsinin qarşısını alır (qeyri-spesifik müdafiə), allergiyanın inkişafını dayandırır, həzmetmə və qida mikroelementlərinin sorulma prosesində inkişaf edir, eyni zamanda, özləri də bir sıra vitaminlər və bioloji aktiv maddələr ifraz edir. Ümumiyyətlə bağırsağ mikroflorasını 3 hissəyə bölmək olar: obliqat – daimi yaşayan (məsələn – bifidobakteriyalar, laktobakteriyalar, bağırsağ çöpləri), fakultativ – şərti patogen

və saprofit (məsələn – stafilokokklar, laktozaməfi enterobakteriyalar, protey, göbələklər), tranzitor – təsadüfi mikroorqanizmlər (məsələn – flavobakteriyalar, asinetobakteriyalar, qöy –yaşıl irin çöpləri). Obliqat mikrofloranın hansısa səbəbdən fakultativ və ya tranzitor mikrofloraya nisbətən miqdarının azalması disbakteriozun əsasını qoyur. Xüsusilə şərti-patogen mikrofloranın artması orqanizmdə sensibilizasiyanın artmasına səbəb olur, bu da öz növbəsində allergik xəstəliklərə meyli artırır. Hesab olunur ki, yerli immunitet ilə mərkəzi immunitet arasındakı requlyasiyanın pozulması özünüdəstəkləyən iltihabi kaskadın aktivləşməsinə səbəb olur. Bu kaskad iltihabyönümlü və iltihabəleyhinə mediatorları cəlb edə bilər. Orqanizm ilə mikroflora arasındakı simbiot münasibətin pozulması, bakterial agentlərin sorulmasının artması immun sisteminə stimələdicə təsir göstərir və iltihabi həm dəstəkləyir, həm də göcləndirir [7].

Bağırsaq mikroflorasının immunmodullaşdırıcı effekti artıq məlumdur, bu da öz növbəsində onun peyer düyünlərində T limfositlərin differensiasiyasına təsiri ilə səciyyələnir [8]. Bağırsaq mikroflorasının pozulması allergik xəstəliklərin gedişinin ağırlaşmasına şərait yaradır. Bu tədqiqatın aparılmasında məqsəd, allergik xəstəliyi və ikincili olaraq disbakteriozu olan pasiyentlərdə TH2-limfositlərin aktivliyini öyrənməkdir.

Müayinədə 112 allergik xəstə iştirak edib ki, onlardan 30-u 20-30 yaşlarında (orta yaş həddi $24,8 \pm 3,8$) və 82 nəfəri 5-12 yaşlarındadır (orta yaş həddi $8,7 \pm 4,06$). Kişilər 12 nəfər (40%), qadınlar – 18 nəfər (60%), oğlanlar 45 nəfər (54%), qızlar 37 nəfər (46%) olub. Müayinə olunan pasiyentlər arasında allergik xəstəliklərin rast gəlmə tezliyi aşağıdakı kimidir: allergik rinit (46 nəfərdə) – 41%, bronxial astma (31 nəfərdə) – 27,7%, allergik övrə isə (35 nəfərdə) -31,3%.

Müayinə olunanlar 2 qrupa bölündülər : I əsas qrupa 58 nəfər (18 nəfər böyük, 40 nəfər uşaq) aid edildi ki, bu pasiyentlər həm allergik xəstəlikdən, həm də disbakteriozdan əziyyət çəkirlər. II müqayisəvi qrupa 34 nəfər (12 nəfər böyük, 22 nəfər uşaq) aid olundu ku, bu pasiyentlərdə yalnız allergik xəstəlik var, disbakterioza isə rast gəlinməyib.

Kontrol qrupa isə 20 nəfər aid edildi ki, bu şəxslər nə indi, nə də keçmişdə allergik xəstəlik və qastroenteroloji problemlə rastlaşmayıblar (böyüklər 8 nəfər, uşaqlar 12 nəfər).

Pasiyentlərdə rast gələn disbakterioz bakterioloji müayinə ilə təsdiqlənib. Allergik xəstəliyin diaqnozu isə anamnez, kliniki və laborator müayinələrə əsaslanaraq qoyulub.

Sitokin profilinin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün qanda IL-1 və IL-6 müayinə olundu və bu zaman Rusiya istehsalı olan “Бектоп - Бект” reagentlər toplusundan istifadə olundu.

Tədqiqatın nəticələrinin statistik işlənməsi Microsoft Excel 2003, statistik 6,0 standart paketlərinə əsaslanan ümumqəbul olunmuş variasyon statistika üsulları ilə aparıldı.

Nəticələrin müzakirəsi. Müayinə olunan pasiyentlərin sitokin profilinin vəziyyəti cədvəl 1-də göstərilib.

Cədvəl № 1.

Müayinə olunan qruplar		Sitokinlər pq/ml	
		İnterleykin 1	İnterleykin 6
I qrup 58 nəfər	Böyükler n=18	5,44 ± 1,07	8,11 ± 1,04
	Uşaqlar n = 40	3,44 ± 1,18	8,15 ± 2,16
II qrup 34 nəfər	Böyükler n=12	5,16 ± 0,78	7,19 ± 0,46
	Uşaqlar n = 22	3,75 ± 1,47	10,13 ± 2,53
III qrup kontrol n=20	Böyükler n=8	1,32 ± 0,53	2,78 ± 0,67
	Uşaqlar n = 12	1,98 ± 0,49	6,72 ± 1,04

Aparılmış müayinənin nəticələrinə görə məlum olur ki, həm allergiyası, həm də disbakteriozu olan böyük yaşlı pasiyentlərin qanındakı IL-6-ın orta səviyyəsinin qalxması kontrol qrupa nəzərən 2,9 dəfədir ($p < 0,01$) I qrupa aid uşaqlarda bu sitokin kontrol qrupa nəzərən 1,2 dəfə çox, II qrupa nəzərən isə təxminən elə o qədər azdır. Allergiyası və disbiozu olan qrupdakı böyük yaşlı pasiyentlərin qanındakı IL-1-in səviyyəsi kontrol qrupa nisbətən 4,1 dəfə çox ($p < 0, 01$), II qrupla müqayisədə təxminən eynidir. I və II qrupa aid olan uşaqların qanındakı IL -1-in səviyyəsi təxminən eynidir, kontrol qrupda isə 2 dəfə azdır.

Bu tədqiqat zamanı həmçinin müxtəlif allergik nozologiyalar üzrə sitokin profilinin dəyişməsi də araşdırıldı. Cədvəl 2-də həm allergiyası, həm də disbakteriozu olan pasiyentlərin qan zərdabındakı sitokin profilinin allergik nozologiya üzrə bölgüsü göstərilib ($n=58$)

Cədvəl 2-dən görünür ki, IL-1-in ən yüksək səviyyəsi allergik övrəsi olan böyük yaşlı pasiyentlərdə rast gəlinib. IL-6 bütün qruplarda ciddi fərqlənmir, bronxial astmalı xəstələr arasında (uşaqlar və böyükklərdə) təxminən eyni rəqəmlərdədir.

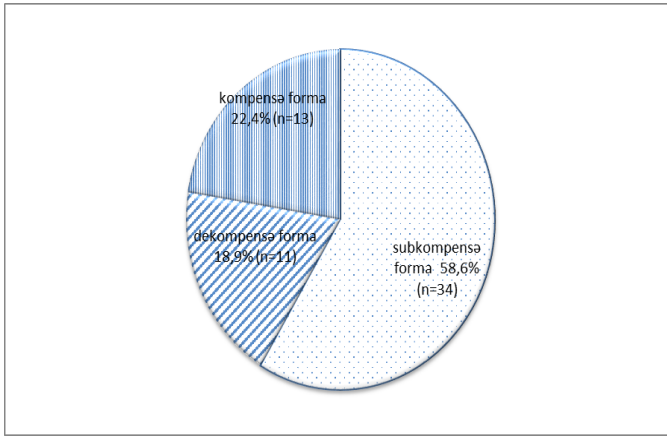
IL-1 və IL-6-ın qan zəddabındakı konsentrasiyasının artması TH₂ limfositləri vasitəsilə baş verən hiperhəssaslığı və hiperreaktivliyi göstərir.

Öz işimizdə biz A. F. Bilibinin (1970) disbakteriozun kliniki formalarına görə yaratdığı təsnifatdan istifadə etmişik. Bu təsnifata görə disbakterioz, klinik əlamətlər olmadan, latent gedişli- yəni - kompensə olunmuş, yerli iltihab ocaqlarının yaranması ilə - yəni- subkompensə olunmuş və müxtəlif parenximatöz orqanlara metastatik ocaqlar vermiş, genezalizə olunmuş –yəni – dekompensə olunmuş formalarda olur.

Cədvəl № 2.

Müayinə olunan qruplar	Nozologiya	Sitokinlər pq/ml	
		IL -1	İL - 6
Böyükler (n=18)	Allergik rinit n=30	5,16 ± 1,01	8,27 ± 0,85
Uşaqlar (n= 12)		3,2 ± 1,1	7,62 ± 1,82
Böyükler (n=6)	Bronxial astma n=17	4,9 ± 0,7	8,36 ± 0,4
Uşaqlar (n= 11)		3,17 ± 0,9	8,04 ± 0,7
Böyükler (n=4)	Övrə n=11	5,38 ± 0,6	8,09 ± 0,61
Uşaqlar (n= 7)		2,17 ± 0,65	7,89 ± 0,35

Əsas qrupa aid olan 58 nəfəri bu klassifikasiyaya uyğun bölüşdürsək; I dərəcəli yəni – kompensə olunmuş disbakterioz formasına 13 nəfər, II dərəcəli – subkompensə formasına – 34 nəfər, III dərəcəli – dekompensə formasına – 11 nəfər aid olur.



Şəkil 1. Bağırsaq disbakteriozunun ağırlıq dərəcəsi və forması (n=58).

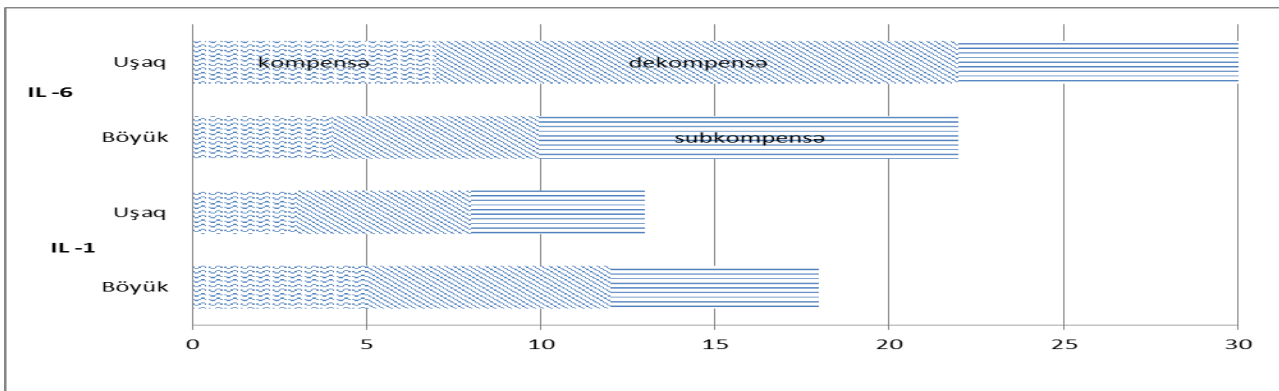
Göründüyü kimi müayinə olunan allergik xəstəliyi olan pasiyentlərdə ən çox disbakteriozun subkompensə forması rast gəlinib. Bu isə bağırsaqda lokal iltihabı prosesin olmasına xarakteriktir. Belə orqanizm üçün patogen mikroorqanizmlərlə mübarizə etmək,

onların çoxalmasının qarşısını almaq çox çətindir.

Tədqiqat zamanı I qrupa aid olan pasiyentlərdə disbakteriozun ağırlıq dərəcəsi ilə sitokin səviyyəsi arasındakı münasibəti də analiz etmişik (şək.2)

Şəkil 2-dən göründüyü kimi, həm allergiyası, həm də disbakteriozu olan xəstələrin qanında sitokin səviyyəsi disbakteriozun müxtəlif formalarında cüzi fərqlənərək, üstünlüyü subkompensə formasına verir.

T hüceyrələr sitokin yaratdıqları üçün iltihabi qızıdır, yəni iltihabi reaksiyalara güclü təsir edir. Sitokinlər – xüsusi polipeptid zəncirli zülallar olub iltihab və immun sisteminin mediatorudur. TH₂ hüceyrələrin başcılığı ilə sintez olunan IL-1, IL-6 eozinofillərin iltihab ocağına toplanmasına yardım edir, alternativ yol ilə makrofaqları aktivləşdirir. Tosqun hüceyrələr bədənə bütün birləşdirici toxumalarında “növbətçi” kimi yaşayırlar və iltihabı reaksiyalara qoşulurlar. Tosqun hüceyrələrin səthində İgE-yə həssas reseptorlar var və buna görə də bütün allergik reaksiyalar onların dağılması ilə başlayır. Digər tərəfdən onlar da sitoklinlərlə əlaqəli olub, iltihabda iştirak edirlər. IL-1 hipotalamustakı prostoglandin istehsalını artırır. İL-6 – qaraciyər hüceyrələrində C-reaktiv zülal və digər kəskin faza proteinlərinin istehsalını həyata keçirir. Yəni IL-1 və İL-6 iltihab mediatorlarının azad olmasında birbaşa iştirak edirlər. Həmcinin İL-1 – mikrob və ölmüş hüceyrələrlə ilk təmasda olan sitokin qrupudur. Birincili immun cavabı isə IL-6 verir. Yəni İL-1 in başlatdığı iltihabı İL-6 davam etdirərək I tip hipersensitiv reaksiyaları yaradır.



Şəkil 2. I qrupa aid olan xəstələrin (n=58) qan zərdabındakı sitokinin səviyyəsi ilə disbakteriozun formaları arasında qarşılıqlı münasibət.

Göründüyü kimi TH₂ limfositləri multipl xasiyyətə malik sitokinlər meydana gətirirlər. Onların vasitəsilə iltihab ocağına bəzi leykositlər (neytrofillər, eozinofillər, makrofaqlar, bazofillər) toplanır və bu leykositlər allergenə məruz qalma davam etmədiyində belə iltihabı davam etdirirlər. Buna görə də iltihab,

allergik xəstəliklərin çoxunda major komponentdir. Qısaca desək, allergiyası olan pasiyentlərdə TH₂ immun cavabı İgE ilə əlaqəlidir. İgE isə xüsusi reseptorlara bağlanaraq tosqun hüceyrələri bürüyür. Tosqun hüceyrələr isə allergenə təkrar məruz qalanda aktivləşir və deqranulyasiyaya uğrayır. Bu zaman onun içindən bir çox mediatorlar azad olur ki, onlar iltihab mediatorları adlanırlar və sitokinlər də bu mediatorların bir nümayəndəsidir. Interleykinlər isə sitokinlərin tərkib hissəsidir. IL-1 və IL-6 iltihab zamanı ən aktiv fəaliyyət göstərənlərdəndir.

Həmcinin immun cavabın TH₁ –dən TH₂-yə dəyişməsində IL-1 və IL-6-ın rolu danılmazdır.

Allergik xəstəliyi olan şəxslər arasında apardığımız tədqiqatın nəticəsi olaraq dəyə bilərik ki, həm allergiyası, həm də disbakteriozu olan xəstələrdə immunitetin TH₁ / TH₂ disbalans TH₂ – cavabının üstünlüyü ilə keçir. Bu disbalansın uzun müddət davam etməsi xəstəliyin klinik gedişini ağırlaşdırır.

Beləliklə, həm allergiyası, həm də disbakteriozu olan xəstələrin periferik qanında IL -1 və IL-6-ın yüksək kompensasiyası TH₂ limfositlərin bu xəstələrdə yüksək aktivliyindən xəbər verir. TH₂ limfositlərinin progressiv aktivliyinin güclənməsi isə disbakterioz üçün xarakterik olan bağırsağ mikrobiotunun dəyişməsi ilə əlaqəlidir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Аллахвердиева Л.И., Эюбова А.А. Респираторная аллергия у детей. Баку: Indigo, 2008, 327 с.
- 2.Аллахвердиева Л.И., Эюбова А.А., Кабулов Г.Г. Распространенность бронхиальной астмы у детей // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2008, №1, s. 22-25.
- 3.Кабулов Г.Г., Эюбова А.А., Тальшинский Р.Ш. Распространенность аллергического ринита у детей // Sağlamlıq, 2007, №6, с.87-92.
- 4.Эюбова А.А., Кабулов Г.Г. Клинико-эпидемиологические особенности бронхиальной астмы у детей в различных регионах Азербайджана // Аллергология и иммунология (Москва), 2007, Т8, №2, с.191-192.
- 5.Леонова А.Ю., Романенко Е.Э., Батуго А.П. Характеристика микробиоценоза толстой кишки у больных аллергическими заболеваниями // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 2007, №3, с.69-72.
- 6.Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA (3-е издание). Москва: Медиа Сфера, 2006, 305 с.
- 7.Brown K., DeCoffe D., Molcan E., Gibson D.L. Diet-induced dysbiosis of the intestinal microbiota and the effects on immunity and disease // Nutrients, 2012, vol.4, p.1095–1119.
- 8.Hooper L.V., Macpherson A.J. Immune adaptations that maintain homeostasis with the intestinal microbiota // Nat Rev Immunol, 2010, vol.10, p.159-169.
- 9.Johansson S.G.O., Haahtela T. World Allergy Organization Guidelines for Prevention of Allergy and Allergic Asthma // Int Arch Allergy Immunol., 2004, vol.135, p.83–92
- 10.Lyons A., O'Mahony D., O'Brien F. et al. Bacterial strain-specific induction of Foxp3+ T regulatory cells is protective in murine allergy models // Clin Exp Allergy, 2010, vol.40, p.811-819.
- 11.Penders J., Stobberingh E.E., van den Brandt P.A., Thijs C. The role of the intestinal microbiota in the development of atopic disorders // Allergy, 2007, vol. 62, Issue 11, p.1223–1236,
- 12.Thompson-Chagoyan O.C., Maldonado J.Gil A. Aetiology of inflammatory bowel disease (IBD): role of intestinal microbiota and gut-associated lymphoid tissue immune response // Clin Nutr, 2005, vol.24, p.339–352.
- 13.WHO European Centre for Environment and Health. Effects of air pollution on children's health and development - a review of the evidence. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86575.pdf>, accessed 6 March 2007).

РЕЗЮМЕ

СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ TH2 ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДИСБАКТЕРИОЗОМ

Алирзаева Ф.В., Махмудова С.Ю.

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра семейной медицины

В статье представлены результаты определения цитокинов Th2 профиля у больных с аллергическими заболеваниями и дисбактериозом. Обследовано 112 больных с

аллергическими заболеваниями. В 41,0% случаев диагностирован аллергический ринит, в 27,7% случаев - бронхиальная астма и в 31,3% случаев - крапивница. Обследованные были разделены на 2 группы: I группа (основная) - 58 (взрослые - 18, дети -40) больных, страдающих аллергическими заболеваниями и дисбактериозом, II группа (сравнения) - 34 (взрослые - 12, дети - 22) больных с аллергическими заболеваниями, без дисбактериоза.

Выявлено повышение среднего уровня ИЛ-6 у взрослых больных с аллергией и вторичным дисбиозом в 2,9 раза ($p<0,01$) и в 1,1 раза в сравнении с контрольной и II группой соответственно. Содержание ИЛ-1 в крови у взрослых с аллергией и дисбиозом превышало таковое у взрослых контрольной группы - в 4,1 раз ($p<0,01$) и II группы - в 1,0 раз. Достоверно высокий уровень ИЛ-1 в сравнении с контрольной группой отмечался у детей I и II группы.

Более высокий уровень ИЛ-1 отмечался у взрослых с крапивницей и в сыворотке крови детей с аллергическим ринитом, а уровень ИЛ-6 - у взрослых и детей с бронхиальной астмой.

Следовательно, сочетанное поражение аллергическим воспалением и дисбиозом в сравнении с больными без дисбиоза сопровождалось более глубокими нарушениями цитокинов Th2 профиля.

S U M M A R Y

THE LEVEL OF TH2 CYTOKINE IN THE BLOOD SERUM OF ALLERGIC AND DYSBACTERIOUS PATIENTS

Alirzayeva F.V., Mahmudova S.Y.

Azerbaijan State Institute of Doctor's Improvement (ASIDI) named after Aziz Aliyev, Family Medicine department

This article introduces the results of the research done on allergic and dysbacteriosis patient's blood. 41% of the patient's taken part in the medical examination were diagnosed with allergic rhinitis, while 31.3% were allergic urticarial and 27.7 % of them were bronchial asthma.

The patients were divided into two groups. The first main group included 58 patients (with in 18 adults, 40 children) who suffered from allergic and dysbacteriosis whereas the second comparison group was composed of 34 patients (12 adults, 22 children) who were only suffered from allergic disease.

It was crystal clear that, the level of IL-6 in the blood of both allergic and dysbios adult patients is 2.9 times more than the control group and 1.1 times more in the comparison with the second group. The level of IL-1 of the adult patient's blood in this group is 4.1 times more than the adult ones in the control group, while this figure was the same with the second group.

The highest indicator of IL-1 among the children was almost the same in the first and second groups while it was 2 times more than the control group.

The top rate of IL-1 was found in the adults who are allergic urticarial and in the children who suffered from allergic rhinitis.

The highest figure of IL-6 was found in bronchial asthma patients both adults and children.

By the way of conclusion, it was clear that there is a deeper disorder of TH2 cytokine profile in the patients who are both disbios and allergic in the comparison with the patients who are allergic but not dysbios.

Daxil olub: 7.06.2016.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Мамедова Г.С., Мамедханова И.А.

**Кафедра дерматовенерологии Азербайджанского
Медицинского Университета, Баку.**

Проблема лечения псориаза была и остается актуальной в силу того, что данная патология имеет широкое распространение. Приведенные данные исследований многих авторов удельный вес больных псориазом в общей структуре дерматологических заболеваний достигает 4% - 12%, причем в большинстве случаев это лица среднего возраста, составляющие большую часть трудоспособного населения. На сегодняшний день известно более 7000 различных методов медикаментозной терапии и физиолечения. К наиболее часто используемым препаратам при распространенном псориазе относятся: цитостатики, витамин Д3, иммуносупрессанты, ароматические ретиноиды, глюкокортикоиды. Однако фотохимиотерапия и использование этих препаратов приводят к развитию серьезных осложнений и побочных эффектов, нередко наиболее тяжелых, чем само заболевание псориаз [1, 3, 4].

Проблема профилактики и коррекции дисбактериозов приобретает в настоящее время глобальный характер. Изменение окружающей среды значительно влияет на микробиоценоз организма, приводя к нарушениям нормального количественного и качественного состава микрофлоры. Кишечный дисбиоз с учетом нозологической специфичности не является самостоятельной нозологической единицей. В то же время в практической медицине при трактовке клинического диагноза к дисбиозу кишечника следует относиться как к самостоятельной нозологической единице. Проблема борьбы с дисбактериозом кишечника приобретает большую актуальность для самых различных отраслей клинической медицины и делает необходимым параллельное исследование микробного, иммунного, биохимического и т.д. статуса у определенных контингентов больных [5, 6].

Материалы и методы исследования. Решение поставленных в работе задач осуществлялось комплексно, с применением эпидемиологических, микробиологических, статистических методов исследования. Собственные исследования проводили с использованием стандартных, общепринятых методов. В работе использованы клинические материалы 50 больных с псориазом, обратившихся в Республиканский кожно-венерологический диспансер г. Баку с 2013 по 2015гг. Диагноз устанавливался на основании анамнеза и клинической картины заболевания (наличия характерных эритематозно-сквамозных папулезно-бляшечных высыпаний, феномена Кебнера, триады Ауспитца, ободка Пильнова). Для оценки тяжести псориазического процесса использовали индекс PASI (*Psoriatic area and severity index*) – индекс тяжести и охвата псориаза, который позволяет стандартизировать полученные результаты и учитывать, как площадь вовлеченной в патологический процесс кожи, так и степень выраженности основных клинических проявлений псориаза – инфильтрации, эритемы, зуда, шелушения. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. С целью коррекции дисбиотических явлений в кишечнике основной группе реконвалесцентов назначался флорин форте (пробиотик, содержащий бифидо- и лактобактерии) по 2 порошка 3 раза в сутки в 50,0 мл кипяченой воды комнатной температуры через 1,5-2 часа после еды. Общая продолжительность лечения - 10 дней. Реконвалесценты контрольной группы лечились бифидумбактерином форте по схеме: 2 порошка 3 раза в сутки (30 доз/сут) в 50,00 мл кипяченой воды комнатной температуры через 1,5-2 часа после еды. Продолжительность лечения - 10 дней. О клинической эффективности пробиотиков можно было судить по результатам их применения у реконвалесцентов с клиническими проявлениями функциональных нарушений со стороны ЖКТ. На фоне лечения флорином форте явления дисфункции кишечника (метеоризм, эпизодические боли в животе в сочетании с кашицеобразным стулом), исходно отмеченные у 4 человек, у всех исчезли в течение 3-5 дней (в среднем $-3,75 \pm 0,55$). В контрольной группе аналогичные клинические явления, наблюдавшиеся в 6 случаях на протяжении 10 дней приема бифидумбактерина форте, не прекращались. Для их купирования потребовалось продлить лечение еще на 5 дней (общая продолжительность курса - 15 дней). Нормализация функции кишечника у этих пациентов наступила на 12-15 день лечения (в среднем - $13,5 \pm 0,62$). Достоверность различий высокая: $t=11,89$; $p < 0,001$. Остальные пациенты с исходно стойкой клинической ремиссией получали лечение пробиотиками в течение 10 дней. По завершении лечения ни в одном случае какой-либо клинической симптоматики не наблюдалось. При копрологическом исследовании по окончании лечения значимых отклонений в обеих группах также не выявлено. В результате коррекции флорином форте наступили изменения в количественном составе бифидобактерий. Это наблюдалось в 12 случаях: у двоих реконвалесцентов показатели нормализовались (10^6 КОЕ/г), у 10 -увеличились на один порядок (с 10^7 до 10^8 КОЕ/г). Более чем в 2 раза уменьшилось число пациентов с содержанием бифидобактерии 10^6 КОЕ/г - $t=2,285$; $p < 0,05$ (табл. 1).

Исходные нарушения состава *E. coli* в отдельных случаях сохранились: в основной в $10,00 \pm 5,48\%$ и в контрольной группе в $13,33 \pm 6,21\%$. Ухудшение количественного состава, впервые выявленное по завершении лечения, отмечено у 3 пациентов основной и 6 — контрольной группы. Заметное влияние коррекция оказала на качественный состав кишечной палочки: исчезли гемолитические формы и лактозонегативные *E. coli* у всех пациентов, у которых они присутствовали до лечения флорином форте. В контрольной группе с гемолитическими *E. coli* наблюдалась динамика к их снижению до 5-10%. Ухудшением качественного состава кишечной палочки следует считать появление гемолитических форм в случаях, в которых они ранее не встречались.

Таблица № 1

Динамика показателей нормальной микрофлоры после лечения (распространенность отклонений в % от числа обследованных)

Микрофлора КОЕ/г	Основная группа, n=25		Контрольная группа, n=25	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Бифидобактерии 10 ⁸ (N)	0	6,67±4,56	0	0
10 ⁴	53,33±9,11	73,33±8,07	76,67±7,72	73,33±8,07
10 ⁵	46,67±9,11*	20,00±7,30*	23,33±7,72	26,67±8,07
Лактобактерии 10 ⁷ (N)	73,33±8,07	83,33±6,80	66,67±8,61	70,00±8,37
10 ⁴	23,33±7,72	16,67±6,80	33,33±8,61	30,00±8,37
10 ⁵	3,33±3,28	0	0	0
E. coli 300-400 млн (N)	30,00±8,37	53,33±9,11	30,00±8,37	46,67±9,11
410-600 млн	20,00±7,30	20,00±7,30	16,66±6,80	23,33±7,72
100-290 млн	36,67±8,80	26,67±8,07	40,00±8,94	26,67±8,07
001-099 млн	13,33±6,21	0	6,67±4,56	3,33±3,28
Резкое снижение 5- 10 ⁴	0	0	6,67±4,56	0

*t=2,285; p<0,05

Таблица № 2

Распространенность кишечной палочки с измененной ферментативной активностью и гемолитическими свойствами после лечения

E. coli	Основная группа		Контрольная группа		Достоверность	
	абс	%	абс	%	t	P
со сниженной ферментативной активностью от 11%	10	40,00±8,94	5	20,00±7,30	1,733	>0,05
более 40%	4	16,00±6,80	10	40,00±8,61	1,519	>0,05
Лактозонегативные	0	0	0	0		
Гемолитические	1	4,00±3,28	5	20,00±7,30	2,084	<0,05
в том числе свыше 40%	0	0	1	4,00±3,28		

До коррекции качественные и/или количественные нарушения E. coli наблюдались у 96,67±3,28% реконвалесцентов основной группы, преимущественно сочетанного характера. В результате лечения флорином форте у трети пациентов состав эшерихий нормализовался (36,67±8,80% против исходных 3,33±3,28%, t=3,543; p<0,001). Аналогичного влияния бифидумбактерина форте на количественно-качественный состав E. coli выявить не удалось (сходное состояние лактобактерий характеризовалось нормальным содержанием у большинства реконвалесцентов. В результате коррекции в обеих группах в одинаковом проценте случаев - 26,67±8,07% - произошло повышение их содержания до нормы. У 11 реконвалесцентов (4 из основной и 7 из контрольной группы) выявлено снижение количества лактобактерий на 1 порядок, в связи с чем общие исходные показатели не существенно отличались от результатов по окончании коррекции. Изменения в процессе лечения, касающиеся отдельных представителей нормофлоры кишечника, характеризовали в целом картину микробиоценоза под влиянием пробиотиков. Отмечено достоверное повышение показателя логарифма числа микробных клеток бифидобактерий, а также некоторый эффект стимуляции роста E. coli у пациентов, получавших флорин форте. Повышение уровня

кишечных палочек в контрольной группе отмечено как тенденция (без статистического подтверждения). Уровень лактобактерий в основной группе имел тенденцию к большему повышению в сравнении с контролем. В результате лечения бифидум-бактерином форте произошло значительное улучшение микробиоценоза: нормализовался состав *E. coli*, возросло содержание бифидобактерии. Через 2 недели по завершении лечения умеренные отклонения в составе микрофлоры на уровне дисбиоза I-II степени (в 2 случаях с полной нормализацией биоценоза) в основной группе выявлены у абсолютного большинства пролеченных (96,67±3,28%). В контрольной группе - в 70,00±8,37% случаев. В целом дисбиоз не выше II степени в основной группе встречался достоверно чаще в сравнении с контролем: $t=2,96$; $p<0,01$. Дисбиоз III степени выявлен в основной группе лишь у одного пациента (3,33±3,28%), в контрольной - у 9 (30,00±8,37%), достоверность высокая: $t=2,96$; $p<0,01$. Положительная динамика состояния микрофлоры отмечена у 19 человек основной группы и 11 - контрольной. Выраженное улучшение - с динамикой от III степени дисбиоза к I, либо от II — III к нормализации микрофлоры - отмечено у 5 человек, пролеченных флорином форте (20,00±8,0%), и у 2, пролеченных бифидумбактерином форте (8,0±4,56%). Умеренное улучшение - с динамикой на 1 ступень (от III к II и от II к I) - наблюдалось в 10 случаях в основной (40,00±8,94%) и в 8 - в контрольной группе (32,00±8,37%). Исходная степень микробиоценоза сохранилась у 11 пациентов, принимавших флорин форте (44,00±8,80%) и у 13, пролеченных бифидумбакте-рином форте (52,0±9,13%). Однако при детальной оценке состояния микрофлоры у этих пациентов все же отмечены элементы эффективности коррекции пробиотиками. В половине случаев (13) с одинаковой частотой в группах (7 и 6) наблюдались увеличение количества бифидобактерий (5), лактобактерий (9) и нормализация состава *E. coli* (7). В контрольной группе у 4 пациентов (16,00±6,21%) наблюдалось ухудшение состава микрофлоры за счет появления гемолитической *E. coli* (2), протей или энтерококка (2). Двое из их числа имели сопутствующие фоновые хронический гастрит или язвенную болезнь желудка, а у одного из них стойкие функциональные нарушения ЖКТ наблюдались в постгоспитальном периоде, в связи с чем коррекция ему проводилась удлинённым курсом бифидумбактерина форте. В основной группе отрицательной динамики микробиоценоза кишечника не отмечено.

Результаты наших наблюдений позволяют утверждать, что коррекция кишечной микрофлоры бифидо- и лактосодержащими препаратами в периоде реконвалесценции псориаза рациональна как в отношении клинических проявлений, так и в плане формирования тенденции к нормализации микробиоценоза. Наиболее эффективно применение бифидо- и лактосодержащего препарата флорина форте, способствующего восстановлению уровня бифидо- и лактобактерий и оказывающего также положительное влияние на рост нормальных кишечных палочек.

ӘДӘБИҰАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Мишушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // Терапевтический архив, 2007, № 2, с. 67-72
2. Бондаренко В.М. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии, 2004, №1, с. 84-92
3. Коршунов В.М., Володин Н.Н. Микрoэкология желудочно-кишечного тракта. Коррекция микрофлоры при дисбактериозах кишечника: уч. Пособие, М., 2006, 80 с.
4. He F. Intestinal bifidobacterium species induce varying cytokine production // J. Allergy Clin. Immunol. - 2012. - Vol. 109. - P. 1035-1036.
5. Isolauri E. Probiotics in human disease // Am. J. Clin. Nutr. -2010.- Vol. 73 (Suppl.). - P. 114-116.
6. Moreau M.C. Intestinal flora, probiotics and effects on the intestinal Yg A immune response Arch. Pediatr. - 2009. - Vol. 7 (Suppl. 2).-P. 247-248.

X Ü L A S Ə

PSORIOZ XƏSTƏLIYI OLAN REKONVALESSENTLƏRİN REABİLİTASIÖN
MÜALİCƏSİNDƏ DİSBİOZUN KORREKSİYASI

Məmmədova G.S., Məmmədخانова İ.A.
Dermatovenerologiya kafedrası, Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Müşahidələrimizin nəticələri onu təsdiq etməyə imkan verir ki, bağırsağ mikroflorasının bifido- və laktotərkibli preparatlarla korreksiyası psoriozdan sonra rekonvalessensiya dövründə həm klinik əlamətlərə münasibətdə, həm də mikrobiosenozun normallaşması meylinin formalaşması mövqeyindən səmərəlidir. Bifido- və laktobakteriyaların səviyyəsinin bərpa olunmasına şərait yaradan, həmçinin normal bağırsağ çöplərinin böyüməsinə müsbət təsir göstərən bifido- və laktotərkibli preparatın – florin fortenin tətbiqi daha effektivdir. Korreksiya bağırsağ çöpünün keyfiyyət tərkibinə əhəmiyyətli təsir göstərmişdir: bütün pasiyentlərdə hemolitik və laktoneqativ formalar yox olmuşdur, halbuki florin forte ilə müalicədən əvvəl onlar olmuşlar.

S U M M A R Y

CORRECTION INTESTINAL DYSBIOSIS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS
WITH PSORIASIS ADMINISTERED

Mammadova G.S., Mammadkhanova I.A.
The department of dermatology Azerbaijan Medical University, Baku

The results of our observations suggest that correct gut bifid bacteria and lactose drugs during the convalescence period of psoriasis is rational in relation clinic manifestations, and in terms of the formation of the trend towards normal microbiocenosis. The most effective use of bifidobacteria and lactose drug florin forte conducive level of bifidobacteria and lactobacilli and provider also positive impact on the growth of normal intestinal sticks. It had a significant influence on the correction of the qualitative composition intestinal sticks: hemolytic forms disappeared and lactonegative of E. coli in all patients in whom they were present before treatment Florin forte.

Daxil olub: 24.11.2016.

**ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ
ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

**Агаева Э.М., Нариманов В.А., Байрамов А.Г., Джавадов С.С.,
Бахышова Е.А.**

Кафедра микробиологии и иммунологии, АМУ, г. Баку

В третьем тысячелетии антибиотикоустойчивость микроорганизмов остается одной из актуальных проблем медицины.

За прошедший более чем 60 летний период были сделаны многие открытия. Установлена связь резистентности с хромосомными и внехромосомными факторами, обусловленная мутациями и генетически

детерминированной устойчивостью (гены, содержащиеся в плазмидах и в хромосомном аппарате бактерий), установлена ограниченность проникновения многих антимикробных веществ внутрь клетки, связанная со строением клеточной стенки, установлен синтез ферментов, инактивирующих лекарственный препарат, различные модификации в структуре бактериальных энзимов.

И, наконец, естественная селекция штаммов на фоне применения микробных препаратов, способствующая выживанию и последующему доминированию популяции микробов с хромосомной резистентностью.

Поэтому проблема антибиотикорезистентности остается нерешенной. Предупредить либо избежать возникновения лекарственной устойчивости в клинической практике крайне сложно, так как причина лежит в самой природе резистентности, как микроэволюционного явления.

Как управлять возникновением лекарственной устойчивости в процессе лечения? Ведь возникновение антибиотикорезистентности сопровождается целым рядом негативных последствий, как для отдельных пациентов, так и для общества в целом (С.В.Сидоренко, 2002; И.И.Деревянко, 2003; В.С.Зуева и др., 1991; В.В.Рафальский, Н.В.Ходневич, 2008; А.В.Лукьянов, 2005).

Международные и национальные организации приняли ряд проектов по борьбе с лекарственной устойчивостью: «Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию антибиотикорезистентности» (2001); Американское Общество Микробиологов и ряд ведомств США в 2000 году разработали «план деятельности общественного здравоохранения по борьбе с антибиотикорезистентностью»; «Копенгагенские рекомендации»; принятые странами Европейского союза с 1998 г.

В нашей республике также ведется интенсивное изучение распространения антибиотикорезистентных микроорганизмов и борьба с преодолением этого явления.

Разрабатываются стандарты профилактики и лечения вне- и внутрибольничных инфекций.

С этой целью нами изучена резистентность основных возбудителей урогенитального тракта к современным антибиотикам в г.Баку, а также проведен сравнительный анализ данных по распространению антибиотикорезистентных микроорганизмов, полученный в различных лабораториях.

Методы исследований. Исследования проведены с 2010 по 2015 гг. Исследованию были подвергнуты 342 больных, из них 215 мужчин и 127 женщин в возрасте 21-48 лет с диагнозом: цистит, уретрит, простатит, пиелонефрит.

Для изучения количественного и качественного состава микрофлоры мочевой системы применяли бактериологический метод выделения и идентификации микроорганизмов.

Микробиологическое исследование мочи проводили до назначения антибактериальных препаратов, через 4-5 дней лечения и после окончания курса терапии.

Чувствительность и резистентность выделенных эпидемических штаммов к антибиотикам определяли методом стандартных дисков, Etest (AB Biodisk, Швеция) на агаре Мюллера Хинтон, VITEK2 (Biomerius, Франция).

Результаты исследований. На первом этапе нами проведено изучение микрофлоры мочи больных урогенитальными инфекциями. По органной принадлежности: пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит.

Выделены следующие виды микроорганизмов: стафилококки, энтеробактерии родов *Escherichia*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, которые чаще выделяли в посевах мочи больных в виде монокультуры, а также в составе микробных ассоциаций, как при низком, так и при высоком уровне бактериурии. Микробное число в моче свыше 100 тыс. свидетельствовало об инфекционном процессе в мочевой системе.

Таблица № 1

Результаты микробиологического анализа мочи при мочевых инфекциях

Изолированный микроорганизм	Кол-во проб	Количество колоний, CFU/мл	Резистентность к антибиотикам
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	15	5000	Aztreonam Cefepime Ceftazidime
<i>Proteus mirabilis</i>	28	50.000	Tetracycline Trimethoprim Nitrofurantion Colistin
<i>E.coli</i>	92	20.000	Norfloxacin Trimethoprim Sulfametnoxazole Ciproflokacin Amoxicillin – Clavulanic Acid
<i>E.coli</i>	54	>100.000	Piperacillin Ampicillin Tetracycline Trimethoprim – Sulfametnoxazole
<i>Enterococcus faecalis</i> (вагинальное выделение)	12	100.000	Tetracycline Gentamicin
<i>E.coli</i>	45	>30.000 >40.000 >100.000	Trimethoprim – Sulfametnoxazole Ampicillin Aztreonam Cefazolin Gentamicin Imipenem

Некоторые микроорганизмы (*P.mirabilis*, *P.vulgaris*, *P.aeruginosa*, *S.aureus*) выделяли из мочи больных только в виде монокультуры. Причем протей и псевдомонас выделяли только в случае высокой степени бактериурии, а золотистый стафилококк и при микробном числе ниже 100 тыс. Индикация их в мочи независимо от количества свидетельствовала об инфекционном процессе в мочевой системе.

У 15% больных выделяли кишечную палочку в ассоциации с энтерококками.

Таким образом, основным возбудителем урогенитальных инфекций являются: *E.coli* – 70%; *Proteus mirabilis* – 9%; *Staphylococcus* – 7%; *Klebsiella* – 5%; *Pseudomonas aeruginosa* – 3% (табл. 1).

Нами изучена динамика распространения антибиотикорезистентности некоторых возбудителей урогенитальных инфекций (*E.coli*, *Proteus mirabilis*) за 2010-2016 годы.

Исследования направлены на изучение роли триметоприма и тетрациклина в лечении инфекций мочевой системы (рис. 1).

В микробиологических лабораториях проводили контроль идентификации микроорганизмов и оценку антибиотикочувствительности к фиксированным антибиотикам общепринятыми методами.

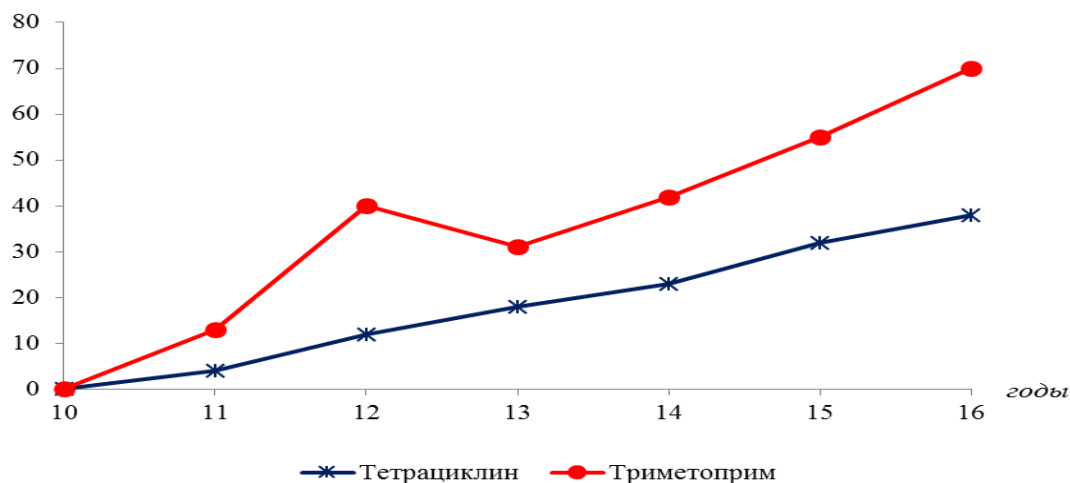


Рис. 1. Распространенность штаммов *E.coli*, устойчивых к триметоприму и тетрациклину, %, 2010-2016 гг.

Проведена оценка распространенности резистентных штаммов *E.coli*, выделенных при урогенитальных инфекциях за 2010-2016 гг. к триметоприму и тетрациклину.

Как видно из графика, наблюдается тенденция роста антибиотикорезистентности *E.coli* к триметоприму с 10% до 70%, а к тетрациклину с 0,5% до 40% соответственно.

Таким образом, полученные результаты исследования могут быть использованы в планировании эмпирической терапии в г.Баку.

Однако необходимо предварительное обязательное определение антибиотикочувствительности выделенных эпидемических штаммов к антибиотикам с последующим выбором наиболее чувствительного. Выделенные при урогенитальных инфекциях штаммы *E.coli* за 2010-2016 гг. оказались высоко резистентными к триметоприму и тетрациклину.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

- 1.Зуева В.С. Система поэтапного дифференцирования метициллинорезистентных штаммов *Staphylococcus aureus* // Антибиотики и химиотерапия, 1993, №9, с.2-3.
- 2.Лукьянов А.В. Этиологическая структура инфекций мочевой системы у детей // Детские инфекции, 2005, №3, с.19-24.
- 3.Рафальский В.В., Ходневич Н.В. Влияние резистентности возбудителей инфекций мочевыводящих путей на исходы антибактериальной терапии // Журнал «Урология», 2008, №4, с.3-9.

X Ü L A S Ə

SİDİK – CİNSİYYƏT İNFEKSİYALARINDA MİKROORQANİZMLƏRİN ANTİBİOTKLƏRƏ DAVAMLILIĞININ YAYILMA TEZLİYİNİN DİNAMİKASI

Ağayeva E.M, Nərimanov V.Ə., Bayramov A.Q., Cavadov S.S., Baxışova Y.A.
Azərbaycan Tibb Universiteti, Mikrobiologiya və İmmunologiya kafedrası, Bakı ş.

Bakı şəhərində Azərbaycan Tibb Universitetinin kliniki və mikrobioloji laboratoriyalarında izolə edilmiş sidik-cinsiyyət yolları infeksiyalarının əsas

törədicilərinin müasir antibiotiklərə qarşı davamlılığı və həmçinin antibiotiklərə davamlı mikroorqanizmlərin yayılması müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir.

2010 – 2015 – ci illərdə bəzi törədicilərin (*E.coli*, *Ps. aeruginosa*) antibiotiklərə davamlılığının yayılma dinamikası müəyyən edilmişdir.

Müəyyən edilmişdir ki, sidik-cinsiyyət yolları infeksiyalarının əsas törədiciləri : 70% halda *E.coli*, 9%, – *Proteus mirabilis*, 7% – *S.aureus*, 5% – *Klebsiella spp.* və 3% halda *Ps. aeruginosa* – dır.

Sidik – cinsiyyət yolları infeksiyalarından izolə edilmiş *E. coli* ştamlarının trimetoprimə və tetrasiklinə davamlılığının yayılması qiymətləndirilmişdir. *E. coli* – nin trimetoprimə qarşı davamlılığının 10 –70%, tetrasiklinə isə 0.5% -dən 40% -ə qədər artması müşahidə edilir.

Alınan nəticələr Bakı şəhərində empirik müalicənin planlaşdırılmasında istifadə edilə bilər. Bu zaman alınan ştamların mütləq antibiotiklərə qarşı həssaslıqları öyrənilməli və daha çox həssas antibiotik müəyyən edilmişdir.

Aparılan araşdırmalar nəticəsində 2010 – 2015 – ci illərdə sidik – cinsiyyət yolları infeksiyalarında izolə olunan *E. coli* ştamları trimetoprimə və tetrasiklinə qarşı yüksək davamlı olması müəyyən edilmişdir.

S U M M A R Y

DYNAMICS OF FREQUENCY DISTRIBUTION RESISTANCE OF MICROORGANISMS TO ANTIBIOTICS IN UROGENITAL INFECTIONS

Agayeva E.M, Narimanov V.Ə., Bayramov A.Q., Javadov S.S., Baxishova Y.
Azerbaijan Medical University, Department of Microbiology and Immunology,
Baku

Resistance of prevalent urogenital pathogens in Baku to recent antibiotics was revealed. Gained results were comparatively analysed with data obtained about resistant pathogens prevalence in clinics and laboratories of Azerbaijan Medical University.

We revealed that the most common pathogens of Urinary Tract Infections (UTI) were: *E.coli* - 70%, *Proteus mirabilis* - 9 %, *Staphylococcus spp.* - 7 %, *Klebsiella spp.* - 5 %, *Pseudomonas aeruginosa* - 3 %.

Distribution dynamics of some antibiotic resistant pathogens of UTI for 2010-2015 was researched.

Evaluation of prevalence *E. coli* strains resistant to trimethoprim and tetracycline was performed.

Tendency of increase of resistance of *E. coli* to trimethoprim from 10 to 70 % and to tetracycline - from 0.5 to 40 % was observed.

Obtained results could be implemented during empirical treatment in Baku. At the same time, preliminary antibiotic susceptibility test for isolated strains has to be performed in order to choose the most appropriate treatment agent. Isolated in 2010-2015 *E. coli* strains in patients with UTI appeared to be very resistant to trimethoprim and tetracycline.

Daxil olub: 27.09.2016.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИ СВЯЗАННОЙ С СЕМЕЙСТВОМ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ (ЕНТЕРОВАСТЕРИАСЕАЕ) НА ТЕРРИТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА В ПЕРИОД С 2012-2015 гг.

Раджабов М.А.

***Республиканский Диагностический Центр, Баку,
клиническая лаборатория***

Ключевые слова: энтеробактерии, «некультивируемые» патогены, динамика движения ОКИ, резистентность штаммов.

Оптимизация эпидемиологического надзора является необходимой предпосылкой для достижения эпидемического благополучия. Система эпидемиологического надзора за антропонозами с фекально-оральным механизмом передачи требует оптимизации всех трех подсистем эпидемиологического надзора – информационной, аналитической и управленческой. Антропонозы с фекально-оральным механизмом передачи остаются актуальной проблемой здравоохранения с необходимостью модернизации системы выявления и регистрации кишечных инфекций, особо в условиях миграционных процессов, влияющих на особенности демографической структуры.

Кроме того, особо актуален вопрос более информативной диагностики с определением истинного возбудителя инфекционного процесса с учетом исследований последних лет в области изменчивости микроорганизмов, отмечающих, что более половины случаев ОКИ остаются этиологически нерасшифрованными [1, 2, 3].

В основе отмеченного лежит установленный факт изменчивости микроорганизмов, особо выраженный в кишечной группе патогенов с образованием «атипичных штаммов», «некультивируемых» или «покоящихся» клеток. Кроме того, установленное наличие прочного «альтруистического» сообщества микроорганизмов в форме «биопленок» и в этой связи установления факта затруднения диагностики инфекционного процесса с детекцией истинного возбудителя заболевания и адекватного лечения, при этом, с подбором эффективных лекарственных средств полагает необходимость расширение спектра методов детекции микроорганизмов.

Необходимость отработки и применения новых более информативных методов детекции истинных возбудителей инфекционного заболевания особо подчеркивается рядом исследователей, которые указывают, что значимый процент заболеваний, в частности острые кишечные инфекции (ОКИ), остаются нераспознанными и относят их к «некультивируемым» патогенам [4, 5].

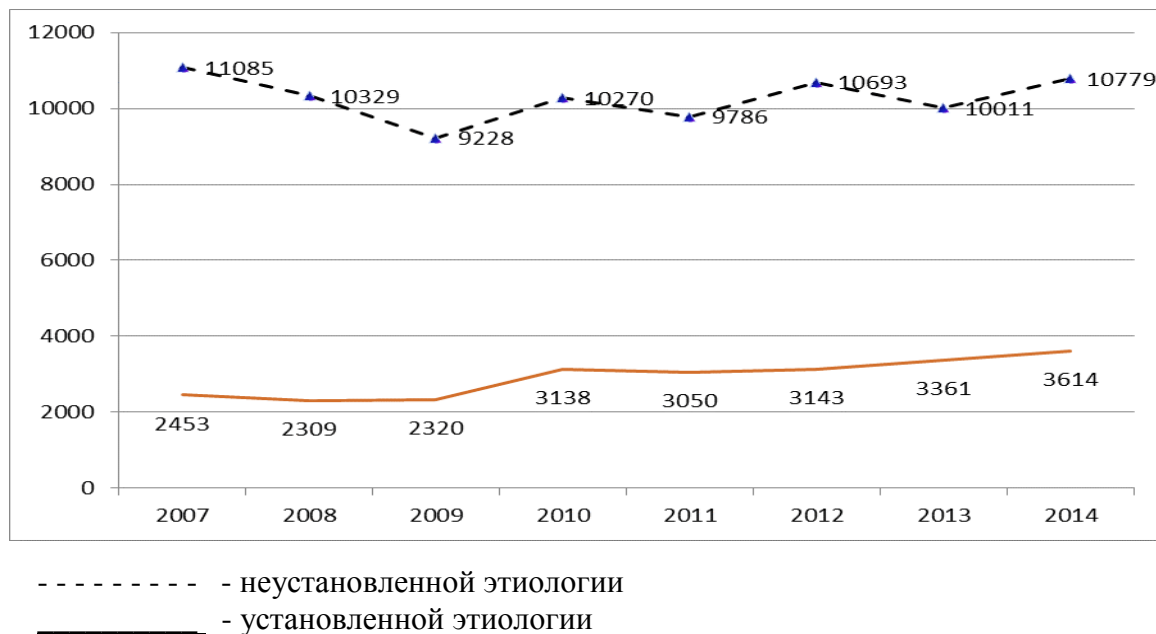
В этой связи, представляло определенный интерес изучение состояния данного вопроса на территории Азербайджана.

Анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) по Республике выявил более значимое количество невыявленных случаев ОКИ в сравнении с выявленными (график 1).

Аналогичное отмечается и по г.Баку (график 2)

Динамика этиологически установленных и неустановленных энтеритов, колитов, гастроэнтеритов, пищевых отравлений по Республике в период

с 2007 г. по 2014 г. (в абсолютных числах)

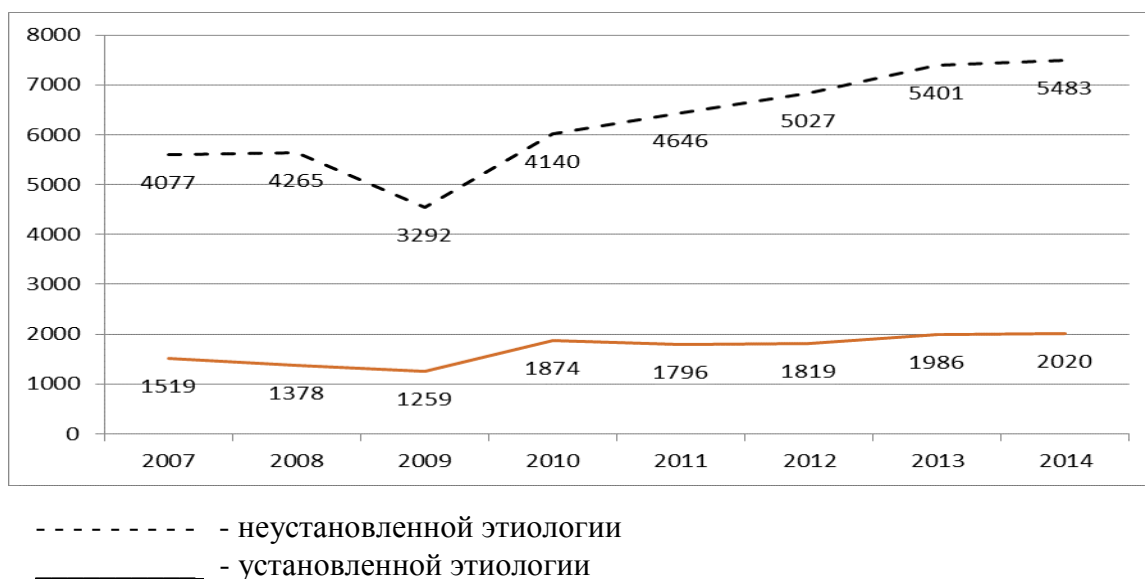


Динамика этиологически установленных и неустановленных энтеритов, колитов, гастроэнтеритов, пищевых отравлений по г. Баку в период с 2007 г. по 2014 г. (в абсолютных числах)

Данные по статистическому анализу заболеваемости ОКИ по Республике и по г. Баку любезно предоставлены РЦГиЭ, за что мы приносим глубокую благодарность.

Следует отметить, что неустановленные патогены классическим бактериологическим методом [4,6,7] подтверждают известные в настоящем сведения о возможной роли «некультивируемых» бактерий, которые в организме хозяина восстанавливают свои патогенные свойства под действием цитокинов (интерлейкинов)(5,10), о чем свидетельствует ярко выраженная клиника ОКИ у обследуемых больных.

Учитывая вышеизложенное, целью наших эпидемиологических исследований было проведение анализа состояния заболеваемости возбудителями из семейства энтеробактерий (Enterobacteriaceae) на территории Азербайджана в период с 2012 по 2015 годы на материале собственных исследований, проведенных на базе Республиканского Диагностического Центра (клиническая лаборатория) и Республиканской Противочумной Станции им. С.Имамалиева.



Материалы и методы. Анализируемый материал включал комплекс возбудителей из класса энтеробактерий:

1. из группы (трибы) *Escherichiae*, род *Escherichia* (эшерихии), вид *E.coli*;
2. из группы (трибы) *Klebsiellae*, род *Klebsiella*, вид *Kl. Pneumoniae*;
3. из группы (трибы) *Proteae*, род *Proteus*, вид *Pr. Mirabilis*;
4. из группы (трибы) *Yersinia*, род *Yersinia*, вид *Y. enterocolitica*;
5. семейство *Pseudomonadaceae*, род *Pseudomonas*, вид *Ps. aeruginosa*.
6. из группы (трибы) *Yersinia*, вид *Y. pseudotuberculosis*;

Материалом исследования были пробы крови, мочи, фекалий, носоглоточных мазков, от больных с острыми кишечными инфекциями (ОКИ).

Исследования проведены общепринятыми бактериологическими методами исследования [8,9].

Графики движения генетической формации отмеченных выше инфекций составлены на основе статистических данных и полученных нами результатов бактериологического анализа материалов, поступающих в бактериологическую лабораторию Республиканского диагностического Центра и бактериологической лаборатории Республиканской Противочумной Станции им.С.Имамалиева.

Изучение состояния инфекций из трибы *Yersinia*– вид *Y. Enterocolitica* и *Y. Pseudotuberculosis* было проведено в реакции непрямой гемагглютинации (РНГА), руководствуясь «Инструкциями по применению диагностикумов эритроцитарных кишечнойерсиниозных антигенных, лиофилизата для диагностических целей» (Федеральное Государственное Унитарное предприятие «Санкт-Петербургский Научно-Исследовательский Институт вакцины и сывороток» и предприятие по производству бактерийных препаратов» и инструкцией по применению «БЕРЛЕЗ» диагностикума эритроцитарного псевдотуберкулезного антигенного для РНГА, лиофилизата для диагностических целей (Утверждена Приказом Росздравнадзора от 12 октября 2007 г., № 3167-Пр./07) [6].

Исследование резистентности проведено, руководствуясь: “BD Phoenix System User’s Manual F.2 List of Reagents and Principles Employed in the Phoenix System” [7].

Антибиотикочувствительность выделенных патогенов определяли с использованием «Микробиологического анализатора Becton Dickinson BD Phoenix 100» [20].

Результаты исследования. Результаты бактериологической (культуральной классической) диагностики выявили этиологическую роль в возникновении ОКИ ряда патогенов из семейства энтеробактерий (*Enterobacteriaceae*) на территории Азербайджана в период с 2012-2015 годы (таблицы 1,2,3).

Таблица № 1

Результаты бактериологической диагностики ОКИ на территории Азербайджана в период с 2012 по 2015 годы

Годы наблюдения	Общее кол-во исследованных проб	Название микроорганизмов	Кол-во положительных проб		Кол-во резистент. штаммов	% резист. штаммов	Кол-во отриц. Проб
			абс. ч.	%			
2012-2013	349	<i>Kl.pneumoniae</i>	19	5,4	-	-	330
		<i>Proteus mirabilis</i>	1	0,2	-	-	348
		<i>Ps. aeruginosa</i>	3	0,8	-	-	346
2014	1679	<i>Kl.pneumoniae</i>	69	4,1	8	11,5	1610
		<i>Proteus mirabilis</i>	17	1,0	-	-	1662
		<i>Ps. aeruginosa</i>	7	0,2	1	14,2	1672
2015	1353	<i>Kl.pneumoniae</i>	52	1,2	17	32,6	1301
		<i>Proteus mirabilis</i>	10	0,6	-	-	1343
		<i>Ps. aeruginosa</i>	12	0,8	1	8,3	1341

Таблица № 2

Годы наблюдения	Общее кол-во исследованных проб	Название микроорганизмов	Кол-во положительных проб		Кол-во резистентных штаммов	% резистент. штаммов	Кол-во отриц. Проб
			абс.ч.	%			
2012	40 сентябрь-декабрь	<i>E. coli</i>	5	10,5	-	-	35
2013	309 январь-декабрь	<i>E. coli</i>	23	7,4	-	-	286
2014	1679 январь-декабрь	<i>E. coli</i>	123	7,3	18	14,6	1556
2015	1353	<i>E. coli</i>	87	6,5	8	9,0	1266

Таблица № 3

Годы наблюдения	Общее кол-во исследованных проб	<i>Y.enterocolitica</i>		Кол-во положительных проб		Кол-во отрицательных проб		<i>Y.Pseudotuberculosis</i>	
		“0” 3	“0” 9	абс.ч.	%	“0”3	“0” 9	абс.ч.	%
2012	830	65	90	155	18,6	765	740	15	1,8
2013	683	155 60 8,7	18,6 48 7,0	108	15,6	623	635	10	1,4
2014	783	48 6,1	69 8,8	117	14,9	735	714	4	0,5
2015	505	9 1,7	14 2,7	23	4,5	796	491	2	0,3

Исследованием, в целом, проб от больных с ОКИ был установлен факт преваляирования случаев с неустановленной этиологией над случаями

заболевания с установленной этиологией (таблицы 1,2,3), что логично соответствовало и данным по этиологической диагностике, в целом, по Республике (графики 1,2).

Отмеченное явление подтверждает, возможно, факт наличия в организме человека «некультивируемых», «покоящихся» патогенов, которые в организме хозяина восстанавливают свои патогенные свойства [2,3].

Кроме того, следует подчеркнуть возросший процент резистентных штаммов патогенов, значимо затрудняющих лечение инфекции с патологией ОКИ с наиболее значимым процентом относительно патогенов: *Kl.pneumoniae* (с 11,5% до 32,6%) и *E. coli* (с 9,0% до 14,6%), *Ps. aeruginosa* (с 8,3% до 14,2%).

Резюмируя вышеотмеченное, следует заключить, что расширение и совершенствование диагностических тестов позволит оптимизировать адекватность диагностики ОКИ, а детекция резистентности выделенных штаммов патогенов обеспечит целенаправленное эпидемиологическое слежение и превенцию распространения резистентных штаммов.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Пахомов Ю.Д., Блинкова Л.П., Стоянова Л.Г. Роль некультивируемых форм неспорообразующих бактерий с поддержанием гомеостаза популяции // Иммунология, аллергология, инфектология, 2010, №4, с.57-66.
2. Бондаренко В.М., Лиходед В.Г. Идеи И.И.Мечникова и современная микробиология кишечника человека // ЖМЭИ, 2008, №5, с.23-29.
3. Сперанская Е.В., Козлов Л.Б., Мефодьев В.В. Электрическое сопротивление взвеси бактериальной культуры как индикатор эпидемических и спорадических вариантов шигелл // ЖМЭИ, 2008, №3, с.10-13.
4. Блинкова Л.П., Пахомов Ю.Д., Стоянова Л.Г. Свойства некультивируемых и покоящихся форм микроорганизмов // Иммунология, аллергология, инфектология, 2010, №3, с.67-76.
5. Мулюкин А.Л. Покоящиеся формы неспорообразующих бактерий. Свойства, разнообразие, диагностика: Автореф. дисс. ... докт. биол. наук. М., 2010.
6. «Инструкция по применению диагностикомов эритроцитарных кишечной синиозных антигенных, лиофилизата для диагностических целей» (Утверждена Приказом Росздравнадзора от 12 октября 2007 г., № 3168-Пр.107).
7. «BD Phoenix System User's Manual F.2 List of Reagents and Principles Employed in the Phoenix System».
8. Мальцев В.Н., Пашков Е.П. Микробиология и иммунология / Под ред. Е.Е.Зверева. 2014, с.14-509.
9. Поздеев О.К. Медицинская микробиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с.7-736 (177-180).

X Ü L A S Ə

AZƏRBAYCAN ƏRAZİSİNDƏ 2012-2015-Cİ İLLƏR ƏRZİNDƏ ENTEROBAKTERİYALAR FƏSİLƏİ İLƏ (ENTEROBACTERİACEAE) ETİOLOJİ ƏLAQƏDƏ OLAN XƏSTƏLƏNMƏİN TƏHLİLİ

Rəcəbov M.A.

Respublika Diaqnostika Mərkəzi, kliniki laboratoriya

Açar sözlər: enterobakteriyalar, «qeyri-kultivasiyalı» patogenlər, KBİ-nin hərəkətinin dinamikası, ştamların rezistentliyi

Təqdim edilən məqalədə kəskin bağırsaq infeksiyaları (KBİ) üzrə Azərbaycan ərazisində epidemioloji situasiyanın təhlili aparılmışdır. Bununla yanaşı, təyin olunmayan etiologiya ilə KBİ-nin üstünlüyü faktı müəyyən edilmişdir, bu isə onun yeni, daha informativ diaqnostika metodlarının işlənilməsi ilə hazırlanması ilə molekulyar epidemiologiya səviyyəsində həll olunmasını tələb edir.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE MORBIDITY ETIOLOGICALLY CONNECTED WITH THE FAMILY *ENTEROBACTERIACEAE* IN THE TERRITORY OF AZERBAIJAN DURING 2012-2015

Rajabov M.A.

Clinical laboratory, Republican Diagnostic Center, Baku

Keywords: enterobacteria, «uncultivated» pathogens, AII movement dynamics, strain resistance

The given article analyses epidemiological situation for Acute Intestinal Infections (AII) in the territory of Azerbaijan with the establishment of the fact of prevalence of AII with unknown etiology, which needs to be addressed at a level of molecular epidemiology with the development of new, more informative diagnostic methods.

Daxil olub: 26.05.2016.

HƏQIQİ AKANTOLİTİK PEMFİQUS XƏSTƏLƏRİNİN SİSTEMİK QLUKOKORTİKOID PREPARATLARI İLƏ MÜALİCƏLƏRİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI

**Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Mirzəyev Y.A.,
Fərəcova G.Z., Məhərrəmovə V.V.**

Həqiqi akantolitik pemfiqus (HAP) - qovuqlu xəstəlikər qrupuna aid olan, həyat üçün potensial təhlükə yaradan bir xəstəlikdir. Hər 100 000 nəfərə 0,1-0,5 hadisə rast gəlir. Ən çox yəhudi və hindular arasında yayılıb. Azərbaycan Respublikasında HAP üzrə müxtəlif vaxtlarda S.A.Əliyeva (1994) və G.S.Məmmədova (2008) tərəfindən araşdırmalar aparılmışdır [1,2]. HAP öyrənməyin ən aktual problemlərindən biri müalicədir. Baxmayaraq ki, 1951-ci ildə G.Thorn və onun həmmüəllifləri tərəfindən tətbiq olunan sistemik qlukokortikoidlər ölüm halını 60-90%-dən 15-45%-dək azaltmışdır [3]. Hal-hazırkı dövrdə HAP-un müalicəsində müsbət nəticə verən preparatlar SQK qrupuna aiddir (prednizolon, metilprednizolon, deksametazon, betametazon).

Müalicə zamanı patoloji prosesin stabilləşməsinə, iltihabi prosesin zəifləməsinə, yeni qovuqların əmələ gəlməsinin dayanmasına, eroziyaların epitilizasiyasına, uzun müddətli kliniki remissiyasına və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına nail olmaq əsasdır. Pasiyentlərin adekvat terapiyası qovuqlar əmələ gəldiyi və/və ya eroziyaların yarandığı zaman hətta proses məhdud olduqda belə aparılmalıdır [4].

SQK ilə HAP-un ənənəvi terapiyası 3 mərhələdə aparılır. *I mərhələ (başlanğıc müalicə)* - yüksək başlanğıc doza SQK ilə başlayır və doza individual olaraq xəstənin çəkisinə, xəstəliyin yayılmasına və patoloji prosesin ağırlığına uyğun olaraq seçilir. *SQK-in başlanğıc dozası 1-2mq/kq/gün* prednizolona ekvivalent təyin olunmalıdır və 1mq/kq/gün aşağı olmamalıdır. Gündəlik dozanın paylanması aşağıdakı qaydada aparılır: sutkalıq dozanın 2/3-ü səhər saat 08:00-09:00, 1/3-i isə 12:00-13:00 qəbul olunmalıdır. SQK-in peroral qəbulunu qismən parenteral qəbullarla əvəzləmək mümkündür [5]. Bizim tərəfdən aparılan təcrübələr və

tibbi mənbələrə əsaslanaraq başlanğıc doza SQK xəstəliyinin ağırlığından asılı olaraq aşağıdakı kimi dozalanır:

90-120 mq/gün yüngül gedişli HAP

120-180mq/gün orta gedişli HAP

180-240mq/gün ağır gedişli HAP

Başlanğıc müalicə 2-6 həftə davam edir, yeni qovuşqların əmələ gəlmə intensivliyi dayanana və eroziyaların epitelizasiyasına kimi aparılır. Ağzın selikli qişasında sayılı eroziyaların olması dozanın azaldılması üçün maneə yaratmır.

II mərhələdə (azaldılan müalicə) başlanğıc doza SQK tədricən *nizamlayıcı dozaya* qədər azaldılır. N.P.Teplyuk və həmmüəlliflər (2011) dozanın azaldılmasının növbəti ardıcılığını təklif etmişdirlər. İlkin azaldıma başlanğıc doza SQK 1/4-1/3 qədər olur və davam etmə müddəti 3 həftədir. Sonrakı 6 həftə SQK-in gündəlik dozası prednizolona ekvivalent olaraq tədricən həftədə 1 dəfə olmaqla 15-10-5mq azaldılır və SQK-nın nizamlayıcı dozası 20-30mq/gün çətdirilir (Cədvəl 1) [6].

Avropa müəllifləri başlanğıc dozaları *intermittəedici sxemlə* azaldılmasını məsləhət görürlər, günəşırı 5 mq və günəşırı əvvəlki dozaya qayıtmaq şərtilə sıfıra kimi azaldılır. Aparılan müalicəyə müsbət reaksiya varsa və xəstəliyinin progressivləşməsi dayanıbsa, günəşırı təyin olunan başlanğıc doza hər həftə 15 mq olmaqla nizamlayıcı dozaya-45 mq/gün qədər azaldılır (Cədvəl 2). Əgər selikli qişadakı elementlər davamlıdırsa və anticisimlərin titri artırsa SQK-in başlanğıc dozasını qəbul etmək mütləqdir [7].

Cədvəl № 1.

*HAP xəstələrinin SQK ilə müalicə algoritmi (I və II mərhələlər).
N.P.Teplyuk və həmmüəlliflər, 2011-ci il*

SQK ilə müalicə mərhələləri	SQK-nın dozalanması (prednizolona uyğun hesablanma)
I mərhələ (başlanğıc müalicə) 2-6 həftə	SQK-nın başlanğıc dozası (1-2mq/kg/g) -120 mq/gün(2/3 doza-80mq saat 08:00-09:00+1/3 doza-40mq saat 12:00-13:00)
II mərhələ (azaldılan müalicə)-13 həftə	Başlanğıc dozanın 1/3-1/4 qədər azaldılması mümkündür
1 pillə-3 həftə	80-90mq/gün- hər gün 3 həftə
2 pillə-1 həftə	15mq/həftə azalma 65-75 mq/gün- hər gün; 1 həftə
3 pillə-3 həftə	10mq/həftə azalma 55-65 mq/gün- hər gün; 1 həftə 45-55mq/gün- hər gün; 1 həftə 35-45mq/gün- hər gün ; 1 həftə
4 pillə-3 həftə	5mq/həftə azalma 30-40mq/gün- hər gün ; 1həftə ND qədər 25-35mq/gün- hər gün; 1 həftə
5 pillə- 3 həftə (ND)	20-30mq/gün - hər gün; 1həftə (ND) 20-30mq/gün- hər gün; 3həftə

Qeyd: ND-nizamlayıcı doza

III mərhələ (nizamlayıcı müalicə) dispanser nəzarəti altında uzun müddətli bəzən isə ömürlük davam edir. Nizamlayıcı minimal doza SQK fərdi olaraq seçilir və prednizolona ekvivalent 2.5-30mq/gün kimi ola bilər. Bəzi hallarda xəstəlik ağır gedişli olduqda nizamlayıcı dozaları 40-50mq/gün aşağı salmaq olmur. Adətən nizamlayıcı doza SQK-lə ömürlük qəbul olunur və nadir hallarda tamamilə kəsmək olur. Tam kliniki remissiya və müalicənin dayandırılmasının mütləq kriteriləri mövcud deyil. N.S.Potekayev və həmmüəlliflər (2003) HAP xəstəliyində *nizamlayıcı terapiya sxemi* təklif etmişdilər, bu sxemlə SQK qəbulunu sonda tamamilə kəsmək

mümkün idi (Cədvəl 3), [8,9]. Xarici müəlliflərə görə kliniki remissiya nailiyyəti nizamlayıcı müalicə fonunda HAP xəstələrinin 2 il müddətində klinik simptomlarının olmaması ilə müəyyən edilir (Cədvəl 4) [7].

Cədvəl № 2.

HAP xəstələrinin SQK ilə müalicə alqoritmi(I və II mərhələlər).

SQK ilə müalicə mərhələləri	SQK-nın dozalanması(prednizalona hesablanmış)														
I mərhələ- (başlanğıc müalicə)2-6 həftə	SQK-ın başlanğıc dozası(1-2mq/kg/g) -120 mq/gün (2/3 doza-80mq saat 08:00-09:00+1/3 doza-40mq saat 12:00-13:00), hər gün														
II mərhələ- (azaldılan müalicə) IIa başlanğıc doza SQK-nın günaşırı 5mq azaldılması-46 gün	Günlər/Doza SQK(mq)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	120	115	120	110	120	105	120	100	120	95	120	90	120	85	
	IIa														
	başlanğıc doza SQK-nın günaşırı 5mq azaldılması-46 gün	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	120	80	120	75	120	70	120	65	120	60	120	55	120	50	
	IIb														
	başlanğıc doza SQK-nın həftəlik 15 mq azaldılması-5 həftə(35 gün)	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
	120	45	120	40	120	35	120	30	120	25	120	20	120	15	
	Həftə/Gün/Doza SQK(mq)														
	I həftə							II həftə							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
	120	0	120	0	120	0	120	105	0	105	0	105	0	105	
	III həftə							IV həftə							
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
90	0	90	0	90	0	90	75	0	75	0	75	0	75		
V həftə							VI həftə								
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
60	0	60	0	60	0	60	45	0							
							ND								

Qeyd:

•ND-nizamlayıcı doza

•müalicənin bütün mərhələlərində SQK ilə eyni zamanda azatioprin 100mq/gün təyin olunur

HAP xəstələrinin SQK ilə uzun müddətli müalicəsi zamanı autoimmun xəstəliyin proqnozu və xəstələrin vəziyyəti pisləşə bilər. SQK ilə müalicənin ən ağır ağırlaşmalarına immunosupressiya vəziyyəti, DLS sindromu, septisemiya, virus, bakterial, göbələk infeksiyaları aid etmək olar. İtsenko-Kuşinq sindromu qlükokortikoidlərin çoxluğu ilə əlaqədar yaranır,sonradan dozanın tədricən azaldılması ilə keçir.

Ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədilə SQK preparatları ilə yanaşı ağırlaşmaların qarşısını alan preparatlar təyin olunur. Həqiqi pempifusun

Cədvəl № 3.

*HAP xəstələrində SQKnizamlayıcı müalicə alqoritmi (III mərhələ).
N.S.Potekayev və həmmüəlliflərə görə, 2003-cü il*

	Həftənin günləri							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
1	ND- 1/4 tab	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND=n tab
2	ND- 1/4 tab	ND	ND	ND	ND- 1/4 tab	ND	ND	
3	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	ND	ND	
4	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	
5	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	
6	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND	ND- 1/4 tab	
7	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab	ND- 1/4 tab= ND1
8	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1	ND1	ND1	ND1	ND1	
9	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1	ND1	ND- 1/4 tab	ND1	ND1	
10	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1	
11	ND1- 1/4tab	ND1	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	
12	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	
13	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1	ND1- 1/4 tab	
14	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 1/4 tab	ND1- 4tab=ND2
...
28	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4 tab	ND3- 1/4tab= ND4 ND4=ND-1tab

Qeyd:

•ND-nizamlayıcı doza

Cədvəl № 4.

*HAP xəstələrində SQK.nın nizamlayıcı müalicə rejimi
(III mərhələ) (Dermatoloji xəstəliklər üzrə Avropa rəhbərliyi, 2008)*

Nizamlayıcı müalicənin davam etmə müddəti(2-2.5 il)	I pillə- 2 ay	II pillə- 2 ay	III pillə- 2 ay	IV pillə- 6-24 ay
SQK.nın nizamlayıcı dozəsi (ND) prednizolona ekvivalent	45mq	45mq	45mq	45mq
SQK ilə nizamlayıcı müalicənin aparılma rejimi	Günəşırı 45 mq/gün (1,3,5,7...59/61 gün)	Hər 3 gündən bir 45 mq/gün (1,4,7, 10...61 gün)	Həftədə iki dəfə 45 mq/gün (çərşənbə axşamı- cümə)	Həftədə bir dəfə 45mq/gün sonradan SQK-in dozası 2.5-20 mq-a kimi azaldıla bilər(ömürlük) və ya tədricən azaldılır

Qeyd:

•nizamlayıcı müalicə müddətində SQK ilə eyni zamanda azatioprin 100mq/gün təyin olunur

kortikosteroidlərlə müalicəsində ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün əsas preparatlarla yanaşı kalsium, kalium, vitaminlər, antasid, anabolik hormonlar, kalium saxlayıcı sidikqovucular, ehtiyac olarsa-antikoagulyantlar, hipoglikemik, hipotenziv, psixotrop, antibiotiklər, göbələk əleyhinə və virus əleyhinə preparatlar təyin olunur [6,10]. Həqiqi pemfiqusun müalicə müddətində dezintoksikasiya tədbirləri mütləqdir. Bunun üçün vena daxilinə damcı üsulu ilə riamberin, ringer, reopoliqlukin, albumin məhlulları və plazmoferez təyin olunur.

HAP xəstələrinin müalicəsində ekstrakorporal dezintoksikasiya-plazmoferez üsulunun SQK və immunosupressiv preparatlarla birlikdə təyini SQK yüksək dozalarının daha tez, əlavə effekt və ağırlaşmaların azaldılmasına və remissiya müddətinin artmasına səbəb olur. Plazmoferez həftədə 3 dəfə aparılır. Hər dəfə 800-2000ml plazma itirilir. Kurs 6-12 prosedurdan ibarətdir. Terapevtik effekt aldıqdan sonra prosedur həftədə 1 dəfəyə endirilir [9].

Aparılan tədqiqatların nəticəsi olaraq, Azərbaycan Respublikasında HAP xəstələrinin SQK müalicə taktikasının analizini aparmışıq.

Araşdırmanın məqsədi-Azərbaycan Respublikasında HAP xəstələrinin müalicəsinin xarici təcrübələrə əsasən uyğunlaşdırılması.

Tədqiqatların materialı və metodları - 2010-2014-cü illərdə RDZD müalicə alan ilkin HAP diaqnozlu 100 xəstəlik tarixinə əsasən xəstələrin SQK ilə müalicə taktikasının retrospektiv analizi.

Alınan nəticələr - HAP xəstələrinin 37,9%-də SQK-in başlanğıc dozası 100-120 mq/gün prednizalona ekvivalent, 27,6%-də – 65-90 mq/gün, 24,2%-də – 35-60mq/gün, 10.5%-də – 120mq/gündən yuxarı. Başlanğıc doza SQK 57,7% HAP xəstələrdə ilkin olaraq 5mq, eyni tezliklə 11.5% HAP xəstələrdə hər birində 10mq, 15mq, 25mq olmaqla, 7,7% HAP xəstələrdə 35mq olmaqla azaldılır. Başlanğıc dozanın ilkin azaldılması 42.9% xəstələrdə 1 həftə, 50% pemfiquslu xəstələrdə 2 həftə, 7.1% xəstələrdə 3-6 həftə ərzində başlanılıb.

Təqdim olunan məlumatları müqayisə edib bu nəticəyə gəldik ki, başlanğıc doza SQKnın ilkin 5mq azaldılması ilk həftə ərzində HAP xəstələrinin 25,0%-də, ikinci həftə ərzində 29,2%-də, 3-6 həftə ərzində 3.6% olmuşdur. Başlanğıc doza SQKnın ilkin 10 mq azaldılması ilk həftə ərzində HAP xəstələrinin 3,6%-də, ikinci həftə ərzində 8,4%-də olmuşdur. Başlanğıc doza SQKnın ilkin 15 mq azaldılması ilk həftə ərzində HAP xəstələrinin 7,2%-də, ikinci həftə ərzində 4,2%-də olmuşdur. Başlanğıc doza SQKnın ilkin 25 mq azaldılması ikinci həftə ərzində HAP xəstələrinin 8,4%-də, 3-6 həftə ərzində 3,6%-də olmuşdur. Başlanğıc doza SQKnın ilkin 35 mq azaldılması ilk həftə ərzində HAP xəstələrinin 7,2%-də olmuşdur.

Belə ki bir çox hallarda HAP xəstələrinin SQK başlanğıc dozanın ilkin azaldılması xəstənin ümumi klinik vəziyyətinin yaxşılaşması ilə əlaqədardır

•HAP xəstələrinin 92,9%-də SQK başlanğıc dozanın erkən azaldılması birinci və ikinci həftədə olmuşdur

•HAP xəstələrinin 69,2%-də SQK başlanğıc dozanın ilkin natamam azaldılması 5-10mq olmuşdur

Beləliklə aparılan kliniki tədqiqatlar və xarici müəlliflərin nəşrlərinə əsasən HAP xəstələrinin SQK ilə müalicə metodlarının analizi əsasında müalicə alqoritmi yaradıldı. Bu alqoritmə əsasən SQK dozasını mərhələli şəkildə nizamlayıcı dozaya qədər azaldıldı. SQK qəbulunun sonradan yenə azaldılması və ya qəbulunun dayandırılması “intuitiv” deyil, HAP xəstələrinin kliniki əlamətlərinə əsasən həyata keçirilir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Алиева С.А. Оптимизация глюкокортикоидной терапии больных пузырчаткой под контролем уровня тирозина в крови. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Баку-1994.
2. Мамедова Г.С. Особенности течения истинной пузырчатки, сочетанной с инфекциями урогенитального тракта и комплексные методы лечения. Автореф. дисс. канд. мед. наук Баку-2007.
3. Лыкова С.Г. Морфогенез, клинические особенности, некоторые аспекты дифференциального диагноза истинной акантолитической пузырчатки. Новосибирск, 1996.
4. Соколовский Е.В. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. Серия "Библиотека врача-дерматовенеролога". Выпуск 3: СПб: СОТИС. 1999; 134с
5. Клинические рекомендации./ Российское общество дерматовенерологов (под ред. А.А. Кубановой) М.: ДЕК-Пресс, 2008; 368с
6. Теплюк Н.П., Теплюк Д.А., Шарафетдинов Х.Х. Современные подходы к комплексной терапии истинной акантолитической пузырчатки. Клиническая дерматология и венерология 2011; (4): 37-41
7. Рукко В., Бренер С., Рукко Е. Пузырчатка вульгарная. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти
8. Потекаев Н.С., Кочергин Н.Г., Теплюк Н.П. и др. "Терапевтическая тактика при стероидрезистентной вульгарной пузырчатке". Российский журнал кожных и венерических болезней 2003; (2): 11-15
9. Кубанов А.А., Абрамова Т.В. Современные методы терапии истинной акантолитической пузырчатки. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (4): 1927

Daxil olub: 10.02.2016.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФОНОВОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Алиева Г.З.

Кафедра Микробиологии и иммунологии Азербайджанского Медицинского Университета, г. Баку.

Вирус ГВ не обладает цитопатогенными свойствами, и основную роль в поражении клеток печени отводят Т-клеточной системе иммунитета. В настоящее время принята вирусно-иммуногенетическая теория патогенеза вирусного гепатита типа В, согласно которой разнообразие форм ГВ связывают с особенностями иммунного ответа на внедрение вируса.

Установлено, что при различной хронической патологии гепатит В встречается в 2,5 – 25 раз чаще, чем у больных без сопутствующей патологии, что является следствием снижения резистентности организма и частыми медицинскими вмешательствами [1,2]. В настоящее время наблюдается значительное увеличение числа хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных условно-патогенными или оппортунистическими микроорганизмами и характеризующихся хроническим персистирующим течением с частыми рецидивами и малоуспешной этиотропной терапией, что свидетельствует о недостаточной функции иммунной системы. Иммунная система является важным фактором, определяющим течение болезни и ее исход, а также эффективность традиционных методов лечения

Прогнозирование исходов всегда требует комплексного подхода с учетом клинической характеристики острой фазы, активности инфекционного процесса, особенностей иммунного ответа.

Считают, что в прогнозировании течения и исходов острого гепатита В важное самостоятельное значение имеет учет, так называемых, отягощающих факторов. К их числу относят сопутствующие заболевания инфекционной и неинфекционной природы, которые способны вызывать

отягощение преморбидного фона, предопределяющее неблагоприятное течение ГВ, а в известной мере и его исход.

Цель работы. Определить влияние персистирующей фоновой инфекционной патологии, обусловленной бактериальной и грибной микробиотой, на особенности клинического течения и прогноз острого вирусного гепатита В.

Материал и метод. Всего было обследовано 162 человека в возрасте от 20 до 55 лет, из них 30 практически здоровых лиц и 132 больных острым гепатитом В. Среди больных у 59 пациентов диагностировано легкое течение гепатита В, у 79 – средне-тяжелое течение инфекции. Пятьдесят три человек не имели хронических инфекционных заболеваний. У значительной части больных (79 человека) гепатит В развился на фоне хронической персистирующей инфекционной патологии различных органов и систем. Диагноз заболевания ставился врачами - инфекционистами на основании анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных.

Диагностическими критериями острого гепатита В являются:

- наличие у больного первичного клинико-биохимического симптомо-комплекса острого паренхиматозного гепатита;

- выявление в сыворотке крови HBsAg и/или анти-HBc IgM при отсутствии положительных серологических маркеров других вирусных гепатитов. Серодиагностика заболевания проводилась с определением в сыворотке крови анти-HAV суммарных и IgM, HBsAg, анти-HBs, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc суммарных и IgM- антител, анти-HDV суммарных и специфических IgM, а также суммарных анти-HCV методиками иммуноферментного анализа и анализе ПЦР на ДНК вирусного гепатита В.

Оценка тяжести течения острого гепатита В проводилась в соответствии с общепринятыми в клинической практике критериями [3, 4].

Для диагностики хронической персистирующей инфекционной патологии учитывались анамнестические данные, применялся комплекс соответствующих клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, при необходимости – консультации профильных специалистов. Под хронической персистирующей инфекцией понимали наличие хронической инфекции в анамнезе, в течение 1–2 недель после прекращения лечения. Персистенция инфекции подтверждалась 3-х кратной высеваемостью с интервалом 3-7 дней одного вида возбудителя в диагностически значимом титре [5, 6].

Материалами для микологических и бактериологических исследований служили индуцированная мокрота, мазки со слизистых оболочек ротовой полости, уретры, цервикально канала, влагалища, моча, фекалии.

Чтобы оценить значимость фоновой соматической патологии на течение гепатита В, все обследованные пациенты были подразделены на пять групп. Характеристика групп пациентов представлена в табл.1.

Группа I (контроль) состояла из практически здоровых лиц [группа]. В группу II и III были включены больные острым гепатитом В с легким течением заболевания, при этом группа II состояла из 21 пациента с легким течением заболевания без сопутствующей инфекционной патологии, группа III – из 38 человек, у которых гепатит сопровождался хронической персистирующей инфекционной патологией.

Группы IV и V включали больных острым гепатитом В со среднетяжелым и тяжелым течением: IV группа включала 32 больных без сопутствующей патологии, V группа состояла из 41 человека с острым гепатитом В, развившимся на фоне хронической инфекции.

Характеристика групп пациентов

Группа пациентв	Кол-во (чел.)	Основной диагноз	Тяжесть течения острого гепатита В	Пол М/Ж	Средний возраст (M±m)	Наличие фоновой персистирующей инфекции
I	30	Практически здоровые	-	14/16	31±4,5	-
II	21	Острый гепатит В	Легкая	11/10	35±9,9	-
III	38	Острый гепатит В	Легкая	22/16	33±8,3	+
IV	32	Острый гепатит В	Средней тяжести	17/15	28±8,9	-
V	41	Острый гепатит В	Средней тяжести	20/21	43±10,7	+

У больных острым гепатитом В, развившимся на фоне инфекционной патологии (группы III и V), мы проанализировали частоту выявления отдельных представителей бактериальной/грибковой микробиоты при легком и среднетяжелом течении гепатита. Результаты продемонстрированы на рис. 1

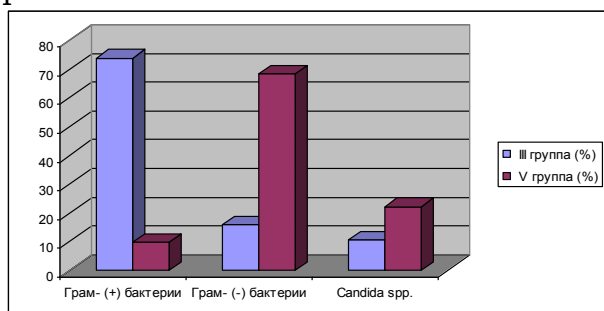


Рис.1. Частота выделения Грам-положительных и Грам-отрицательных бактерий и грибов рода *Candida* у больных острым вирусным гепатитом В, развившимся на фоне инфекционной патологии.

Как показали исследования, среди больных с легкой формой гепатита (группа III) наиболее часто (в 73,7% случаев) этиологическим

фактором сопутствующей инфекции являлись Грам-положительные бактерии. Только у 15,8% больных обнаруживалась Грам-отрицательная микробиота и в 10,5% случаев – дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Иная картина отмечалась у больных V группы со среднетяжелым течением острого гепатита В. У 68,3% больных этой группы инфекции, на фоне которых развивался гепатит, обуславливались Грам-отрицательными бактериями. В 22,0% этиологическим фактором фоновой инфекционной патологии у этих пациентов были *Candida* spp. И только только у 9,7% больных обнаруживались инфекции, причинным агентом которых были Грам-положительные бактерии.

Таким образом, обнаруживалось явное влияние фоновой инфекционной патологии на особенности клинического течения острого гепатита В. При инфекциях, вызванных Грам-положительными бактериями, гепатит В протекает преимущественно в легкой форме, при заболеваниях, обусловленных Грам-отрицательными бактериями и локальных формах кандидозинфекции в более тяжелой форме.

Далее мы исследовали влияние фоновой инфекционной патологии на прогноз острого вирусного гепатита В. Для этого все больные были обследованы через 6-8 месяцев после выписки из стационара по общепринятой схеме, включающей клиническое обследование, определение маркеров HBsAg, HBeAg, анти-HBcor IgM и ДНК вируса гепатита В в сыворотке крови, исследование ферментов аланинаминотрансферазы (АЛАТ), аспартатами-нотрансферазы (АСАТ), билирубина. О хронизации процесса

судили по сохранению в крови маркеров HBsAg, HBeAg/анти-HBe и положительном анализе ПЦР .

Всего среди 132 обследованных пациентов острым вирусным гепатитом В развитие хронической формы заболевания отмечено у 12 человек, что составляло 9,1%. В разных группах больных частота хронизации инфекции была весьма различна. Среди больных без фоновой патологии при легкой форме переход заболевания в хроническую форму отмечался в полтора раза чаще, чем при заболевании средней тяжести (9,5% у больных II группы против 6,2% у пациентов группы IV). Фоновая патология неоднозначно влияла на исход острого вирусного гепатита В. Если у пациентов группы V со среднетяжелым гепатитом наблюдалось некоторое снижение хронизации инфекции по сравнению с группой IV (4,8% против 6,2%), то у больных III группы переход острой формы гепатита в хроническую отмечался существенно чаще (в 15,7%), чем у больных группы II с легким течением заболевания без фоновой патологии - в 9,5% случаев. При этом уточняющий анализ показал, что среди пациентов III группы хронизация гепатита В отмечалась при инфицировании именно Грам-положительными микроорганизмами.

На основании полученных данных можно заключить, что преморбидное состояние оказывает существенное влияние на течение и исход острого вирусного гепатита В. При локальных инфекциях, обусловленных Грам-отрицательными бактериями и грибами рода *Candida*, острый вирусный гепатит В протекает тяжелее, но исход более благоприятный по сравнению с развитием гепатита на фоне бактериальной патологии, вызванной Грам-положительной микробиотой.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Ахундова И.М., Мамедбеков Э.Н., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. // Эпидемиологическая характеристика и патогенетические особенности инфекций, вызванные вирусами гепатита В и С у больных туберкулезом легких, живущих в Азербайджане // Туберкулез и болезни легких, 2011, №12, с.28-31
2. Галицкий Л.А., Зарецкий Б.В., Лебединец А.И. Вирусный гепатит во фтизиатрической практике // Большой Целевой Журнал о туберкулезе, 1999, №4, с.17-21
3. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Кирпичникова Г.И. и др. Вирусные гепатиты (этиопатогенез, эпидемиология, диагностика и терапия), СПб.; 2001, 57с.
4. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты в клинической практике, СПб.; Теза, 1996, 306 с.
5. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология // СПб.; Медицинское информационное агентство, 2005, 736 с.
4. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология, 2007, М.; ГЭОТАР-Медиа, 816 с.

X Ü L A S Ə

CANDİDA VƏ BAKTERİAL MƏNŞƏLİ İNFEKSİYALARIN KƏSKİN B VİRUS HEPATİTİNİN KLİNİK GEDİŞİNƏ VƏ PROQNOZUNA TƏSİRİ

Əliyeva G.Z.

B virus hepatiti (BVH) dünyada geniş yayılmış problemlərdəndir və parenteral yolla yoluxan hepatositlərin məhvi ilə müşahidə edilən qaraciyərin virus mənşəli xəstəliyidir. Bütün sirroz hallarının 30%-nin, hepatosellular karsinomaların 53 %-nin etioloji faktoru hepatit B virusudur. ÜST-nin məlumatına görə hər il dünyada 1,3-1,5 milyon insanın B virus hepatitindən ölüm halı qeyd olunur. BVH xronikləşməyə meyilli xəstəlikdir. Yoluxmuş insanların 39,9-50 %-də xroniki B virus hepatiti inkişaf edir.

Kəskin HBV infeksiyasının gedişi bir çox amillərdən aslıdır. Bunlara genetik amillər, yaş, cins və yanaşı infeksiyon və qeyri infeksiyon xəstəliklər aiddir. İIV-lə yoluxma insanlarda HBV infeksiyasının xronikləşmə ehtimalını artırdığı məlumdur. B virus hepatitinin gedişinə digər hepatotrop virusların - HDV və HCV- nin təsir göstərdiyi məlumdur. Hepatit B virus infeksiyasının gedişində immun sistemin bilavasitə rol oynadığı məlumdur. Bu baxımdan bakterial və Candida etiologiyalı infeksiyaların kəskin B virus hepatiti xəstəliyinin klinik gedişinə və nəticəsinə təsirinin öyrənilməsi aktualdır.

Təqdim olunmuş iş Candida və bakterial mənşəli infeksiyon patologiyaların kəskin B virus hepatiti xəstəliyinin klinik gedişinə və nəticəsinə təsirinin tədqiqinə həsr olunmuşdur. Bu məqsədlə 30 nəfəri praktik sağlam olmaqla 162 pasiyentdə kompleks klinik-laborator müayinə aparılmışdır. Bakterial və Candida cinsli göbələk infeksiyaları fonunda inkişaf edən kəskin BVH xəstələrdə immunitetin qeyri spesifik müdafiə amilləri və sitokinlərin konsentrasiyası öyrənilmişdir.

Son nəticə olaraq müəyyən olunmuşdur ki, bakteriya və Candida cinsli göbələk etiologiyalı infeksiyon patologiyalar kəskin B virus hepatitinin klinik gedişinə və nəticəsinə təsir göstərir. Yüngül formalı B virus hepatiti çox hallarda qram müsbət bakteriyalarla assosiasiya olunur, eyni zamanda orta ağır gedişli B virus hepatiti isə qram mənfi bakteriyalar və lokal Candida infeksiyaları ilə assosiasiya olunduğu müşahidə olunmuşdur. Müəyyən olunmuşdur ki, kəskin B virus hepatiti xəstəliyinin xronikləşməsində qram müsbət bakteriyalar fonunda inkişaf edən yüngül gedişli kəskin BVH-li xəstələr daha çox risk daşıyır. Alınmış nəticələri ümumiləşdirsək, yanaşı xəstəliklər kəskin B virus hepatitinin həm gedişinə həm də nəticəsinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Qram mənfi bakteriyalar və Candida cinsli göbələk etiologiyalı xəstəliklər fonunda kəskin B virus hepatitinin gedişi ağır xronikləşmə ehtimalı isə aşağı olur, qram müsbət bakteriya etiologiyalı yanaşı xəstəliklər fonunda inkişaf edən kəskin B virus hepatitinin gedişi yüngül xronikləşmə ehtimalı isə yüksək olur.

SUMMARY

INFLUENCE OF CHRONICAL PERSISTENT INFECTIONS ON COURSE OF ACUTE HEPATITIS B

Aliyeva J.Z.

The department of Microbiology and Immunology AMU, Baku

The article contains results of clinic-laboratory investigation 132 patients with acute form hepatitis virus B. Among them in 59 patients were revealed light klinik form of HBV, in 73 middle form of hepatitis B virus. It was established that in 79 cases HBV are formed in patients with chronic infections of same organs and systems, in 53 cases HBV were identified as monoinfection.

It was revealed, that the persisting infectious pathology, causing by bacteria and Candida, influence on clinical course and outcome of acute VHB. It was defined, that light clinical form of hepatitis mostly associated with gram (-) bacterial microbe and local Candida infectious.

At last, it was defined, that mostly the risk of crossing acute VHB in chronic form take place during light clinical form of hepatitis, which was developed on the chronic infectious, caused gram (+) positive bacteria.

Key words: Hepatitis B virus, acute VHB, chronic form VHB

UCAR RAYONUNDA VİRUSLU HEPATİTLƏRİN EPİDEMIOLOGİYASINA DAİR

Bayramlı Z.S.

UCAR Mərkəzi rayon xəstəxanası

Böyüklər və uşaq əhalisi arasında yoluxucu xəstəliklərin səviyyəsinin yüksək olması problemi tibbi-sosial əhəmiyyət daşıyır, belə ki, o, təkcə ümumi xəstələnmə səviyyəsini əks etdirmir, həm də xronik xəstəliklərin inkişaf etməsi üçün mühüm risk amili sayılır (1,2,7). İnfeksiyon patologiya arasında viruslu hepatitlər geniş yayılmışlar, bu baxımdan ÜST tərəfindən onlar müasir səhiyyənin aktual problemi sırasına qəbul edilmişlər.

Bir çox yoluxucu xəstəliklərdən fərqli olaraq, viruslu hepatitlə xəstələnmə müxtəlif illərdə azalmış və ya artmışdır, ümumilikdə isə artma meylinə malik olmuşdur ki, bu da praktik səhiyyə üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Hazırda viruslu hepatitlərin epidemiologiyasının bəzi məsələləri kifayət qədər öyrənilməmişdir, bu isə viruslu hepatitlərlə effektiv mübarizəni çətinləşdirir.

Hazırkı tədqiqat işinin məqsədi Ucar rayonunda viruslu hepatitlərin profilaktikası və əksepidemik tədbirlərin təkmilləşdirilməsi məqsədilə onların yayılması səviyyəsinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqat işinin material və metodları. Viruslu hepatitlərin epidemioloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi üçün Respublika Gigiyena və Epidemiologiya Mərkəzinin statistik materiallarından, həmçinin Ucar rayonunda 15 il ərzində (1998-2013-cü illər) viruslu hepatitlərlə xəstələnmə haqqında məlumatlardan, Ucar rayonunda əhalinin sayı haqqında Azərb. Respublikası Mərkəzi Statistika İdarəsinin məlumatlarından istifadə edilmişdir.

Viruslu B hepatiti (VBH) və viruslu C hepatitinin (VCH) aşkar edilməsi üçün böyüklərin və uşaq əhalisi arasında xəstələrin, həmçinin əhali arasında praktik sağlam şəxslərin qan zərdabının immunferment və immunoxromatoqrafik müayinəsi aparılmışdır. Bu zaman 4 yaşdan 50 yaş və yuxarı xəstələr arasında 120 qan zərdabı müayinə edilmişdir. VBH və VCH görə 120 xəstənin və praktik sağlam 105 şəxsin qan zərdabının müayinəsi aparılmışdır. Müayinələrin nəticələri ümumi qəbul edilmiş variasion statistika metodları ilə işlənmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Ucar rayonu üzrə viruslu hepatitlərlə xəstələnmənin retrospektiv təhlili ümumilikdə müxtəlif zaman kəsiklərində onların səviyyələrinin fərqli olmasını göstərdi. 1998-2000 -ci illər ərzində o, nisbətən yüksək olmuşdur. 2001-2004-cü illərdən xəstələnmə səviyyəsi cüzi dəyişikliklərlə bərabər yüksəlmişdir. Son 5 il ərzində (2008-2012-ci illər) viruslu hepatitlə xəstələnmə göstəriciləri bir qədər azalmışdır. Ucar rayonu üzrə viruslu hepatitlərlə xəstələnmənin epidemioloji xüsusiyyətlərindən biri əhalinin müxtəlif yaş qruplarının qeyri-bərabər yoluxmasıdır. Belə ki, uşaqların və 17 yaşa qədər yeniyetmələrin xəstələnmə səviyyəsi böyüklərin xəstələnmə səviyyəsi göstəricilərindən 2 dəfə yüksəkdir, bu zaman kənd əhalisi daha çox xəstələnməmişdir.

Ümumilikdə Respublika üzrə 2008-2012-ci illərdə 4526 viruslu hepatitlə xəstələnmə hadisəsi, o cümlədən 17 yaşa qədər uşaqlar arasında - 689 hadisə qeydə alınmışdır. VSH ilə 2120 (46,8%) xəstəlik hadisəsi, o cümlədən uşaqlar arasında 68 (3,2%) aşkar edilmişdir. Göstərilən 5 il ərzində Ucar rayonunda viruslu hepatitlərlə qeydə alınmış xəstəlik hadisəsi 1327 hadisə, o cümlədən 0-17 yaşlarda - 136 hadisə (10,2%) təşkil etmişdir.

Viruslu hepatitlə xəstələnmənin mövsümi yüksəlməsi nəzərə çarpır ki, bu da may-iyun aylarına təsadüf edir. Eyni zamanda əhalinin bütün yaş və sosial

qruplarında payız-qış mövsümü ərzində viruslu hepatitlə çoxlu xəstəlmə halları qeydə alınmışdır.

Viruslu hepatitlə xəstəlmə səviyyəsinin artması həm Ucar şəhərində, həm də onun kəndlərində nəzərə çarpır ki, bu da viruslu hepatitlərin klinik-epidemioloji xüsusiyyətləri, sosial amillər, əhalinin getdikcə artan miqrasiyası, fekal-oral yoluxma mexanizminin aktiv olması, xəstələrin tibbi yardım üçün vaxtında müraciət etməməsi, xəstəliyin diaqnostikasının vaxtında aparılmaması ilə şərtlənmişdir (1, 5, 6).

Sosial amillərin (əhalinin miqrasiyası, məktəbəqədər müəssisələrdə uşaqların və məktəblilərin sayı və s.) getdikcə fəallaşması öz növbəsində infeksiya mənbəyinin və yoluxma mexanizminin fəallaşmasına təkan verir ki, bu da hepatitlərlə xəstələnmənin səviyyəsinin intensiv artmasına gətirib çıxarır.

Viruslu hepatitlərlə xəstələnmə göstəricilərinin 10000 əhaliyə görə 2008-2012-ci illər üzrə dinamikası cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl № 1.

Ucar rayonunda viruslu hepatitlə xəstələnmə (2008-2012-ci illər)

İllər	Böyükklər	0-17 yaşlı uşaqlar	Viruslu hepatitlərlə xəstələnmə	
			Respublika üzrə	Ucar rayonu üzrə
2008	4,49	9,02	27,1	4,88
2009	3,17	4,33	21,1	1,90
2010	2,14	1,26	13,8	1,89
2011	0,62	-	8,6	0,12
2012	1,4	0,41	7,2	3,42

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, 5 il ərzində (2008-2012-ci illər) xəstələnmənin dinamikasında epidemioloji baxımdan mühüm fakt aşkar edilmişdir, belə ki, 2008-2009-cu illərdə xəstələnmə səviyyəsinin yüksəlməsi (xüsusilə 0-17 yaşlı uşaqlar arasında), növbəti illərdə isə azalması (böyükklər arasında) nəzərə çarpır.

Təhlil illərində viruslu hepatitlərlə xəstələrin və kontrol qrupdan olan şəxslərin qan zərdabının müayinəsi aparılmışdır ki, əldə edilən nəticələr cədvəl 2-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl № 2.

Ucar rayonu üzrə viruslu hepatitlərin aşkar edilməsi tezliyi

Viruslu hepatitlər	Müayinələrin sayı	Müsbət nəticələr	%
VBH	120	40	33,3
VCH	120	52	43,4
Kontrol qrup	105	2	1,9

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi, VCH ilə xəstələnmə səviyyəsi artma meylinə malikdir. Daha çox böyükklər, o cümlədən 0-17 yaş qədər uşaqlar xəstələnilirlər, bu zaman oğlanlar qızlara nisbətən tez-tez xəstələnilirlər.

Hepatitlərin dövriliyi ümumilikdə rayon üzrə və onun kəndlərində müşahidə edilir, lakin o, əhalinin bütün yaş qrupları üzrə eyni deyildir. Belə ki, 1-14 yaş qruplarında daha çox fərqlənir ki, bu da əhalinin immunoloji strukturu ilə şərtlənir.

Yuxarıda deyilənlərlə yanaşı, Ucar rayonunda mülayim, isti quru iqlimi nəzərə alaraq, infeksiyanın su yoluxma yolu da istisna edilmir, burada əsas su

təchizatı mənbəyi - açıq su mənbələri, suvarma kanalları sayılır. Su təchizatında olan çatışmamazlıqlar, yaşayış məntəqələrinin sanitari vəziyyətinin aşağı səviyyəsi, miqrasiya proseslərinin güclənməsi qida və kommunal obyektlərin həddən çox yüklənməsinə gətirib çıxarır ki, nəticədə virus infeksiyasının bu yoluxma yolu fəallaşır.

Son illər 4-6 yaşda olan uşaqlarla müqayisədə böyük yaş qruplarında - 11-14 yaş və 15-17 yaşlarda, yəni daha fəal yaş qrupunda olan uşaqlarda, həmçinin yeniyetmələr arasında viruslu hepatitlər ilə xəstələnmə səviyyəsinin intensiv şəkildə artması meylə nəzərə çarpır.

Hepatitlər zamanı əsas infeksiya mənbələrindən biri parenteral yoluxma mexanizmi ilə yoluxan viruslu hepatitlərlə xəstələndir. Bu mexanizm hemotransfuziyalar, tibbi manipulyasiyalar, peşə yoluxmaları, narkotiklərin parenteral yeridilməsi və cinsi əlaqələr zamanı realizasiya olunur və təkcə qaraciyərin kəskin xəstəliklərinə deyil, həm də xronik hepatitin, qaraciyər sirrozunun və hətta hepatosellulyar karsinomanın inkişaf etməsinə gətirib çıxarır. Bir çox müəlliflərin (3, 5, 7) göstərdiyi kimi, somatik xəstəlikləri olan uşaqlarda viruslu hepatitlərin qoşulması onların vəziyyətinin ağırlaşmasına səbəb olur və ümumilikdə bu xəstələrin proqnozunu ağırlaşdırır.

Hazırkı dövrdə qeydə alınan kəskin viruslu hepatitlərin strukturunda kəskin A hepatitinin (VAH) payı yüksək olaraq qalır. Azərbaycan Respublikasının SN-nin «Sanitar Qaydaların təsdiqlənməsi haqqında» əmrinə əsasən «Viruslu hepatitlərlə xəstələrə münasibətdə sanitari-əkspepidemik (profilaktik) tədbirlərin təşkilinə və aparılmasına dair sanitari-epidemioloji tələblər A hepatitinə qarşı uşaqların 2 yaşdan etibarən, həmçinin 14 yaşa qədər – epidemioloji göstərişlərə əsasən vaksinasiyasını nəzərdə tutur».

Mövcud qaydalara əsasən hazırda Respublikada və onun rayonlarında viruslu hepatitlərə (VBH, VCH, VDH) qarşı vaksinasiya bütün yenidoğulmuşlar, tələbələr və şagirdlər, tibb işçiləri, təmasda olan şəxslər, qan preparatlarını alan resipiyentlər, İİV-infeksiyalı, onkohematoloji xəstələr, orqanlar köçürülən xəstələr və s. arasında aparılır ki, bu da viruslu hepatitlərlə xəstələnmə göstəricilərinin xeyli azalmasına imkan vermişdir. Deyilənlərlə yanaşı, kəskin VBH ilə xəstələnmə halları hələ də qeydə alınmaqdadır – o, Bakı şəhəri üzrə 35%, Ucar şəhərində – 10,2% təşkil edir. Kəskin viruslu hepatitlərdən letallıq 1,5%-ə qədər təşkil edir, 8%-dək hallarda infeksiyanın xronik prosesə keçməsi müşahidə edilir, 2,0-2,5% xəstədə xronik viruslu hepatitlərlə ağırlaşma, qaraciyər sirrozu, onkoloji xəstəliklər inkişaf edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. и др. Часто болеющие дети // Нижний Новгород. Изд.-во НГМА, 2003, 180 с.
2. Львов Д.К. Вирусные гепатиты С и Д // Вопросы вирусологии, 1998, №2, с.54-58.
3. Аскеров В.Ф., Карагезова А.А., Ибрагимова Г.Г. и др. Лечение хронических вирусных гепатитов у детей с соматической патологией / МЕТ ТРİ-nun Akad.V.Axundovun anadan olmasının 90 illik yubileyinə həsr olunmuş Elmi konfr. məcmuəsi., Bakı, 2006, s.41-43.
4. Полушина И.В. Состояние здоровья матери и ребенка в связи с факторами образа жизни //Рос. Мед.Журн., 1999, №2, с.15-18.
5. Яруллин А.Х. Медико-демографические показатели и заболеваемость детей в семьях, имеющих факторы социального риска //Казанс.мед.журн., 1994, №3, с.245-247.
6. Шмаков П.Ю. Медико-социальная характеристика контингента часто болеющих детей с различным иммунным статусом и пути их оздоровления. Автореф.дисс.канд.мед.наук. Рязань, 2002, 23 с.
7. Bosnia H. Dike van de Mheen, J.Nackenbach. Social class in Childhood and general health in adulthood // B.M.J., 1999, Vol.318, No2, p.18-22.

РЕЗЮМЕ

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В УДЖАРСКОМ РАЙОНЕ

Байрамлы З.С.
Центральная больница Уджарского района

Выводы: Структура заболеваемости вирусным гепатитом в Уджарском районе характеризуется высокими показателями в различных возрастных группах и особенно в возрастах 0-17 лет свидетельствующая о преимущественном значении инфицировано-иммунологических факторов.

Динамика заболеваемости в различных возрастных и социальных группах проявляется периодичностью. В мае-июле месяцах у детей отмечается подъем заболеваемости, а в остальные сезоны года периодически регистрируются случаи вирусных гепатита.

Для решения задачи снижения заболеваемости гепатитами необходимо; обязательное исследование крови у всех больных с неясным диагнозом, коренное улучшение условий внешней среды, благоустройство труда и быта водоснабжении, удаление и обезвреживание отходов, особенно в сельских населенных территориях.

SUMMARY

ABOUT EPIDEMIOLOGY OF VIRUS HEPATITIS IN THE UJAR REGION

Bayramli Z.S.
Central Hospital of Ujar region

The structure of viral hepatitis disease characterizes with high indicators in different age groups (especially in ages of 0-17) in the Ujar region. That shows the great importance of infectious and immunological factors.

In the different age and social groups the dynamics of the disease is appears in periodicity. The increasing of the level of the disease in children is noticeable in May-July, but in other seasons viral hepatitis disease is recorded periodically.

In order to decrease the level of viral hepatitis disease it is necessary to implement the followings: the absolute examination of the blood in all patients with unknown diagnosis, the renovation of the environmental conditions, the improvement of labor and living conditions and water supply, removing and neutralizing of the waste.

Daxil olub: 26.02.2016.

BİSİTOPENİYA MÜƏYYƏN OLUNMUŞ XƏSTƏLƏRDƏ ETİOLOJİ SƏBƏBLƏRİN ARAŞDIRILMASI

Abdullayev A.A.

**Qanuni Sultan Suleyman Təhsil Araşdırma Xəstəxanası,
İstanbul, Türkiyə.**

Sitopeniya qan hüceyrələrin (eritrosit, leykosit və ya trombositlərin) azalması deməkdir. Bisitopeniyaya qanda 2 elementin tərkibində azalma, pansitopeniyaya isə bütün qan elementlərin tərkibində azalma xarakterikdir. Bisitopeniya qanın hüceyrəvi elementlərinin müxtəlif birləşmələr şəklində olur. Bu anemiya və leykopeniya, anemiya və trombositopeniya, leykopeniya və trombositopeniya şəklində ola bilər. Çatışmayan hüceyrə ardıcılığına bağlı olaraq klinik əlamətlər ortaya çıxır. Anemiya, trombositopeniya və leykopeniyaya səbəb olan xəstəliklər bisitopeniyaya da səbəb olur. Etiologiyası sadə virus infeksiyalardan ciddi bədxassəli xəstəliklərə qədər dəyişir. Ədəbiyyata baxdığımızda bisitopeniya ilə əlaqədar işlərin çox az olduğunu və işlərin böyük əksəriyyətinin pansitopeniya ilə əlaqəli olduğunu görürük [1, 2]. Bütün bunlar bisitopeniya ilə əlaqədar işlərin əhəmiyyətini göstərir.

İşin məqsədi - bisitopeniya müəyyən olunmuş xəstələrdə etioloji səbəblərinin araşdırılmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işi Səhiyyə Nazirliyinin Qanuni Sultan Suleyman Təhsil Araşdırma Xəstəxanasında 2011 yanvar - 2012 mart ayları arasında aparılan tədqiqatlar nəticəsində bisitopeniya müəyyən olunmuş 2-17 yaş arasında 30 oğlan və 28 qız (cəmi 58 uşaq) üzərində aparılıb. Xəstələrin hamısına hemoqramma, periferik yaxma, biokimyəvi analizlər, birbaşa Coombs testi, retikulositlərin sayı, eritrositlərin çökmə sürəti, C-reaktiv zülal, dəmir, dəmir bağlama tutumu, ferritinin səviyyəsi, B₁₂ vitamini, fol turşusunun səviyyəsi, virusların seroloji müayinəsi, hepatit markerləri, HIV infeksiyası baxımından anti-HIV, salmonella - brusella aglütinasiya testləri, C-reaktiv zülalın təyini, revmatoloji müayinələr aparıldı. Qanın periferik yaxmasında atipik hüceyrə və ya malignizasiyaya şübhəli atipik hüceyrə müəyyən olduqda, digər müayinələrdə bisitopeniyanı müəyyən edən parametr olmayanda və yaxın müşahidədə bisitopeniya düzəlməyən xəstələrə sümük iliynin aspirasiyası aparılırdı. İlik, qan hüceyrələrinin (eritrosit, leykosit və trombosit) əmələ gətirdiyi orqandır. Sümük iliyyində qan hüceyrələrinin öncül hüceyrələri var. Sümük iliynin aspirasiyası bu hüceyrələrin sayı, quruluşu və funksiyaları barədə məlumat əldə etməyə imkan verir [3, 4]. Beləliklə, qan testləri, radioloji araşdırmalar kimi tədqiqatlar diaqnozu dəqiqləşməmiş qan xəstəliklərinin diaqnozunu düzgün qoyulmasını və müalicəsini mümkündür.

Pasiyentlərə lazım olduqda diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə sümük iliynin və limfa düyünlərin biopsiyası, portal dopler ultrasonoqrafiya, gastroezofageal endoskopiya kimi müayinələr aparıldı. Ayrıca eritrosit, leykosit, trombositlərin sərhədləri yaşa görə dəyişkənlik göstərdiyi üçün hər xəstəyə yaşına uyğun sərhədlər istinad olaraq yığıldı.

Sümük iliynin aspirasiyası steril şəraitdə və uyğun şəkildə "spina iliaca posterior superior" dan alınır və alınan material təmiz lamlara yayılır. Lamlar qurudulduqdan sonra May-Grunwald və Giemsa boyaqları ilə uyğun şəkildə boyandır.

Virusların seroloji müayinəsi və hepatit markerlərin qiymətləndirilməsi üçün 4 mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə yığıldı və 2-8 °C istilikdə ən qısa

müddətdə klinikanın seroloji laboratoriyasında baxıldı. Seroloji laboratoriyada Cobas e 601, Cobas e 411, Euroimmun Analyzer I-2P cihazlarında ELİSA (enzyme-linked immunosorbent assay), İFA (immunfloresan anticisim), EIA (enzyme immunoassay) üsulları ilə təyin edildi. Viral seroloji müayinələrdən Herpes simpleks virusu 1-2 İgM, İgG, Parvovirüs B₁₉, İgM, İgG, Ebstein Barr virusu, viral kapsid antigeni İgM, İgG (EBV, VCA, İgM, İgG), Rubella İgM, İgG, sitomeqalovirus İgM, İgG, toksoplazma İgM , İgG səviyyəsinə, hepatit seroloji müayinəsi üçün isə hepatit A virusu antitelləri (anti HAV, İgM, İgG), hepatit C virusu antitelləri (anti HCV, İgM, İgG) və hepatit B virusu antitelləri (hbs Ag, anti hbs, HBe, anti HBe, HBC, anti HBC) səviyyələrinə baxıldı.

HİV infeksiyası qiymətləndirilməsi üçün 3mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə yığıldı və 2-8°C istilikdə ən qısa müddətdə seroloji laboratoriyaya göndərildi. Seroloji laboratoriyada Cobas e 601, Cobas e 411 cihazlarında ELİSA üsulu istifadə edildi.

Dəmir, total dəmir bağlama tutumu səviyyələrinin qiymətləndirilməsi üçün təxminən 2 mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə alınaraq 2-8 °C dərəcə istilikdə ən qısa müddətdə biokimyəvi laboratoriyaya göndərildi və Hitachi P-800 cihazında kolorimetrik üsulu ilə avtomatik olaraq çalışıldı.

B₁₂, fol turşusunun, ferritin səviyyələrinin baxılması üçün təxminən 3 mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə alınaraq 2-8 °C dərəcədə ən qısa müddətdə laboratoriyaya göndərildi. B₁₂, fol turşusu, ferritin səviyyələri Unicel DXi 800 cihazında kemiluminisans üsulu ilə təyin edildi.

Revmatoloji xəstəliklər baxımından bütün xəstələrə Ant-ds DNT, ANA, Anti Kardiolipin İgM, İgG səviyyələrinə baxıldı. Uyğun şəkildə 3 mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə yığıldı və 2-8 °C dərəcədə ən qısa müddətdə immunologi laboratoriyaya göndərildi. ANA (antinuklear anticisim səviyyəsi) İFA (immunfloresan anticisim) texnikası ilə müəyyən edərəkən, anti kardiolipin İgM, İgG, Ant-ds DNT səviyyələri isə Euroimmun Analyzer I-2P cihazında EIA (enzyme immunoassay) üsulu ilə baxıldı.

Salmonella, brusella infeksiyalarının yoxlanılması üçün 3 mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə yığılaraq 2-8°C dərəcədə dərhal mikrobiologiya laboratoriyasına göndərildi və Grubel Widal (damla aglutinasiyası), Rose Bengal, Wright (serum balon aglutinasiya testi) və Coombs testləri ilə baxıldı.

Biokimyəvi parametrlər üçün 4 mm venoz qan düz sınaq şüşəsinə yığıldı və 2-8 °C dərəcə istilikdə gözləndikdən biokimyəvi laboratoriyaya göndərildi. Roche Modular cihazında kolorimetrik üsulu ilə baxıldı.

C-reaktiv protein səviyyəsi üçün 1 mm venoz qan alınaraq immunologiya laboratoriyasında nefelometrik üsul ilə Beckman Coulter İmmage 800 cihazında, ESR səviyyəsi üçün isə 2 mm venoz qan alınaraq Vacuplus ESR-120 cihazında Westergren metodu ilə baxıldı.

Uşaqların cinsiyyəti, yaşı, müraciət edərəkən şikayətləri, kliniki göstəriciləri və xəstəxanada qalma müddəti əvvəldən hazırlanmış formalara qeyd edildi.

Bütün hesablamalar fərdi kompüterdə standart Excel proqramının köməyi ilə müvafiq paketlərlə aparılmışdır.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Xəstələrin periferik qan yaxmasında bədxassəli hüceyrə və ya malignizasiyaya şübhəli atipik hüceyrə müəyyən olduqda ya da bisitopeniyanın etiologiyasının aydın olmayan ümumi 39 xəstədə (67,24%) sümük iliynin aspirasiyası aparıldı. Sümük iliynin aspirasiyası aparılan 20,51% (n=8) xəstədə heç bir dəyişiklik aşkarlanmazkən, 79,49%-da (n=31) sümük iliynin patoloji dəyişikliklər təyin edilmişdir. Bunların yayılması isə 71,79% (n=28) nisbəti ilə kəskin limfosit leykoz (KLL) və kəskin miyeloid leykoz (KML), 2,56% (n=1) nisbəti ilə histiosit artımı, 2,56% (n=1) nisbəti ilə depo hüceyrəsi və 2,56%

(n=1) ilə aplastik anemiya şəklindədir və bisitopeniya ilə gələn xəstələrdə bu patoloji göstəricilərin müəyyən olunması statistik dürüstlüyü göstərdi ($p < 0,05$).

Bütün xəstələrin B₁₂ vitamini və fol turşusunun səviyyəsinə baxıldı. 58 xəstədən 3-də (5,1%) B₁₂ vitamini çatışmazlığı müəyyən olundu. Lakin bu dəyər statistik olaraq dürüst qəbul edilmədi ($p > 0,05$).

Uşaqlarda (n=58) salmonella infeksiyasının aşkarlayan seroloji testlərdə dəyişiklik təsbit edilmədi. Ayrıca xəstələrdə salmonella infeksiyasını təsdiqləyən kliniki parametrlər və şikayətlər də aşkarlanmadı.

Brusella infeksiyasına şübhə ilə baxılan 56 (96,6%) xəstədən 2 uşaqda (3,4%) aglutinasiya testləri müsbət müəyyən olundu. Ayrıca bu xəstələrin anamnezində ev şəraitində hazırlanmış pendirdən istifadə etdikləri müəyyən olunmuşdur. Lakin bisitopeniyalı xəstələrdə 3,4% nisbətində aşkarlanan bu infeksiya, etioloji səbəblər arasında statistik olaraq mənalı müəyyən olunmadı.

Bütün 58 xəstədə EBV-VCA (viral-capsid-antigen) İgM, İgG, EBV EA İgM, İgG, Parvovirüs B₁₉ İgM, İgG, Anti-CMV İgM və İgG baxıldı. Lakin heç bir xəstədə kəskin infeksiya göstəricisinə rast gəlinmədi. Seroloji müayinələr aparılan bu virus xəstəliklərdə bisitopeniyanın etiologiyasının səbəbləri arasında sayılamadı və statistik olaraq mənalı tapılmadı.

Bütün xəstələrdə (n=58) baxılan revmatoloji müayinələrdən ANA, Anti-kardiolipin, anti-ds DNT-nin hamısı 1(n=1,7%) xəstədə müsbət nəticələndi. Lakin bir xəstədə aşkarlanan bu seroloji parametr bisitopeniyanın etiologiyası arasında statistik olaraq dürüst aşkarlanmadı.

Bütün (n=58) xəstələrdə baxılan hepatit seroloji müayinəsində - HBsAg, AntiHBs, AntiHAV İgM, İgG, Anti HCV və HIV infeksiyası baxımından baxılan anti-HIV qiymətləndirməsində kəskin infeksiyaya düşündürən parametr aşkarlanmadı və bisitopeniyanın etiologiyasında dürüstlük aşkarlanmadı.

Xəstələrin etioloji səbəblərini araşdırıldığında 28 (48,3%) xəstədə leykoz, 13 (22,4%) uşaqda digər idiopatik səbəblər, 8 (13,8%) nəfərdə virus yüklənməsi, 3 (5,2%) xəstədə B₁₂ vitamin çatışmazlığı, 2-də (3,4%) brusella infeksiyası, 1 (1,7%) xəstədə portal hipertenziya, 1 (1,7%) pasiyentdə aplastik anemiya, 1 (1,7%) halda depo xəstəliyi, 1 (1,72%) uşaqda sistem qırmızı qurd eşənəyi müəyyən olundu. Etiologiyada leykoz ən tez-tez rast gəlinən səbəb olaraq müəyyən olundu və statistik mənalı tapıldı (cədvəl).

Cədvəl № 1.

Bisitopeniya diaqnozu qoyulmuş uşaqlarda etioloji səbəblərin statistik göstəriciləri.

*Qeyd: *- Kolmogorov Smirnov testi (KS) istifadə edilmişdir.*

Nəticələr

1. Bisitopeniya müəyyən olunmuş xəstələrdə qanın periferik yaxması və sümük iliynin aspirasiyası, xüsusilə bədxassəli xəstəliklərin diaqnozunda, əhəmiyyətli rolunun olduğu müəyyən olundu.

2. Bisitopeniyalı xəstələrdə virus seroloji, hepatit seroloji, salmonella-brusella aglutinasiya testləri, B₁₂ vitaminin, fol turşusunun səviyyəsi və revmatoloji xəstəliklərin diaqnostik testlərinə baxıldı. Bu müayinələrin nəticələrində statistik dürüstlük və bisitopeniya müəyyən olunan xəstələrin etiologiyasının araşdırıldığında bədxassəli xəstəliklərin ən tez-tez rast gəldiyi müəyyən olundu.

Etiologiya	Sayı (n)	%	P
Leykoz	28	48,3	0,047*
Digər idiopatik səbəblər	13	22,4	
Virus yüklənməsi	8	13,8	
B ₁₂ vitamin çatışmazlığı	3	5,2	
Brusella	2	3,4	
Depo xəstəliyi	1	1,7	
Portal hipertenziya	1	1,7	
Aplastik anemiya	1	1,7	
Sistem qırmızı qurd eşənəyi	1	1,7	

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Shano Naseem¹, Ram Kumar Marwaha¹, Neelam Varma², Reena Das² et al. Pediatric patients with bicytopenia/pancytopenia. Review of etiologies and clinico-hematological profile at a tertiary center // Indian Journal of pathology and microbiology, 2011, №54 (1), p.75-80.
2. Bates I., Bain B.J. Approach to diagnosis and classification of blood diseases // Practical Haematology. 10th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2006, p.609-624.
3. Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5th ed. Lippincott Williams&Wilkins, 2006.
4. Ayşegül Ünüvar. Onkolojik Hastada Kan Tablosu Bozukluğu // Herkes İçin Çocuk Kanserlerinde Tanı Sempozyum Dizisi, 2006, №49, s.103- 105.

РЕЗЮМЕ

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ С
БИЦИТОПЕНИЕЙ**

Абдуллаев А.А.

Учебно-исследовательская клиника имени Султана Сулеймана, Стамбул,
Турция

Панцитопения - это состояние, характеризующейся снижением состава всех элементов крови, а бицитопения - это снижение двух элементов крови, которые формируют ее состав. Цель исследования - исследование этиологических факторов у больных с бицитопенией. Исследование проводилось в период с января по март 2012 года. В исследование были включены 58 детей, из них 30 мальчиков и 28 девочек. Была выявлена значимая роль, особенно при выявлении злокачественных заболеваний, исследование мазка крови и аспирация костного мозга у детей с бицитопенией. Были проведены различные диагностические тесты по выявлению заболеваний, протекающие с бицитопенией. Наиболее часто с бицитопенией протекали злокачественные заболевания.

Ключевые слова: бицитопения, исследование крови, заболевания крови.

SUMMARY

**RESEARCH THE ETIOLOGICHELKIKH OF FACTORS AT PATIENTS WITH A
BITSITOPENIYA**

Abdullaev A. A.

Educational and research clinic of Sultan Suleyman, Istanbul, Turkey

Pantsitopeniya is a state, the blood which is characterized by decrease in structure of all elements, and the bitsitopeniya is a decrease in two elements of blood which form its structure. A research objective - research the etiologicheskikh of factors at patients with a bitsitopeniya. Research was conducted during the period from January to March. Research included 58 children, from them 30 boys and 28 girls. The significant role was revealed, especially at detection of malignant diseases, research of dab of blood and aspiration of marrow at children with a bitsitopeniya. Various diagnostic tests on detection of diseases proceeding with a bitsitopeniya were carried out. Most often with a bitsitopeniya malignant diseases proceeded.

Keywords: bitsitopeniye, blood test, blood diseases.

UŞAQLARDA İNSAN LEYKOSİTAR ANTİCİSİM SİSTEMİNİN DR-DQ2 SEROTİPİ VƏ İNSULİNDƏNASILI ŞƏKƏRLİ DİABETƏ RISK

Əhmədov G.Ə.

Azərbaycan Tibb Universiteti, “II Uşaq xəstəlikləri” kafedrası, Bakı.

Acar sözlər: şəkərli diabet, uşaqlar, DQ2 serotipi

Hal-hazırda İnsan Leykosit Anticisim (İLA) sisteminin strukturunun və funksiyalarının öyrənilməsi hələ tam başa çatmayıb. Əsas Toxuma Uyğunluğu Kompleksi (ƏTUK) ən polimorf genetik sistemlərdən biri olmaqla orqanizmdə bir sıra funksiyaları yerinə yetirir. Bunlardan əsası immun cavaba genetik nəzarətdir. Bu nəzarətin pozulması autoimmun və şiş xəstəliklərinə yol açır. ƏTUK sisteminin polimorfizminin öyrənilməsi onun strukturunun və funksiyasının öyrənilməsinə yönələn ən effektiv üsullardan biridir. Bunları öyrənmədən klinik transplantologiyanı inkişaf etdirmək olmaz. Gösrərilən funksiyaların müxtəlifliyi ƏTUK-un özünəməxsus quruluşu ilə əlaqədardır. Bu xüsusiyyətlərdən biri ƏTUK-un allel polimorfizmidir (1,2).

Hər il İLA ilə əlaqəli beynəlxalq konfranslar keçirilir. İlk belə konfrans 1954-cü ildə keçirilmişdir. Belə konfransların keçirilməsində məqsəd İLA barədə yeni məlumatların iştirakçılar arasında bölüşmək, yeni aşkar olunan allellər barədə məlumat verməkdir. İLA-nın yeni allelləri barədə məlumat demək olar ki, hər həftə daxil olur. Son illər aşkar olunan allellərin xəstəliklərlə əlaqəsi yüksək səviyyədə təsdiq olunur. İllik yenilənən allellər barədə məlumat www.ebi.ac.uk/imgt/hla saytında yerləşdirilir (3).

Bir sıra tədqiqatlar İnsan Leykosit Antigen sistemində insulindənasılı şəkərli diabetə (İAŞD) meyilli və qoruyucu genlərin olmasını göstərmişdir. 6p21.31 İnsan xromosomunun Əsas Toxuma Uyğunluğu Kompleksində (ƏTUK) İAŞD-lə əlaqəli olan ölçüsü 3.6 Mb olan 224 gen mövcuddur. Bu genlər toplusu İDDM1 adlanır. Şəkərli diabetin ƏTUK ilə əlaqəsi 1973-cü ildən öyrənilməyə başlanılmışdır. Şəkərli diabetin (ŞD) İLA ilə əlaqəsi ilk dəfə 1973-cü ildə öyrənilmiş və ilk dəfə İLA-nın I sinifindən olan B8 və B15 genlərində göstərilmişdir. İLA II sinifin ölçüsü 2Mb.-dir. Bura fəalyyət göstərən 13 gen (DNA, DOB, DPA1, DPB1, DPB2, DQA1-A2, DQB1-B3, DRA, DRB1 və DRB3 genləri), İLA ilə əlaqəli olan, informasiyanı təhlil edən 7 gen (DMA, DMB, LMP2, LMP7, TAP1, TAP2 və TAP8P) və 4 psevdogen daxildir (4).

Allellərdən birinin qoruyucu olmasına baxmayaraq başqa diabetogen allellərin olması xəstəliyə həssaslığı artırır. Məsələn, yaponlarda DQB1*0302 alleli qoruyucu xüsusiyyətə malikdir (8,9). Sardinialılarda isə bu allel xəstəliyə həssas bir allel sayılır. Bunun misalında göstərmək olar ki, hər hansı bir millət üçün xəstəliyə həssas olan allel başqa millət üçün qoruyucu ola bilər. Əksər hallarda isə DR2, DR5 və DR7 haplotipləri qoruyucu xüsusiyyətə malikdir (7).

Rus populyasiyasında aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, bu populyasiyada İAŞD olanlarda İLA-DRB12*4, İLA-DRB1*17, İLA-DQA1*0301, İLA-DQB1*0201, İLA-DQB1*0304 allelləri daha tez-taz aşkar olur. İLA-DRB1*7, İLA-DRB1*11, İLA-DRB1*13, İLA-DRB1*15, İLA-DQA1*0102, İLA-DQA1*0201, İLA-DQB1*0301 və İLA-DQB1*0602 allelləri isə qoruyucu xüsusiyyətə malikdir (10).

2016-cı ilin Aprel ayına olan məlumatlara əsasən İLA allellərinin sayı aşağıdakı 1-ci cədvəldə göstərilmişdir (14).

İLA allelərinin sayı

İLA-nın I sinifinə aid olan allelərin sayı											10730
İLA-nın II sinifinə aid olan allelərin sayı											3743
İLA-nın ümumi allelərin sayı											14473
Digər İLA olmayan allellər											177
Məxfi allelərin sayı											7
İLA-nın II sinifi											
Gen	<i>DRA</i>	<i>DRB</i>	<i>DQA1</i>	<i>DQB1</i>	<i>DPA1</i>	<i>DPB1</i>	<i>DMA</i>	<i>DMB</i>	<i>DOA</i>	<i>DOB</i>	
Allel	7	2018	69	911	43	644	6	7	13	12	

Antigenləri eyni olan allellər toplusuna serotip deyilir. Məsələn, DR1, DR2, DR3 serotipləri və s. (11).

Məlumdur ki, İLA DQ haplotipinin müxtəlif serotipləri İLA DQ1, İLA DRQ2, İLA D14, İLA DQ7, İLA DQ8, İLA DQ9 vardır.

İLA DQ2- nin 3 subtipi vardır: DQ2.2, DQ2.3 və DQ2.5. İLA-DQ2 serotipi iki haplotipdən ibarətdir: DQA1 və DQB1 (cədvəl 2). DQ2 serotipi cox vaxt İLA-DQB1*02 kimi də adlanır və onlar sinonimlərdir. İLA DQ2 serotipi autoimmun xəstəliklər üçün, o cümlədən insulindənəsılı şəkərli diabet üçün bir risk təşkil edir.

Cədvəl № 2.

İLA DQ2-nin haplotipləri

DQ2.5 serotipinə DQB1*2 və DQA1*05 allelləri daxildir. DQ8 serotipinə DQB1*03:02 və DQA1*05 allelləri daxildir.

İşin məqsədi. Aparılan tədqiqatın məqsədi azərbaycan populyasiyasından olan uşaqlarda İLA DQ2 serotipinə görə diabetik riski araşdırmaqdan ibarət olmuşdur.

Material və metodlar. Bu məqsədlə Bakı şəhəri 6 saylı klinik uşaq klinik xəstəxanasının endokrinoloji şöbəsinə müraciət edən və şəkərli diabetli olan xəstələr müayinə olunmuşlar. Bu uşaqlara klinik, laborator, instrumental müayinələrin nəticələrinə əsasən insulindənəsılı şəkərli diabet diaqnozu qoyulmuşdur. Genetik müayinə məqsədilə şəkərli diabeti olan 160 uşaq müayinədən keçirilmişdir. Nəzarət qrupunu müxtəlif yaşlardan olan 271 nəfər təşkil etmişdir.

Genetik müayinələr Cexiyanın Praqa şəhərində yerləşən Motol universitetinin molekulyar-genetik laboratoriyasında PCR üsulu ilə aparılmışdır.

Müayinələrin nəticələri və onların müzakirəsi. Uşaqların 50,6%-ni oğlanlar (n=81), 49,4 %-ni (n=79) isə qızlar təşkil etmişdir (p>0,05). Xəstələr 1-18 yaşlar arasında olmuş, orta yaş dövrü 9,0 yaş təşkil etmişdir. Uşaqlar yaş qruplarına görə aşağıdakı şəkildə bölünmüşdür (cədvəl 3):

Bütün xəstələrdə İAŞD aşkar edilmişdir. Müayinə olunan diabetli xəstələrin 1,9%-də (n=3) diabetik retinopatiya, 2,5%-də (n=4) nefropatiya, 4,4%-də (n=7) neyropatiya aşkar edilmişdir (şəkil 1). Anket məlumatlarına əsasən xəstələrin ailələrinin 7,5%-də (n=12) İAŞD, 31,2%-də (n=50) İAOŞD qeydə alınmışdır.

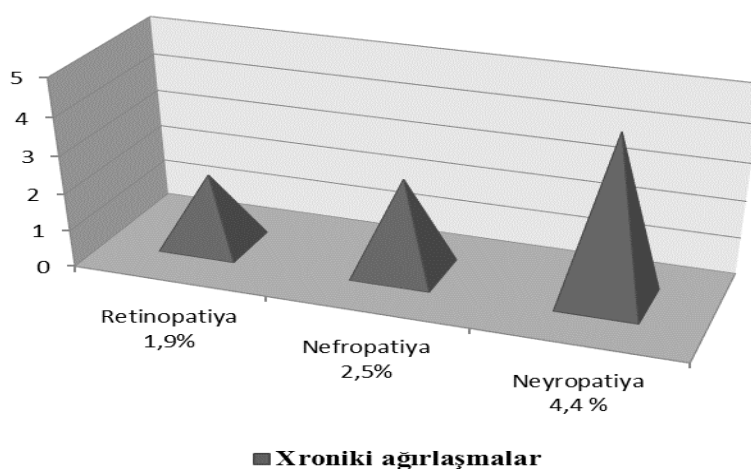
Haplotip		Haplotip	
İsoform,	Subtip	DQA1	DQB1
DQ $\alpha^2\beta^2$	DQ2.2	*0201	*0202
DQ $\alpha^3\beta^2$	DQ2.3	*0303	*0202
DQ $\alpha^5\beta^2$	DQ2.5	*0501	*0201

Cədvəl № 3.*Xəstə uşaqların yaş qrupları üzrə bölünməsi*

Yaş qrupları	Qızların sayı	Oğlanların sayı	Cəmi
0-4 yaş	10	8	18
5-9 yaş	33	30	63
10-14 yaş	31	41	72
15-18 yaş	5	2	7
Cəmi	75	81	160

Müayinə olunan şəkərli diabetili uşaqlarda İLA DQ2 serotipinin yaşlar üzrə bölünməsi aşağıdakı 4-cü cədvəldə verilmişdir.

Sağlam uşaqların 18,8%-də (n=51) İLA DQ2 serotipi aşkar edilmişdir. Şəkərli diabeti olan uşaqlarda isə bu göstərici 39,4% (n=63) təşkil etmişdir ($p < 0,02$). Xəstələrin əksəriyyətində fərq doğuracaq dərəcədə DQA1*0501 və DQB1*0201 allelləri aşkar edilmişdir.

Şəkil 1.*Diabetli xəstələrdə xroniki ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi*

İLA DQ allelləri ilə ailədə diabetin müxtəlif tiplərinin olması, diabetin manifestasiya yaşı arasındakı korrelyasiya əlaqəsi öyrənilmişdir. Məlum olmuşdur ki, İLA DQA1 allel 2 ilə diabetin manifestasiya yaşı arasında müsbət korrelyasiya əlaqəsi vardır ($r = +0,18$, $p < 0,05$). Ailədə insulindənasılı diabetin olması ilə diabetin manifestasiya dövrü arasında isə mənfi korrelyasiya qeydə alınmışdır ($r = -0,21$, $p < 0,05$).

Cədvəl № 4.*İLA DQ2 serotipin yaşlar üzrə rastgəlmə tezliyi*

Yaş qrupları	DQ2		
	Müsbət	Mənfi	Cəmi
0-4 yaş	7	11	18
5-9 yaş	30	33	63
10-14 yaş	24	48	72
15-18 yaş	2	5	7
Cəmi	63	97	160

Müayinə olunan xəstə uşaqların 53,7%-də (n=86) İLA DQ8 serotipi, nəzarət qrupunda isə 22,4%-də (n=62) ($p < 0,0001$), 31,9%-də (n=51) İLA DQ2/8 serotipi, nəzarət qrupunda isə 2,8%-də (n=8) ($p < 0,0001$) aşkar edilmişdir.

Beləliklə, insulindənasılı şəkərli diabeti olan uşaqlarda İLA DQ ilə diabet arasındakı əlaqə araşdırılmışdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Койко, Р., Саншайн Д., Бенджамини Э. Иммунология; пер. с англ. А. В. Камаева, А. Ю. Кузнецовой под ред. Н. Б. Серебряной. -М: Издательский центр «Академия», 2008. — 368 с.
2. Janeway CA Jr, Travers P, Walport M, et al Immunobiology: The Immune System in Health and Disease. 5th edition., New York: Garland Science; 2001. 730 pages
3. www.ebi.ac.uk/imgt/hla
4. MHC Sequencing Consortium (1999). "Complete sequence and gene map of a human major histocompatibility complex".// Nature 401 (6756): 921–923
5. Ober C, Weitkamp LR, Cox N, et. al., "[HLA and mate choice in humans.](#)"// Am. J. Hum. Genet. 1997;61 (3): 497–504.
6. Castro-Prieto A, Wachter B, Sommer S "Cheetah paradigm revisited: MHC diversity in the world's largest free-ranging population".// Mol. Biol. Evol. 2011.28 (4): 1455–68.
7. Casu A, Pascutto C, Bernardinelli L, Songini M. Type 1 diabetes among sardinian children is increasing: the Sardinian diabetes register for children aged 0–14 years (1989–1999).// Diabetes Care. 2004;27(7):1623–162.
8. [Shigetaka Sugihara](#). Genetic susceptibility of childhood type 1 diabetes mellitus in Japan.// [Pediatric endocrinology reviews: PER](#) 10 Suppl 1(Suppl. 1):62-71 · October 2012.
9. N. Matsuura, K. Eguchi. Type 1 diabetes in Japan. //Diabetologia, May 2006, 49:828.
10. Gavrilov DK1, Kuraeva TL, Dedov II, et.al., Frequency analysis of HLA-DQA1 and HLA-DQB1 gene alleles and susceptibility to type 1 diabetes mellitus in Russian patients. //Acta Diabetol. 1994 Jun;31(2):82-6.
11. Klitz W, Maiers M, Spellman S, et.al., "New HLA haplotype frequency reference standards: high-resolution and large sample typing of HLA DR-DQ haplotypes in a sample of European Americans".//Tissue Antigens 2003 62 (4): 296–307.
12. Marsh S.G, Albert E.D, Bodmer WF, et.al., "Nomenclature for factors of the HLA System, 2004".// Tissue Antigens 2005 65 (4): 301–369.
13. Robinson J, Waller M, Parham P, et.al., "IMGT/HLA and IMGT/MHC: sequence databases for the study of the major histocompatibility complex."// Nucleic Acids Res 2003.31 (1): 311–4.
14. <http://hla.alleles.org/nomenclature/stats.html>
15. Gericke, Niklas Markus; Hagberg, Mariana (5 December 2006). "Definition of historical models of gene function and their relation to students' understanding of genetics". //Science & Education 16 (7–8): 849–881. Bibcode: 2007Sc&Ed. 16.849G.

РЕЗЮМЕ

РИСК ИНСУЛИНОЗАВИСОМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА И СЕРОТИП DR-DQ2 ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЛЕЙКОЦИТАРНОГО АНТИГЕНА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Г.А.

Азербайджанский Медицинский Университет,
кафедра "Детские болезни 2", г. Баку

Ключевые слова: сахарный диабет, дети, гаплотип DQ

В данном исследовании было изучено влияние риска развития сахарного диабета у детей по гаплотипу человеческого лейкоцитарного антигена HLA DQ2. В ходе исследования у группе здоровых было выявлено 18,8% (n=51) HLA DQ2, а в группе больных этот показатель составил 39,4% (n=63) (p<0,02). У большинство больных были обнаружены следующие аллели DQA1*0501 и DQB1*0201.

А также были изучены корреляционная связь между началом манифестации сахарного диабета и наличие диабета в семье. Было выявлено положительная корреляционная связь между манифестацией диабета и HLA DQ2 (r=+0,18, p<0,05). Но не было выявлено корреляция между частотой встречаемости сахарного диабета в семье, осложнениями с HLA DQ2.

SUMMARY

INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS AND THE RISK OF DIABETES FOR THE SEROTYPE DR-DQ2 HUMAN LEUKOCYTE ANTIGEN IN CHILDREN

Ahmadov G. A.

Azerbaijan Medical University,
"Department of Childhood diseases 2", Baku

Key words: diabetes mellitus, children, serotype DQ

In this investigation was studied the risk of development of diabetes mellitus in children according to serotype human leukocyte antigen (HLA) DQ2. In healthy group revealed 18.8% (n=51) HLA DQ2 and in the group of patients was 39.4% (n=63) (p<0.02). In most patients was discovered the following alleles of DQA1*0501 and DQB1*0201. And also studied the correlation between early manifestation of diabetes mellitus and presence of diabetes in the family. Was revealed positive correlation between the manifestation of diabetes mellitus and HLA DQ2 (r=+0,18, p<0,05). But it was not found correlation between the incidence of diabetes in the family, diabetes complications and HLA DQ2.

Daxil olub: 29.06.2016.

ERİTEMATÖZ TELEANGİEKTATİK ROZASEA XƏSTƏLİYİNİN IPL İLƏ MÜALİCƏSİ.

İskəndərli M.N., Ertam İ.İ., Ünal İ.K.

Egey Universiteti Tibb Fakültəsi, Dəri və Zöhrəvi Xəstəlikləri Kafedrası, İzmir, Türkiyə

Açar sözlər: Eritematoz teleangiektatik rozasea; IPL; vizual analog şkalası: qlobal həkim qiymətlənmə şkalası; dermatoloji həyat keyfiyyəti indeksi

Key words: Erythematous telangiectatic rosacea; IPL; dermatologic quality of life, visual analog scale; global physician assesment scale; dermatology life quality index

Ключевые слова: Эритематозной телеангиэктатической розацеа, IPL, шкала визуального аналога; шкала глобальной оценки врачей; дерматологический индекс качества жизни

Akne rozase (AR) xəstəliyinin bir kliniki varyantı sayılan eritematoz teleangiektatik rozasenin (ETR) müalicəsində sistemli və istərsə də yerli medikamentoz müalicələri mövcuddur. Son zamanlar ETR müalicəsində IPL (intense pulse light) metodu dermatologiyada müvəffəqiyyətlə istifadə olunur. IPL - in ETR müalicəsində effektivliyini göstərən elmi tədqiqatlar beynəlxalq ədəbiyyatlarda mövcuddur. Papageoirqiou və həmkarları tərəfindən flaşinq, eritema və teleangiektaziya ilə davam edən 9 - u kişi, 25 - i qadın olan, ümumilikdə I mərhələ rozase və ya ETR xəstəliyi olan 34 pasiyenti IPL alətini həftə intervallarla ümumilikdə 4 seans olaraq tətbiq edilmiş və xəstələr 6 ay boyunca müşahidə altında saxlanılmışdır (1). Eritema və teleangiektaziya şiddəti isə həkim tərəfindən 0 - 10 dərəcəlik visual analog şkalası (VAS) vasitəsilə qiymətləndirilmişdir. Digər elmi araşdırmalarda isə ETR-in müalicə effektivliyini təyin etmək üçün fərqli metodlar istifadə edilsə də xəstələrin həyat keyfiyyətindəki (HK) dəyişmələri təhlil etmək üçün dermtoloji həyat keyfiyyəti indeksi (DHKİ) və qısa forma-36 kimi (QF-36) HK qiymətləndirmə ölçüləri istifadə edilməmişdir (2-4). ETR müalicəsində pulsed dye lazer müalicəsinin müvəffəqiyyətini göstərmək üçün DHKİ ölçməsinə istifadə edərək aparılan tədqiqatlar mövcuddur (5), lakin IPL müalicəsinin effektivliyini HK ilə göstərən tədqiqat Türkiyə Cümhuriyyətində, və beynəlxalq səviyyədə aparılmamışdır.

Bu səbəblə burada biz, IPL müalicəsinin ETR xəstələrinin klinik olaraq yaxşılaşmaya nə qədər tövhə verdiyini və HK-də ola biləcək dəyişiklikləri

qiymətləndirmək məqsədiylə kohort və açıq-kontrolsuz elmi tədqiqat aparmağı planlaşdırdıq.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqatda iştirak edənlər ETR diaqnozu qoyulmuş 18 - 65 yaş arasında ola 30 xəstədir. Doksasiklin, oral retinoid kimi fotosensitizan dərman qəbul edənlər, hamiləlik və laktasiya vəziyyətində olanlar, lupus, solar övrə kimi işıqla induksiyaalanan xəstəlikləri olanlar, təkrarlayan herpes infeksiyası keçirənlər və son bir aydır rozase müalicəsi altında olanlar bu elmi araşdırmaya qəbul edilməmişdir. Seanslar 4 həftədən bir olacaq şəkildə toplam 3 seans IPL terapiyası planlaşdırıldı. Ümumilikdə 3 seans IPL müalicəsindən sonra sıx impulsu işığın rozase xəstələrində müalicənin effektivliyi qiymətləndirilmişdir. Bunun üçün ilk seans IPL müalicəsindən əvvəl, ETR şiddətini müəyyənləşdirmək məqsədi ilə tədqiqatda iştirak edən həkimlər tərəfindən qlobal həkim qiymətləndirmə şkalası (QHQS) forması doldurulmuşdur. Xəstələr tərəfindən yanma, batma kimi simptomların şiddətini ölçmək üçün VAŞ forması doldurulmuşdur. Eyni formalar təkrar 3 - cü seansda (12 həftə sonra) doldurulmuşdur. Sonda ETR xəstələrinin 3 seans IPL müalicəsindən sonra klinik görüntüdə ehtimal edilən dəyişiklik statiki olaraq analiz edilmişdir. Sonra isə IPL effektivliyi ilə demoqrafik göstəricilər və tətikləyici faktorlar arasında korrelasiya aparılmışdı. VAŞ rəqəmsal olaraq ölçülməsi mümkün olmayan bəzi dəyərləri rəqəmsal şəkllə gətirmək üçün istifadə edilir. 100 mm - lik bir xəttin iki ucuna qiymətləndiriləcək parametrlin adı yazılır və xəstədən bu xəttin üstündə öz vəziyyətinin hansına uyğun olduğunu bir xətt çəkərək və ya nöqtə qoyaraq və ya işarə edərək göstərməsi tələb edilir.

QHQS həkim tərəfindən xəstədə hər hansı bir xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini göstərmək üçün istifadə edilən dərəcələndirmə metodudur. Bu elmi tədqiqatda ETR şiddəti 5 dərəcədə baxılmışdır: Ən aşağı dərəcə “0”, ən yüksək dərəcə isə “4” qəbul edilmişdir. 0 – hər hansı bir simptomu yoxdur, 1 - yüngül, 2-orta, 3-şiddətli, 4- çox şiddətli olaraq dərəcələndirilmişdir. QF-36, həyat keyfiyyətini qiymətləndirmək məqsədi ilə Rand Corporation tərəfindən hazırlanmış və istifadəyə verilmişdir. QF-36 ilə xəstələrin həm fiziki, həm də psixi sağlamlıqları qiymətləndirilir. Forma 36 sualdan təşkil olunmuşdur və sağlamlığı 8 müxtəlif parametrlərdə analiz edir; Fiziki funksiyalıqlıq (FF), fiziki hərəkət məhdudluğu (FHM), sosial funksiyalıqlıq (SF), hissi rol (HR), bədəndə ağrı (BA), canlılıq (CA), ümumi psixi sağlamlığı (ÜPS) və ümumi sağlamlıq (ÜS). Qiymət intervalı 0 (ən aşağı) ilə 100 (ən yüksək) arasında dəyişir və yüksək qiymətlər daha yaxşı həyat keyfiyyətini göstərir. Bütün bölmələr müstəqil şəkildə qiymətləndirilir. QF - 36 həyat keyfiyyətinin ölçülməsində qiymətlər, hər kateqoriya üçün; 87 - 100 “mükəmməl”, 75,5 - 86,9 “çox yaxşı”, 56 - 75,4 “yaxşı”, 30,6 - 55,9 “pis” və 0 - 30,5 “çox pis” şəkildə təsnif edilmişdir. DHKİ dermatologiyada ən sıx istifadə edilən həyat keyfiyyəti ölçmələrindən biridir. Sorğu 16 yaşından böyük xəstələrə tətbiq edilə bilər. DHKİ; simptomalar və xəstənin hiss etdikləri, günlük fəaliyyətlər, boş vaxtı qiymətləndirmə, məktəb və iş həyatı, fərdi münasibətlər və müalicə üzrə sub başlıqlarından təşkil olunan, dörd ehtimal cavabın olduğu, ümumilikdə 10 sualdan ibarət olan formadır. Hər bir suala verilə biləcək qiymət ən az 0, ən çox 3 olub, ümumilikdə maksimum skor 30, minimum skor 0 - dir. Skorun yüksək olması pozulmuş həyat keyfiyyəti ilə düz mütənasibdir.

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi: Bu elmi araşdırmada əldə edilən məlumatların statistiki qiymətləndirilməsi nəticəsində statistiki olaraq mühüm P dəyərləri əldə edilmişdir. VAŞ, QHQS, DHKİ və QF - 36 miqyaslarının baza qiymətləri ilə IPL müalicəsindən sonra əldə edilən dəyərlər arasında statistiki baxımdan mühüm fərq müəyyən edilmişdir. IPL müalicəsindən sonra simptomların miqyası olan VAŞ - da orta hesabla 3.13 vahid sağalma müəyyən

edilmişdir. Xəstələrin ilk müayinədə VAŞ - da verdikləri ən yüksək dəyər 10, ən aşağı dəyər isə 5 idi. Heç bir xəstədə IPL müalicəsindən sonra VAŞ qiymətində artma, yəni ağırlaşma müşahidə edilməmişdir. Yalnız bir xəstədə ilk və son müayinələrdəki VAŞ qiymətində fərq müşahidə edilməmişdir. Bu xəstənin QHQŞ - də də düzəlmə müşahidə edilməmişdir. Digər tərəfdən QF-36 da kliniki yaxşılaşma müşahidə edilsə də statistiki baxımdan vacib hesab edilməmişdir. Nəticə olaraq VAŞ ilə xəstələri tədqiq etdiyimizdə yalnız bir xəstədə sağalma müşahidə edilməmişdir. Digər xəstələrdə VAŞ ilə tədqiq etdiyimizdə statistiki olaraq lazımi qədər yaxşılaşma müəyyən edilmişdir. ETR - in şiddəti həkim tərəfindən ilk və son müayinələrdə QHQŞ ilə ölçülmüşdür və orta hesabla 1.6 vahid azalma müşahidə edilmişdir. İlk müayinədə xəstələrə verilən ən yüksək dəyər 4, ən minimal dəyər isə 2 idi. IPL müalicəsindən sonra QHQŞ ilə tədqiq etdiyimiz xəstələrin heç birində ağırlaşma halı müşahidə edilməmişdir. 3 xəstədə IPL müalicəsindən sonra qiymətləndirmədə ETR şiddətində fərq müşahidə edilməmişdir. Digər xəstələrin şiddət dəyərlərində statistiki baxımdan mühüm azalma müəyyən edilmişdir. QF-36 ilə 30 xəstənin HK 8 bölmədə qiymətləndirilmişdir. FF, FHM və BA bölmələrində mühüm fərq müşahidə edilməmişdir. Hətta bu parametrlərdə əksər xəstələr verilən suallara 100 qiyməti, yəni tam sağlam olaraq cavablandırmışdılar. AR xəstəliyi sistemik deyil, lokal bir xəstəlik olduğundan QF - 36-nın FF, FHM və BA kimi bölmələri təsir altında qalmamışdır. Bu səbəblə xəstələrin əksəriyyəti fiziki problemlər və ağrı ilə əlaqəli suallara müsbət cavab vermişlər. Lakin QF-36 formasının SF, HR, CA, ÜPS və ÜS bölmələrinə ilk müayinədə xəstələr tərəfindən daha az qiymət vermişlər və bu da ETR - in HK-ə fiziki deyil, daha çox psixi - sosial baxımdan təsir etdiyini ifadə edir. Lakin 3 seans IPL müalicəsindən sonra QF - 36 formasının SF, HR, CA, ÜPS və ÜS bölmələrində qiymətlərdə 100 - ə doğru artım müşahidə edilmişdir. Bu da IPL müalicəsinin HK-ə müsbət təsir etdiyini ifadə edir (Cədvəl 1). Statistiki qiymətləndirmə nəticəsində SF orta hesabla 35, HR 61, CA 8, ÜPS 38, ÜS isə 47 bal artmışdır. Bu artımların P qiyməti statistiki olaraq mühüm hesab edilmişdir (Cədvəl 1). Bu araşdırmada DHKİ ölçüsü ilə isə xəstələrin HK - i qiymətləndirilmişdir və IPL müalicəsindən sonra orta hesabla 11.3 vahid düzəlmə müşahidə edilmişdir. İlk müayinədə xəstələri DHKİ baxımından qiymətləndirdiyimizdə ən yüksək qiymət 27, ən azı isə 15 idi. DHKİ yalnız bir xəstədə IPL müalicəsindən sonra ağırlaşma olmuşdur, lakin bu xəstənin VAŞ və QHQŞ ilə qiymətləndirməsində simptomlarda azalma müəyyən edilmişdir. Bu xəstənin komorbididliyi olan 9 xəstədən biri (staz dermatiti) olduğu üçün DHKİ mövcud xəstəliyi səbəbiylə dəyişdiyi ehtimal edilmişdi. Digər qalan 29 xəstədən ilk və son müayinəki DHKİ formasının dəyərlərini müqayisə etdiyimiz zaman statistiki olaraq mühüm azalma müşahidə edilmişdir. Bu da IPL müalicəsinin ETR xəstələrində HK - ni yaxşılaşdırdığını ifadə edir (Cədvəl 1).

Cədvəl № 1.

Ölçmələrdə dəyişmələr

Ölçmələr	Fərq	P qiyməti
VAŞ	-3.13 ± 1.46	P<0.01
QHQŞ	-1.6 ± 0.6	P<0.01
DHKİ	-11.63 ± 3.13	P<0.01
FF	2.5 ± 13.5	P=0.197
FHM	4 ± 23.7	P=0.157
SF	35 ± 16.24	P<0.01
HR	61 ± 20	P<0.01
BA	2 ± 25.51	P=0.854
CA	8 ± 16.9	P<0.05
ÜPS	38 ± 11.03	P<0.01
ÜS	47.03 ± 12.74	P<0.01

Bu elmi araşdırmanın nəticəsi olaraq belə qənaətə gəlmək olar ki, IPL ETR terapiyasında ən effektiv müalicə metodlarından birisidir. Xəstələrdə IPL müalicəsindən sonra klinik düzəlmə və HK-də müsbətə doğru dəyişmələr bu terapiya üsulunun ETR-də tətbiqini məqsədə müvafiq edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Papageorgiou P, Clayton W, Norwood S, et.al., Treatment of rosacea with intense pulsed light: significant improvement and long-lasting results. // Br J Dermatol. 2008;159:628-32
- 2.Mark KA, Sparacio RM, Voigt A, Marenus K, Sarnoff DS. et.al., Objective and quantitative improvement of rosacea-associated erythema after intense pulsed light treatment. // Dermatol Surg. 2003;29:600-4.
- 3.Hellwig S, Schonermark M, Raulin C. Treatment of vascular malformations and pigment disorders of the face and neck by pulsed dye laser, Photoderm VL and Q-switched ruby laser. // Laryngorhinootologie 1995;74:635–41.
- 4.Schroeter CA, Haaf-von Below S, Neumann HA. Effective treatment of rosacea using intense pulsed light systems. // Dermatol Surg. 2005;31:1285-9.
- 5.Shim TN, Abdullah A. The effect of pulsed dye laser on the dermatology life quality index in erythematotelangiectatic rosacea patients: an assessment. J Clin Aesthet // Dermatol. 2013;6:30-2.

РЕЗЮМЕ

ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОЙ РОЗАЦЕА С IPL

Искандарли М.Н., Ерташ И.И., Унал И.К.

Эгейский Медицинский Университет, Дерматовенерологический Кафедра

Для оценки влияния на качество жизни IPL используемый при лечении эритематозной телеангиэктатической розацеа (ЭТР), на это исследование были включены 30 пациентов с диагнозом ЭТР. В этом открытом, бесконтрольном, проспективном и когортном исследовании у 30 больных было попрошено заполнить короткую форму-36 (КФ-36) и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) в начале и в конце исследования. Было запланировано в общем три сеанса терапии IPL в течении четырёх недель, и перед первым сеансом IPL терапии были заполнены формы: шкала визуального аналога (ШВА) и шкала глобальной оценки врача (ШГОВ). Те же формы были заполнены после окончания IPL терапии, то есть на четвертой неделе. Данные полученные в результате первого и последнего сеансов были рассчитаны в программе SPSS и были получены статистически важные значения P. Таким образом было выявлено, что различие ШВА составило - 3.13 ± 1.46 ($P < 0.01$), а различие ШГОВ - 1.6 ± 0.6 ($P < 0.01$), ДИКЖ - 11.63 ± 3.13 ($P < 0.01$). При сравнении данных первого и последнего сеансов прослеживается улучшение для ШВА в среднем 3.1, для ШГОВ — 1.6. Эти цифры указывают на клиническое улучшение после IPL лечения IPL. Формой КФ -36 состояние больных было проанализировано в восьми разделах: физическое функциональность (ФФ), физическое ограничение движения (ФОД), социальное функциональность (СФ), эмоциональная роль (ЭР), телесные боли (ТБ), жизнеспособность (ЖС), общее психическое здоровье (ОПЗ) и общее здоровье (ОЗ). Форма КФ -36 было оценено статистически и выявлено: разница СФ 35 ± 16.24 ($P < 0.01$), разница ЭР 61 ± 20 ($P < 0.01$), разница ЖС 8 ± 16.9 ($P < 0.05$), разница ОПЗ 38 ± 11.03 ($P < 0.01$), разница ОЗ 47.03 ± 12.74 ($P < 0.01$). На основе ШВА и ШГОВ был сделан вывод, что IPL терапия способствует клиническому улучшению и ссылаясь на КФ -36 и ДИКЖ у ЭТР больных наблюдается положительные улучшения в КЖ.

SUMMARY

TREATMENT OF ERYTHEMATOUS TELANGIECTATIC ROSACEA WITH IPL

Iskandarli M.N., Ertam I.I., Unal.I.K.

Ege University Faculty of Medicine, Department of Dermatology and Venereology,
Izmir, Turkey

Acne rosacea (AR) is a cronic skin disease with a erythematous, telangiectatic and papulopustular lesions, usually localized on face. Erythematous-telangiectatic rosacea (ETR), papulopustular (PP), fimatous and ocular rosacea are clinical subtypes of AR. Clinical trials demonstrate that quality of life (QoL) in patients with AR negatively affected. There are different treatment modalities against AR. Intense pulse light (IPL) demonstrated good results against ETR. Pulse dyed laser also showed significant improvement in ETR patients. There are some studies which shows improvement of QoL in ETR following the pulsed dyed laser treatment. However, reports regarding impact of IPL treatment on QoL in ETR patients is limited. In this study, we trying to demonstrate the impact of IPL on QoL in ETR. 30 ETR patients which met the inclusion criteries included to this study. Demographic datas and ETR related risk factors are collected from the 30 patient. In this open-label, prospective, cohort study, totally 3 seans IPL treatment against ETR was planned. At the first visit, before the IPL treatment and at the last vizit visual analog scale (VAS), global physician assesment scale (GPAS), dermatologic quality of life index (DQoL) and short form-36 (SF-36) was filled. All datas collected and statistically evaluated by SPSS programe and significant P values was obtained. VAS difference (dif). -3.13 ± 1.46 ($P < 0.01$), GPAS dif. -1.6 ± 0.6 ($P < 0.01$), DLQI dif. was -11.63 ± 3.13 ($P < 0.01$). SF-36 form was evaluated in 8 section: Physical function (FF), physical role limitation (PRL), emotional role limitation (ERL), energy/fatigue (E), emotional well being (EWB), social function (SF), pain (P) and general health (GH). Following the statistical evaluation of SF-36 form: SF dif. Was 35 ± 16.24 ($P < 0.01$), ERL dif. 61 ± 20 ($P < 0.01$), E dif. 8 ± 16.9 ($P < 0.05$), EWB dif. 38 ± 11.03 ($P < 0.01$) and GH dif. was 47.03 ± 12.74 ($P < 0.01$). At the end of IPL treatment, mean improvement on VAS was 3.13, on GPAS 1.6. Physical activites and pain section did not showed any changes on SF-36 form. However, SF, ERL, EWB and GH section of SF-36 form showed improvement with significant P values. Among the 30 patients, just one patient demonstrated constant values on VAS and GPAS. SF-36 forms showed improvement with insignificant P values. That means IPL was ineffective in one case, remaining 29 patient showed good result with improved QoL. Patient with detoriation of the disease following IPL, did not observed. In conclusion, IPL showed significant clinical changes which was proved by VAS and GPAS. Also, changes on SF-36 and DLQI proved that IPL improves QoL in ETR patients.

Daxil olub: 5.10.2016.

ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Валиева С.Т., Гасанов А.И., Рустамова Ш.М.,
Гылынджова Ф.В.

**Азербайджанский Государственный Институт
Усовершенствования врачей им.А.Алиева, кафедра
педиатрии.**

Ключевые слова: грудное вскармливание, раннее введение твердой пищи, избыточная масса тела, не-западный образ жизни.

Эпидемиологические исследования показали взаимосвязь между развитием избыточной массы тела и характером вскармливания. Исследователи из США на большой выборке 6643 детей определили, что вероятность ожирения может быть уменьшена, если ребенок вскармливается материнским молоком [6]. В другом исследовании на 2666 детях молоко зерновых с 4 месячного возраста увеличивало риск развития избыточного веса в 12 и 18 месяцев, а обычная искусственная смесь нет [1]. Японские исследователи в моделях логистической регрессии с поправкой на факторы со стороны ребенка (пол, длительность просмотра телевидения и компьютерных игр) и матери (уровень образования, курение и социальный статус) выявили, что исключительно грудное вскармливание до 6-7 месяцев было связано с снижением риска избыточного веса и ожирения в возрасте 7 и 8 лет, по сравнению с искусственными смесями [9]. Противоположное мнение высказано белорусскими врачами [5]. В кластерном рандомизированном контролируемом испытании 13879 детям, получающим исключительно грудное вскармливание, в возрасте 11,5 лет были измерены уровни адипоцитов и инсулино-подобного фактора роста 1. Авторами сделаны выводы, что увеличение продолжительности и исключительность грудного вскармливания вряд ли сможет предотвратить эпидемию ожирения. Бразильские исследователи на группах детей получающих исключительно грудное вскармливание в среднем до 3 месяцев, коровье молоко и адаптированную смесь не выявили разницы между группами в развитии ожирения [4]. В китайском же исследовании на 136 детях показано [6], что лишний вес детей от 2 до 4 лет был связан с материнской занятостью, но не с уровнем образования родителей, возраста матери при рождении ребенка или кормления грудью. Влияние сроков введения твердой пищи на развитие избыточной массы тела изучалась китайскими учеными в когортном исследовании на 7809 детях в семьях ведущих не западный образ жизни [3]. Авторы пришли к выводу, что раннее введение твердой пищи до 4 месяцев и последующее развитие ожирения может быть связано с низким социально-экономическим статусом семьи.

Вышеперечисленная противоречивая информация побудила нас провести аналогичное исследование в своей стране.

Цель исследования: изучить возможную взаимосвязь между индексом массы тела, грудным вскармливанием до 6 месяцев и ранним введением твердой пищи среди детей до 5 лет азербайджанской популяции.

Материалы и методы исследования. Проведено когортное обследование 1283 пары мать-ребенок в возрасте от 1 до 60 месяцев проживающих в сельской местности. Методика исследования включала анкетирование матерей, клиническое обследование их детей, анализ информации содержащейся в карте 112/у и электронной истории болезни.

Опрос матерей проводили на основании специальной анкеты, содержащей 150 вопросов, разработанной для изучения состояния питания детей в Институте питания Российской академии медицинских наук. Анкета была переведена на азербайджанский язык и доработана в соответствии с местными условиями, учитывая традиции использования молочных продуктов и каш в питании детей.

Дети были разделены на 2 группы в зависимости от характера вскармливания. В 1 группу включены 441 ребенок вскармливаемых до 6 месяцев только грудным молоком. 2 группу составили 714 детей в питание которых были введены молочные смеси в возрасте до 6 месяцев. Распределение детей на момент обследования по возрастам можно увидеть в таблице 1.

Таблица № 1

Распределение детей по возрастам в исследуемых группах.

Возраст ребенка рассматривался по разнице между датой рождения ребенка и датой проведения измерений. Все полученные параметры вносились в программу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) Antro. Полученные показатели	Возрастные группы	1 группа	2 группа
	До 12 мес	31	165
	12-23 мес	94	160
	24-35 мес	119	121
	36-47 мес	104	150
	48-60 мес	39	61
	Всего	441	714

интерпретировались с помощью классификации, основанной на Z-скор (единицы стандартного отклонения (СО) от среднего стандарта). Стандартное распределение Z-скор для каждого показателя имеет среднее 0,0 и стандартное отклонение 1,0. Значение Z-скор равно +1 соответствует 84,5-му перцентилю при стандартном распределении, в то время как Z-скор равный 2, соответствует 97,7-му перцентилю стандартного распределения. Коридор Z- скор от -1 до +1 принято считать нормальным распределением. Стандартное отклонение Z-скор (СО), обозначенное нами как «±» дает информацию о разнице в распределении и качестве антропометрических измерений, сделанных во время исследования.

Для всех детей были установлены антропометрические индикаторы «вес-возраст», «вес-длина/рост», «рост-возраст», «ИМТ/возраст». Анализ остальных параметров проводили с использованием пакета «Статистика» в программе Mikrosoft Exell 2010, достоверность данных рассчитывали с использованием дисперсионного анализа в статистической программе «Биостат» по критериям Ньюмана-Кейсла. Для сравнения с контрольной группой использовали критерий Даннета. За достоверность принимали значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В силу особенностей менталитета ни одна из анкетированных женщин не курила во время беременности. Всего лишь $2,7 \pm 0,8\%$ матерей 1 группы и $10,0 \pm 1,1\%$ матерей 2 группы ($p = 0,0001$) имели среднее специальное или высшее образование. Средний возраст матерей в 1 группе составил $24,9 \pm 4,6$ лет, средний вес детей при рождении равнялся 3297 ± 549 грамм и не отличался достоверно от группы сравнения. Детей с весом при рождении менее 2500 грамм было $6,6 \pm 1,2\%$ в 1 и $11,6 \pm 1,2\%$ во 2 группе ($p = 0,0001$), более 4000 грамм $11,3 \pm 1,5\%$ и $9,8 \pm 1,2\%$ соответственно в 1 и 2 группах ($p = 0,0001$). Роды в результате кесарева сечения в 2 раза чаще наблюдались у детей 2 группы ($7,9 \pm 1,3\%$ и $15,8 \pm 1,4\%$ в 1 и 2 группе соответственно; $p = 0,0001$).

Необходимо отметить, что дети 1 группы не находились на исключительно грудном вскармливании. Большинство детей допаивались 1-2 раза в день обычной или подслащенной водой, чаем в объеме не более 20-30 мл в сутки. Подробный анализ вскармливания детей 2 группы показал, что 188 (26,3%) детей докармливались адаптированными смесями, 161 (22,5%) неадаптированными и в питании 366 (51,3%) применялись как адаптированные, так и неадаптированные смеси. Неадаптированное питание было представлено коровьим молоком (27,5%), козьим молоком (2,5%), кефиром (5,3%) и молоком буйволицы (1%). Интересно, что в стране где развито овцеводство ни один ребенок не получал овечьего молока. Населению известно, что молоко буйволицы высокожирный продукт, содержание жира от 7,6 до 14% и размеры жировых молекул 4,37 мкм в 2-3 раза превышают аналогичные показатели коровьего и козьего молока. Предпочтение молоку буйволицы в питании ребенка матери объяснили тем, что буйволы не болеют бруцеллезом и другими инфекциями присущими домашнему скоту.

В программе ВОЗ Antro были рассчитаны антропометрические показатели для каждой группы обследуемых, что отражено в таблице 2.

Таблица № 2

Сравнительная характеристика антропометрических показателей (Zскор) детей при различном вскармливании

Возрастные группы	вес к длине/росту	масса тела/возраст	Длина тела/рост к возрасту	ИМТ к возрасту
1 группа	0,01±1,2	-0,46±1,2	-0,88±1,3	0,11±1,2
2 группа	-0,13±1,2	-0,54±1,4	-0,75±1,3	-0,09±1,2
	P=0,051	P=0,3	P=0,09	P=0,006

Как видно из таблицы 2, показатель вес к длине/росту очень близок к статистической разнице между группами (p=0,051) с более высокими показателями среднего веса детей в 1 группе. Достоверно больший ИМТ к возрасту (p=0,006) наблюдался у 1 группы детей (0,11±1,2) при сравнении со 2 группой (-0,09±1,2). Более подробный анализ по возрастам выявил некоторые особенности (таблица 3).

Таблица № 3

Сравнительная характеристика по возрастам индекса массы тела по отношению к возрасту (Z скор) детей при различном вскармливании

Возрастные группы	1 группа		2 группа	
	Z скор средняя	%>+1 Z скор	Z скор средняя	%>+1 Z скор
До 12 мес	0,3±1,1**	25,8±7,8*	-0,38±1,2	10,9±2,4
12-23 мес	0,3±1,4	27,6±4,6*	0,00±1,3	25±3,4
24-35 мес	0,10±1,1	20,2±3,7*	0,02±1,1	18,2±3,2
36-47 мес	0,07±1,1	15,4±3,5	-0,09±1,2	14,7±2,9
48-60 мес	-0,27±0,9	7,7±4,3*	-0,16±0,9	11,5±4,8

*Примечание: *достоверность %>+1 Z скор между 1 и 2 группами обследуемых p=0,0001; **достоверность Z скор средняя между 1 и 2 группами обследуемых p=0,004.*

Как видно из таблицы 3, средние показатели Z скор были достоверно выше у детей 1 группы только в возрасте до 1 года. Но % Z скор в возрасте до 3 -х лет был выше в 1 группе, затем в возрасте 36 -47 месяцев этот

показатель уравнивается, и на 5-ом году жизни детей с избыточной массой тела наблюдается больше во 2 группе (11,5%; $p=0,0001$).

Подсчет %>+1 Z скор выявил 18,8% детей с избыточной массой тела в 1 и 17,5% детей во 2 группе. По всей вероятности такая разница связана с тем, что в 1 группе было достоверно меньше детей с низкой массой при рождении и достоверно больше детей с массой тела при рождении более 4 кг, чем во 2 группе. На ассоциацию большего веса при рождении ребенка с развитием избыточной массы тела в последующие годы указывается в ряде работ[8,9]. В систематическом обзоре и мета анализе 30 независимых исследований [9] отмечается, что грудное вскармливание снижало риск развития ожирения в раннем детстве всего лишь на 15%.

Твердая пища в возрасте до 4 месяцев была введена 70 детям 2 группы, что составило 9,8%. В 71,4% случаев блюдом первого прикорма была каша: у 34% детей рисовая каша; у 6% манная; у 14% детей - детское печенье размягченное в молоке или сладком чае; и в 30% случаев характерная для нашей страны пища для младенцев фирни (гынды, хай-хай). Это очень высококалорийное блюдо, представляющее жареную на масле и потом отваренную на воде или молоке муку. Каши промышленного производства получали всего лишь 8% детей в возрасте до 4 месяцев. В 28,6% случаев первым прикормом была овощная составляющая пища с общего стола, в основном картошка.

Индекс массы тела по возрастам можно увидеть в таблице 4.

Таблица № 4

Показатель индекс массы тела к возрасту у детей, которым твердая пища была введена до 4 месяцев.

Возрастные группы	Количество детей	Z скор средняя	%>+1 Z скор
До 12 мес	24	-0,08±1,2	25,0±8,8
12-23 мес	13	0,19±1,3	30,7±12,8
24-35 мес	14	0,65±1,1	28,6±12,1
36-60мес	19	-0,11±1,3	21,1±9,4

Как видно из таблицы 4, в возрасте 24-36 мес показатель ИМТ к возрасту довольно высокий 0,65 Z скор, хотя при статистическом анализе достоверность не обнаружена. Но при расчете процентного количества детей с ИМТ >+1 Z скор, уровень достоверности приближался к значимой цифре ($P=0,059$). Сравнительный анализ зависимости ИМТ от сроков введения твердой пищи представлен в таблице 5.

Таблица № 5

Сравнительный анализ показателя индекса массы тела к возрасту в зависимости от сроков введения твердой пищи.

Возраст введения прикорма	Количество детей	Z скор средняя	%>+1 Z скор
До 4 месяцев	70	0,13±1,3	25,7±5,2
4-6 месяцев	608	0,05±1,2	18,2±1,6
После 6 месяцев	485	0,02±1,2	19,3±1,8

Как видно из таблицы 5, процент >+1 Z скор был достоверно выше ($p=0,0001$) при введении твердой пищи до 4 месяцев.

Заключение: Грудное вскармливание до 6 месяцев оказывало сомнительный эффект на предотвращение развития избыточной массы тела в возрасте до 5 лет, введение твердой пищи до 4 месяцев увеличивало риск всего на 7%.

ÖDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Almqvist-Tangen G, Dahlgren J, Roswall J, // Milk cereal drink increases BMI risk at 12 and 18 months, but formula does not. Acta Paediatr. 2013 Sep 13. doi: 10.1
2. Li N, Liu E, Sun S, et.al., Birth weight and overweight or obesity risk in children under 3 years in China. // Am J Hum Biol. 2014 Jan 24 10.-1002
3. Lin SL, Leung GM, Lam TH, Schooling CM. Timing of solid food introduction and obesity: Hong Kong's "children of 1997" birth cohort. // Pediatrics. 2013 May; 131(5):e1459-67.
4. Magalhães TC, Vieira SA, Priore SE, Ribeiro AQ, Lamounier JA, Franceschini SC at al. Exclusive breastfeeding and other foods in the first six months of life: effects on nutritional status and body composition of Brazilian children. // ScientificWorldJournal. 2012;2012:
5. Martin RM, Patel R, Kramer MS, et.al., Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on adiposity and insulin-like growth factor-I at age 11.5 years: a randomized trial. JAMA. 2013 Mar 13;309(10):1005-13.
6. Seipel MM, Shafer K. The effect of prenatal and postnatal care on childhood obesity. Soc Work. 2013 Jul;58(3):241-52.
7. Sun G, Jia G, Peng H, et.al., Trends of Childhood Obesity in China and Associated Factors. Clin Nurs Res. 2013 Jul 3.
8. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. Arch Dis Child. 2012 Dec;97(12):1019-26.
9. Yamakawa M, Yorifuji T, Inoue S, et.al., Breastfeeding and obesity among schoolchildren: a nationwide longitudinal survey in Japan. JAMA Pediatr. 2013 Oct;167(10):919-25.

Daxil olub: 2.06.2016.

ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ЗОНЫ

Qasimova S.O.

Введение:

История создания ИПТ восходит к 1969 году, когда профессору Йельского Университета Gerald Klerman было поручено проведение сравнительного исследования эффективности психотерапии и антидепрессантов, при лечении депрессий [1]. Следует отметить, что на тот момент времени не существовало методов психотерапии с доказанной эффективностью, которые могли быть приняты в качестве «золотого стандарта». Для решения этой проблемы, Klerman выделил неспецифические признаки присущие всем видам психотерапии, к которым относятся: наличие структуры психотерапевтического процесса, эмпатийное отношение к пациенту, терапевтический альянс, объяснение переживаний, поддержание атмосферы оптимизма и акцент на позитивные изменения в ходе терапии [2].

Создатели ИПТ сознательно избегали идентификации с какой-либо психологической школой, подчеркивая использование медицинской модели в трактовке депрессии [3]. Согласно медицинской модели, депрессия является клинической патологией, в основе которой лежат биологические изменения в организме подлежащие диагностике и лечению. Одновременно депрессия оказывает существенное влияние на социальную деятельность человека, ухудшая его отношения с окружающими. С другой стороны неблагоприятные жизненные события, включая нарушенные взаимосвязи и конфликты с окружающими, могут явиться причиной развития депрессии. Целями лечения депрессии в этом случае являются устранение депрессивных

симптомов, разрешение конфликтов, улучшения взаимодействия с людьми и использование ресурсов социальной поддержки. По предложению создателей ИПТ, терапия должна концентрироваться на текущих проблемах пациента, значимых людях в его жизни, оценке взаимоотношений и эмоционального реагирования [4].

В ИПТ используются широкий спектр технических приемов призванных разрешить проблемы пациента, путем модификации эмоциональных реакций и улучшения взаимопонимания с окружающими. К 1982 году ИПТ была представлена в виде краткосрочной, структурированной и сфокусированной на конкретных задачах психотерапией.

Курс лечения ИПТ состоит из 12-16 сессий, которые проводятся с интервалом раз в неделю. В ИПТ имеется четыре фокуса, которые соответствуют четырем группам проблем, ассоциируемых с межличностным контекстом депрессии [5]. Настоящая статья направлена на рассмотрение этих проблем у пациентов в Азербайджане.

Проблемная зона: межличностный ролевой конфликт

Согласно интерперсональной теории, межличностный ролевой конфликт характеризуется конфликтом во взаимоотношениях, вне зависимости от того, являются ли эти отношения семейными, романтическими или профессиональными. По мнению создателей ИПТ, при ролевом конфликте, человек и его окружение, имеют «неравные ожидания» [6]. Неравные ожидания, как правило, обусловлены нереалистичными установками в сфере отношений, сильными противоречиями или невыражаемыми желаниями. ВИПТ рассматриваются 4 стадии конфликта: избегание, конфронтация, тупики, разрешение. При депрессии, межличностный ролевой конфликт, приобретает особое значение. С одной стороны, конфликт может сам по себе стать причиной кризиса в межличностных отношениях, который в свою очередь провоцирует развитие симптомов депрессии. С другой стороны, формирование депрессии создает значительные проблемы в коммуникации с окружающими, поскольку депрессивный больной в силу своего состояния не может далее соответствовать их ожиданиям, что создает почву для ролевого конфликта.

По нашим наблюдениям, ролевой конфликт является наиболее часто встречающейся проблемной областью при депрессии, отмечался у 71 пациента. Говоря о значимых людях, с которыми происходили конфликты, у 28 пациентов (39.4%) это были супруги, у 18 человек (25.3%) – партнеры, с которыми они состояли в романтических отношениях, у 12 человек (16.9%) – родители, включая родителей супругов, у 6 человек (8.4%) – работодатели или коллеги по работе, у 7 человек (10%) – другие значимые люди (родственники, друзья, соседи).

Говоря о длительности межличностного ролевого конфликта, следует отметить, что у большинства пациентов 43 (60.6%) отмечались длительные конфликты (свыше 1 года), у 15 человек (21.1%) конфликты продолжались от 6 месяцев до года, а еще 13 больных (18.3%) конфликтные отношения наблюдались менее 6 месяцев.

Причины межличностного ролевого конфликта включали зависимость пациента от значимого человека 25 человек (35.2%), авторитарность в отношениях с близкими – 18 (25.4%), вопросы, связанные со вступлением или расторжением брака – 17 (23.9%), проблемы сексуального характера – 5 (7%), проблемы связанные с воспитанием детей – 3 (4.2%) и серьезные проступки – 3 (4.2%).

Наблюдение, приведенное ниже, является примером типичного межличностного ролевого конфликта.

Наблюдение

Больная Х., возраст 40 лет, обратилась 22.11.13 года с жалобами на депрессию. Длительность состояния отмечается на протяжении 7 месяцев. Со слов больной, развитие депрессии было вызвано изменой мужа. На протяжении одного года она замечала изменение в поведении мужа – он стал поздно приходить домой, меньше проводить время в семье, перестал уделять внимание семейным вопросам. Нарастающая напряженность в отношениях приводила к частым конфликтам, которые оказывали негативное влияние на настроение самой пациентки и детей, которых у пациентки двое – мальчик 15 лет, девочка 11 лет.

Больная отмечает, что вышла замуж по большой любви и на протяжении всего брака жили всегда очень дружно. Даже если возникали какие-либо конфликты, то они очень быстро разрешались. За последний год пациентка заметила, что муж стал уделять особое внимание своему внешнему виду. Если раньше он покупал ей и детям подарки, то теперь делал покупки в основном только себе, чаще стал менять свой гардероб. Со слов пациентки, она начала внимательнее следить за поведением мужа, чего раньше никогда не делала. Так же она отмечает, что дети во всем обвиняли ее, так как считали, что мать первая начинает конфликтовать с их отцом, при этом они не принимали во внимание тот факт, что именно отчужденность отца вызывает гнев матери.

Вследствии частых скандалов, резко изменилось настроение пациентки, которая перестала уделять внимание домашним делам, перестала контролировать свои действия и, в целом, всю ситуацию в доме. Пациентка часто плакала, в голову приходили тревожные мысли, чувствовала беспомощность и безнадежность и, в то же время, не могла принять и смириться с этой ситуацией. Больная отмечала ухудшение физического здоровья.

Пациентка перестала выходить на работу потому, что, элементарно, была не способна сосредоточиться на делах, не было желания выполнять какую-либо работу, не хотелось встречаться с людьми. Любой разговор, даже на нейтральную тему, мог вызвать слезы или чувство отчаяния. В это же время усилились проблемы с детьми.

Больная понимает степень своего состояния и очень хочет перестать себя так вести, относиться ко всей проблеме менее эмоционально и принять все изменения в отношениях с мужем как можно спокойнее. В процессе объективного обследования, у больной было выявлено депрессивное настроение. Больная высказывает суицидальные намерения, говоря, что жить не стоит. Предъявляет жалобы на затруднение при засыпании каждую ночь. У пациентки обнаруживается утрата интереса к любой деятельности, включая работу, ведение домашнего хозяйства, проведение досуга. При расспросе выявлено беспокойство по незначительным поводам, тревога по поводу будущего, соматические признаки тревоги проявляются учащенным сердцебиением, частыми головными болями, отмечаются в утрате аппетита, чувство тяжести и дискомфорт в животе. Среди соматических симптомов так же следует отметить тяжесть в конечностях, общую слабость, нарушение менструального цикла. Осознает, что находится в состоянии депрессии.

По шкале Гамильтона (HDRS) отмечается 20 баллов. По шкале качества жизни (QOL) 40 баллов.

При анализе данного наблюдения, обращает внимание тот факт, что развитие депрессии у данной пациентки явилось прямым следствием межличностного ролевого конфликта. Более того, до изменений в поведении мужа, у нее никогда не отмечались симптомы депрессии. Рассматривая динамику ролевого конфликта, следует отметить, что супруги очень быстро преодолели стадию избегания, резко перейдя на стадию конфронтации, которая, в свою очередь, не будучи разрешена, спустя несколько месяцев, перешла в стадию тупика. Особенностью этой стадии в данном, конкретном случае, является понимание пациентки необходимости принятия определенных решений, способных вывести ситуацию из кризиса. Однако, резвившаяся депрессия, полностью лишает пациентку возможности найти конструктивный выход из конфликта.

Способность человека приспособливаться к изменениям является основой социальной адаптации. В течение всей жизни, люди проходят известные стадии личностного, профессионального и социального развития, которые связаны как с приобретением новых ролевых функций, так и с утратой старых. Хотя некоторые ролевые переходы, например ухудшение здоровья, однозначно, рассматриваются как негативные, в большинстве случаев эти переходы включают как негативные, так и позитивные аспекты. На сегодняшний день, выделяются следующие типы ролевого перехода[7]:

- Ситуационный ролевой переход – включает изменения социального статуса индивида, такие как: окончание учебного заведения, устройство на новую работу, выход на пенсию, продвижение в карьере, смену места жительства

- Ролевой переход в отношениях – включает помолвку, женитьбу, развод, рождение или усыновление детей

- Ролевой переход в связи с болезнью – включает возникновение болезни, адаптацию к боли или физическим ограничениям

- Посттравматический ролевой переход – изменения связанные с полученной психотравмой или неблагоприятными жизненными обстоятельствами, включая стихийные бедствия, катастрофы, арест, насилие

Важно отметить, что пациенты, страдающие депрессией, даже однозначно позитивные события, например рождение ребенка или повышение в должности, могут воспринимать как утрату, утрату свободы или утрату досуга. Кроме того, они могут скучать по старой роли или не быть готовыми к выполнению новых функций, связанных с новой ролью.

Среди обследованных пациентов, 62 человека указали на наличие ролевого перехода. Из них 15 (24.2%) человек отметили, что ролевой переход является первичной проблемной областью, а еще 47 (75.8%) человек обозначили его в качестве второй проблемной области.

Причиной ролевого перехода у 15 (24.2%) человек назвали развод, 12 (19.3%) человек – проблемы с работой или учебой, включая потерю работы, 8 человек (12.9%) – проблемы со здоровьем, 7 (11.3%) человек – смену места жительства, 4 (6.4%) человека – создание семьи, а еще 16 (25.8%) пациентов указали на другие причины.

Длительный ролевой переход свыше 12 месяцев отмечался у 16 пациентов (25.8%), еще у 16 (25.8%) человек продолжительность ролевого перехода составляла от 6 до 12 месяцев, а у оставшихся 30 (48.4%) пациентов – менее 6 месяцев.

В качестве иллюстрации рассмотрим следующее наблюдение:

Больная П., в возрасте 26 лет, обратилась 04.10.10. с жалобами на плохое настроение, которое возникло после родов. Пациентка состоит в

браке, образование среднее, не работает. Со слов больной, после появления ребенка (сына), у нее пропало желание жить в доме мужа. Новые обязанности, связанные с уходом за ребенком, очень тяготят пациентку, которой приходится подчиняться определенному режиму и не удается уделять время себе. Особые трудности доставляет необходимость просыпаться рано утром. Вопреки настояниям окружающих, пациентка отказалась от грудного вскармливания, что в свою очередь вызвало недовольство мужа и свекрови. Пациентка испытывает сильное разочарование в своем браке, потому что ожидала от мужа понимания и поддержки в этой ситуации. В момент обиды, нередко, возникали суицидальные мысли. Однажды, почувствовав себя особо несчастной, пациентка пошла на кухню, схватила горсть каких-то таблеток и пыталась разом их проглотить. Подоспевший на помощь муж, успел предотвратить суицидальную попытку. И в данной ситуации пациентка решила, что будет лучше, если она переедет к своим родителям, где ей, как кажется, будет комфортнее, потому что в родительском доме она ни о чем не думает, а самое главное ничего не делает. Все функции по уходу за ребенком взяла на себя мать. Сама пациентка имеет возможность высыпаться, иногда выходить из дому и встречаться с подругами. Единственно, что портит ее настроение в данный момент, это изменившиеся отношения с мужем. Она привыкла, что до рождения ребенка, все было очень хорошо, супруги любили друг друга и все время проводили вместе. Общение с мужем раньше вызывало в ней радость, поскольку всегда видела его влюбленный взгляд, доброе отношение. По мнению больной, приходя в дом своих родителей, он навещает не меня, а ребенка. Больная признает, что «мне, наверное, нужно время, чтобы я привыкла к тому, что кроме нас двоих, то есть меня и моего мужа, у нас есть еще и ребенок, и мы должны уже жить не вдвоем, а втроем». Пациентка признает, что ее позиция слишком эгоистична. Она никогда не могла себе представить, что появление ребенка так сильно изменит всю ее жизнь. Она предполагает, что должно пройти время, и она привыкнет к этим изменениям, уточняя: «мне очень хочется изменить свое отношение к данной ситуации и вернуться к прежней жизни».

При первичном обследовании было выявлено продолжающиеся депрессивные симптомы, отдельные суицидальные мысли, жалобы на затруднения при засыпании и беспокойный сон в течение всей ночи. Отмечается утрата интереса к любой деятельности, связанной с уходом за ребенком. По шкале Гамильтона (HDRS) состояние больной оценено в 19 баллов, по шкале качества жизни (QOL) – 64 балла.

Анализ данного случая предполагает возникновение послеродовой депрессии в связи с ролевым переходом. В данном случае пациентка была психологически не готова исполнять свои обязанности по уходу за ребенком, которые вызвали сильное чувство тревоги и неуверенности в себе. Кроме того, пациентка скучает по старой роли, когда она вела более свободный образ жизни, самостоятельно распоряжаясь своим временем и имея большие возможности для приятного проведения досуга. Изменение прежнего жизненного ритма воспринимается пациенткой как невосполнимая утрата. Следует отметить, что, несмотря на высказанное недовольство со стороны мужа и свекрови, оно не привело к ролевому конфликту и отношения между членами семьи остаются достаточно конструктивными. Несмотря на умеренно выраженную депрессию, у пациентки отмечалась суицидальная попытка, которая явилась своего рода «призывом помощи», нежели реальным желанием свести счеты с жизнью. В определенном смысле, она

способствовала временному разрешению ситуации – члены семьи признали наличие у пациентки проблем с психическим здоровьем и способствовали ее переезду в родительский дом и оказанию непосредственной помощи.

Проблемная зона: отягощенное переживание горя

В ИПТ тяжелая утрата рассматривается проблемной областью, когда начало депрессии связывается со смертью близкого человека и пациент не может принять эту потерю. В норме, переживания горя сопровождается чувством печали, утратой интереса к вещам, доставляющим удовольствие, и трудностями в выполнении своих повседневных обязанностей. По мнению современных психологов [8], переживание горя у людей, потерявших близких, проходит через пять последовательных фаз, которые включают:

- Отрицание – на этой стадии индивид не в состоянии поверить случившемуся и отрицает сам факт смерти близкого человека

- Гнев – по мере ослабления эффекта отрицания человеком овладевают сильные эмоции возмущения и гнева, которые могут быть направлены на врачей, «неправильно» лечивших его близкого или других людей, которые могли вольно или невольно явиться причиной смерти.

- Торг – представляет собой попытку переосмыслить утрату, преодолеть чувство беспомощности и восстановить контроль. На этой стадии человек стремится вернуться к прошлому, мучительно размышляя о том, что было бы, если обстоятельства сложились по другому или были предприняты какие-то иные действия (выбрали бы другого врача, по иному вели себя и пр.)

- Депрессия – на этой стадии человек возвращается в настоящее, испытывая при этом целый спектр депрессивных симптомов.

- Принятие – характеризуется признанием своей утраты, адаптации к сложившейся ситуации, реструктуризацией отношений с другими людьми

Как правило, эти стадии проходят в течение одного или нескольких месяцев, и человек, при поддержке социального окружения, постепенно свыкается со своей утратой. Об отягощенном переживании горя говорится в тех случаях, когда нормальная реакция на утрату отсутствует, является отсроченной или продолжается длительное время спустя после смерти близкого человека. Иногда симптомы депрессии очень сложно связать со смертью близкого человека, особенно, если эта потеря произошла несколько лет назад. Обычно, отягощенное переживание горя можно констатировать при продолжительности фазы выраженной депрессии более 2-х месяцев. К признакам отягощенного переживания горя относятся: отсутствие желания упоминать в разговорах об умершем человеке или обстоятельства его смерти, наличие чувства вины или суицидальных мыслей, а так же невозможность нормального функционирования в семье или на работе.

В качестве иллюстрации отягощенного переживания горя приведем следующее наблюдение:

Больная Р.Г., 52 года, обратилась с жалобами на плохое самочувствие и депрессивное настроение. Проблемы со здоровьем возникли в связи со скоропостижной смертью мужа 2 года назад. На протяжении этого периода она не может смириться со сложившейся ситуацией и принять факт смерти супруга. Со слов больной, она не может жить без него, потому что привыкла ощущать его помощь и поддержку, все даже самые мелкие проблемы муж всегда решал сам.

Она всегда себя чувствовала социально защищенной, ей не приходилось думать о бытовых проблемах, за решение которых брал ответственность ее муж. Он всегда огораживал ее от любых трудностей.

За два года до обращения пациентки к врачу, муж стал себя плохо чувствовать, жаловался на плохой сон, часто мучала отдышка и болело сердце. На советы супруги показаться врачу муж отвечал, что как будет свободное время, то обязательно посетит врача, но он этого так и сделал.

В один из дней, он пришел с работы, и после ужина ему внезапно стало плохо: стал задыхаться, резко поднялось давление и жене пришлось вызвать бригаду «скорой помощи». Муж умер до приезда врачей, которые не успели ему помочь. По словам больной: «этот день все для меня закончилось, я находилась в шоке и не верила, что муж умер. Я стала беспомощной, у меня была только одна мысль – зачем мне жить без него?»

Пациентка не может себе простить, что когда муж плохо себя чувствовал, она не придавала этому значение. Она привыкла, что муж решал все сам, и предполагала, что он сам позаботится о своем здоровье. Она говорит, что не может жить с этим чувством вины и смотреть в глаза детям.

После смерти мужа резко изменилась жизнь пациентки. Больная говорит, что не хочет ни с кем общаться: от внуков устают, когда они приходят к ней в гости, хотя раньше очень радовалась их приходу. Каждые выходные дни внуки проводили с ними в доме. Сейчас хочет принимать только одного из внуков, который назван в честь мужа. Считает это несправедливым по отношению к другим, но ничего не может с собой поделать, надеясь на понимание детей.

Сама пациентка осознает, что ведет себя не всегда правильно, постоянно плачет.

При первичном обследовании выявлены умеренно выраженные депрессивные симптомы, которые высказываются вербально. У больной временами возникают суицидальные мысли или ощущение того, что жить не стоит. Жалуется на периодические затруднения при засыпании, невозможности уснуть, отмечаются нарушения работоспособности и активности в течение дня. Постоянно испытывает чувство вины, мысли о собственной несостоятельности, утрату интереса и удовольствия, раздражительность. Отмечаются физические симптомы депрессии – головные боли, сердцебиение, повышенная потливость, утрата аппетита и чувство тяжести в животе после приема пищи. Так же жалуется на тяжесть в конечностях, мышечные боли и разбитость. Хотя пациентка осознает, что находится в состоянии депрессии, в большей степени переживает за свое физическое здоровье и часто, в разговоре, указывает на свое плохое самочувствие. По шкале Гамильтона (HDRS) отмечается 16 баллов, по шкале качества жизни (QOL) – 53 балла.

Как показывает данное наблюдение, депрессия, связанная с осложненным переживанием горя, продолжается длительное время, что обусловлено с неспособностью прохождения пациентки через заключительную фазу принятия своей утраты. Больная во многом идеализирует свою семейную жизнь и не может адаптироваться к сложившейся ситуации.

Проблемная зона: уязвимость в межличностных отношениях

Уязвимость в межличностных отношениях характеризуется межличностными проблемами, которые формируются в детском или подростковом возрасте, вследствие отсутствия адекватной поддержки социального окружения пациента. Таким образом, человек, будучи уже взрослым, оказывается не в состоянии устанавливать эффективные и продолжительные отношения, и в этих отношениях он постоянно испытывает неуверенность в себе, чувство стыда или вины. Межличностная уязвимость,

сопровождаяемая одиночеством и социальной изоляцией, часто приводит к развитию депрессивной патологии, особенно дистимии, поскольку потребности пациента в принадлежности к социальной группе, любви и поддержке оказываются не удовлетворенными. Люди с межличностной уязвимостью проявляют большую чувствительность к любым стрессам и ролевым переходам, и недостаточно развитые интерперсональные навыки приводят к неудачам в их преодолении. Первоначально в ИПТ использовался термин «межличностный дефицит», который был заменен на более подходящий термин «уязвимость», который означает не только нехватку друзей или навыков коммуникации, но так же избегание окружающих, пассивность в межличностных отношениях, социальную тревогу, обидчивость и пессимизм в отношении восприятия себя другими людьми.

В качестве основной проблемы уязвимость в межличностных отношениях была выявлена у 5 (5%) больных депрессией, еще у 31 (31%) человека она присутствовала в качестве 2-ой проблемы. Уязвимость в межличностных отношениях у 13 (10%) пациентов была связана с эмоциональной неустойчивостью, у 10 (10%) – с избеганием, у 8 (8%) – с нехваткой социальных навыков, а у 5 (5%) пациентов с зависимостью.

Наличие межличностной уязвимости характеризуется более длительными депрессиями: депрессии менее 6 месяцев отмечались лишь у 6 (16.7%) пациентов, от 6 до 12 месяцев – у 10 (27.8%), а свыше 12 месяцев – у 20 (55.5%) больных.

Больной Э., в возрасте 19 лет, обратился 03.12.13 с жалобами на депрессию.

Длительность состояния отмечается 6 месяцев. Проблема связана с невозможностью найти общий язык с окружающими, в частности, со своей девушкой и со своими друзьями, но, при этом, ему легко входить в контакт с членами семьи: мать, отец и брат. Хотя, иногда, могут возникнуть конфликты с отцом. Со слов больного: мне комфортно, когда я нахожусь в уединении, могу целый день сидеть в своей комнате, у меня не возникает желания кого-либо видеть, часами сижу перед компьютером, на занятие в институт хожу без особого желания, часто пропускаю занятия, особенно первые часы, из-за чего мне пришлось перевестись на заочное отделение, в результате чего я потерял целый учебный год. У меня есть девушка, с которой я познакомился в институте и она мне очень нравится, но даже с ней у меня возникают разногласия, она на меня обижается, что мы редко встречаемся. Хотя я и хочу ее видеть, но когда дело доходит до встреч, я нахожу любые предлоги и переношу нашу встречу. Я пришел к тому, что мне легче общаться с ней по телефону, нежели встречаться. Когда я общаюсь с ней на расстоянии, у меня бывает много тем для разговора, и я бываю более раскрепощенным. Я ее очень редко приглашаю на свидание, и порой, мне кажется, что она в скором времени откажется от общения со мной и встретит более коммуникабельного, общительного парня. Вся эта ситуация меня очень волнует, но я ничего не могу изменить в себе. Единственно кто меня понимают – мама и брат. С отцом у меня часто возникают конфликтные ситуации, он не хочет принимать меня таким, какой я есть.

Упреки отца, моей девушки, близких, стали меня выводить из себя, я еще больше уходил в себя: нарушился сон, стал раздражительным и меня стали посещать мысли о том, что может, я действительно болен. Мне иногда не хочется жить. Обратиться к врачу мне посоветовала мама. Мне реально хочется измениться, хотя бы немного, и жить нормальной жизнью, как все мои сверстники. Со слов матери стало известно, что больной Э. с детства был

спокойным и замкнутым ребенком, в детский сад он не ходил, за ним смотрела бабушка, которая выполняла все его прихоти. Во двор его не отпускали.

Школу окончил с хорошими оценками и в институт поступил в первый же год. Учился неплохо, отношения с однокурсниками и педагогами были ровными и хорошими, но нежелание часто встречаться и контактировать с людьми заставило его перейти на заочное отделение.

После перехода на заочное обучение, настроение улучшилось, он стал спокойнее. По мнению матери, частые конфликты с отцом спровоцировали у сына начало болезни. С объективного осмотра было выявлено: депрессивное настроение выражалось только во время опроса. Имеет место суицидальные намерения. Чувство, что жить не стоит. Жалобы на затруднения при засыпании каждую ночь. Жалобы на беспокойный сон в течение ночи. Отрицает отсутствие работоспособности и активности. Наблюдается легкая заторможенность во время разговора. Также имеет место легкая ажитация, проявляющаяся в незначительном беспокойстве. Имеет место психическая тревога, беспокойства по незначительным поводам. Соматические признаки тревоги отсутствуют. Желудочно-кишечные соматические симптомы также не имеются. Слабо выраженные генитальные симптомы. Ипохондрия и потеря веса отсутствуют. Осознает, что находится в состоянии депрессии.

По шкале Гамильтона (HDRS) отмечается 12%. По шкале качества жизни (QOL) 61%. По шкале (ISQI), выявляющей тип характера, больной относится к дистанцированному типу характера, в отношениях доминирующий. По шкале (MAQ), определяющей тип привязанности, относится к избегающему типу характера. Диагноз: депрессия с эмоциональной неустойчивостью и нехваткой социальных навыков.

Заключение

В качестве примеров были приведены четыре случая депрессии с вышеперечисленными проблемными зонами. Эффективность ИПТ, при лечении депрессии, изучалось многими исследователями, которые использовали различные научные подходы и сравнивали различные показатели, например: в исследовании [9] эффективность ИПТ исследовалось совместно с эффективностью когнитивно-поведенческой психотерапии и поэтому выводы автора касаются психотерапии вообще, а не конкретной методики. В крупном исследовании [10] рассматривались не только больные с т.н. «большой депрессией» (majordepression), но также пациенты с дистимией и другими типами депрессивных расстройств. Наиболее часто проводились исследования эффективности ИПТ по отношению к плацебо. Несмотря на высокий уровень ремиссии в группе пациентов лечившихся интерперсональной терапией, исследователи ставят под сомнение правомерность сравнения ИПТ с плацебо [11]. В других исследованиях было показано превосходство ИПТ путем сравнения пациентов, получавших данный вид терапии с больными, находящимися в «листе ожидания» [12]. Некоторые исследователи, в качестве контрольной группы, приводят больных, которым проводится так называемый клинический мониторинг, которые, не получая регулярной психотерапии, могли получать телефонную консультацию у своего врача [13].

Большое количество исследований было посвящено сравнению интерперсональной терапии и терапии антидепрессантами. Последний систематический обзор представляет собой мета-анализ 38 РКИ по изучению эффективности ИПТ, которые включали 4356 пациентов [14]. Общий размер эффекта (Cohen's d) 16 РКИ при сравнении ИПТ с контрольной группой был

равен 0.63 (95% доверительный интервал [ДИ]= 0.36 - 0.90). Десять исследований посвященных сравнению ИПТ с другими видами не выявил статистически значимых различий в размере эффекта 0.04 (95% ДИ =-0.14 - 0.21). Кроме того, данные, полученные в ходе исследований вошедших в мета-анализ, свидетельствуют об одинаковой эффективности ИПТ фармакотерапии, однако, в долгосрочной перспективе продолжительность ремиссии у пациентов, получавших ИПТ, была длительнее. К ограничениям этих исследований относятся разные сроки наблюдения за больными, которые варьировали от 16 до 150 недель. Кроме того, в качестве контрольной группы, участвовали пациенты, принимавшие разные виды антидепрессантов.

Следующая группа исследований касалась сравнения комбинированной терапии, включавшей ИПТ и антидепрессанты, с каждым из указанных видов терапий в отдельности [15,16]. В большинстве исследований была показана большая эффективность комбинированной терапии в острой стадии лечения, а также более длительной ремиссией в этих случаях. Большая группа исследований была посвящена сравнению ИПТ с КПТ [17,18,19]. При этом было доказано, что оба вида терапии в равной мере воздействуют на улучшение депрессивной симптоматики, однако некоторые психосоциальные характеристики, такие как самооценка, социальная адаптация и работоспособность у больных, получавших ИПТ, были выше [20]. На момент проведения этих исследований считалось, что два указанных психотерапевтических метода существенно отличаются друг от друга. Однако, проверенный в дальнейшем сравнительный анализ видеозаписей и стенограмм, использовавшихся в исследовании, не смог установить принципиальных различий между обоими видами психотерапий [21].

Хотя ИПТ является современным видом психотерапии, большинство исследователей большее значение уделяли изучению ее эффективности в редукции симптомов депрессии в целом без учета конкретной проблемной зоны. По мнению некоторых авторов, четыре интерперсональных фокуса ИПТ еще недостаточно изучены в свете конечных результатов лечения [22]. Поэтому исследование результатов лечения депрессии у пациентов с различными проблемными зонами требует отдельного изучения.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1) Weissman MM. A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*. 2006; 36:553–557
- 2) Klerman, GL.; Weissman, MM.; Rounsaville, BJ.; Chevron, E. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books; New York: 1984.
- 3) Stuart, S., Robertson, M., 2003. *The history of IPT*. *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. Arnold, London, Great Britain.
- 4) Weissman, Markowitz M., J., Klerman G. L. *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Oxford University Press. 2007.
- 5) Gəraybəyli G., Sultanov M., Qəmərinski R. *İnterpersonal psixoterapiya (dərs vəsaiti)*, Bakı 2010 il.
- 6) Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
- 7) Wurm C, Robertson M, Rushton P. *Interpersonal psychotherapy: an overview*. *Psychotherapy in Australia*, 2008, Volume 14 Issue 3, 46-54
- 8) Kübler-Ross E., Kessler D. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. Simon and Schuster, 2005, 235p.
- 9) Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al., *Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations*. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Nov;54(11):1009-15.
- 10) de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, et al., *systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Apr;255(2):75-82.
- 11) Nathan PE, Stuart SP, Dolan SL. *Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis?* *Psychol Bull*. 2000 Nov;126(6):964-81.

- 12)O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry. 2000 Nov;57(11):1039-45.
- 13)Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1999 Jun;56(6):573-9.
- 14)Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et.al., Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry. 2011 Jun;168(6):581-92.
- 15)Miller MD, Wolfson L, Frank E, et.al., Using interpersonal psychotherapy (IPT) in a combined psychotherapy/medication research protocol with depressed elders. A descriptive report with case vignettes. J PsychotherPract Res. 1997 Winter;7(1):47-55.
- 16)Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, et.al., Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. J Clin Psychiatry. 2000 Jan;61(1):51-7.
- 17)Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, et.al., A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2000 May;57(5):459-66.
- 18)Donker T, Bennett K, Bennett A, et.al., Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. J Med Internet Res. 2013 May 13;15(5):e82.
- 19)Vos SP, Huibers MJ, Diels L, Arntz A. A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. Psychol Med. 2012 Dec;42(12):2661-72.
- 20)Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. World Psychiatry. 2004;3(3):136-139.
- 21)Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry. 2002 May;159(5):775-83.
- 22)Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of Change in Interpersonal Therapy (IPT). Clinical Psychology Review, 33(8), 1134–1147

Daxil olub: 20.16.2016.



EKSPERİMENTAL TƏBƏVƏT

EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA

EKSPERIMENTAL MEDICINE

**BÖYRƏK İŞEMİYASININ MÜDDƏTİNDƏN ASILI
OLARAQ HEMODİNAMİKADA VƏ QANIN BƏZİ BİOKİMYAVİ
GÖSTƏRİCİLƏRİNDƏ BAŞ VERMİŞ DƏYİŞİKLİKLƏR**

Əsgərova A.A., Qarayeva G.Q., Hacıyeva G.Y.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi

Böyrək toxuması işemiyası son illərdə artmaqda davam edən xəstəlik olub bir sıra fəsadları o cümlədən arterial hipertoniya, xroniki böyrək çatmamazlığı və digər patologiyalarla insan həyatına təhlükə təşkil edir və ya əlillik faizini artırmış olur (1,2). Elə buna görə də mənşəyindən asılı olmayaraq bütün nefropatiyalar ürək-damar sistemi xəstəliklərinin risk faktoru hesab olunur. (3,4). Digər tərəfdən isə böyrək işemiyası nəticəsində meydana gələn arterial hipertoniya özü ürəyin işemik xəstəliyi üçün prediktor rolunu oynayır (5). Ona görə də böyrək toxumasının işemiyası zamanı hemodinamikada baş vermiş dəyişikliyin öyrənilməsinin vacibliyi bir sıra lahiyələrdə öz əksini tapmışdır. Bu məqsədlə də biz eksperimentdə böyrək işemiyasının müddətindən asılı olaraq hemodinamikanın və qanda kreatinin, sidik cövhərinin, kreatin fosfokinazanın və S-reaktiv zülalın səviyyəsində baş vermiş dəyişiklikləri və onların arasında korrelyativ əlaqənin olub olmamasını araşdırmaq qərarına gəldik.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqatlar “Şinşilla” cinsinə mənsub olan 30 baş dovşan üzərində aparılmışdır. Onların çəkisi 2,5-3,5 kq arasında götürülmüşdür.

Təcrübəyə götürülən bütün heyvanlarda təcrübə heyvanları ilə davranış haqqında qəbul edilmiş beynəlxalq qaydalara əməl etməklə arterial təzyiqli ölçmək məqsədilə boyun nahiyəsində yuxu arteriyasının proyeksiyasına uyğun olaraq 10 sm uzunluqda iki paralel kəsik aparmaqla dəri dərialtı təbəqədən ayrılmış və yuxu arteriyası onun içərisinə yerləşdirilərək dəri diliminin kənarları bir-birinə birləşdirməklə boruvari şəkildə salınmışdır (şəkil 1). Boyunda açılmış yara defekti dəri kənarlarını bir-birinə tikməklə aradan qaldırılmışdır. İntakt vəziyyətində dovşanlarda arterial təzyiqli səviyyəsi müəyyən edildikdən sonra onların 25 başında cərrahi əməliyyat aparmaqla böyrək arteriyasının parenximaya daxil olan şaxələrindən biri bağlanmaqla işemiya modeli yaradılmışdır. Modeli yaradıldıqdan 1,5,10,15 və 30 gün sonra heyvanlar (hər dəfə 5 baş olmaqla) təcrübədən çıxarılmışdır.

İntakt vəziyyətində və işemiya modeli yaratdıqdan sonrakı günlərdə (yuxarıda göstərilən) arterial təzyiqli (AT) ölçülmüş və qanda kreatinin, sidik cövhərinin, kreatinin fosfokinazanın (KFK) və S-reaktiv zülalın miqdarı təyin edilmişdir. Göstərilən markerlərin miqdarı Human firmasının istehsalı olan reaktiv dəstlərindən istifadə etməklə tam avtomat rejimdə işləyən BIOSKREM-2 aparatı vasitəsilə təyin edilmişdir.

Alınmış kəmiyyət göstəriciləri Studentin t-meyarı və Uilkokson-Manna-Uitninin qeyri-parametrik U-meyarı tətbiq etməklə statistik təhlil edilmişdir (6). Hesablamalar Azərbaycan Tibb Universitetinin Tibbi İnformatika və hesablama kursunda tərtib olunan EXCEL elektron cədvəlində aparılmışdır.

Alınmış nəticələr. İntakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarında (n=30) sistolik təzyiqli (ST) səviyyəsi 80-120 mm Hg arasında dövr edərək orta səviyyəsi $101,2 \pm 1,7$ mm Hg-a bərabərdir. Qanda kreatinin miqdarı 80-120 mkmol/l arasında dəyişmişdir. Orta miqdar $99,9 \pm 2,0$ mkmol/l-dir. Sidik cövhərinin miqdarı isə 2,8-7,4 mkmol/l civarında olub, $4,8 \pm 0,3$ mkmol/l olmuşdur. KFK-nın fəallığı 19-25 mmol/l arasında dəyişmişdir. Orta fəallıq $23,1 \pm 0,3$ mmol/l-ə bərabərdir. S-reaktiv zülalın qatılığı 1-5 mq/l arasındadır. Orta qatılıq $3,0 \pm 0,3$ mq/l-dir.

Böyrək arteriyasının şaxələrindən birinin bağlanmasından bir gün sonra təcrübəyə götürülən dovşanlarda (n=25) ST-nin səviyyəsi intakt vəziyyətlə müqayisədə 10% yüksəlmişdir (cədvəl 1). ST-nin səviyyəsinin 10% yüksəlməyinə baxmayaraq təcrübə heyvanlarının 92%-də və ya 23 başında normal səviyyəsinə saxlanmışdır. Göstərilən müddətdə qanda kreatinin miqdarının artması 14% təşkil etmişdir. Burada da təcrübə heyvanlarının 20 başında və ya 80%-də qanda kreatinin miqdarı normal səviyyəni keçməmişdir. Təcrübəyə götürülən heyvanların yalnız 5 başında qanda kreatinin miqdarı normadan yuxarı olmuşdur ki, bu da təcrübə heyvanlarının 20%-ni təşkil edir.

Sidik cövhərinin miqdarında daha önəmli nəticə əldə edilmişdir. Qanda onun miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 48,5% artmışdır. ST-nin səviyyəsindən və kreatinin miqdarından fərqli olaraq sidik cövhərinin miqdarı normal olan təcrübə heyvanlarının sayı 13 baş olmuşdur ki, bu da təcrübəyə götürülən heyvanların 52%-ni təşkil edir. Təcrübə heyvanlarının 12-də və ya 48%-də qanda sidik cövhərinin miqdarı normadan yüksək olmuşdur.

KFK-nın fəallığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 6,5% artmışdır. Təcrübə heyvanlarının əksəriyyətində 72%-də və ya 18 başında onun fəallığı dəyişməmişdir. Lakin 7 baş dovşanda qanda KFK-nın fəallığı normadan yüksək olmuşdur ki, bu da təcrübəyə götürülən heyvanların 28%-ni təşkil edir.

S-reaktiv zülalın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 8% azalmışdır. Lakin buna baxmayaraq onun miqdarı təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də normal səviyyəsinə saxlanmışdır.

Beləliklə, cədvəldən göründüyü kimi işemiya modelinin yaradılmasının 1-ci günündə ST mülayim surətdə yüksəlmişdir. Qanda sidik cövhərinin miqdarı əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Lakin buna baxmayaraq qeyd olunan artım bütün təcrübə heyvanlarında müşahidə edilməmişdir.

Böyrəyə daxil olan arteriya şaxələrindən birinin bağlanmasıdan 5 gün sonra (n=20) öyrənilən parametrlərdə daha əhəmiyyətli dəyişikliklər qeydə alınmışdır (cədvəl). ST-nin səviyyəsi intakt vəziyyətlə müqayisədə 33% yüksəlmişdir. Onun səviyyəsinin yüksəlməsi daha çox təcrübə heyvanlarında qeydə alınmışdır. Təcrübəyə götürülən dovşanların 3-də və ya 15%-də ST-nin səviyyəsi norma daxilində olmuşdur. Qalan 17 baş dovşanda və ya təcrübəyə götürülən heyvanların 85%-də ST-nin səviyyəsi normadan yüksəyə qalxmışdır.

Qanda kreatinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 39% artmışdır. Bu artım təcrübəyə götürülən heyvanların 75%-ni (15 baş) əhatə etmişdir. 25% və ya 5 baş heyvanlarda isə qanda kreatinin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. Buradan göründüyü kimi, təcrübənin 5-ci günündə böyrək toxumasında işemik proses daha da dərinləşmişdir. Onun nəticəsi olaraq qanda kreatinin miqdarının əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlməsi ilə yanaşı patoloji proses inkişaf edən dovşanların sayı da kəskin şəkildə artmışdır. Sidik cövhərinin miqdarında olan artım kreatindən fərqli olaraq kəskin xarakter almışdır. Onun qanda olan miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 106% yüksəlmişdir. Təcrübə heyvanlarından yalnız 5 başında (25%-də) sidik cövhərinin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. Qalan 15 baş dovşanda isə və ya təcrübəyə götürülən heyvanların 75%-də normadan yüksək səviyyəyə qalxmışdır.

Patoloji prosesin modelləşdirilməsinin 5-ci günü qanda KFK-nın fəallığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 24% artmışdır. Bu artım təcrübəyə götürülən heyvanların 16 başındavə ya 80%-də qeydə alınmışdır. Təcrübəyə götürülən heyvanların 20%-də (4 başda) isə qanda KFK-nın fəallığı normal səviyyəni aşmamışdır.

S-reaktiv zülalın qatılığı daha kəskin şəkildə artmışdır. İntakt vəziyyətlə müqayisədə bu fərq 110%-ə çatmışdır. Təcrübə heyvanlarının 11-də (55%-də) qanda S-reaktiv zülalın qatılığı normadan yüksək səviyyədə olmuşdur. Bu onu göstərir ki, böyrək parenximasına daxil olan arteriya şaxələrindən birinin bağlanması təcrübə heyvanlarının 55%-də iltihabın inkişafına səbəb olmuşdur. Lakin bununla bərabər təcrübəyə götürülən heyvanların 9 başında və ya 45%-də böyrək toxumasının işemiyası iltihabla əhatə olunmamışdır. Bu səbəbdən də onlardan götürülən qanda S-reaktiv zülalının qatılığı normal səviyyədə qalmışdır.

Alınmış nəticələrdən belə bir qənaətə gəlmək olur ki, böyrəyə daxil olan arteriya şaxələrindən birinin bağlanmasıdan 5 gün sonra inkişafda olan işemiya prosesi təcrübəyə götürülən heyvanların əksəriyyətində formalaşmış və iltihabla müştərək inkişaf etmişdir.

Böyrəyə daxil olan arteriya şaxələrindən birinin bağlanmasıdan 10 gün sonra müayinələr 15 baş dovşan üzərində aparılmışdır. Onlarda aparılan müayinələrin nəticələri göstərmişdir ki, ST-nin səviyyəsi və eləcə də qanda biokimyəvi markerlərin miqdarı artmaqda davam edir.

İntakt vəziyyətlə müqayisədə ST-nin səviyyəsi 49% yüksəlmiş təcrübəyə daxil edilmiş heyvanların hər birində (100%-də) ST-nin səviyyəsinin normadan yüksək səviyyədə olması müşahidə edilmişdir.

Aparılan müayinələrin nəticəsi göstərmişdir ki, qanda təyin etdiyimiz markerlərin miqdarı təcrübəyə götürülən heyvanların hamısında normal səviyyədə yuxarı qalxmışdır. Belə ki, qanda kreatinin miqdarının artması 70%, sidik cövhərinin miqdarının artması 167%, KFK-nın qatılığının artması 58%, S-reaktiv zülalın miqdarının artması 353% təşkil etmişdir. Beləliklə bizim

apardığımız təcrübələrin nəticəsindən məlum olur ki, böyrək parenximasına daxil olan şaxələrdən birinin bağlanması 10 gün sonra böyrək toxumasında işemiya prosesi tam formalaşdığından ST-nin səviyyəsi və eləcə də qanda olan biokimyəvi markerlərin miqdarı əhəmiyyətli dərəcədə bəziləri isə kəskin şəkildə yüksəlir. Sidik cövhərinin kəskin şəkildə artması böyrəyin funksiyasının əhəmiyyətli dərəcədə, pozulmasını, S-reaktiv zülalın miqdarının artması isə iltihab prosesinin vüsətlənməsini göstərir. Beləliklə buradan belə bir qənaətə gəlirik ki böyrək parenximasına daxil olan arterial şaxələrdən birinin bağlanması toxumanın işemiyasını yaratmaqla 10 gündən sonra böyrəklərin funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

Təcrübənin 15-ci günündə müayinələr 10 baş dovşan üzərində aparılmışdır. Onlarda ST-nin səviyyəsi artmaqda davam edərək intakt vəziyyətlə müqayisədə 66% təşkil etmişdir.

Qanda aparılan müayinələr zamanı isə müəyyən edilmişdir ki, intakt vəziyyətlə müqayisədə kreatinin miqdarı 114%, Sidik cövhərinin miqdarı 227%, KFK-nın qatılığı 96%, S-reaktiv zülalın miqdarı isə 670% artmışdır. Biokimyəvi göstəricilərin miqdarının artması təcrübəyə götürülən heyvanların hər birində baş vermişdir.

Böyrəyə daxil olan arteriyal şaxənin birinin bağlanması 30 gün sonra da istər ST-nin səviyyəsi və istərsədə biokimyəvi göstəricilərin miqdarı artmaqda davam etmişdir. İntakt vəziyyətlə müqayisədə sistolik təzyiqin səviyyəsi 80% artmışdır. Qanda kreatinin miqdarında olan artım 151%-ə, sidik cövhərinin miqdarında olan artım 339%-ə, KFK-nın qatılında olan artım 138%-ə S-reaktiv zülalın miqdarında olan artım isə 547%-ə çatmışdır.

Təcrübələrdən alınmış nəticələrin kəmiyyət göstəriciləri və onların sistolik təhlili cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl № 1.

Böyrək arteriyası şaxələrindən birinin bağlanması 10 gündən asılı olaraq sistolik təzyiqin və qanın biokimyəvi göstəricilərinin miqdarının dəyişmə dinamikası

N	Tədqiq olunan göstərici	Statistik göstəricilər	İntakt vəziyyət	Arteriya şaxəsinin bağlanması 10 gündən sonra				
				1 gün	5 gün	10 gün	15 gün	30 gün
1	Sistolik təzyiq	Min	80	90	115	125	150	160
		Max	120	130	150	170	180	200
		M±m *	101,2±1,7	111,2±1,9	134,3±2,2	151,0±2,8	167,5±3,4	182,0±6,6
2	Kreatinin miqdarı mkmol/l	Min	80	97	118	140	163	200
		Max	120	140	160	200	330	292
		M±m *	99,9±2,0	113,6±2,3	139,1±3,3	169,8±5,0	213,7±16,8	251,0±16,2
3	Sidik cövhərinin miqdarı mmol/l	Min	2,8	3,8	5,2	7,9	10,3	20,9
		Max	7,4	10,1	15,4	19,6	22,4	27,8
		M±m *	4,8±0,3	7,1±0,4	9,9±0,6	12,8±0,8	15,7±1,3	23,8±1,1
4	KFK-nın qatılığı mmol/l	Min	19	22	22	29	35	44
		Max	25	28	34	42	55	63
		M±m	23,1±0,3	24,6±0,4 **	28,8±0,8	36,6±1,1	45,3±1,9	55,0±3,4
5	S – reaktiv zülalın miqdarı mq/l	Min	1	1	2	6	13	11
		Max	5	5	11	23	34	29
		M±m	3,0±0,3 ***	2,8±0,3	6,3±0,6	13,6±1,5	23,1±2,5	19,4±3,4

Qeyd * $P < 0,001$ ** $P < 0,01$ *** $P > 0,05$

Alınmış nəticələrin təhlili: Apardığımız təcrübələrdən alınmış nəticələrin təhlilindən məlum olur ki, böyrək parenximasına daxil olan şaxələrdən birini bağladıqda böyrək toxumasının qan təchizatı pozulur. Bunun nəticəsi olaraq AT

yüksəlir, qanda kreatinin, sidik cövhərinin miqdarı, KFK-nın fəallığı və S-reaktiv zülalın qatılığı artır.

Göstərilən parametrlər təcrübənin patoloji prosesin inkişafına doğru dəyişməsi 1-ci gündən başlayaraq 30-cu gününə qədər (sonuna qədər) davam edir. Lakin ilk günlərində qeyd olunan dəyişikliklər təcrübəyə götürülən heyvanların hamısında müşahidə edilməmişdir. Onların böyük əksəriyyətində tədqiq etdiyimiz parametrlər normal səviyyəsini saxlamışdır. Lakin zaman keçdikcə, daha doğrusu işemiyanın müddəti uzandıqca patoloji prosesi daha çox təcrübə heyvanların əhatə etmişdir. Belə ki, təcrübənin 5-ci günündə böyrəyin funksional vəziyyətini ifadə edən markerlərdə patoloji istiqamət alan dəyişikliklər təcrübə heyvanlarının böyük əksəriyyətində müşahidə edilmişdir.

Böyrək parenximasına daxil olan arterial şaxələrdən birinin bağlanması nəticəsində toxumada qan təchizatının pozulmasına baxmayaraq ilk günlərdə böyrəklərin funksiyası bir o qədər ciddi şəkildə pozulmamışdır. Çox güman ki, böyrəklərdə normada funksiyaya malik olmayan lakin patoloji proses zamanı fəallaşan kapilyarların açılması sayəsində yaradılmış işemiya bir qədər kompensasiya olunur. Təcrübə heyvanlarının böyük əksəriyyətində kompensasiya prosesi normal keçdiyindən onlarda funksional pozğunluq qeydə alınmamışdır. Lakin böyrək parenximasına daxil olan arterial şaxələrdən birinin bağlanmasından 5 gün sonra artıq işemik prosesin inkişaf dərəcəsi asılı olaraq arterial təzyiğin səviyyəsində və qanın biokimyavi göstəricilərində daha kəskin dəyişikliklər baş vermişdir. Bununla yanaşı tədqiq etdiyimiz parametrləri normal səviyyədə olan təcrübə heyvanlarının sayı kəskin şəkildə azalmışdır. Sonrakı günlərdə isə təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də arterial təzyiğin səviyyəsi və qanın biokimyavi göstəricilərinin miqdarı kəskin şəkildə dəyişmişdir. Bütün bunlar bir daha sübut edir ki, böyrək parenximasına daxil olan şaxələrdən birinin bağlanması böyrək toxumasında tədricən inkişaf edən işemiya yaradır.

Modelin yaranmasının xarakterik xüsusiyyətlərindən bir də qanda kreatinin miqdarı ilə sidik cövhərinin miqdarının kəskin şəkildə dəyişməsidir. Hər iki göstərici böyrəyin funksiyasının pozulmasını göstərməklə yanaşı parenximada gedən dəyişikliklər haqqında informasiya verir.

KFK-nın fəallığının dəyişməsi isə əzələ toxumasında energetik resursların pozulmasını göstərir. Çünki, KFK əsas energetik resurs olan ATF-in fosforil qalığına dönmənin ötürülməsini katalikləşdirdiyi üçün onun fəallığının qanda artması ATF ehtiyatının azalmasına səbəb olur.

Böyrək toxumasında işemiyanın yaranması təcrübənin 10-cu günündə artıq iltihab prosesinin inkişafı ilə səciyyələnməsi də modelin seçilən patologiya üçün adekvat olmasını sübut edir. Məhz bununla bağlı olaraq qanda S-reaktiv zülalın qatılığı yüksəlir. S-reaktiv zülalın iltihabın markeri olması artıq sübuta yetirilmiş faktır (7,8,9).

Beləliklə, bizim apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərdi ki, böyrək arteriyası şaxələrindən birinin bağlanmasından yaranan işemiyanın müddətindən asılı olaraq arterial təzyiğin səviyyəsi yüksəlir. Ona uyğun olaraq qanda kreatinin, sidik cövhərinin, KFK-nın və S-reaktiv zülalın miqdarı artmış olur.

ƏDƏBİYYAT - ЛІТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Cavadzadə M.C., Fiqarov İ.H., Qarayev M.E. Nefrogen hipertenzianın müasir diaqnostika və müalicəsi //Azərbaycan Tibb Jurnalı 2005, N 1, c.43-49.
- 2.Katharina Wolf – Maier, Richard S., Cooper, Jose R., Banegas et al., Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003, N 42, p.1206-1252.

3. Шимохина Н.Ю., Савченко А.А., Петрова М.М., Каскаева Д.С. Прогностическое значение определения метаболического статуса тромбоцитов у больных с цереброваскулярными осложнениями гипертонической болезни в сочетании с ишемической болезнью сердца // Кардиология, 2012, № 6, с.14-18.
4. Фомин В.В. Фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов и управление риском развития нефропатии при сахарном диабете 2-го типа // Кардиология, 2012, № 10, с.81-85.
5. Mc Cullough P.A., Li S., Jurkowitz C.T., et al. Chronic kidney disease prevalence of premature Cardiovascular disease and relationship to shortterm mortality. // Amer. Heart. J. 2008, N 156.
6. Лакин Г.Ф. Биометрия М.: Высшая школа, 1990, 352 с.
7. Минаев С.В., Исаева А.В., Обедин А.Н. и др. С-реактивный белок –главный маркер динамики течения острых воспалительных процессов в клинических условиях // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2011, № 22, с.95-99.
8. Гатуллин И.Г., Козлов С.В., Савинков В.Г. и др. С-реактивный белок –фактор прогноза гнойных послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком. // Кубанский научный медицинский вестник. 2013, № 4, с.37-40.
9. Волкова Л.И., Тимофеева А.В. С-реактивный белок как показатель системного воспаления у больных хронической обструктивной болезнью легких. // Современные проблемы науки и образования, 2013, № 6, с.679.

РЕЗЮМЕ

УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЯ ИШЕМИИ ПОЧКИ

Аскерова А.А., Гараева Г.Г., Гаджиева Г.Я.

Целью исследования явилось изучение коррелятивного отношения между уровнями артериального давления и содержания некоторых биохимических показателей в частности креатина, КФК, мочевины и С-реактивного белка в крови. С этой целью нами были поставлены опыты на 30 кроликах которые их разделяли на 6 групп по 5 кроликов. Установлено, что после перевязки одной из ветвей почечной артерии в течении 10 дней ишемия почки полностью формировалась и на всех подопытных животных повышается уровень артериального давления и биохимических показателей в крови. Выявлено, что между ними и время ишемии имеется коррелятивные отношения.

SUMMARY

EDUCATIONAL LEVEL BLOOD PRESSURE AND SHOVED SAME BIOCHEMICAL BLOOD ACCORDING TO TIMES KIDNEY ISCHEMIA.

Askerova A.A., Garayeva G.G., Hacıyeva G.Y.

The aim of research was to study the relative ship between kochelyative blood pressure level and content of sone biochemical parameters such as creatinine creatine kinase, urea and reactive protein in the blood. To this end, we have carried out experiments on 30 rabbits, which were divided into 6 groups 5 rabbits. We have found that after the ligation of one branch of the renal artery within the kidney ischemia o days and completely formed on all test animals otlichnopovy ischemia blood pressure and blood biochemical indicators. It was found between them and the time of ischemia are correlative respect.

Daxil olub: 9.12.2016.

QIDA DEPRİVASİYASININ BÖHRAN MƏRHƏLƏSİNDƏ İTLƏRİN MƏDƏ TOXUMASINDA AMİNTURŞU METABOLİZMİNDƏKİ DƏRİ DƏYİŞİKLİKLƏR

Mehdizadə N.M., Rzayeva A.M.

***ADPU İnsan və heyvan fiziologiyası kafedrası,
ATU Anatomiya kafedrası***

XXI əsirdə dünya üçün əsas problemlərdən biri də qida deprirasiyası şəraitində insan orqanizmində gedən metabolizm prosesinininki və fərdi olaraq ayrı-ayrı sahələrdə müxtəlif yaş dövrlərindəki gedişlərini müəyyən etməkdir. Həzm sistemi üzvlərinin, xüsusilə də mədə bağırsağ sisteminin morfofunksional və metabolik inkişafı, onların daxili və xarici amillərin təsirindən sonra baş verən dəyişikləri, xüsusilə də zülal-aminturşu mübadiləsindəki dəyişikənliyi ətraflı tədqiq etmək məqsəd kimi götürülür.

Bu baxımdan əsas problemlərdən biri də insan və heyvan orqanizminin makro- və mikrostrukturları səviyyəsində gedən metabolizm proseslərini, orqanizmin fərdi inkişafının müxtəlif dövrlərində dərinə və ardıcılıqla öyrənməkdir. Mərkəzi sinir sistemində, baş beynin ayrı-ayrı sahələrində, metabolizm prosesləri və o cümlədən aminturşularının metabolizmi xeyli tədqiq olunmuşdur (1,9,10,2).

Bu sahədə son zamanlar həzm üzvlərinin, xüsusilə də mədə-bağırsağ sisteminin morfofunksional və metabolik inkişafının, onların xarici və daxili amillərə qarşı yüksək həssaslığının öyrənilməsi əsaslı tədqiqatların obyektinə çevrilmişdir (6).

Mədə quruluşuna, yerləşməsinə, özünəməxsus polimorfluğuna, sinir və humoral tənzim mexanizminin mürəkkəbliyinə, funksiyasının zəruriliyinə görə seçilən orqandır.

Mədə toxumasında gedən metabolizm proseslərinin postnatal ontogenezdə və orqanizmə müxtəlif ekstremal faktorların təsirləri şəraitində öyrənilməsi aktuallığına görə mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Aclıq zamanı tam orqanizmdə və ayrı-ayrı orqanlarda baş verən morfoloji, struktur və metobolok dəyişikliklərin yaşdan asılı olaraq öyrənilməsi tibbi-bioloji baxımdan olduqca maraqlıdır. Orqanizmə az kalorili qidanın daxili olması, zülalsız qida, digər növ qida çatışmazlığı fizioloji və patoloji aclığa səbəb olur və nəticədə həyat üçün ciddi təhlükə yaradır. Son illərdə mədə toxumasının müxtəlif təşkil səviyyələrində gedən metabolizm prosesləri bir çox alimlər tərəfindən tədqiq olunmuşdur (9,10,2,7,8,12).

Uzunmüddətli aclığın müxtəlif yaşlı heyvanların orqanizminin müəyyən funksional sistemlərində gedən metabolizm prosesinə təsiri olduqca cüzi səviyyədə öyrənilmişdir. Lakin postnatal ontogenezin keçid yaş dövrlərində mədəni müxtəlif toxumalarında sərbəst aminturşuların metabolizmi demək olar ki, tədqiq olunmamışdır. Maraqlı cəhətlərdən biri də mədə toxumasında zülal və aminturşu mübadiləsinin yaşdan və müxtəlif müddətli qidalanmadan asılı olaraq dəyişməsinin tədqiqidir. Bütün bunlarla əlaqədar olaraq mədə toxumasının morfofunksional təşkilində mühüm əhəmiyyəti olan qlutamin, asparagin və qamma-aminyaq turşularının metabolizmini itlərin mədə toxumasının müəyyən təşkil səviyyələrində öyrənməyi qarşımıza məqsəd qoyduq.

Qarşıya qoyulmuş elmi-tədqiqat işinin həlli üçün təcrübələr müxtəlif yaşlı itlər üzərində aparılmışdır. İtlərin tədqiqat obyektini kimi seçilməsi onunla əlaqədardır ki, bizi maraqlandıran dikarbon aminturşuları və qamma-aminyaq

turşusu, həcmində onları metabolizə edən fermentlər itlərin bəzi daxili orqanlarında nisbətən yaxşı öyrənilmişdir.

Tədqiqat apardığımız üç aylıq və birlik itləri 5, 12 və 20 sutka aclıq şəraitində saxlanılmış və onlara ancaq su verilmişdir. Təcrübə və kontrol məqsədilə yaşı, cinsi və kütləsi eyni olan itlərdən istifadə olunmuşdur, onlar normal qidalanma şəraitində saxlanılmışdır. Tədqiqat üçün toxuma nümunələri mədənin müxtəlif hissələrindən-kardial, fundal və pilorik hissələrindən götürülmüşdür. Aminturşuların miqdarını təyin etmək üçün kontrol məqsədilə təcrübə QAYT (qamma-aminyağı), AsT (asparagin) və QT (qlutamin) turşularından istifadə edilmişdir.

Heyvanlar dekapitasiya olunduqdan sonra mədəni bütün şöbələrindən götürülən toxuma nümunələri soyuducunun buxanasında yerləşdirilir. Toxuma analitik tərəzidə çəkiləndən sonra R. Roberts, T. Fleksner metodlarından modifikasiya olunmuş şəkildə istifadə olunmuşdur. Alınan mədə toxumasından 75%-li etil spirtinin iştirakı ilə (1:9 nisbətində) homogenat hazırlanır. Zülalları ayırmaq üçün homogenata 1-3 damla 10 normal sulfat turşusu əlavə edilir və 5 dəqiqə 2000 dəqiqə/sürətli sentrifüqadan keçirilir. Sonra 5 ml 75 dərəcə spirt əlavə edib, sürəti dəqiqədə 5000 olmaqla təkrar sentrifüqadan keçiririk. Alınan çöküntü -su hamamında tədricən qurudulur. Sonra çöküntünün üzərinə 3,5ml distillə suyu əlavə etməklə yenə də onu məhlula keçiririk. Yenidən sentrifüqadan keçirilir, soyudulur və çöküntü şəklində qurudaraq saxlanılır. Elektroforezdən keçirməmişdən əvvəl 1ml distillə suda həll olunur və mikropipetka ilə xromatoqrafiya kağızına köçürülür (F 12-16 markalı ABR kağızı).

Amin turşuları yüksəkvoltlu elektroforez aparatında fraksiyalarına ayrılır. Amin turşularının miqdarını təyin etmək üçün elektroforezdən keçirilmiş xromatoqrafiya kağızı xüsusi hazırlanmış məhlulda rənglənir, otaq temperaturu 25-26US olan qaranlıq kameraya qoyulur. 18-20 saatdan sonra xromatoqrafiya kağızının üzərində alınan müvafiq ləkələr (aminturşular) kəsilərək təyin olunur (T.S. Pasxina, 1965). Fotometrik hesablama aparmaq üçün FEKm-56 dan istifadə edilir.

Mədənin ayrı-ayrı hissəsindən götürülmüş materiallar fərdi olaraq tədqiq edilmiş və hesablanmışdır. Nəticədə alınmış rəqəmlərin statistik hesablamaları Fişer-Styudent metodu ilə onun modifikasiyası olan (Ploxinski, 1970; Rikitski, 1973) üsulu ilə aparılmışdır. Norma ilə yanaşı postnatal ontogenezin üç aylıq yaş qrupuna aid olan heyvanlarda acqalmanın müxtəlif müddətlərində qlutamin, asparagin və qamma-amin –yağ turşularının miqdarı mədə toxumasının kardial, pilorik və fundal hissələrində öyrənilmişdir. Alınan göstəricilərin nəticələri bir sayılı cədvəldə verilmişdir. Cədvəldən görüldüyü kimi qlutamin, asparagin və qamma – aminyağ turşuları mədə toxumasının tədqiq olunan –fundal, kardial və pilorik hissələrində bir-birindən regional müxtəlifliyinə görə fərqlənirlər. Normada qlutamin turşusunun miqdarı kardial hissədə daha yüksək olmasına görə mədənin fundal və pilorik hissələrdən fərqlənir. Mədənin kardial hissəsində QT-nun miqdarı $4,75 \pm 0,03$ mkmol olduğu halda, fundal və pilorik hissələrində normada müvafiq olaraq $4,85 \pm 0,04$ mkmol hesablanmışdır. Cədvəldən görüldüyü kimi normada üç aylıq itlərin mədə toxumasının öyrənilən hissələrində QT-nun miqdarı AsT-nun və QAYT-nun miqdarından yüksək olmasına görə fərqlənir. Normada mədənin kardial, fundal və pilorik hissələrində AsT-nun miqdarı olaraq $-3,12 \pm 0,03$ mkmol, $-2,69 \pm 0,02$ və $2,64$ mkmol hesablanmışdır.

QAYT isə QT-dan fərqli olaraq mkmolla olan miqdarına görə AsT-na xeyli yaxındır. Mədənin tədqiq olunan –kardial , fundal və pilorik hissələrində QAYT-ın miqdarı ardıcılıqla $-2,95 \pm 0,09$; $2,92 \pm 0,09$ və $2,82$ mkmol bərabər olmuşdur.

Tədqiq olunan amiturşularının miqdarında əsaslı metabolizm dəyişilmələri qida deprivasiyasının müxtəlif müddətli təsirindən sonra qeydə alınmışdır. Mədənin kardial hissəsində QT-nin miqdarı normada $-4,75 \pm 0,03$ mkmol olduğu halda beş gün acqalmadan sonra həmin göstərici $-3,42 \pm 0,13$ mkmola enmişdir, yaxud azalma 72% olunmuşdur. Beş gün acqalmadan fərqli olaraq 12 gün acqalmadan sonra QT-nin miqdarında cüzi artım qeydə alınmışdır. Belə ki, bu vaxt QT-nin azalması cəmi 18% hesablanmışdır.

Cədvəl № 1.

Aclıq zamanı üçaylıq itlərin mədə toxumasının müxtəlif hissələrində QT, AsT, QAYT-in miqdarının dəyişmə dinamikası (1q təzə toxumada mkmol-la; $M \pm m$; $t=8-10$)

Mədə toxumasının hissələri	Normada	Aclığın	Müddəti	(günlərlə)
		5	12	20
		QT		
Kardial	$4,75 \pm 0,03$	$3,42 \pm 0,13$ % 72 $P < 0,01$	$3,90 \pm 0,12$ 82 $P < 0,001$	$2,65 \pm 0,15$ 55 $P < 0,001$
Fundal	$4,85 \pm 0,03$	$4,42 \pm 0,13$ % 91 $P < 0,01$	$3,81 \pm 0,12$ 78 $P < 0,01$	$2,10 \pm 0,12$ 76 $P < 0,001$
Pilorik	$4,26 \pm 0,04$	$3,90 \pm 0,12$ % 91 $P < 0,01$	$3,36 \pm 0,12$ 78 $P < 0,01$	$3,25 \pm 0,19$ 76 $P < 0,001$
		AST		
Kardial	$3,12 \pm 0,04$	$3,01 \pm 0,13$ % 96 $P < 0,001$	$2,22 \pm 0,14$ 71 $P < 0,001$	$1,80 \pm 0,13$ 57 $P < 0,001$
Fundal	$2,69 \pm 0,02$	$1,80 \pm 0,14$ % 66 $P < 0,001$	$1,46 \pm 0,13$ 54 $P < 0,001$	$1,33 \pm 0,12$ 49 $P < 0,001$
Pilorik	$2,64 \pm 0,03$	$1,85 \pm 0,14$ % 70 $P < 0,001$	$1,57 \pm 0,14$ 59 $P < 0,001$	$1,12 \pm 0,22$ 42 $P < 0,001$
		QAYT		
Kardial	$2,95 \pm 0,09$	$2,67 \pm 0,15$ % 88 $P < 0,01$	$2,85 \pm 0,13$ 70 $P < 0,01$	$1,43 \pm 0,16$ 53 $P < 0,001$
Fundal	$2,72 \pm 0,09$	$2,67 \pm 0,15$ % 91 $P < 0,01$	$2,85 \pm 0,13$ 97 $P < 0,01$	$1,43 \pm 0,12$ 48 $P < 0,001$
Pilorik	$2,82 \pm 0,06$	$2,60 \pm 0,15$ % 89 $P < 0,01$	$2,51 \pm 0,13$ 85 $P < 0,001$	$1,37 \pm 0,15$ 46 $P < 0,001$

QT-nin miqdarında ən kəskin azalma qida deprivasiyasının böhran mərhələsinə, yəni acqalmanın 20-ci gününə təsadüf etmişdir. Bu vaxt QT-nin miqdarı norma ilə müqayisədə 100 faizdən 55 faizə enmişdir. Mədənin kardial hissəsində olduğu kimi onun fundal və pilorik hissələrində də QT-nin miqdarında qida deprivasiyasının müxtəlif mərhələlərində, xüsusilə 20 gün acqalmadan sonra

əsaslı azalma qeydə alınmışdır. QT-nin miqdarında ən kəskin azalma 20 gün aclıqdan sonra fundal hissədə qeydə alınmışdır (57%).

Cədvəl № 2.

Aclıq zamanı itlərin mədə toxumasının müxtəlif hissələrində QT, AsT, QAYT-in miqdarının dəyişmə dinamikası hissələrində QT, AsT QAYT-in (1q tərə toxumadan mkmola; $M \pm m; t=8-10$

Mədə toxumasının hissələri	Normada	Aclığın	Müddəti	(günlərlə)
		5	12	20
		QT		
Kardial	7,63± 0,04	6,00±0,15 % 78 P<0,05	6,00±0,13 78 P<0,001	3,96±0,14 51 P<0,001
Fundal	6,07± 0,02	4,62±0,12 % 76 P<0,05	3,90±0,12 64 P<0,001	3,00±0,12 49 P<0,001
Pilorik	7,16± 0,04	4,31±0,13 % 60 P<0,001	3,96±0,13 55 P<0,001	3,77±0,15 52 P<0,001
		Asg		
Kardial	4,29± 0,03	3,06±0,14 % 71 P<0,01	2,97±0,13 69 P<0,001	1,33±0,12 31 P<0,001
Fundal	3,59± 0,02	1,93±0,08 % 53 P<0,001	1,22±0,13 33 P<0,001	1,16±0,13 32 P<0,001
Pilorik	3,58± 0,03	2,21±0,03 % 61 P<0,001	1,24±0,06 34 P<0,001	0,81±0,08 22 P<0,001
		QAYT		
Kardial	3,54± 0,09	3,07±0,10 % 86 P<0,001	2,95±0,13 83 P<0,001	1,88±0,13 53 P<0,001
Fundal	3,19± 0,05	2,92±0,12 % 91 P<0,05	2,63±0,12 82 P<0,01	1,48±0,12 46 P<0,001
Pilorik	3,20± 0,08	2,60±0,15 % 89 P<0,01	2,51±0,11 78 P<0,001	1,83±0,12 57 P<0,001

Qlutamin turşusunda olduğu kimi asparagin və qamma-amin-yağ turşularının da miqdarında qida deprivasiyasının müxtəlif müddətli təsirindən sonra əsaslı azalma qeydə alınmışdır. Beş gün aclıqdan sonra asparagin turşusunun miqdarı kardial hissədə $-2,95 \pm 0,09$ və $2,82$ mkmol enmişdir. Asparagin turşusu nəinki norma ilə, hətta beş gün acqalma ilə müqayisədə də 12 və 20 gün acqalmadan sonra daha kəskin azalmaya uğramışdır. Qida deprivasiyasının böhran mərhələsində mədənin kardial hissəsində asparagin turşusu norma ilə müqayisədə 57 faizə enmişdir ($P < 0,001$). Mədənin fundal hissəsində də asparagin turşusu normaya nisbətən qida deprivasiyasının 5;12 və 20-ci günlərində müvafiq olaraq 34;46 və 54 faiz azalmışdır. Asparagin turşusunun səviyyəsində ən kəskin azalma mədənin pilorik hissəsində və acqalmanın 20-ci günündə aşkar edilmişdir. Belə ki, normada asparagin turşusu $-2,64 \pm 0,003$

mklmol olduğu halda 5;12 və 20 gün acqalmadan sonra müvafiq olaraq $-1,85 \pm 0,14$ mklmol; $-1,57 \pm 0,14$ və $1,12 \pm 0,22$ və mklmol enmişdir.

Bütün hallarda dəyişilmələr aminturşularının dəqiqliyi biometrik hesablamağa görə $P < 0,001$ olmuşdur. Qlutamin və asparagin turşularında olduğu kimi mədə toxumasının müxtəlif hissələrində qida deprivasiyası şəraitində QAYT-ın miqdarında da kəskin azalma qeydə alınmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, mədə toxumasının kardial, fundal və pilorik hissələrində 5 gün acqalmadan sonra QAYT-nun miqdarı olaraq müvafiq olaraq 12;9;11 faiz azalmışdır. 5 gün acqalma ilə müqayisədə 12 gün acqalmadan sonra həmin göstəricilər 70;97 və 85 faizə enmişdir. Sərbəst dikarbon aminturşularında olduğu kimi QAYT –da miqdarında ən kəskin azalma qida deprivasiyasının böhran mərhələsinə təsadüf etmişdir. Yəni qida deprivasiyasının 20-ci günündə mədənin kardial, fundal və pilorik hissələrində QAYT-ın miqdarı ardıcıl olaraq 47;52 və 54 faiz azalmışdır.

Üç aylıq itlərdə olduğu kimi birliklərdə də qida deprivasiyası şəraitində mədə toxumasının öyrənilən strukturlarında QT; AsT və QAYT-ın metabolizmində bir sıra əsaslı dəyişilmələr qeydə alınmışdır. İlkin olaraq müəyyən edilmişdir ki, üçaylıqlarla müqayisədə birillik heyvanlarda QT, AsT və QAYT-ın miqdarı xeyli yüksəlmişdir (cədvəl 2). QT, AsT və QAYT-ın mədə toxumasının müxtəlif təşkil səviyyələrində dəyişilməsi üçaylıq heyvanlarda birilliklərdə də qida deprivasiyasının böhran mərhələsinə təsadüf etmişdir. QT və QAYT ilə müqasədə AsT-nin miqdarı 20 gün acqalmadan sonra mədə toxumasını bütün öyrənilən hissələrində daha azalmışdır (71-78% azalma AsT səviyyəsində qeydə alınmışdır cədvəl 2). Aclıq zamanı birlik itlərin mədə toxumasını müxtəlif hissə

Bütün deyilənlərdən, yəni aparılmış tədqiqatın göstəricilərinə və ədəbiyyat mənbələrinə əsasən, belə qənaətə gəlmək mümkündür ki, normada və qida deprivasiyası şəraitində sərbəst amin turşularının və QAYT-nun azalmasının səbəbləri orqanizmin fərdi inkişaf xüsusiyyətləri və müxtəlif müddətli qida deprivasiyasının təsiri ilə əlaqədardır. Mədə toxumasında amin turşularının metabolizmində qida deprivasiyası zamanı qeydə alınan azalmalar çox vaxt mədənin öyrənilən şöbələrində morfoloji və funksional dəyişmələrlə müşahidə olunur.

Mədədə gedən metabolizm proseslərinin əsasında onun hərəkət və sensor fəaliyyəti durur. Mədənin hərəkəti funksiyası, onun sekretor, həzm və qismən də sorulma prosesinin tənziminə xidmət edir. Lakin orqanizmin müxtəlif funksional vəziyyətləri və xüsusilə qida deprivasiyası mədənin göstərilən imkanlarında əsaslı çatışmazlıqlar qeydə alınır.

Tədqiqatlarda müəyyən edilmişdir ki, mədə xəstəlikləri, qida çatışmazlıqları zamanı selikli qişada, selikaltı sahədə nekrotik sahələr əmələ gəlir ki, bu zaman həmin qatlarda nazıqlaşmalar baş verir, vəzlərin miqdarı azalır, bazal hissə genişlənir, selikli qişada kobud qranulyasiya, toxuma bərkimələri, çapıqlar yaranır. Neytrofil leykositlər xüsusi lövhələr əmələ gətirir ki, bu da epitel toxumanın 55%-nin bərpasına səbəb olur. Bu hüceyrələr miqrasiya edərək zədələnən sahələrin bərpası ilə onun funksiyasının tamamlayır.

Aclığın təsirindən sonra mədənin müxtəlif şöbəsinin ferment aktivliyi azalır və həmçinin də qaraciyərdə, mədədə, dalaqda, böyrəklərin funksiyalarında dəyişiklik baş verir. Göstərilən dəyişmələr mühafizə xarakteri daşıyır. Müəyyən edilmişdir ki, stress zamanı kortikosteroidlərin sekresiyası artır, bu da mədə-bağırsaq sisteminin ferment aktivliyini dəyişdirir. Eləcə də stressdən sonra peptidlərin yüksək aktivliyi baş verir və mədə-bağırsaq sistemində bəzi fermentlərin aktivliyi seroz-əzələ qatında da yüksəlir. Üzvlərin, xüsusilə mədənin həzm sisteminin ferment aktivliyi gediş spektrli təsirə malikdir. Aclıq işə ən yüksək stress növü sayılır. Bunu onunla izah etmək olar ki, stress sindromu zamanı

hipotalamo-hipofizar-adrenokortikal sisteminin və mədənin selikli qişasının qırışlarının aktivləşməsi güclənir. Bu zaman kortikositeroidlərin sintezi artır, bu da bazal səiyyəsinin işini aşağı salır.

Alanimaminopeptidlərin aktivliyi aclıqdan sonra iki dəfə azalır.

Ümumiyyətlə, aclıqdan sonra mədənin müxtəlif sahələrində fermentlərin aktivlik dərəcəsi aşağı düşür. Fermentlərin aktivliyində müşahidə olunan dəyişilmələr həzm sisteminin müdafiə-kompensator funksiyası ilə əlaqədardır [8]. Ekstremal təsirlər zamanı daxili orqanlarda QAYT və qlutmat şuntu reaksiyaları (QDK-aza QAYT-T-aza fermentlərinin fəallığı, QAYT-ın sintez və s.) xeyli dəyişir. Sinir toxuması ilə yanaşı, yəni qliya hüceyrələrində, həmçinin də daxili sekresiya vəzlərində, epiteli hüceyrələrində, mədəaltı vəzin xarici sekresiya funksiyası yerinə yetirən hissəsində QAYT-ergik sistem vardır [3].

Beləliklə, mədənin müxtəlif toxuma hissələrində gedən aminturşularının miqdarının və onların metabolizmində iştirak edən fermentlərin aktivliyinin dəyişilməsi spesifikliyə görə müəyyən fərqli xüsusiyyətlərə malik olub orqanizmin müxtəlif funksional, stress vəziyyətlərlə uzlaşır.

Aparılan tədqiqatın göstəricilərinə və ədəbiyyat materiallarının təhlilinə əsasən aşağıdakı qənaətə gəlmək mümkündür.

1. Üç aylıq və birillik itlərin mədə toxumasının kardial, fundal və pilorik hissələrində QT, Ast və QAYT-nun miqdarı və onları metabolizə edən QDK-aza və QAYT-aza fermentlərinin aktivliyinin dərəcəsi regional müxtəlifliyinə görə fərqlənir.

2. Qida deprivasiyasının 5; 12 günlük mərhələləri ilə müqayisədə, onun böhran mərhələsində qlutamin, asparagin və qamma-aminyaq turşularının miqdarı daha kəskin azalmağa məruz qalmışdır.

3. Mədə toxumasının müxtəlif təşkil səviyyələrində gedən amin turşuları metabolizmin dinamikası orqanizmin fərdi inkişafından və funksional vəziyyətindən asılı olaraq müəyyən morfoloji dəyişmələrlə müşayət olunur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Агаев Т.М. Глютаматдекарбоксилазная активность в центральных структурах зрительного анализатора мозга собак в ранний период постнатального онтогенеза. Укр. Биохим. Журн., 1970.
2. Аскеров Ф.Б., Керимов Б.Ф., Алиев С.А. Содержание восстановительного глутатиона в различных структурах головного мозга крыс в норме и при голодании. // Изв. АН. Азерб. ССР, сер. Биол. Наук. 1987, №3, с 116-120.
3. Алешин И.А., Чубарова Н.И. Аффферентная активность желудочных нервных механизмов у собак при условно-рефлекторной стимуляции секреции желудка XXIII съезд физиол. Общ. Им. Павлова. Наука, с. 84.
4. Джафаров Ф. И. Голод и жажда: Физиологические механизмы. Баку, Елм, 1988
5. Ивашкин В.Т. Уровень развития функциональной активности органов и тканей. Л., «Наука», 1987, с17-18.
6. Климов П.К. Функциональные взаимосвязь в пищеварительной системе. Л., Медицина. 1976.
7. Логинов А.С., Рещетняк В.И., Мукамалова Г. В., Федулова Н.Г., Дубик Т.В. О возможности прерывания *Helicobacter Pylori* в покоящемся состоянии в слизистой оболочке желудка. Тер. Архив, 1999, №2, с 13-16.
8. Никитина, Филаретова Л.П., Егорова В.В. Активность пищеварительных органов при стрессах и голодных воздействиях. Жур. Им. Сеченова, т 80, №5, 1994.
9. Фараджев А.Н. Возрастные особенности обмена дикарбоновых аминокислот и ГАМК лимбической системе мозга собак в постнатальном онтогенезе и в условиях голодания. Автореф. док. дисс. Тбилиси, 1990.
10. Фараджев А.Н. Роль ГАМК в лимбической коре мозга собак в постнатальном онтогенезе в условиях голодания и при его отмене. Собнауцютруд Инст-та мозга АН СССР, 1965.
11. Пасхин Т. С. Определения аминокислот. Новые методы биохимической фотометрии. М., Наука, 1965.
12. Sung H. H. Amino acid catabolism by rat gastring lindguater/ Biochim J/ 1986, № 3
13. Erdosandor L., Wolf Joachim R- y-aminobutyric acid antside the mammalian brain. J. Neurochem, 1990, v 54, № 2, pp. 363-372.

РЕЗЮМЕ

ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА АМИНОКИСЛОТ В ТКАНЯХ ЖЕЛУДКА СОБАК
ВО ВРЕМЯ КРИЗИСА ГОЛОДАНИЯ.

Mehdizadə N.M., Rzayeva A.M.

Эксперимент проводился в ранней постнатальной возрастной группе, т.е. в 3-х месячном и годовалом возрасте. Изучалась ткань желудка в кардиальной, фундальной и пилорической отделах в норме и во пищевой депривации. В указанных отделах желудка изучалось содержание глутаминовой (ГТ), аспарагиновой (АсК) и γ -аминомасляных кислот (ГАМК).

Для разделения аминокислот на фракции применялся метод высоковольтного электрофореза, а для определения количественного содержания применялся фотокалориметр (ФЭК М-56). Проводился биометрический расчет полученных данных, которые систематизированы в форме таблицы.

В различных возрастных группах в тканях желудка увеличивалось содержание глутаминовой кислоты по сравнению с аспарагиновой и ГАМК.

В разных отделах желудка содержание аминокислот в тканях было различно. Отмечалось достоверное изменение ГК, АсК и ГАМК во время длительной пищевой депривации.

Резкое снижение дикарбоновых и ГАМК имело место во время кризиса пищевой депривации, т.е. на 20-й день.

На основании вышеизложенных показателей и литературных данных можно прийти к заключению, что во время пищевой депривации изменения в метаболизме аминокислот зависят от функционального состояния организма и приводят к морфологическим изменениям.

SUMMARY

THE EXPERIMENT WAS OF AMINOACID METABOLISM IN THE STOMACH TISSUE
OF THE DOGS DURING THE PERIOD OF HUNGER CRISIS.

Mehdizadə N.M., Rzayeva A.M.

ASPU The chair of human and animal physiology

The experiment was carried out on the dogs in the group of earliest age, that is 3 month and 1 year old. The tissue of the stomach has been studied in cardiac, fundal and pyloric parts at normal feeding and during the food deprivation. The content of glutamate, GABA and aspartate acids was studied in the pointed parts of the stomach. In order to divide amino acids into the fractions the methods of High Voltage electrophoresis is used, but in order to determine the quantity photocalorimeter was (FEKM-56).

The biometric account of received of results was carried out and systematized in the form of schedule. The glutamate acid increased in comparison with aspartate and GABA in different groups of age in the stomach tissues. In different parts of the stomach the quantity of amino acids in the tissues was different.

During the prolonged food deprivation the considerable change of GA, Asa and GABA was observed. The profound decrease of the quantity of dicarboxylic amino acids and GABA took place during the period of food deprivation crisis, that is on the 20th day.

On the basis of above-mentioned results and the sources from the literature we can come to the conclusion, that during the food deprivation the changes in metabolism of amino acids depend on the functional condition of the morphological changes/

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФИТОКОМПЛЕКСОВ «АНТИДИАБЕТ» И «МИРФАЗИН» НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН У ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Джафарова Р.Э^{1.}, Гусейнова Г.А^{2.}, Полухова Ш.М^{2.},
Мусаева Э.М.²**

**Научно-Исследовательский Центр¹ и кафедра фармакологии²
Азербайджанского Медицинского Университета**

Ключевые слова: моделированный сахарный диабет, глюкоза, глюкагон, инсулин, С-пептид.

Цель исследований – создание аллоксановой модели сахарного диабета (СД) и изучение действия фитокомплексов «Антидиабет» и «Мирфазин» на содержание глюкозы, инсулина, с-пептида и глюкагона в плазме крови животных.

Для эксперимента были использованы 54 половозрелых беспородных белых крыс-самцов весом 260-310г. Модель аллоксанового диабета создавали внутрибрюшинным введением 200 мг/кг аллоксана тригидрата. Моделированным животным внутрь вводили настой предложенного нами фитокомплекса «Антидиабет» и известного сбора «Мирфазин» и на 15 сутки определяли содержание, глюкозы, инсулина, С-пептида, глюкагона в крови животных ИФА методом.

По результатам исследований было установлено, что фитокомплекс «Антидиабет» снижает содержание в крови животных глюкозы на 4,2%, глюкагона 21,0% и повышает концентрацию инсулина на 170% и С-пептида на 174,4% больше, чем сбор «Мирфазин».

Введение. СД – хроническое заболевание, характеризующееся относительной или абсолютной недостаточностью инсулина, приводящей к метаболическим нарушениям, являющихся основной причиной сосудистых осложнений, нередко приводящих к инвалидности и смерти пациентов [12,15]. Несмотря на то, что в настоящее время синтезировано и применяется в практической эндокринологии несколько десятков сахароснижающих препаратов, к сожалению, в виду сложности механизма развития заболевания, все они не дают желаемой компенсации нарушенных метаболических сдвигов и обладают рядом побочных эффектов как аллергического, так и неаллергического характера, резко снижающих качество жизни больных, а в некоторых случаях приводящих к необратимым последствиям для здоровья пациента [1,6]. В значительной степени течение диабета, а также его профилактику можно облегчить при использовании лекарственных растений [7]. Ряд исследований выявило, что комплекс биологически активных веществ некоторых растений нормализуют метаболизм углеводов и общий метаболизм, связанный с функцией поджелудочной железы, облегчая тем самым течение болезни и замедляя ее прогрессирование при незначительных нежелательных побочных эффектах [12,13]. В патогенезе СД в последние годы особое значение придают свободнорадикальным процессам [9]. Поэтому лечение растительными препаратами, содержащих флавоноиды – природные антиоксиданты, по мнению некоторых авторов, является патогенетическим методом лечения [4]. И именно поэтому, сегодня фитотерапия является неотъемлемой частью комплексного лечения СД.

Особое место среди фитопрепаратов занимают лекарственные сборы. В настоящее время в медицинской практике для лечения СД применяется ряд патентованных растительных сборов. Применяют их для лечения легких форм СД и в комплексном лечении средних и тяжелых форм как 1-го типа, так и 2-го типа, что позволяет снизить дозы базисных препаратов, а в некоторых случаях постепенно полностью отказаться от них [5]. Сбор «Мирфазин» является классическим представителем такого типа препаратов. Исходя из необходимости расширения ассортимента подобных препаратов, нами на основании исследований флоры Азербайджана был предложен лекарственный сбор с сахароснижающим действием - фитокомплекс «Антидиабет».

Несмотря на широкое применение лекарственных растений и препаратов на их основе в практической диабетологии, механизм их действия мало изучен. Учитывая роль глюкагона в регуляции углеводного обмена и содержания инсулина и глюкоза в плазме крови [3], нами в данной работе была поставлена цель, изучить в эксперименте влияние фитокомплекса «Антидиабет» на содержание гормона в крови аллоксанмоделированных животных и сравнить результаты с таковыми после применения сбора «Мирфазин». Выявить корреляционную зависимость между этими показателями.

Материалы и методы. В эксперименте использовались 54 половозрелых беспородных белых крыс-самцов весом 260-310г. Из них 10 интактных крыс составили 1-ю группу (интакт), а у оставшихся других создавали аллоксановую модель СД путем однократного внутрибрюшинного введения животным, находящихся на голодной диете в течении 24 часов, раствора аллоксана тригидрата («LaChema», Чехия) в дозе 200 мг/кг [10]. На седьмые сутки, оставшиеся в живых крысы с содержанием глюкозы в крови не менее 400мг/дл, были разделены на 4 группы, обозначенные как 2-5 группы: 2-я группа (модель), состояла из 12 крыс, которые были забиты; 3-ая группа (контроль), состояла из 12 крыс, получавших в качестве плацебо физиологический раствор; 4-я группа (10 крыс) получала 1мл/100г настоя фитокомплекса «Антидиабет»; 5-я группа (10 крыс) получала 1мл/100г настоя фитокомплекса «Мирфазин». Животным в 3-й, 4-й и 5-й группах соответствующие препараты вводили внутрь при помощи зонда в течение семи дней 3 раза в день. Все животные содержались в одинаковых условиях ухода и пищевого рациона. По окончании эксперимента, животные декапитизировались, кровь забиралась для лабораторных исследований на содержание сахара, инсулина, С-пептида и глюкагона.

В экспериментах был использован сбор «Мирфазин», регламентированный ВФС № 42-2041-91, производитель «Herba Flora» - Азербайджан (серия TSAZ 3100230-05-2007) и предлагаемый нами сбор «Антидиабет» (корень лопуха большого -1 часть, трава зверобоя продырявленного-0,5ч, цветки ромашки аптечной-1ч, цветки липы сердцевидной-1ч, корень аира болотного-0,5ч, листья крапивы двудомной-1ч, листья Melissa лекарственной -1ч, плоды шиповника собачьей-1ч, листья черники обыкновенной-1ч, цветки календулы лекарственной -1ч, цветки бессмертника песчаного-1ч, трава хвоща полевого-1ч). Приготовление настоев сборов осуществляли согласно Государственной Фармакопеи СССР (XI-е изд., вып. 2) в соотношении 1:10. Для этого 50 г воздушно-сухого сырья заливали 500мл дистиллированной воды и доводили до готовности согласно технологическому регламенту [2].

Содержание глюкагона, инсулина и С-пептидов плазме крови определяли иммуно-ферментативным методом (ИФА) на анализаторе Chemwell используя стандартный набор реактивов DEMENITECKILL-WELLSEE, Germany. Содержание глюкозы – экспресс-методом при помощи индикаторной бумаги IME-DC тест-анализатором FreeStyle фирмы Abbott и ферментативным колориметрическим методом набором химических реактивов производства Human, на анализаторе ФП-9019 производства Финляндии.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с определением среднего арифметического значения (M) и его стандартной ошибки (m), а также минимальных (min) и максимальных (max) значений групповых показателей, расположенных в вариационный ряд. Достоверность различий (P) определяли параметрическим методом с использованием t-критерия Фишера-Стьюдента и непараметрическим – методом Уилкоксона-Манна-Уитни (критерий U) [8]

Полученные результаты и их обсуждение. Результаты лабораторных исследований, представленных в таблице, показали, что во 2-й группе содержание глюкозы в крови животных по сравнению с 1-ой группой возросло на 370,7 %, инсулина снизилось на 95,8%, С-пептида снизилось на 96%, а глюкагона повысилось на 400%. Происходит это в результате тотальной гибели β-клеток под действием аллоксана [10].

Таблица № 1

Изменение содержания глюкагона, глюкозы, инсулина и С-пептида в плазме крови животных при применении сборов «Антидиабет» и «Мирфазин» на фоне аллоксановой модели сахарного диабета.

№	Определяемый показатель	Стат. показатели	1-я группа интакт	2-я группа Модель	3-я группа контроль	4-я группа «Антидиабет»	5-я группа «Мирфазин»
1	Глюкагон pg/ml	M±m	40±5,48	200±35,36	144,0±5,37	48,0±3,74	78,15±4,45
		Min-Max	30-60	100-300	120-170	40-60	69-90
		P	-	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
2	Глюкоза mg/dl	M±m	111,8±1,46	526,2±3,76	175,2±4,409	121,8±3,5	129,2±12,18
		Min-Max	108-115	518-539	162-187	113-131	107-165
		P	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
3	Инсулин ng/ml	M±m	3,8±0,12	0,16±0,09	0,4±0,09	1,16±0,11	0,48±0,07
		Min-Max	3,4-4,1	0,0-0,5	0,2-0,5	0,9-1,5	0,3-0,7
		P	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05
4	С-пептид mkED/ml	M±m	0,15±0,01	0,006±0,0015	0,015±0,002	0,046±0,0044	0,02±0,0032
		Min-Max	0,12-0,18	0,00-0,01	0,01-0,018	0,03-0,05	0,01-0,03
		P	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

В 3-й группе по сравнению с 1-й группой концентрация глюкозы увеличилась на 56,7%, инсулина снизилась на 89,5%, С-пептида снизилась на 90 %, глюкагона увеличилась на 260 %. Как видно из полученных результатов, в этой группе по сравнению со 2-й группой концентрация глюкозы ниже на 314 %, инсулина и С-пептида больше соответственно на 6,3 % и 6,0 %, а глюкагона ниже на 140 %. Таким образом, в контрольной группе по сравнению с группой модель происходит некоторое улучшение показателей, что объясняется естественной реверсией диабетического статуса у моделированных животных [10]. Поэтому, для достоверности результатов данные полученные в группах, получавших лечение исследуемыми сборами, будут сравниваться с показателями этой группы.

В 4-ой группе по сравнению с 3-й группой содержание глюкозы снизилось на 30,5 %, инсулина увеличилось на 190%, С- пептида увеличилось на 20%, глюкагона снизилось на 66,7%. Таким образом, по сравнению с

животными контрольной группы, получающими плацебо, фитокомплекс «Антидиабет» улучшает диабетический статус животных.

В 5-й группе по сравнению с 3-й группой содержание глюкозы снизилось на 26,3%, инсулина увеличилось на 20 %, С- пептида увеличилось на 33,3%, глюкагона снизилось на 45,7%. По сравнению с животными получающими плацебо, растительный сбор «Мирфазин» значительно улучшает изучаемые показатели.

Анализ результатов 4-й и 5-й групп показывает, что в плазме крови аллоксанмоделированных животных фитокомплекс «Антидиабет» по сравнению с растительным сбором «Мирфазин» на 4,2% больше снижает содержание глюкозы. Инсулин при этом увеличивает на 170% больше. С-пептид, являясь фрагментом эндогенного инсулина, период полуэлиминации которого многократно ниже, чем у инсулина, более точно характеризует состояние β -клеток инсулярного аппарата [14]. Поэтому, повышение его концентрации под действием фитокомплекса «Антидиабет» на 173,4% больше, чем растительного сбора «Мирфазин» является показателем благотворного влияния предлагаемого нами фитокомплекса на островки Лангерганса поджелудочной железы. Учитывая то, что при моделировании диабета погибают 90-98% β - клеток, то увеличение содержания инсулина и С-пептида напрямую указывают на значительную их регенерацию под действием «Антидиабет».

Изменение содержания глюкагона, глюкозы, инсулина и С-пептида в модели СД под действием сборов «Антидиабет» и «Мирфазин» представлены в графике.

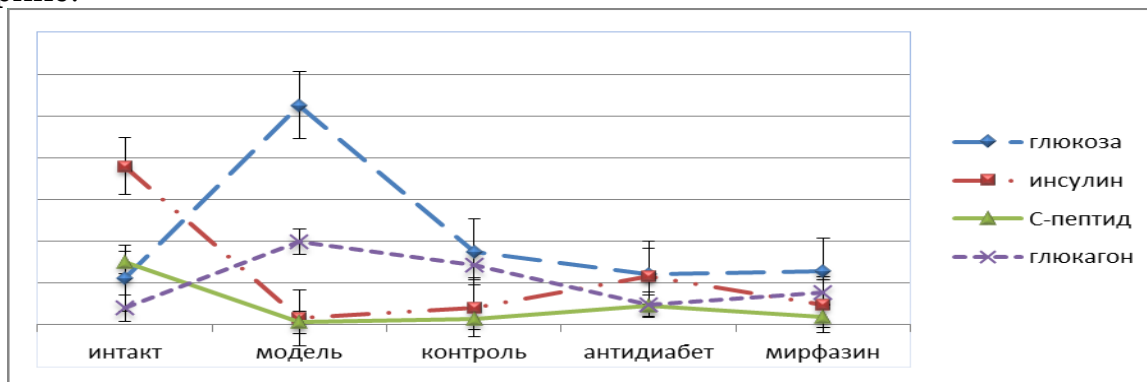


График: изменение содержания маркеров углеводного нарушения в аллоксановой модели СД.

Как видно из таблицы и графика, несмотря на то, предлагаемый нами сбор – фитокомплекс «Антидиабет» снижает глюкозу в крови животных всего на 4,2% больше, чем сбор «Мирфазин», при этом он более эффективно повышает содержание инсулина и С-пептида, одновременно более эффективно снижая содержание глюкагона.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет утверждать, что в механизме сахароснижающего действия растительного сборов «Антидиабет» значительную роль играет повышение содержания инсулина и С-пептида, а также снижение концентрации основного антиинсулярного гормона - глюкагона. Учитывая, что С-пептид является маркером инсулинпродуцирующей активности β -клеток, то становится очевидным, что под действием сбора происходит более активная их регенерация. Снижение содержания глюкагона связано с одной стороны повышением выделения инсулина за счет регенерации β -клеток, с другой – включением других компенсаторных механизмов организма, возможно инкретиновой системы.

По всем исследуемым показателям лекарственный сбор – фитокомплекс «Антидиабет» показал лучшие результаты, чем сбор «Мирфазин».

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Барнаулов О. Д. Сравнительная оценка влияния фитопрепаратов из растений флоры России на концентрацию инсулина и глюкозы в крови крыс с экспериментальным аллоксановым диабетом // [Психофармакология и биологическая наркологи](#) 2008 Т.8, № 3-4, -С.
2. Государственная фармакопея ССР. -XI-е изд., вып2. -Москва: «Медицина», 1990.-398с.
3. Делов И. И., Балаболкин М. И. Патогенез сахарного диабета. // [Медицинский академический журнал](#), 2006Т:6, №3, -С3-15
4. Квасова Т.М. Влияние препаратов сбора арфазетин на течение экспериментального сахарного диабета у крыс // [Врач-аспирант](#), 2011. Т48, №5.1, -С.157-162
5. Квасова Т.М., Демидова М.А., Амосов В.В. Применение фитотерапии при лечении больных, страдающих сахарным диабетом. [Верхневолжский Медицинский Журнал](#), 2011.Т.9, №1, -С. 26-29
6. Ленская К. В., Спасов А. А., Чепляева Н. И. Инновационные направления поиска лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета типа 2// [Вестник Волгоградского Государственного Медицинского Университета](#), 2011, №4, -С.10-18
7. Недосугова Л.В. Новые подходы к терапии сахарного диабета // [Русский медицинский журнал](#), 2006. Т.14, №13. -С. 3- 6
8. Статистические методы исследования в медицине и здравоохранении / под редакцией проф. Л.Е.Полякова. - Ленинград, Медицина, 1971,199с. {4}
9. Чекина Н.А., Чукаев С. А., Николаев С.М. Сахарный диабет: возможности фармакотерапии с использованием средств растительного происхождения// [Вестник Бурятского Государственного Университета](#), 2010, №12, -С71-78
10. Экспериментальный сахарный диабет / под ред. академика АМН СССР В.Г.Баранова – Ленинград «Наука», 1983, 240с.
11. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2011. [Diabetes Care](#) 2011;34(Suppl. 1):S11–S61
12. Boussageon R., Bejan–Angoulvant T. et.al. Effect of intensive glucose lowering treatment on all-cause mortality, cardiovascular death, and micro vascular event in type 2 diabetes: meta–analysis of randomized controlled trials // [BMJ](#). – 2011. – Vol. 343:d4169
13. Eidi M., Eidi A., Saeidi A., Molanaei S., Sadeghipour A., Bahar M., Bahar K. Effect of coriander seed (*Coriandrum sativum* L.) ethanol extract on insulin release from pancreatic beta cells in streptozotocin-induced diabetic rats. [Phytother Res](#) 2009, 23, 404-406
14. Garcia–Caballero M., Tinahones F.J., Cohen R.V. Diabetes surgery– 2010 – 374 p.
15. Ismail-Beigi F., Craven T., Banerji M.A., Basile J., Calles J., Cohen R.M., et al. Effect of intensive treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in type 2 diabetes: an analysis of the ACCORD randomised trial // [Lancet](#) 2010;376:419-30

X Ü L A S Ə

ŞƏKƏRLİ DIABET MODELİ FONUNDA HEYVANLARDA KARBOHİDRAT MÜBADİLƏSİNƏ “ANTIDIABET” VƏ “MIRFAZİN” FITOKOMPLEKSLƏRİNİN TƏSİRİNİN MÜQAYİSƏLİ ÖYRƏNİLMƏSİ.

Cəfərova R.E, Hüseynova G. A, Poluxova Ş. M, Musayeva E. M.
Elmi-Tədqiqat mərkəzi və farmakologiya kafedrası, Azərbaycan Tibb Universiteti

Tədqiqatın məqsədi – Alloksanla şəkərli diabet modeli yaradılması, “Antidiabet” və “Mirfazin” fitokomplekslərinin heyvanın qan plazmasında qlükoza, insulin, C-peptid və qlikaqonun miqdarına təsirinin öyrənilməsi.

Eksperiment üçün çəkisi 260-310 qr olan 54 ədəd xətti bəlli olmayan yetişkənlik dövrünə çatmış erkək ağ siçanlar götürülüb. Diabet modeli qarın boşluğuna 200 mq/kq alloksan trihidrat yeridilməklə yaradılıb. Diabet modeli yaradılmış heyvanın daxilinə bizim tərəfdən tədqiq olunan “Antidiabet” fitokompleksinin və məlum “Mirfazin” yığıntısının cövhərləri yeridilir və 15 sutka ərzində heyvanların qanında İFA metodu ilə qlükoza, insulin, C-peptid, qlikaqonun miqdarı müəyyən edilir. Tədqiqatın nəticələrinə görə “Antidiabet” fitokompleksi “Mirfazin” yığıntısına nisbətən heyvanların qanında qlükozanı 4,2 %, qlikaqonu 21.0 % daha çox azaldır, insulinin konsentrasiyasını isə 170 %, C-peptidi 144,4 % daha çox artırır.

SUMMARY

COMPARATIVE STUDY OF THE ACTION OF PHYTOCOMPLEX “ANTIDIABET” AND “MIRFAZIN” OF CARBOHYDRATE METABOLISM OF DIABETES MELLITUS MODELING.

Jafarova R.A., Huseynova G. A, Poluxova Ş. M, Musayeva E. M.
Scientific-Research Center of Azerbaijan Medical University.

The purpose of research – determine the influence phytocomplex "Antidiabet" to change the content of glucagon in the blood of animals on alloxan model of diabetes mellitus.

For the experiment were used 80 heads of adult mongrel white male rats weighing 260-310g. Alloxan diabetes model created by intraperitoneal injection of 200mg/kg alloxantrihydrate. Modeled animals was administered the infusion of phytocomplex "Antidiabet" and officinal species "Mirfazin" 1 ml/100 g 3 times a day for 7 days. The content of glucagon levels were measured by IEA. By results of researches it was established that the phytocomplex "Antidiabet" lowers the content in blood of animals of sugar by 4,2%, a glucagon of 21,0% and increases concentration of insulin for 170% and C-peptide 174,4% more, than the collection of "Mirfazin."

Daxil olub: 4.07.2016.

КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НЕКОТОРЫХ ОТВЕРСТИЙ И КАНАЛОВ НА ЧЕРЕПАХ АЗЕРБАЙДЖАНЦЕВ

Ибрагимов А.Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет; кафедра анатомии человека.

Ключевые слова: естественные отверстия на черепе, естественные каналы черепа, краниометрические показатели, коэффициенты корреляции.

Краниометрические исследования на кафедре анатомии человека азербайджанского медицинского университета ведутся с 20-ых годов прошлого века [2] и не теряют своей актуальности, помогая решать многие практические задачи. При этом не малое место занимало изучение морфометрических признаков естественных ямок, отверстий и каналов на черепе [6,7,8]. Настоящая работа является продолжением исследований указанного характера.

Материалы и методы. Материалом исследования служили 50 мужских черепов азербайджанцев, взятые из музейной коллекции кафедры анатомии человека и краниологической серии, хранящейся в Объединении СМЭ и ПА Минздрава Азербайджанской Республики. На каждом черепе изучались параметры небного, круглого, рванного, овального и остистого отверстий, а также размеры сонного и подъязычного каналов.

Применялась краниометрия, суть которого заключается в измерении параметров черепа специальным инструментарием. При этом использовался цифровой калипер фирмы «Proskit» (точность 10 микрометров). В ходе измерений придерживались общепринятых нормативов для краниометрии

[1], а также использовали рекомендации, приведённые в работе В.С. Сперанского [5]. Для анализа результатов краниометрии использовался статистический метод. Вычисляли средние значения, средние квадратичные отклонения и их ошибки, а также применяли корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между установленными морфометрическими характеристиками. Обработку данных осуществляли на компьютере IBM (аппаратные данные – Pentium Dual CPU E2200, ОЗУ-2Гб). Вычисления производились с помощью программ Microsoft Excel (версия 2003г.) и S-Plus (версия 2000г.).

Результаты исследования. Как было указано выше в рамках настоящей работы исследование проводилось по 7-ми метрическим признакам черепа. При краниометрии за результат принимался наибольший размер отверстия или канала (со стороны наружного основания черепа) при введённых в его просвет и максимально раздвинутых там ножках калипера. Отметим, что все краниометрические признаки являются парными. Поэтому результаты краниометрии этих признаков представляются как для правосторонних, так и для левосторонних отверстий. Статистические характеристики изученных краниометрических показателей представлены в таблице №1.

Таблица № 1

*Статистические характеристики параметров (мм.)
естественных отверстий и каналов на черепах азербайджанцев*

Данные полученные нами при краниометрии по статистическим характеристикам оказались сопоставимы с результатами предыдущих исследований на других различных краниологических выборках [3,5]. Существенных различий не было выявлено также между краниометрическими показателями правой и левой половин черепа. В контексте запланированных

Краниометрические признаки (условная нумерация)	Размеры справа/слева	N	x	σ	Sx
1. Длина овального отверстия	справа (1R)	50	7,38	1,16	0,15
	слева (1L)	50	7,34	1,03	0,14
2. Диаметр круглого отверстия	справа (2R)	50	3,75	0,61	0,11
	слева (2L)	50	3,59	0,58	0,11
3. Наибольшая длина рваного отверстия	справа (3R)	50	10,61	2,51	0,26
	слева (3L)	50	9,79	2,63	0,27
4. Наибольшая длина остистого отверстия	справа (4R)	50	2,73	0,13	0,05
	слева (4L)	50	2,68	0,19	0,06
5. Наибольшая длина небного отверстия	справа (5R)	50	4,94	0,49	0,1
	слева (5L)	50	4,88	0,59	0,11
6. Диаметр наружного отверстия сонного канала	справа (6R)	50	7,75	0,48	0,09
	слева (6L)	50	7,88	0,51	0,1
7. Диаметр подъязычного канала	справа (7R)	50	6,32	0,79	0,13
	слева (7L)	50	6,24	0,64	0,11

нами в перспективе исследований существенное значение представляло выяснение взаимосвязи между краниометрическими вариациями изучаемых признаков. По этой причине мы провели корреляционный анализ для определения уровня соответствующей связи между метрическими показателями рассматриваемых элементов черепа. Вычисленные по данным исследованной выборки коэффициенты корреляции приводятся в таблице №2.

*Коэффициенты корреляции между краниометрическими показателями некоторых
естественных отверстий и каналов на черепах азербайджанцев*

Краниометрические признаки	1L	2R	2L	3R	3L	4R	4L	5R	5L	6R	6L	7R	7L
1R	0,889	-0,149	-0,203	0,251	0,159	-0,068	0,020	-0,185	-0,242	-0,061	0,076	0,047	0,051
1L		-0,078	-0,144	0,039	0,062	-0,136	-0,025	-0,072	-0,186	-0,084	0,062	-0,006	-0,032
2R			0,755	-0,265	-0,221	-0,042	0,059	0,233	0,233	0,061	-0,025	-0,124	-0,009
2L				-0,161	-0,277	0,142	0,215	0,199	0,249	0,021	-0,031	0,019	0,109
3R					0,374	0,040	-0,015	-0,152	-0,154	-0,012	0,030	0,130	0,166
3L						0,031	-0,112	0,045	-0,052	0,049	-0,062	-0,031	0,089
4R							0,558	-0,055	-0,193	0,195	0,195	0,016	0,017
4L								-0,061	-0,117	0,030	-0,054	-0,087	-0,182
5R									0,666	-0,121	-0,208	0,020	0,024
5L										0,005	-0,112	0,089	0,081
6R											0,782	-0,318	0,009
6L												-0,200	0,067
7R													0,566

**Примечание: показатели характерные для хорошей и сильной корреляции выделены шрифтом, показатели, указывающие на умеренную связь – шрифтом и курсивом; R – показатели правой стороны, L – показатели левой стороны.*

По данным таблицы видно, что хорошую и сильную корреляционную зависимость между собой обнаруживают левосторонние и правосторонние параметры одних и тех же элементов черепа (выделены шрифтом). Это указывает на достаточно успешное формирование исследуемой выборки черепов, ибо сильная асимметрия парных параметров чаще всего является следствием краниологической патологии. Умеренная зависимость между длиннотными размерами рваного отверстия не является неожиданностью и объясняется, скорее всего, сильной вариабельностью этого отдела черепа [4], а также (в какой-то степени) её весьма сложным морфогенезом. Можно также говорить о наличии связи, правда, слабой между диаметром круглого отверстия и наибольшей длиной рваного отверстия, а также между диаметром круглого отверстия и диаметром наружного отверстия сонного канала. Связь характерна для параметров обеих сторон и в обоих случаях одинакова по знаку. Наблюдается определённая корреляция обеих параметров нёбного и рваного отверстия с длиной правого овального отверстия, длины правого рваного отверстия с длиной как правого, так и левого нёбных отверстий, и наконец, диаметров сонного канала на обеих сторонах с длиной правого остистого отверстия и с диаметром правого подъязычного канала. В последнем случае корреляция длины нёбного отверстия с соответствующими правосторонними размерами, а также корреляция между диаметрами обеих сонных каналов и диаметром правого подъязычного канала отрицательна по знаку.

Обсуждение результатов исследования.

Таким образом, были получены очень интересные и даже где-то противоречивые данные о статистических характеристиках размерных показателей естественных отверстий и каналов на черепах азербайджанцев. Разумеется, эти результаты должны быть дополнены исследованиями женских черепов и потому дать им объективную интерпретацию пока невозможно. Тем не менее, полученные сведения открывают неплохие перспективы для сравнительных исследований на основе представленного материала. Отметим, что в музее кафедры анатомии АМУ хранится солидная

краниологическая коллекция, охватывающая различные хронологические периоды, начиная со 2-го тысячелетия до нашей эры. В нашем случае предполагается широкое изучение явлений изменчивости естественных отверстий и каналов на черепях азербайджанцев и установление вовлечённости этих элементов в процессы эпохальной морфодинамики.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Алексеев В.П., Дебеч Г.Ф. Краниометрия. Методика антропологических исследований. Москва, Наука, 1964, 128 с.
2. Ансеров Н.И. Пять лет антропологической работы в Азербайджане. Антропологический журнал, 1933, №3, с. 112.
3. Ибрагимов А.Ш. Изучение возможности прогнозирования длины тела человека по краниометрическим признакам и его судебно-медицинское значение. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Баку, 2004, 24 с.
4. Лойт А.А., Каюков А.В. Анатомия головы и шеи. Москва, 2006, 128 с.
5. Сперанский В. С. Основы медицинской краниологии. Москва, Медицина, 1988, 289 с.
6. Шадлинский В.Б. К анатомии подглазничного отверстия. Материалы 1-ой Закавказской конференции морфологов. Тбилиси, 1975, с. 262-263.
7. Шадлинский В.Б., Рустамова С.М. Сравнительный анализ краниометрических данных черепов, найденных в Азербайджане. Материалы 2-го нац. конгресса анат., гист. и эмбр. Украины. Луганск, 1998, с. 253-255.
8. Шадлинский В.Б., Гафарова Р.А. Морфологические параметры крыло-нёбного узла и крыло-нёбной ямки. Материалы итоговой научной конференции АМУ 1997-го года. Баку, 1998, с. 178-179.

X Ü L A S Ə

**AZƏRBAYCANLILARA MƏNSUB KƏLLƏLƏRDƏ BƏZİ TƏBİİ
DƏLİKLƏRİN VƏ KANALLARIN KRANIOMETRİK PARAMETRLƏRİ**

İbrahimov A.Ş.

Azərbaycan Tibb Universiteti, İnsan anatomiyası kafedrası

Aparılmış tədqiqatda insan kəllələrində təbii dəlik və kanalların kраниоmetric göstəriciləri öyrənilmişdir. Tədqiqat materialı 50 kişi cinsli şəxsə məxsus olmuş kəllədən ibarətdir. Hər kəllədə 7 cüt (sağ və sol) kраниолоji əlamət öyrənilmişdir. Statistik təhlil nəticəsində kəllənin sağ və sol hissələrində müvafiq əlamətlərin göstəricilərində nəzərə çarpan fərqlər qeyd edilməmişdir. Korrelyasiya təhlilin nəticələri eyni adlı əlamətlərin sağ və sol hissələrdə olan göstəriciləri arasında yaxşı asılılığın olmasını göstərmişdir. Həmçinin müxtəlif kраниолоji əlamətlər arasında da müəyyən korrelyasiya aşkar edilmişdir. Alınan nəticələr digər kраниолоji kolleksiyaların öyrənilməsi nəticəsində əldə olunmuş məlumatlar ilə müqayisə üçün, həmçinin öyrənilmiş əlamətlərin morfo-dinamikasının təhlilində istifadə edilə bilər.

Açar sözlər: kəllənin təbii dəlikləri, kəllənin təbii kanalları, kраниоmetric göstəricilər, korrelyasiya əmsalları.

X Ü L A S Ə

**THE CRANIOMETRIC PARAMETERS OF SOME NATURAL ORIFICES
AND CANALS OF AZERBAIJANI SKULLS**

Ibrahimov A.Sh.

Azerbaijan Medical University, Department of Human Anatomy

The investigation included the study of craniometric parameters of some natural orifices and canals. The investigated material was 50 male skulls. Seven pairs (right and left) craniological signs were studied in each skull. There were no significant differences in indices of corresponding signs in the right and left parts

of skull according the statistical analysis. The positive correlation was between the same signs of right and left parts. Also definite correlation has been found between the different craniological signs. The received data will be able to use for comparison with the data of another craniological collections, also for analysis of morphodynamics of the studied signs.

Key words: natural orifice, natural canal, skull, craniometric indices, correlation coefficient.

Daxil olub: 11.07.2016.

PRENATAL ONTOGENEZZDƏ ETANOLUN 10 GÜNLÜK DOVŞANLARIN BAŞ BEYNİN MÜXTƏLİF STRUKTURLARININ MİTOXONDRI FRAKSIYALARINDA QAYT MÜBADİLƏSİNƏ XRONİKİ TƏSİRİ

Məmmədova İ.Ə.

***Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universiteti
irana.adpu@gmail.com***

Etanolun xroniki təsirində - toleranlığ və alkoqol asılılığı əsasdır. Etanolla xroniki zəhərlənmə zamanı nevroloji şəklin formalaşmasında baş beyində qamma-aminyaq turşusu (QAYT) və qlutamat (Qlu) -ergik sistemlərdə müxtəlif istiqamətli pozğunluqlar əsas rol oynayır (1, 7). Tədqiqatlara əsasən müəyyən edilmişdir ki, etanolun davranış reaksiyalarına təsiri QAYT-ergik sistemin fəallaşması əsasında baş verir (11). Etanolun psixofizioloji təsirlərində QAYT-ergik sistemin modulyasiyası şübhə yaratmır. Bu müxtəlif tədqiqat modellərində qiymətləndirilmiş və mərkəzi QAYT reseptorları səviyyəsində həyata keçdiyi müəyyənləşdirilmişdir (10). Etanol QAYT-dan başqa beynin Qlu-ergik oyandırıcı sistemə də təsir göstərir. Eksperimentlərdə etanolun Qlu-nu tormozlaması və QAYT-ın miqdarının artmasına səbəb olduğu göstərilir (11, 13).

Müasir dövrdə alkoqol asılılığının formalaşmasında QAYT-ergik mediator sistemin funksional vəziyyətinin əhəmiyyətli məna kəsb etdiyi tədqiqatlar mühüm yer tutur (2, 4). Uzunmüddətli alkoqol istifadəsi mərkəzi NMDA reseptorlarının yüksəlməsinə və nəticədə QAYT-ergik sistemin fəallığının dəyişməsinə səbəb olur (12). Bu da oyandırıcı (Qlu) və ləngidici (QAYT-ergik) neyromediator sistemləri arasında tarazlığın pozulmasını formalaşdırır. Etanolun toksiki təsirinin nəticəsində baş beyində əsas ləngidici və oyandırıcı neyromediatorlar mübadiləsində baş verən dəyişikliklər postnatal ontogenezdə öyrənilsə də, etanolun bətdaxili inkişaf dövründə neyromediatorlar mübadiləsində nə kimi dəyişikliklərə səbəb olduğu tədqiq edilməmişdir. Bu cəhətdən etanolun gələcək nəsildə baş beyində ləngidici mediator QAYT-ın mübadiləsinə təsirini öyrənmək üçün prenatal ontogenezin böhran dövründə onun müxtəlif dozalarının təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının baş beyninin müxtəlif strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında QAYT, Qlu və aspartatın (Asp) miqdarının, qlutamatdekarboksilaza (QDK; FT 4.1.1.15) və QAYT-transferaza (QAYT-T; FT 2.6.1.19) fermentinin fəallığının dəyişməsinə tədqiq etməyi qarşımıza məqsəd qoyduq.

Material və metodlar. Təcrübələr laboratoriya şəraitində saxlanılan cütləşdirilən ana dovşanlardan alınmış balalar üzərində aparılmışdır. Mayalanmanın getməsi (vaginal yaxma hazırlamaqla) nəzarətdə saxlanmışdır (3).

Təcrübədə boğaz heyvanlar 3 qrupa ayrılmışdır. I qrup – kontrol dovşanlar; II qrup – mayalanmanın ilk günündən 10-cu gününə qədər gündə 1 dəfə olmaqla qarınboşluğuna 1 q/kq dozada etanol yeridilmiş dovşanlar; III qrup – mayalanmanın ilk günündən 10-cu gününə qədər gündə 1 dəfə olmaqla qarınboşluğuna 5,6 q/kq dozada etanol yeridilmiş dovşanlar. Tədqiqatlarda 3 qrup boğaz dovşanlardan alınmış 10 günlük 30 baladan istifadə olunmuşdur.

Baş beyin strukturlara Paxinos atlasına görə ayrılıb (15). Bütün eksperimentlərdə beynin müxtəlif strukturlarının toxumasında QAYT, Qlu və Asp-ın miqdarı, QDK və QAYT-T-nin fəallığı təyin edilmişdir. Aminturşular kağızda elektroforez metodu əsasında (9) Roberts E., Frankel S. (16) metodu ilə təyin olunmuşdur. QDK-nın fəallığı A.İ.Sıtinski, T.A.Priyatkina (19), QAYT-T-nin fəallığı Nilova (8) metodu ilə təyin olunmuşdur. Mitoxondri fraksiyasının ayrılması üçün Somoqui J. və başqaları metodundan istifadə olunmuşdur (18). Alınan dəlillər statistik araşdırılmışdır (6).

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Aparılan təcrübələrin nəticələri göstərdi ki, bətdaxili inkişafın böhran (rüşeym və ciftləşmə) dövründə etanolun (1 q/kq dozada gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün müddətində qarınboşluğuna yeridilməsinin) təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının tədqiq edilən baş beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyasında kontrolla müqayisədə QAYT-ın miqdarı çox, Qlu və Asp-ın miqdarı az olur. Belə ki, QAYT-ın miqdarı kontrolla müqayisədə 10 günlük dovşan balalarının baş beyin yarımkürələrinin qabığının mitoxondri fraksiyasında 22%, beyincikdə 34%, beyin sütununda 38%, hipotalamusda 27% çox olur.

Müvafiq şəraitdə Qlu-nun miqdarı 10 günlük dovşan balalarının tədqiq etdiyimiz beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyasında kontrolla müqayisədə baş beyin yarımkürələrinin qabığında 18%, beyincikdə 14%, beyin sütununda 16%, hipotalamusda 12%, Asp-ın miqdarı isə kontrolla müqayisədə baş beyin yarımkürələrinin qabığında 21%, beyincikdə 11%, beyin sütununda 16%, hipotalamusda 13% az olur.

Bətdaxili inkişafın böhran dövründə etanolun yüksək dozasının (5,6 q/kq dozada gündə 1 dəfə mayalanmadan sonra 10 gün müddətində qarınboşluğuna yeridilməsinin) xroniki təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının tədqiq edilən beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyasında kontrolla müqayisədə QAYT-ın miqdarı xeyli artır, sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarı azalır. Belə ki, QAYT-ın miqdarı kontrolla müqayisədə 10 günlük dovşan balalarının baş beyin yarımkürələrinin qabığının mitoxondri fraksiyasında 61%, beyincikdə 94%, beyin sütununda 124%, hipotalamusda 89% çox olur. Eyni zamanda Qlu və Asp-ın miqdarı kontrola nisbətən uyğun olaraq baş beyin yarımkürələrinin qabığının mitoxondri fraksiyasında 39% və 45%, beyincikdə 31% və 28%, beyin sütununda 42% və 30%, hipotalamusda 30% və 35% az olur.

Prenatal inkişafın böhran dövründə etanolun müxtəlif dozalarının təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının baş beyninin müxtəlif strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında kontrolla müqayisədə QDK fermentinin fəallığı yüksək, QAYT-T-nin fəallığı aşağı olur (cədvəl 2). Prenatal ontogenezin böhran dövrlərində etanolun 1 q/kq dozada gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün müddətində qarınboşluğuna yeritməklə xroniki təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının baş beyninin mitoxondri fraksiyalarında QDK-nın fəallığı kontrolla müqayisədə baş beynin böyük yarımkürələrinin qabığında 23%, beyincikdə 29%, beyin sütununda 32%, hipotalamusda 22% yüksək və QAYT-T fermentinin fəallığı kontrolla müqayisədə baş beynin böyük yarımkürələrinin qabığında 12%, beyincikdə 15%, beyin sütununda 13%, hipotalamusda 15% aşağı olur.

10 günlük dovşan balalarının baş beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında QAYT, Qlu və Asp-ın miqdarına (mkmol/q) prenatal ontogenezin böhran (rüşeym və ciftləşmə) dövrlərində etanolun müxtəlif dozalarının (1 q/kq və 5,6 q/kq dozada gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün müddətində qarınboşluğuna yeridilməsinin) xroniki təsiri ($M \pm m$, $n=5$)

Beyin strukturları	Təcrübənin şərti	Göstəricilər	QAYT	Qlu	Asp
Baş beyin yarımkürələrinin qabığı	kontrol	$M \pm m$	0,66±0,018	1,37±0,017	0,85±0,011
	1 q/kq	M	0,81	1,12	0,67
		$\pm m$	±0,018***	±0,025***	±0,019***
		%	122	82	79
	5,6 q/kq	M	1,06	0,84	0,47
		$\pm m$	±0,044***	±0,031***	±0,012***
%		161	61	55	
Beyincik	kontrol	$M \pm m$	0,45±0,011	1,29±0,009	0,77±0,009
	1 q/kq	M	0,6	1,11	0,69
		$\pm m$	±0,005***	±0,02***	±0,006***
		%	134	86	89
	5,6 q/kq	M	0,87	0,89	0,55
		$\pm m$	±0,01***	±0,02***	±0,008***
%		194	69	72	
Beyin sütunu	kontrol	$M \pm m$	0,33±0,014	1,46±0,014	0,71±0,022
	1 q/kq	M	0,46	1,23	0,6
		$\pm m$	±0,012***	±0,023***	±0,01**
		%	138	84	84
	5,6 q/kq	M	0,74	0,85	0,5
		$\pm m$	±0,021***	±0,016***	±0,016***
%		224	58	70	
Hipotalamus	kontrol	$M \pm m$	0,68±0,011	1,32±0,011	0,95±0,013
	1 q/kq	M	0,86	1,16	0,83
		$\pm m$	±0,018***	±0,017***	±0,004***
		%	127	88	87
	5,6 q/kq	M	1,29	0,92	0,62
		$\pm m$	±0,012***	±0,048***	±0,021***
%		189	70	65	

** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Prenatal ontogenezin böhran dövrlərində etanolun 5,6 q/kq dozada gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün müddətində qarınboşluğuna yeritməklə xroniki təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının baş beyinin mitoxondri fraksiyalarında QDK-nın fəallığı kontrolla müqayisədə baş beyin böyük yarımkürələrinin qabığında 70%, beyincikdə 64%, beyin sütununda 88%, hipotalamusda 67% yüksək, QAYT-T-nin fəallığı isə baş beyin böyük yarımkürələrinin qabığının mitoxondri fraksiyasında 26%, beyincikdə 31%, beyin sütununda 35%, hipotalamusda 27% aşağı olur.

Etanolun bətdaxili müxtəlif dozalarının xroniki təsirinə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının tədqiq edilən beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında QAYT-ın miqdarının artması bir tərəfdən onun sintezinin yüksəlməsi hesabına və digər tərəfdən onun parçalanmasının zəifləməsi hesabına beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında ehtiyat QAYT-ın toplanması, yəni «şunt» QAYT-ın artması hesabına baş verir. Etanolun prenatal dövrdə toksiki təsirinə yüksək səviyyədə cavab verən beyin strukturlarında QAYT-ın miqdarının artması, Qlu və Asp-ın miqdarının azalması sayəsində ləngidici proseslər oyandırıcı proseslər üzərində üstünlük təşkil edir. Etanolun müxtəlif dozalarına prenatal ontogenezdə məruz qalmış 10 günlük dovşan balalarının baş beyinin müxtəlif strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında QDK/QAYT-T nisbətinin

kontrolla müqayisədə yüksək olması QAYT-ın miqdarının müvafiq şəkildə artmasının təzahürüdür.

Asetaldehid etanolla müqayisədə daha yüksək toksiki təsirə malikdir (5). Ciftdən asanlıqla keçən və amniotik mayeyə daxil olan etanol alkoqoldehidrogenaza fermentinin fəallığının mövcud olmaması və ya aşağı səviyyədə olması səbəbilə asetaldehidə parçalana bilmir. Bu səbəbdən etanolun təkrar qəbulu amniotik mayədə onun miqdarını artırır. Prenatal ontogenezin böhran dövründə gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün müddətində qarınboşluğuna etanolun yeridilməsinə baxmayaraq etanolun asetaldehidə parçalana bilməməsi səbəbilə 10 gün qarınboşluğuna yeridilmiş etanol 10 gün deyil, daha uzun müddət dölə, daha sonra isə yenidoğulmuşu da təsir göstərə bilər. Amniotik mayədə yığılmış etanolun bir hissəsi ananın orqanizminə ifraz olunsa da, digər hissəsi yavaş sürətlə parçalanaraq dölə toksiki təsir göstərir.

Cədvəl № 2.

10 günlük dovşan balalarının beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında QDK (mkmol QAYT/q-saat) və QAYT-T (mkmol Qlu/q-saat) fermentlərinin fəallığına prenatal ontogenezin böhran (rüşeym və ciftləşmə) dövrlərində etanolun müxtəlif dozalarının (1 q/kq və 5,6 q/kq dozada gündə 1 dəfə olmaqla 10 gün müddətində qarınboşluğuna yeridilməsinin) xroniki təsiri (M±m, n=5)

Beyin strukturları	Təcrübənin şərti	Göstəricilər	QDK	QAYT-T
Baş beyin yarımkürələrinin qabığı	kontrol	M±m	11,3±0,4	30,6±0,37
	1 q/kq	M±m	13,9±0,41**	26,9±0,4***
		%	123	88
	5,6 q/kq	M±m	19,2±0,39***	22,6±0,77***
%		170	74	
Beyincik	kontrol	M±m	19,9±0,34	31,6±0,63
	1 q/kq	M±m	25,7±0,46***	26,9±0,53***
		%	129	85
	5,6 q/kq	M±m	32,6±0,46***	21,8±0,84***
%		164	69	
Beyin sütunu	kontrol	M±m	7,8±0,31	22,8±0,53
	1 q/kq	M±m	10,3±0,34***	19,8±0,29**
		%	132	87
	5,6 q/kq	M±m	14,7±0,34***	14,8±0,83***
%		188	65	
Hipotalamus	kontrol	M±m	11,2±0,36	34,4±0,85
	1 q/kq	M±m	13,7±0,59**	29,2±0,63**
		%	122	85
	5,6 q/kq	M±m	18,7±0,43***	25,1±0,72***
%		167	73	

** - p<0,01; *** - <0,001.

FAS-lı insanlarda neyrobioloji səbəbdən baş beyin çəkisi azalır və həyat boyu neyrodavranış pozğunluqları olur (14). Ehtimal olunur ki, beyincikdə baş verən ləngidici və oyandırıcı mediatorlar arasında pozğunluq neyrodavranışda patologiyalara səbəb olur. Prenatal ontogenezdə alkoqolun təsiri hipotalamus hipofiz böyrəküstü və hipotalamus-hipofiz-qonadotrop sistemlərində əhəmiyyətli dəyişikliklərin yaranmasına səbəb olur. Alkoqolun təsiri zamanı hormonların miqdarında baş verən dəyişikliklər də QAYT-ın miqdarına təsir göstərə bilər.

Beyin mitoxondrisi alkoqol zədələnməsi üçün hədəfdir. Qlu-ergik və QAYTergik neyronlarla mitoxondri zəngindir, intensiv enerji və plastik mübadiləni təmin edir (17). Buna görə bizim təcrübələrdə etanolun təsiri zamanı mitoxondridə QAYT və Qlu-nun miqdarında əsaslı dəyişikliklər baş vermişdir.

Prenatal ontogenezdə alkoqolun təsiri nəticəsində 10 günlük dovşanların baş beyin strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında QAYT mübadiləsində etanolun təsir edən dozasından asılı olaraq dəyişikliklər baş verir. Kompensator-

adaptasiya mexanizmində böyük əhəmiyyət daşıyan QAYT-ın miqdarının müvafiq şəraitdə artması bir tərəfdən sinir hüceyrələrini məhv olmaqdan qorusa da, digər tərəfdən həm onun mübadiləsinin pozulması, həm də ləngidici və oyandırıcı mediatorlar arasında tarazlığın dəyişməsi MSS-nin bir çox xəstəliklərinin yaranması ilə nəticələnə bilər.

Nəticələr. Etanolun aşağı və yüksək dozalarının prenatal ontogenezdə xroniki təsirindən sonra 10 günlük dovşanların baş beynin müxtəlif strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında kontrolla müqayisədə QAYT-ın miqdarı çox, Qlu və Asp-ın miqdarı az, QDK-nın fəallığı yüksək, QAYT-T-nin fəallığı aşağı olur.

Prenatal ontogenezdə etanolun yüksək dozada təsirindən sonra 10 günlük dovşanların baş beynin müxtəlif strukturlarının mitoxondri fraksiyalarında onun aşağı dozalarının təsiri ilə müqayisədə QAYT mübadiləsinin komponentlərinin dinamikasında baş verən dəyişikliklər daha yüksək səviyyədə olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Бонитенко Ю.Ю. Острое отравления этанолом и его суррогатами – СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПБ», 2005, 225 с.
2. Долго-Сабиров В.Б., Петров А.Н., Лисицкий Д.С., Беляев В.А. Центральные нейрорхимические эффекты острого и хронического воздействия этанолом механизмы толерантности и зависимости //Токсикология, т.12, 2011, с.1423-1436
3. Западнюк И.П., Западнюк В.И., Захария Е.А. Лабораторные животные, их разведение, содержание и использование в эксперименте, Киев: Медгиз УССР, 1962, 350 с.
4. Канунникова Н.Л. Роль ГАМК в механизмах действия этанола в мозге: Автореф. дис. на соиск. уч. степ. док. биол. наук. Минск, 2000, 37 с.
5. Кирющенко А.П., Тараховский М.Л. Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод. М.: Медицина, 1990, 272 с.
6. Лакин Г.Ф. Биометрия, М., Высшая школа, 1990, 352 с.
7. Маркизова Н.Ф., Гребенюк А.Н., Башарин В.А., Бонитенко Е.Ю. Спирты – СПб.: «Издательства Фолиант», 2004, с.27-32
8. Нилова Н.С. Аммиак и ГАМК-трансаминазная активность ткани головного мозга // Докл. АН СССР, 1966, т.2, с.483-486
9. Пасхина Т.С. Количественное определение аминокислот при помощи хроматографии на бумаге методом образования медных производных аминокислот с нингидрином Методическое письмо В. И. АМН. М., 1959
10. Тюренков И.Н., Перфилова В.Н. Роль ГАМК-рецепторов в развитии патологических процессов //Экспериментальная и клиническая фармакология, 2011, т.74, вып.2, с.47-52
11. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Стрельцов В.Ф. Гормональные механизмы подкрепления. СПб.: Элби-СПБ., 2008, 272 с.
12. Allgaier C. Ethanol sensitivity of NMDA receptors. Neurochem Int. 2002, v.41, №6, p.377-382.
13. Faingold C., Li Y., Evans M.S. Decreased GABA and increased glutamate receptor-mediated activity on inferior colliculus neurons in vitro are associated with susceptibility to ethanol withdrawal seizures //Brain Res. 2000, v.868, № 2, p.287-295
14. Ikonomidou C, Bittigau P, Ishimaru MJ, et.al., Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. //Science 2000, v.287, p.1056-1060
15. Paxinos G., Watson C. The rat brain in stereotaxic coordinates //L.Academic Press; New York: 1998
16. Roberts E., Frankel S. Gamma-aminobutyric acid in brain its formation from glutamic acid //J.Biol. Chem., 1950, v.187, №1, p.55-61
17. Sokoloff L. Relation between physiological function and energy metabolism in the central nervous system //J. Neurochem. 1977, 27, p.13-26
18. Somogyi J., Fonjo A., Vincze I. Preparation of brain mitochondria //Acta Physiol. Acad. Sci. Hung., 1962, v.21, p.295-300
19. Sytinsky I.A., Priyatkina T.N. Effect of certain drugs on gamma-aminobutyric acid system on central nervous system. Biochem. Pharmacol., 1966, v.115, №1, p.49-54

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ НА МЕТАБОЛИЗМ ГАМК В МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ФРАКЦИЯХ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕСИДНЕВНЫХ КРОЛИКОВ В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Мамедова И.А.

Азербайджанский Государственный Педагогический Университет

В настоящей работе представлены экспериментальные данные о влиянии пренатальной хронической интоксикации этанолом в низкой и высокой дозе (1 г/кг и 5,6 г/кг) на обмен ГАМК в митохондриальных

фракциях различных структур центральной нервной системы 10-ти дневных кроликов. После действия низкой дозе этанола во внутриутробном периоде в исследуемых структурах головного мозга изменение компоненты ГАМК у 10-дневных крольчат по сравнению с влияния его высокой дозе однонаправленные, но выражены в меньшей степени.

SUMMARY

INFLUENCE OF CHRONIC ETHANOL INTOXICATION ON THE METABOLISM GABA IN MITOCHONDRIAL FRACTIONS OF DIFFERENT STRUCTURES OF THE BRAIN OF THE 10 DAY OLD RABBITS IN PRENATAL ONTOGENESIS

Mammadova I.A.
Azerbaijan State Pedagogical University

In this paper presents experimental data on the effect of prenatal chronic ethanol intoxication in the low and high doses (1g/kg and 5,6 g/kg) on the metabolism on GABA in mitochondrial fractions of the different central nervous system structures of the 10 day old rabbits. After the action of a low dose of ethanol in utero in the studied brain structures changes of GABA components in 10-day-old rabbits in comparison with the impact of its high dose are unidirectional, but less pronounced.

Daxil olub: 15.07.2016.



*SƏHIYYƏNİN TƏŞKİLİ *
*ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *
* HEALTH ORGANIZATION *

HƏRBİ XİDMƏTƏ ÇAĞIRIŞA QƏDƏR YENİYETMƏLƏRİN STOMATOLOJİ PROBLEMLƏRİNİN SƏCİYYƏLƏRİ

İbrahimli H.İ., Musayev F.İ.

***Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri təkmilləşdirmə
İnstitutu***

Giriş. Gənclərin sağlamlığının möhkəmləndirilməsi bütün ölkələrdə prioritet vəzifədir. Bu vəzifələrin uğurlu həyata keçirilməsinin əsas şərtlərindən biri sağlam stomatoloji durumun təminatıdır. Hərbi xidmətə çağırışa qədər yeniyetmələrin sanasiyası onların xidmət müddətində sağlam olmasına imkan yaradır[1.6]. Ona görə də hərbi xidmətə qədər yeniyetmələrin ilkin qeydiyyatı zamanı stomatoloji problemlərinin səciyyələndirilməsi aktual məsələdir.

Tədqiqatın məqsədi.Yeniyetmə oğlanların ilkin hərbi qeydiyyatı zamanı stomatoloji problemlərinin kompleks səciyyələndirilməsi və həlli yollarının əsaslandırılması.

Tədqiqatın materialları və metodları. Tədqiqat işində müşahidə vahidi kimi ilkin hərbi qeydiyyatda alınmış 15 yaşlı oğlan götürülmüşdür. Ucdantutma metodu ilə 2015-ci ildə ilkin hərbi qeydiyyata cəlb edilmiş 1219 yeniyetmənin (192 Astarada, 241 Lənkəranda, 189 Lerikdə, 117 Yardımlıda, 240 Masallıda və 240 Cəlilabadda). Stomatoloji müayinəsinin nəticələri barədə məlumatlar ilkin tibbi sənədlərdən köçürülmüş və fərdi kompüterdə “Excell” proqramında “məlumatların təhlili” paketi ilə statistik işlənmişdir. Hər 100 yeniyetməyə düşən dişlərin kariyesi və bərk toxumasının digər xəstəlikləri, pulpa və periapikal toxuma patologiyaları, gingivit və parodont xəstəlikləri, üz-çənə anomaliyalarının sayı müəyyən edilmişdir. Dişlərin durumunu kompleks səciyyələndirmək üçün KPÇ (kariesli, plomblu və çəkilməmiş dişlər) və THS (diş toxumasının sağlamlıq) indeksləri, həmçinin stomatoloji yardım əmsali (SYƏ) hesablanmışdır [5]. Statistik işlənmədə keyfiyyət əlamətlərinin statistikasını metodları tətbiq olunmuşdur [7].

Alınmış nəticələr. Hərbi xidmətə çağırışa qədər yeniyetmələrdə ilkin hərbi qeydiyyat zamanı aşkar edilmiş stomatoloji xəstəliklər barədə məlumatlar 1-ci cədvəldə verilmişdir. Ən çox aşkar edilmiş xəstəlik dişlərin kariyesidir ki, onun yayılma səviyyəsi yeniyetmələrin yaşadığı rayonlardan asılı olaraq $79,5 \pm 3,7\%$ (Yardımlı) – $90,8 \pm 1,9\%$ (Cəlilabad) – intervalında dəyişmişdir ($p < 0,05$). Kariyesin yayılma səviyyəsi Astarada ($90,6 \pm 2,1\%$), Lənkəranda ($90,0 \pm 1,9\%$) və Cəlilabadda ($90,8 \pm 1,9\%$) yaşayan yeniyetmələrin arasında nisbətən yüksək, Lerik ($84,1 \pm 2,7\%$) və Yardımlıda ($79,5 \pm 3,7\%$) yaşayanlar arasında isə nisbətən azdır. Dişlərin bərk toxumasının digər (qeyri kariyesli) xəstəliklərinin yayılma səviyyələri

Cədvəl № 1.

Hərbi xidmətə çağırışa qədər yeniyetmələrdə aşkar edilmiş stomatoloji xəstəliklər.

Xəstəliklərin adı		Astara (n=192)	Lənkəran (n=241)	Lerik (n=189)	Yardımlı (n=117)	Masallı (n=240)	Cəlilabad (n=240)
Dişlərin kariyesi	n	134	287	159	93	212	218
	%	$90,6 \pm 2,1$	$90,0 \pm 1,9$	$84,1 \pm 2,7$	$79,5 \pm 3,7$	$88,3 \pm 2,1$	$90,8 \pm 1,9$
Dişlərin bərk toxumasının digər xəstəlikləri	n	15	23	12	9	19	22
	%	$7,8 \pm 1,9$	$9,5 \pm 1,9$	$6,4 \pm 1,8$	$7,7 \pm 2,5$	$7,9 \pm 1,7$	$9,2 \pm 1,9$
Pulpa və periapikal toxuma xəstəlikləri	n	32	48	25	20	38	45
	%	$16,7 \pm 2,7$	$22,1 \pm 2,7$	$13,2 \pm 2,5$	$17,1 \pm 3,5$	$15,8 \pm 2,4$	$18,8 \pm 2,5$
Gingivit və parodont xəstəlikləri	n	51	72	45	31	72	75
	%	$26,6 \pm 3,2$	$29,9 \pm 2,9$	$23,8 \pm 3,1$	$26,5 \pm 4,1$	$30,0 \pm 3,0$	$31,3 \pm 3,0$
Diş əti və dişsiz alveol ətrafının digər dəyişiklikləri	n	48	58	44	25	60	61
	%	$25,0 \pm 3,1$	$24,1 \pm 2,8$	$23,3 \pm 3,1$	$21,4 \pm 3,8$	$25,0 \pm 2,8$	$25,4 \pm 2,8$
Üz-çənə anomaliyaları	n	22	31	21	12	28	29
	%	$11,5 \pm 2,3$	$12,9 \pm 2,2$	$11,1 \pm 2,3$	$10,3 \pm 2,8$	$11,7 \pm 2,1$	$12,1 \pm 2,1$
Digər anomaliyalar	n	2	4	2	1	4	4
	%	$1,0 \pm 0,7$	$1,7 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,8$	$0,9 \pm 0,9$	$1,7 \pm 0,6$	$1,7 \pm 0,6$

əhəmiyyətli dərəcədə aşağıdır və $6,4 \pm 1,8\%$ (Lerik) – $9,5 \pm 1,9\%$ (Lənkəran) intervalında dəyişir ($p > 0,05$). Pulpa və periapikal toxumanın xəstəliklərinin aşkar edilmiş səviyyəsi bütün rayonlar üzrə bir qədər çoxdur (minimal səviyyədə Lerikdə $13,2 \pm 2,5\%$, maksimal səviyyədə $22,1\%$ Lənkəranda, $p < 0,05$). Bu göstəricilərin səviyyəsinə görə fərq statistik dürüstdür. Gingivit və parodont xəstəliklərinin yayılma səviyyəsi $23,8 \pm 3,1\%$ ilə $31,3 \pm 3,0\%$ intervalında dəyişir və bu göstəriciyə görə rayonların müqayisəsi sıfır hipotezini inkar etməyə əsas vermir ($p > 0,05$). Diş əti və dişsiz alveol ətrafının digər dəyişiklikləri rubrikası üzrə aşkar edilmiş

xəstəliklərin yayılma səviyyəsi bütün rayonlarda bir-birinə yaxın olmuş və onun dəyişmə intervalı ($21,4 \pm 3,8 - 25,4 \pm 2,8\%$) xeyli dardır.

Yeniyyətəmələrdə aşkar edilmiş üz-çənə anomaliyalarının ($10,3 \pm 2,8\%$ minimal, $12,9 \pm 2,2\%$ maksimal səviyyə) və digər anomaliyaların tezlikləri (müvafiq olaraq $0,9 - 1,7\%$) müqayisə olunan rayonlarda qeydiyyatata götürülmüş yeniyyətəmələrdə bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdi. ($p > 0,05$).

Yeniyyətəmələrdə dişlərin kariyesinin ən çox yayılmasını nəzərə alaraq onlarda dişlərin sağlamlıq durumunun kompleks qiymətləndirilməsinin əsas göstəriciləri hesablanmışdır (cədvəl 2).

Cədvəl № 2.

Hərbi Xidmətə çağırışa qədər yeniyyətəmələrdə dişlərin sağlamlıq durumu (bir nəfərə görə)

Göstəricilər	Astara (n=192)	Lənkəran (n=241)	Lerik (n=189)	Yardımlı (n=117)	Masallı (n=240)	Cəllabab (n=240)
KPÇ(kariyesli,plomblu və çəkilməmiş dişlər)	$2,6 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$	$2,4 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,2$
K(kariyesli dişlər)	$1,3 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,1$
Ç(çəkilməmiş dişlər)	$0,3 \pm 0,1$	$0,4 \pm 0,1$	$0,2 \pm 0,1$	$0,2 \pm 0,1$	$0,3 \pm 0,1$	$0,3 \pm 0,1$
Plomblu dişlər	$1,0 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,2$
İntekt dişlər	$25,9 \pm 0,3$	$26,9 \pm 0,3$	$27,4 \pm 0,3$	$27,9 \pm 0,4$	$26,3 \pm 0,4$	$25,9 \pm 0,3$
SYƏ(stomatoloji yardım əmsalı,%)	38,5	35,0	31,3	33,3	25,0	39,3
THİ(diş toxumasının sağlamlıq indeksi)	26,7	27,5	27,9	28,4	26,6	26,8
Bir səthində plomb ehtiyacı olan dişlər	0,90	0,44	0,53	0,48	1,0	0,81
İki səthində plomb ehtiyacı olan dişlər	0,04	0,06	0,05	0,08	0,10	0,14
Pulpitin müalicəsinə ehtiyacı olan dişlər	0,27	0,29	0,23	0,10	0,24	0,31
Periodontun müalicəsinə ehtiyacı olan dişlər	0,09	0,11	0,09	0,14	0,16	0,14

Qeyd: N-müayinə olunanların sayı.

KPÇ (kariyesli, plomblu və çəkilməmiş dişlərin bir nəfərə düşmə sayı) əmsalı orta hesabla $1,5 \pm 0,1$ Yardımlıda (nisbətən aşağı səviyyəli göstərici) $2,8 \pm 0,2$ Cəllabadda (nisbətən yüksək səviyyəli göstərici) qeydə alınmışdır. Bu əmsala görə rayonlar arasındakı fərq statistik dürüstdür. Lerik və Yardımlı üçün göstəricinin kiçik olması, Astara və Cəllabab üçün isə nisbətən böyük olması səciyyəvidir. Rayonlar arasında fərq KPÇ əmsalının K(minimal $0,8 \pm 0,1$;maksimal $1,5 \pm 0,2$; $p < 0,05$) və P(müvafiq olaraq $0,5 \pm 0,1$ və $1,1 \pm 0,2$; $p < 0,05$) komponentlərinə görə statistik dürüstdür, amma Ç komponentinə görə fərq ($0,2 \pm 0,1 - 0,4 \pm 0,1$) dürüst deyildir ($p > 0,05$). Diş toxumasının sağlamlıq durumunu kompleks səciyyələndirən THS meyarına görə regionun müxtəlif rayonlarında yaşayan yeniyyətəmələr bir-birindən fərqlənirlər: nisbətən qənaətbəxş durum Yardımlı yeniyyətəmələrində (THS =28,4), göstəricinin aşağı səviyyəsi isə Astara(26,7), Masallı(26,8) və Cəllabab (26,8) yeniyyətəmələrində qeydə alınmışdır.Kariyesli dişlərin plomblanmasının və çəkilməsinin adekvatlığının dolayısı meyarı hesab edilən stomatoloji yardım əmsalı (SYƏ) regionun bütün rayonlarında qənaətbəxş deyildir($\leq 38,5\%$). Bəlli olduğu kimi, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı bu göstəricinin optimal səviyyəsini 75% hesab edir.

Yeniyyətəmələrin diş toxumasının mövcud səciyyələrini nəzərə alaraq onların sanasiyasının əsas istiqamətləri və həcmi müəyyən edilmişdir (cədvəl 2). Həkim

stomatoloqun iş həcmi diş toxumasının zədələnmə dərəcəsiindən asılı olduğuna görə bir və ya iki səthində plomblanmaya, pulpitin və periodontitin müalicəsinə ehtiyacı olan dişlərin bir yeniyetməyə düşən sayı əsaslandırılmışdır. Bu göstəricilərin səviyyəsi müvafiq olaraq ayrı-ayrı rayonlarda yaşayan yeniyetmələr üçün 0,44-1,0 ; 0,04-0,14;0,10-0,31 və 0,09-0,16 intervalında dəyişir.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Dişlərin kariyeslə zədələnməsi ehtimalı yeniyetmələrdə xeyli yüksəkdir: $\geq 54,6\%$ [1], $\geq 85\%$ [5], $\geq 79,5\%$ bizim müşahidəmizə görə. [1]. 15-18 yaşlı yeniyetmələrin 1996-cı ildə , biz isə 2015-ci ildə 15 yaşlı yeniyetmələrin müayinəsi əsasında kariyesin yayılmasını müəyyən etmişik. Bu müddət ərzində yeniyetmələr arasında kariyesin çoxalması aydın nəzərə çarpır. Gingivit və parodont xəstəlikləri 1996-cı ildə 55,7% yeniyetmədə aşkar edildiyi halda [1] bizim müşahidəmizə görə bu patologiyalar 2 dəfəyə qədər az qeydə alınmışdır (23,8-31,3%).

Pulpa və periapikal toxuma xəstəliklərinin, həmçinin üz-çənə anomaliyalarının tezliyində 1996-cı illə müqayisədə nəzərə çarpan fərq yoxdur (müvafiq olaraq 26,6 və 10,4%-1996-cı ildə, 13,2-22,1% və 10,3-12,9%-bizim müşahidəmizdə) . Beləliklə, yeniyetmələrdə stomatoloji xəstəliklərin yayılması dəyişkəndir, son illərdə (1996-2015) əsasən dişlərin kariyeslə zədələnmə ehtimalının artması, parodont toxuması patologiyalarının azalması ilə səciyyələnir.

Dişlərin kariyeslə zədələnməsinin intensivlik meyyarı (KPC əmsalı) [1]-in məlumatlarına görə 1,9-3,0 , bizim məlumatlara görə isə 1,5-2,8 intervalında dəyişərək bir-birinə yaxın olmuşdur. Plomblanmış dişlərin xüsusi çəkilişi 1996-cı ildə xeyli aşağı səviyyədə olduğu halda (2,4-13,1%) , bizim məlumatlara görə 2015-ci ildə xeyli artmışdır(31,3-39,3%) , müvafiq olaraq çəkilmiş dişlərin xüsusi çəkilişi isə xeyli azalmışdır($\geq 30\%$ 1995-ci ildə, $\leq 20,0\%$ 2015-ci ildə). Göründüyü kimi, kariyesin profilaktikasında müsbət nəticə alınmasa da onun müalicəsinin təşkilində müsbət tendensiya izlənilir. Amma bütövlükdə SYƏ əmsalının səviyyəsi rayonlarda stomatoloji yardımın qənaətbəxş olmadığını göstərir. Uşaq əhalisinin dispanzerizasiyası dövlət proqramına müvafiq uşaqların və yeniyetmələrin sanasiyası tam təmin edilməlidir. Cədvəl 2-də hər yeniyetmənin tam sanasiyası üçün zəruri olan müalicə işlərinin həcmi göstərilmişdir. Hesab edirik ki, ilkin hərbi qeydiyyat zamanı aşkar edilmiş çatışmazlıqlar həqiqi hərbi xidmətə çağırışa qədər aradan qaldırılmalıdır.

Nəticələr.

1.İlkin hərbi qeydiyyat etpında yeniyetmələrdə onların sağlamlığına təsir edə bilən stomatoloji problem çoxdur($\geq 90,0 \pm 1,9$ dişlərin kariyesi; KPC əmsalı $\geq 1,5$; pulpa və periapikal toxuma xəstəlikləri $\geq 13,2 \pm 2,5\%$; parodont xəstəlikləri $\geq 23,8 \pm 3,1\%$; üz-çənə anomaliyaları $\geq 10,3 \pm 2,8\%$)

2.Yeniyetmələrin stomatoloji yardımla təminatı aşağı səviyyədədir (SYƏ $\leq 39,3\%$), orta hesabla hər bir yeniyetmənin 0,56-1,1 sayda dişin plomblanmasına, 0,1-0,32 pulpitin, 0,09-0,16 periodontitin müalicəsinə ehtiyacı vardır.

3.Yeniyetmələrdə dişlərin kariyesinin çoxalması fonunda parodont xəstəliklərinin azalması meyli müşahidə olunur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Seyidəbəyov O.S., Məmmədov F.F. Hərbi xidmətə çağırışçıların stomatoloji xəstəliklərinin yayılma modeli //Сборник научных трудов, Баку,2000,с.135-139.
2. Антоненков Ю.Е. Этапы рассмотрения организации медицинского обеспечения подготовки к военной службе в Воронежской области по призыву и контракту // Известия Сочинского Государственного университета, 2013 ,№2(25). С.19-25
3. Давыдова Т.Е., Перепёлкина И.Ю. Исследование социального статуса и параметров качества жизни военнослужащих , проходящих военную службу по призыву // Информационный архив , 2012, № 4, (6) с. 27-30
4. Дюсембекова Р.В. Актуальные проблемы оценки состояния здоровья юношей допризывного и призывного возраста // Медицина и экология , 2007, №1, с. 21-29
5. Кафаров К.К. Характеристика состояния тканей пародонта у солдат новобранцев из разных регионов // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri. Bakı,2008, №4, s. 54-56

6. Тарипов Н.Н. Особенности допризывной подготовки школьников, проживающих в Северных регионах// Состояние и перспективы формирования здорового образа жизни. Красноярск, 2008, с. 33-38
7. Стентон Гланц // Медикобиологическая статистика М.1999.-454с.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ЮНОШЕЙ ДО ПРИЗЫВА

Ибрагимли Х.И., Мусаев Ф.И.

Цель исследования: Получение комплексной характеристически стоматологических проблем юношей до призыва при первичном воинском учете.

Материалы и методы. Сплошным охватом собрана информация о стоматологических патологиях, выявленных при стоматологическом осмотре юношей во время принятия на первичный воинский учет (192 в Астаре, 241 в Ленкорани, 189 в Лерике, 117 в Ярдымлах, 240 в Масаллах и 240 в Джалилабаде.

Полученные результаты. Показано, что выявленность кариеса зубов ($79,5 \pm 3,7$ - $90,8 \pm 1,9\%$), патологии пульпы и периапикальной ткани ($13,2 \pm 2,5$ - $22,1 \pm 2,7\%$), пародонта ($23,8 \pm 3,1$ - $31,3 \pm 3,0\%$) и прочих заболеваний органов полости рта высокая и существует межрайонное различие.

Выводы. 1. Уровень стоматологической помощи подросткам не удовлетворительный ($\leq 39,3\%$).

2. До призыва в армию необходима полная санация юношей, объем которой составляет в расчете на одного подростка: 0,56-1,1 пломбирование, 0,1-0,32 лечение пульпита, 0,09-0,16 лечение периодонтита.

SUMMARY

CHARACTERISTIC DENTAL PROBLEMS UNDER RECRUITMENT OBJECTIVE

Ibrahimli H.I., Musayev F.I.

Getting integrated. harakterističeski dental problems under appeal in the primary military accounting.

Materials and methods. Continuous coverage information about dental pathologies detected during dental examination of boys at the time of the adoption of the primary military account (192 in Astara, Lankaran, 189 241 in Lerik, Yardimli in 117, 240 in masalli and Jalilabad 240.

The results obtained. It is shown that the efficiency of tooth decay (79.5 ± 3.7 - $90.8 \pm 1.9\%$), pathology of the pulp and Periapical tissues (13.2 ± 2.5 - $22.1 \pm 2.7\%$), periodontal disease (23.8 ± 3.1 - $31.3 \pm 3.0\%$) and other diseases of the oral cavity high and there are interregional differences.

Conclusions. 1. the level of dental care for adolescents not satisfactory (39.3%). 2. Before being conscripted into the army needs the full rehabilitation of boys, which is per teenager: 0.56 -1.1 sealing, 0.1 -0.32 treatment of pulpitis, periodontitis treatment -0.16 0.09.

Daxil olub: 12.04.2016.

МОНИТОРИНГ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ 8-12 ЛЕТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕРЕАБИЛИТАЦИИ.

Алиева М.А., Агаев Ф.Ф., Ахундов Н.Х.
Детский туберкулезный санаторий № 3.

Ключевые слова: психологический статус, дети, реабилитация.

Актуальность: Для повышения качества противотуберкулезной работы, среди детей и подростков специалистами признана необходимость сочетание лечебно-диагностических мероприятий с психокоррекционной воспитательной работой, обеспечивающих интеграцию медицинских, психологических и социальных аспектов(1). Психологические проблемы детей, больных туберкулезом, изучены недостаточно(2,3). Специфические формы поведения, которые обуславливают психосоциальную адаптацию или дезадаптацию больных туберкулезом к сложившейся жизненной ситуации и влияют на динамику туберкулезного процесса(4). Психосоматический подход к исследованию психогенеза туберкулеза ставит задачи более тщательного изучения доминирующих эмоций и поведенческих реакций характерных для больных туберкулезом детей и подростков(4).

Цель исследования: Изучение социальных факторов и влияние их на психологический статус и качество жизни детей 8-12 лет больных туберкулезом органов дыхания на санаторном этапе реабилитации.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 31 пациент 8-12 лет. Из 31 больных 8-12 лет мальчиков было-18(58%), а девочек- 13(42%). Для мониторинга психологического статуса пациентов 8-12 лет мы воспользовались опросником Peds QL, характеризующим психологические особенности детей, больных туберкулезом органов дыхания на санаторном этапе реабилитации. Данные анкетирования были собраны нами при поступлении и при выписке из санатория.

Результаты и обсуждения: Анализ социального статуса родителей детей 8-12 лет больных туберкулезом органов дыхания позволил нам разделить их на две группы: на работающих и неработающих. Учитывая то, что у 5 детей из 31 данной возрастной группы родителей не было, поэтому мы рассмотрели социальный статус 26 родителей.

Диаграмма 1

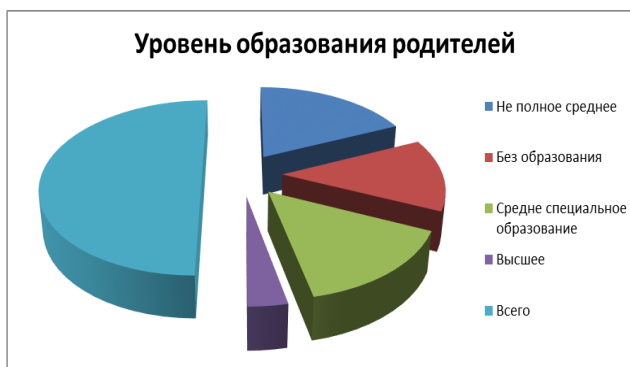


Как видно из диаграммы 1, среди родителей преобладало количество неработающих родителей- 57,7% над работающими- 42,3%. Среди неработающих родителей большую часть составили беженцы в - 60%, домохозяйки - 20%, безработные - 13,3%, инвалиды 6,7%. Тогда как из работающих родителей, рабочих было - 81,8%, а служащих - 18,2%.

Вторым, значимым социальным фактором был уровень образования родителей. Образовательный ценз родителей этой возрастной группы также состоял из 26 родителей.

Диаграмма 2

Из диаграммы 2 видно, что среди 26 родителей детей 8-12 лет больных туберкулезом органов дыхания, с неполным средним образованием - 11(42,3%), без образования - 8(30,8%), со средним специальным образованием - 5 (19,2%), а с высшим образованием всего лишь - 2 (7,7%) родителя.



Третьим важным социальным фактором, влияющим на качество жизни пациентов школьного возраста была материальная обеспеченность родителей.

Диаграмма 3



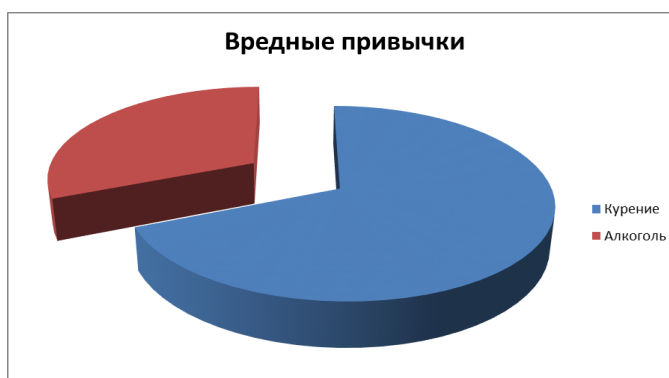
Как видно из диаграммы 3 отсутствие материального заработка отмечалось больше, чем у половины родителей, а именно у 15, что составило - (57,7%). С заработком ниже прожиточного минимума наблюдалось - 8 (30,8%) родителей. Наличие как регулярного, так и нерегулярного материального заработка встречались в одинаковом

количестве и составили по 11,5% случаев.

Такой социальный фактор, как вредные привычки родителей, которые влияли на качество жизни больных детей наблюдались больше чем у половины родителей, а именно у 16(61,5%) из 26 родителей данной группы.

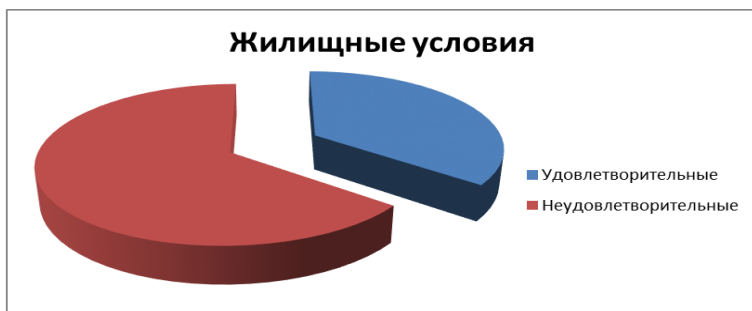
Диаграмма 4

По данным диаграммы 4 видно, что курение отмечалось у 11(42,3%) родителей, из которых 6 случаев среди отцов и 5 среди матерей. Злоупотребление алкоголем встречалось у 5 (19,2%) родителей, из которых 4 отца и 1 мать.



Одним из немаловажных социальных факторов, которые также влияли на качество жизни детей 8-12 лет больных туберкулезом были их жилищные условия. Как видно из диаграммы 5 условия проживания маленьких пациентов были разделены на: удовлетворительные и неудовлетворительные. Больше чем у половины, а именно у 20 (64,5%) из 31 отмечались неудовлетворительные жилищные условия, тогда как удовлетворительные наблюдались у - 11(35,5%).

Диаграмма 5



Для определения качества жизни в условиях туберкулезного санатория, мы воспользовались тремя из 4 шкал опросника PedsQL, характеризующих психологический статус пациентов, включающий в себя шкалы ЭФ, СФ и ЖШ. Среди трех

вариантов ответов: "почти всегда", "иногда" и "никогда" наиболее информативным мы сочли вариант ответа "никогда", так как сравнительный анализ, который был проведен нами среди детей и их родителей при поступлении и выписке из санатория позволил нам установить, что вариант ответа "никогда", наблюдался в большем процентном соотношении после окончания реабилитации.

Таблица № 1

Мое настроение	До лечения		После лечения	
	Дети	Родители	Дети	Родители
1. Мне бывало страшно	77,4	61,3	90,32	83,9
2. Мне бывало грустно	71,0	45,2	90,32	77,4
3. Бывало так, что я злился (-лилась).	58,0	51,6	87,09	70,96
4. Я плохо спал (-а)	61,3	58,06	83,9	80,64
5. Я переживала(-а) о том, что со мной будет.	77,4	74,2	51,6	48,4

Таблица № 2

Общение	До лечения		После лечения	
	Дети	Родители	Дети	Родители
1. Мне трудно общаться с другими детьми.	61,3	67,7	80,64	87,09
2. Другие дети не хотят со мной дружить.	51,6	71,0	77,4	87,9
3. Другие дети дразнят меня.	58,6	64,5	74,2	80,6
4. Бывает так, что у меня не получается делать то, что получается у моих ровесников.	64,5	74,2	87,09	83,9
5. Мне трудно, играя с другими, чувствовать себя наравне с ними.	45,2	54,8	74,2	77,4

Как видно из таблиц 1,2,3 вариант ответа "никогда" по всем трем шкалам по окончании периода реабилитации в условиях детского туберкулезного

санатория, отмечался в большем процентном соотношении, тем самым это позволило нам выявить значительную положительную динамику и определить значение туберкулезного санатория и его влияние на качество жизни детей больных туберкулезом в возрасте 8-12 лет.

Таблица № 3

О школе	До лечения		После лечения	
	Дети	Родители	Дети	Родители
1. Мне трудно быть внимательным.	58,6	51,6	83,9	77,4
2. Случается так, что я забываю что-то.	67,7	48,4	83,9	74,2
3. Мне трудно справиться со школьными заданиями.	54,8	54,8	80,6	77,4

Заклучение:

Выявленные нами особенности психологического статуса характерные для больных туберкулезом детей, позволили нам установить свойственные им отличительные от здоровых сверстников качества, которые усиливают в них состояние стресса, что приводит к напряжению адаптационных механизмов, тем самым способствуя развитию и/или рецидивированию заболевания. Благодаря комплексной реабилитации детей 8-12 лет нам удалось сформировать у них навыки саморегуляции и разработать психокоррекционные действия, что привело к повышению эффективности их психоэмоциональной адаптации, тем самым устраняя причины и факторы, которые приводят к рецидивам данного заболевания.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Баранова Г.В., Золотова Н.В., Овсянкина Е.С. и др. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания.// Пробл.туб.-2010.- № -с.50
2. Глазунова С.Н. Возрастные особенности морфофункционального развития и психоэмоционального состояния тубинфицированных детей и подростков: Автореф.дис.... канд.биол.наук.- Тюмень,2007.-26с.
3. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: Дис. ... канд.мед.наук.-Спб.,2001.-150с.
4. Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В. и др. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии// Пробл.туб.-2009.-№4.-С.31-37

X Ü L A S Ə

8-12 YAŞ AĞ CIYƏR VƏRƏM XƏSTƏLƏRİNİN SANATOR MÜALİCƏ ZAMANI PSIXOLOJİ VƏZİYYƏTİN MONİTORİNQİ VƏ ONUN HƏYAT KEYFİYYƏTİNƏ TƏSİRİ.

Əliyeva M. A., Ağayev F.F., Axundov N.X.

8-12 yaş ağ ciyəm vərəm xəstəsi olan uşaqların sanator şəraitdə psixoloji vəziyyətin nəzarəti bizə onlara xas xarakterik, eyni zamanda onların sağlam həmyaşıdlarından fərqli olan, stresi gücləndirən və residivə gətirib çıxaran xüsusiyyətlərini müəyyən etməyə imkan verdi.

SUMMARY

MONITOR PSYCHOLOGICAL STATUS AND ITS IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN 8-12 YEARS OF PATIENTS WITH RESPIRATORY TUBERCULOSIS SANATORIUM REHABILITATION.

Aliyeva M.A., Aghayev F.F, Akhundov N.X

Under our supervision in sanatorium stage of rehabilitation 31 patients. At the same time we have identified psychological status features characteristic for sick children with tuberculosis, have allowed us to their inherent distinctive qualities of healthy peers that reinforce them in a state of stress, which leads to relapse of the disease.

Daxil olub: 18.03.2016.

BAĞIRSAQLARIN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ: 2015-Cİ İL RAKURSUNDA

Sadıqova G.H., Səmədova T.A.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Terapiya kafedrası (fizioterapiya kursu ilə)

Açar sözlər: bağırsaqların iltihabi xəstəlikləri, xoralı kolit, Kron xəstəliyi, kolorektal patologiya.

Bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin (BIX) öyrənilməsində müəyyən uğurlara baxmayaraq bu qrup xəstəliklər ciddi tibbi və sosial problem olaraq qalırlar. Buna əsas səbəb isə bu qrup patologiyasının yüksək sürətlə yayılması, yüksək əlillik riski ilə ağır fəsadların inkişafı və refrakter formalı xəstələrin sayının artmasıdır. Xoralı kolit və Kron xəstəliyi ilə xəstələnmə sayları isə ildən- ilə artır və xəstələrin arasında əmək qabiliyyətli gənclərin sayı üstünlük təşkil edir. Məqalədə müəlliflər şəxsi tədqiqatın nəticələrini təqdim etməklə, Azərbaycanda BIX yayılmasına və xəstəliyin klinik mənzərəsinin səciyyələrini, erkən diaqnostikaya tələbatı qeyd ediblər.

Tədqiqat obyekt: Azərbaycanda (2013-2015-cı illər ərzində) bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin yayılması və aktivlik səviyyəsi olmuşdur.

İşin məqsədi: Azərbaycanda bağırsaqların iltihabi xəstəliklərin yayılmasının və klinik aktivliyinin dinamikasının öyrənilməsi əsasında ümumi mənzərəni müəyyən etmək olmuşdur.

Tədqiqatın metodları: Aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edildi ki, Azərbaycan Respublikasında bağırsaqların iltihabi xəstəlikləri ilə xəstələnmənin dinamikası müxtəlif fərqlilik ilə səciyyələnir, ancaq ümumilikdə artım tendensiyası müşahidə edilir. Bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin yayılmasını qiymətləndirmək üçün ECCO tərəfindən təklif olunmuş meyyarlardan istifadə etdik [1]. Kron xəstəliyinin isə yoğun bağırsaqda lokalizasiyası aşkarlanan hallarda Lennard-Jons kriteriyalarına istinad etmişik, ümumi kriteriyalardan çıxış edərək bağırsaqların iltihabi xəstəliklərini təsdiq etmək üçün mütləq göstəricilər: diareya (2-6 həftə ərzində), defekasiya aktlarının miqdarının gün ərzində 3 dəfədən artıq olması (gecə və səhər səhər çaqları), nəcis kütləsində patoloji qatqıların olması (qan, selik, irin) vacibdir. Tədqiqatımıza başlayarkən bizə bağırsaqların iltihabi xəstəliklərini

öyrənmək və bu qrup xəstələrdə həyat keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün mütləq olan sorğu anketinin olması idi.

Bu patologiyaya aid dünya gastroenteroloji praktikasında müəyyən sorğu anketləri mövcuddur, məsələn:

a)Bağırsaqların iltihabi xəstəliklərində sorğu vərəqəsi – İnflamatory Bowel Disease Questionnaire(İBDQ);

b)Bağırsaqların iltihabi xəstəliklərində həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsinin sorğu vərəqəsi - İnflamatory Bowel Disease Quality of life Questionnaire (İBDQOL);

c)Bağırsaqların iltihabi xəstəlikləri nəticəsində xəstədə yaranan problemlərin qiymətləndirilməsi şkalası – Ratinq Form of İBD Patient Concerns (RFIPC).

Ancaq qeyd olunan sorğu anketləri xarici dillərdə tərtib edildiyindən və bu qrup patologiyaya düçar olan insanlarda müxtəlif digər yanaşı gedən patologiyalar olduğundan biz milli sorğu anketini yaratmaq fikrinə gəldik. Milli sorğu anketi dünyada tətbiq edilən müxtəlif sorğu vərəqələrinin və standartların birləşmiş, qısaldılmış modifikasiyasını təşkil edir. Həmin sorğular arasında “The Brief İllness Perception Questionnaire”, “Perceived Stress Scale (PSS)”; “Work Productivity and Activity İmpairment (WPAI)”, “Sickness Impact Profili”, “Patient Health Questionnaire (PHQ-9)”, “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)”, “Short İnflamatory Bowel Disease Questionnaire (SİBDQ)”, “Harvey Bradshaw index (NBI)”, “Montreal Classification”, “Crohns Disease Activity index (CDAI)”, “Simple Clinical Colitis Activity index” var. Milli sorğu anketinin tətbiqinin nəticəsində bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif aspektlərini öyrənmək və tədqiq etmək mümkünüyü yaranır (yayılma, klinik gedişatın xüsusiyyətləri, medikamentoz terapiyaya cavab, onun müddəti, diaqnostik səciyyətlər və erkən diaqnostikaya tələbat, remissiya dövrünün problemləri və onlarla mübarizə və s.), digər məqam, hansını ki, bu problemin öyrənilməsində unutmamaq olmaz, bu qrup xəstələrdə həyat tərzinin və keyfiyyətinin qiymətləndirilməsidir. Sorğu anketi xəstəliyin ilkin aşkarlanmasında və dinamikada müşahidə üçün nəzərdə tutularaq, cinsi bölgü üzrə də buraya ayrıca sorğu vərəqələri əlavə edilmişdir-ginekoloji (əsasən, reproduktiv yaş dövründə olan qadınlar üçün) və androloji.

Patoloji prosesin lokalizasiyasını aşkarlamaq və aktivlik dərəcəsini qiymətləndirmək üçün laborator-instrumental tədqiqatlardan istifadə edilmişdir. Laborator tədqiqatlar daxilində “Xoralı kolit və Kron xəstələrinin laborator paketi” formalaşdırılmışdır və qeyd olunan paket iki hissədən ibarətdir:

1.kopropanel(nəcisin ümumi, bakteriooloji müayinəsi, disbakterioza əhəmiyyətli, kalprotektin)

2.hematopanel (qanın ümumi (leykoformula ilə) və biokimyəvi analizləri(ümumi zülal, albumin, C-reaktiv zülal), onkomarkerlərin təyini, Mantu sınağı, Diaskin test, kvanteferon sınağı, qliadin testi, herpes və sitomeqalovirusun təyini, ANCA(xoralı kolit üçün), ANA, Ig G).

İnstrumental müayinələrə 5 nöqtəli biopsiyanın götürülməsi ilə aparılan kolonoskopiya (ECCO, 2013 [2]), bariyum sulfat məhlulu ilə aparılan Rt-müayinə, irriqoskopiya, abdominal USM, EKQ, EQDS (Kron xəstəliyi), zərurət yarandıqda KT və MRT daxil edilmişdir. Əldə olunan nəticələrin statistik və riyazi işlənməsi Statistica 6, Microsoft Excel, Microsoft Word köməkliyi ilə aparılmışdır.

Bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin öyrənilməsində müəyyən uğurlara baxmayaraq bu qrup xəstəliklər ciddi tibbi və sosial problem olaraq qalırlar. Buna əsas səbəb isə bu qrup patologiyasının yüksək sürətlə yayılması, yüksək əlillik riski ilə ağır fəsadların inkişafı və refrakter formalı xəstələrin sayının artmasıdır [3]. Xoralı kolit və Kron xəstəliyi ilə xəstələnmə sayları isə ildən- ilə artır və xəstələrin arasında əmək qabiliyyətli gənclərin sayı üstünlük təşkil edir [3].Bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin etiologiyası və patogenezi tam öyrənilmədiyinə görə xoralı kolit (XK) və Kron xəstəliyinin (KX) dəqiq diaqnostik kriteriyaları yoxdur və müalicə standartları daima dəyişir. Dünyanın aparıcı ekspertləri BİX problemləri ilə bağlı belə bir ümumi konsensusa gəliblər ki,XK və KX ətraf mühütlə bağlı olan

kombinə olunmuş qlobal dəyişikliklərin, müxtəlif genetik variasiyaların, bağırsaqların mikroflorasının tərkibinin kəmiyyət və keyfiyyət dəyişikliklərinin, anadangəlmə və adaptiv immun cavabların pozulmasının nəticəsidir [1]. Ancaq bu qeyd olunan faktorların heç birisi sərbəst, müstəqil şəkildə bağırsaqda iltihab prosesini yaratmağa və (və ya) bu iltihabı saxlamağa qadir deyil. Bu səciyələrə görə XK və KX-də müxtəlif klinik gedişatların olması və aparılan terapiyaya cavab variantlarının fərqliliyi mövcuddur. Dünyanın müxtəlif ölkələrində BİX-nin yayılma tezliklərinin sərhədləri çox genişdir. Son illərdə əsasən xəstələnməyə artım tendensiyası industrial inkişaf etmiş ölkələrdə qeyd olunur [3,4]. Orta hesabla hər il 100000 əhaliyə QSXK üçün 7-15, KX üçün isə 4-7 yeni xəstələnmə halları qeyd olunur [5].

ECCO-nun qoyduğu tələblərə görə müalicənin məqsədi xəstədə klinik, endoskopik və morfoloji remissiyasının əldə olunub qorunmasını tələb edir ki, bunda ərsəyə gəlməsində antitoksin terapiyasının tətbiqi mütləqdir.

Praktiki həkimlər arasında BİX-nin problemlərinə ümumi baxışın olmamasından, bu qrup xəstələr isə müxtəlif ixtisaslı həkimlərə müraciət etdiklərindən (terapevt, gastroenteroloq, koloproktoloq, infeksiyoz, cərrah), gecikmiş diaqnostika və qeyri-adekvat müalicə, yüksəkfaizlər ilə fəsadlaşmalar, əmək qabiliyyətli insanların əlilləşməsinə və letal sonluqlara gətirib çıxarır. Yaranmış vəziyyət, BİX ilə bağlı çoxsaylı problemlərin həlli üçün müxtəlif ixtisaslı mütəxəssislərin səylərinin birləşməsinə tələb edir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Müayinə etdiyimiz (ümumi gastroenteroloji və bağırsaq şikayətləri ilə) qruplarda BİX-nin yayılmasını xarakterizə edən göstəricilərin yüksək səviyyələri şübhəsiz ki, bu prosese əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərən göstəricilər ilə sıx bağlıdır. BİX qrupu ölüm riski daşıyan ciddi patoloji vəziyyətlərinin inkişaf səbəbidir, belə ki, cərrahiyyə əməliyyatlarına (perforasiya, penetrasiya, qanaxmalar, stenozlər və s.) göstərişlər ilə yanaşı kolorektal karsinomaların inkişafı mühüm yer tutur. Xəstələrin regionlar üzrə yayılma səviyyəsini müəyyən etmək üçün onların Azərbaycanın administrativ vahidləri və iqtisadi-coğrafi rayonları üzrə yayılmasını təhlil etməyə çalışmışıq.

İlk öncə isə həzm sistemi xəstəliklərinin statistik artımına üz tutsaq burada sürətli artım ilə tanış olmalı olacağıq, belə ki, həzm sistemi üzrə əhalinin xəstələnməsi (ilk dəfə qoyulmuş diaqnozla qeydə alınmış xəstələr) 2010-cu ildə 114856, 2011-ci ildə 118278, 2012-ci ildə 131534, 2013-cü ildə 138521, 2014-cü ildə isə 152362 təşkil etmişdir (2014-cü ildə bütün xəstələnmə halları 1852918 təşkil etdiyi halda). Hər 10000 əhaliyə isə bütün xəstəliklər üzrə bu göstəricilər 2010-cu ildə -128,6 (1796,0), 2011-ci ildə -1996 (1787,3) 2012-ci ildə -143,3(1838,4), 2013-cü ildə -149,0(1871,2) və 2014-cü ildə isə 161,8(1968,0) təşkil etmişdir.

14-29 yaş qrupunda əhalinin xəstələnməsi həzm sistemi patologiyası üzrə 2010-2014-cü illər üzrə müvafiq olaraq (qeydə alınmış xəstələrin ümumi sayı ilə münasibətdə) 26895 (344049); 28085(344721); 30118(361172); 33819(393622); 39204(428549) təşkil etmişdir.

14-29 yaş qrupunda hər 10000 əhaliyə 2010-cu ildə 95,3(1219,2); 2011-ci ildə -100,0(1227,1); 2012-ci ildə 108,0 (1225,5); 2013-cü ildə 122,6 (1427,0); 2014-cü ildə isə 144,3 (1576,9) təşkil etmişdir.

30 və yuxarı yaşlı əhalinin həzm sistemi üzrə xəstələnməsi (ilk dəfə qoyulmuş diaqnozla qeydə alınmış xəstələr) 2010-cu ildə 52007(cəmi qeydə alınmış xəstələrin sayı 627994 nəfər); 2011-ci ildə 53002 (644884); 2012-ci ildə 61317 (687937); 2013-cü ildə 66992 (721869); 2014-cü ildə isə 64109 (744330) nəfər təşkil etmişdir.

30 və yuxarı yaşlı əhalinin hər 10000 nəfərinə düşən xəstəliklərin sayı üzrə həzm sisteminin xəstəlikləri 2010-cu ildə 119,3(bütün xəstəliklərin sayı 1440,7); 2011-ci ildə 118,6 (1443,6); 2012-ci ildə 134,0(1503,3); 2013-cü ildə 142,8 (1538,5) və 2014-cü ildə 132,2 (1546,3) təşkil etmişdir.

BİX-nin onkoloji risk qrupu olduğunu nəzərə alsaq həzm sistemi lokalizasiyalı bədxassəli şişlərlə xəstələnmə göstəriciləri düz bağırsağ, siqmayabənzər hissə və anus nahiyələri üzrə 2010-cu ildə 305 (ilk dəfə qoyulmuş diaqnozla qeydə alınmış xəstələrin cəmi 7626 nəfər), 2011-ci ildə 366 (8672); 2012-ci ildə 395 (8645); 2013-cü ildə 407(9064); 2014-cü ildə isə 431(9543) təşkil etmişdir ki, müalicə-profilaktika müəssisələrində qeydiyyatda olan xəstələrin sayı isə 2010-cu ildə 280052; 2011-ci ildə 29585; 2012-ci ildə 32285; 2013-cü ildə 34681; 2014-cü ildə isə 37932 nəfərə bərabər olub. İlk dəfə qoyulmuş diaqnozla qeydə alınmış xəstələrin sayı üzrə düz bağırsağın, siqmayabənzər hissənin və anusun bədxassəli şişləri 2010-cu ildə 3,4 (85,4); 2011-ci ildə 4,0 (95,8); 2012-ci ildə 4,3 (94,2); 2013-cü ildə 4,4(97,5); 2014-cü ildə isə 4,6 (101,4) təşkil etmişdir. Eyni zamanda müalicə-profilaktika müəssisələrində qeydiyyatda olan xəstəliklərin sayı 2010-cu ildə 312,0; 2011-ci ildə 324,6; 2012-ci ildə 349,5; 2013-cü ildə 370,6; 2014-cü ildə isə 400,4 təşkil etmişdir. Göstərilən bütün statistik rəqəmlər həm həzm sistemi üzrə xəstələnmə saylarında artım, həm də bağırsaqlar üzrə “onkohəyəcən” vəziyyətini əks etdirir.

2013-2015-ci illərdə bağırsağ simptomatikası ilə müraciət edən 619 nəfər olmuşdur ki, onların 583 nəfəri kolonoskopiyaya göndərilmiş və onların 242 nəfərində BİX aşkarlanmış və təsdiq edilmişdir. Diaqnoz morfoloji tədqiqatın nəticələri ilə təsdiqlənmişdir; aparılan müayinələr sırasında qanın ümumi və biokimyəvi göstəriciləri, nəcisün ümumi, bakterioloji öyrənilməsi və disbakterioza əkintisi, nəcisdə kalprotektin yer almışdır. Formalaşmış BİX qrupundan 78 nəfərdə XK (32,2%±0,03; p<0,05), 164 nəfərdə isə KX (67,7%±0,06; p<0,05) aşkar edilmişdir. 78 nəfərli XK qrupunda diaqnoz ilk dəfə qoyulan xəstələrin sayı 46 nəfər (58,9%±0,07; p<0,05) təşkil etmişdir və 4 xəstədə (5,1%±0,02; p<0,05) xoralı kolitin maliqnezasiyası təyin edilmişdir.

164 nəfərdən ibarət KX üzrə qrup daxilində 71 nəfərdə (43,2%±0,09; p<0,05) diaqnozun ilkin qoyuluşu idi və 6 nəfərdə (3,6%±0,05; p<0,05) xəstəliyin maliqnezasiyası təyin edilmişdir.

Gender bölgüsünə görə Kron xəstəliyindən əziyyət çəkənlər arasında (164 xəstə) 108 xəstə kişi cinsinə (65,8%±0,05; p<0,05), 56 xəstə isə qadın cinsinə aiddir (34,1%±0,04; p>0,05). Xoralı kolitdən əziyyət çəkən xəstələr arasında isə (78 xəstə) 41 xəstə qadın cinsinə (52,5±0,05; p>0,05) və 37 xəstə isə kişi cinsinə aiddir (47,4±0,03; p<0,04).

Yaş bölgüsünə görə isə hər iki xəstəlikdə 20-40 yaş arası xəstələrin miqdarı (131 xəstə 54,1%±0,01; p<0,03); və orta yaş 27,3±0,09(p<0,01) üstünlük təşkil etmişdir.

Ümumi 242 nəfər xəstədən 2014-2015-ci illər ərzində 13 nəfər (5,3%±0,07) bağırsağ problemləri ilə əlaqədar cərrahiyyə əməliyyatına göndərilmişdir ki, bunlardan 2 nəfər XK (2,5%±0,06; p>0,05), 11 nəfər isə KX (6,7%±0,001; p>0,05) olmuşdur.

Bölgələr üzrə yayılmalarına görə 2013-2015-ci illər üçün ilk yerdə şimal bölgəsidir ki, (administrativ mərkəzlər üzrə Şəki, Balakən, Zaqatala, Oğuz, Qax, Qəbələ, Şabran, Siyəzən, Xaçmaz, Quba, Qusar) burada daha yüksək göstəricilər (XK – 44 xəstə, KX-8 xəstə) ilə yanaşı həm də xəstəliklərin aktivlik dərəcəsi yüksək sərhədlərdə müəyyən olunmuşdur (TW şkalasına və CDAİ müvafiq olaraq).

Belə ki, XK qrupunda xəstələrin sayı 44 nəfər (56,4%±0,01 p<0,05) təşkil etdiyi halda yüngül dərəcəli aktivlik ilə 3 nəfər (3,8%±0,04; p<0,05); orta ağır dərəcəli aktivlik ilə 29 nəfər (37,1%±0,07; p<0,05); ağır dərəcəli aktivlik ilə isə 12 xəstə (15,3%±0,08; p<0,05) müəyyən edilmişdir.

KX üzrə 8 nəfərdə göstərici CDAİ 350-480 arasında qeyd edilib ki, bu da orta ağır və yüksək aktivlik göstəriciləri hesab edilir. Digər bölgələr üzrə isə XK sayı 34 nəfər (43,5%±0,08; p>0,05) təşkil etdiyi halda, ağırlıq dərəcələrinə və lokalizasiyaya görə XK-dəsubtotal zədələnmələr 18 nəfərdə (52,9%±0,04; p<0,05); soltərəfli və distal kolit isə 16 nəfərdə (47,0%±0,05; p>0,05) aşkarlanmışdır.

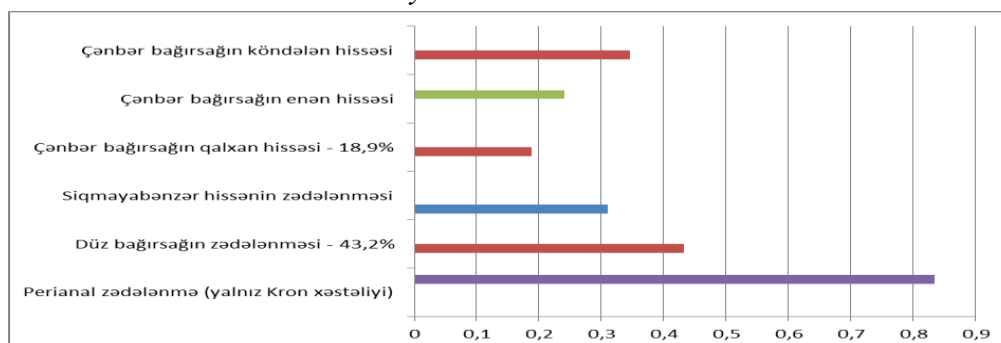
KX üzrə 164 nəfər xəstə arasında spesifik regionlar üzrə bölgü aşkarlanmışdır, belə ki, xəstəliyin rastgəlmə tezliyi bölgələrdə eyni bərabər qeyd edildiyi halda, Bakı (və ətraf kəndlər), Sumqayıt (və ətraf qəsəbələr) şəhərlərində və Abşeron yarımadasında yayılma nisbətən yüksək 143 nəfər(87,1%±0,09; p>0,05)qeyd edilmişdir,bölgələrdə isə bu göstərici cəmi 21 nəfər (13,8%±0,04; p<0,05) təşkil etmişdir.

Bakı şəhəri və ətraf kəndlər üzrə yayılma 119 nəfər təşkil etmişdir ki, bu da 2 illik tədqiqat göstəricilərinə görə 72,5%±0,06 (p>0,05) bərabərdir, Sumqayıt şəhəri və ətraf qəsəbələr üzrə isə bu göstərici 24 nəfər (14,6%±0,03 (p<0,05) təşkil etmişdir.

Bu qrup xəstələr arasında (həm Kron xəstəliyi, həm də xorali kolit) lokalizasiya üzrə zədələnmələr əlavə 1. -də öz əksini tapıb.

Əlavə 1.

BXSİX lokalizasiya üzrə zədələnmələrin nəticələri

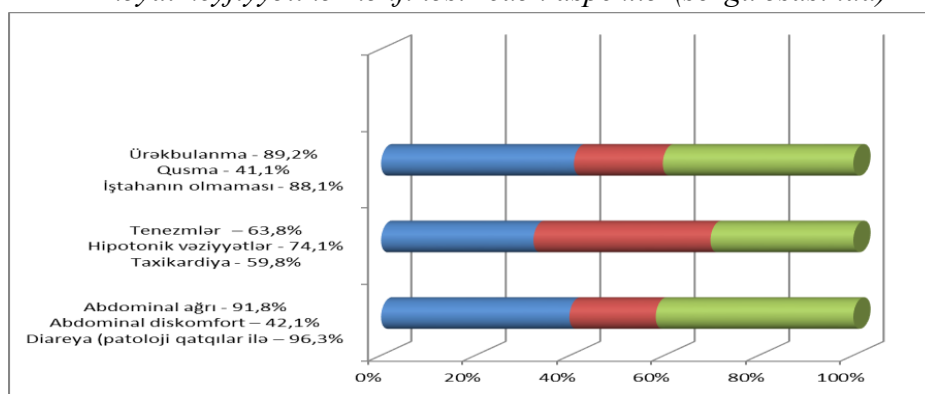


KX xəstələrdə ümumi şikayətlər qrupuna aiddir:dırnaqların qırılması, saçların tökülməsi-72,3%±0,08(p>0,05); arıqlama-84,3%±0,09(p<0,05); meteorizm- 78,9%±0,01(p<0,05);intoksikasiya 92,1%±0,04(p>0,05);hipovitaminoz- 91,8%±0,07(p>0,05);depressiya- 81,2%±0,04(p<0,05);qorxu/fobiyalar-72,4%±0,03 (p<0,05);dəridə problemlər-82,1%±0,04(p>0,05); psoriaz(psoriatik artrit)- 41,8%±0,07(p<0,05); oynaq ağrıları-84,8%±0,03(p<0,05);tiroid patologiyalar ilə şikayətlər-94,2%±0,08(p>0,05); hərərət-72,8%±0,07(p<0,05); anemiya- 91,4%±0,08(p<0,05).

Diqər şikayətlər əlavə 2.-də qeyd edilib.

Əlavə 2.

XK həyat keyfiyyətinə mənfi təsir edən aspektlər(sorğu əsasında)



KX-ri arasında həmin şikayətlər aşağıdakı bölgədə qeyd edilib: abdominal ağrı-74,1%±0,08(p>0,05); abdominal diskomfort-41,4%±0,05(p<0,05); diareya (patoloji qatqılar ilə)-64,4%±0,06(p<0,05); tenezmlər-8,7%±0,01(p>0,05); hipotoniya-56,2%±0,02(p>0,05); taxikardiya-48,4%±0,04(p<0,05); ürəkbulanma- 41,8%±0,01(p>0,05);qusma-24,9%±0,08(p>0,05);iştahanın olmaması-81,8%±0,07 (p>0,05); saçların tökülməsi/dırnaqların qırılması-74,4%±0,06(p>0,05); meteorizm-42,6%±0,03(p<0,05);intoksikasiya- 82,3%±0,07(p<0,05); hipovitami- noz-74,9%±0,08(p<0,05); qəbizlik- 18,8%±0,04(p>0,05); depressiya-74,3%±0,08

($p < 0,05$); qorxu/fobiyalar-21,4%±0,07($p < 0,05$); dəridə problemlər-72,3%±0,06 ($p < 0,05$); psoriaz(psoriatik artrit)-24,1%±0,03($p < 0,05$); oynaq ağrıları-82,7%±0,04 ($p > 0,05$); tiroid patologiyalar ilə şikayətlər-29,6%±0,01($p < 0,05$); hərərət-47,9%±0,01 ($p < 0,05$); anemiya-89,4%±0,04($p < 0,05$); xolelitiaz-79,2%±0,03 ($p < 0,05$); postxolesistektomik görüntülər- 68,7%±0,04($p < 0,05$) təşkil etmişdir.

Beləliklə, ilkin aşkarlamada xüsusi ilə nəcisdə kalprotektinin yoxlanılmasını qeyd etmək istərdik ki, 242 xəstədən 184-də kalprotektinin səviyyəsi təyin edilmişdir []. Müəyyən olundu ki, XK daha çox soyuq iqlimli bölgələrdə qeyd olunduğu hallarda, KX yayılmasında iqlim faktoru mühüm rol oynamır. Bakı şəhərində Kron xəstəliyi üzrə statistik göstəricilər daha yüksəkdir və bu da təxirəsalınmaz qabaqlayıcı tədbirlərin görülməsini tələb edir (əsasən də erkən diaqnostika aspektlərində).

Nəticələr

1.Azərbaycan Respublikasında həzm sisteminin patologiyaları ilə xəstələnmənin

dinamikası müxtəlif illər (2010-2014) fərqli olaraq artıma meyilli olduğu halda yalnız bədxassəli zədələnmələr üzrə bağırsağ lokalizasiyası qeyd olunduğundan bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin yayılmasının öyrənilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

2.BİX ilə xəstələnmə respublikanın müxtəlif bölgələrində fərqlidir. Ancaq Bakı

şəhəri və ətraf kəndlər üzrə Kron xəstəliyinin yayılması nisbətən yüksək olduğundan bu problemə xüsusi diqqət ayrılmalıdır.

3.Erkən diaqnostikada nəcisdə kalprotektinin səviyyəsinin təyini düzgün diaqnozun qoyulmasında vacibdir.

4.Bu qrup xəstələrdə bağırsaqdankənar görüntülər, simptomlar və fəsadlaşmalar yüksək səviyyədə və aktivliyə malik olduğundan təxirəsalınmaz tibbi yardım kompleks şəkildə aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Van Assche G, Dignass JG, Panes at al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) 2010.
2. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease Journal of Crohn's and Colitis Volume 7, Issue 12Pp. 982 - 1018
3. Travis SPL, Colombel RC et al. Spiller Falk Symposium 170: IBD and IBS: Novel Mechanisms and Future Practice: Conference on IBS and IBD in Glasgow. ECCO News 2009; 4: 2–6.
4. Stephan R.,Targan S.,Fergus Shanahan,Loren C.Karp.Inflammatory bowel disease: from Bench to Beside. 2 nd Edition// London:Kluwer Academic Publishers.-2003.-483p.
5. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Journal of Crohn's and Colitis Volume 6, Issue 10Pp. 965 - 990
6. Садыгова Г.Г., Керимова К.М. Определение фекального кальпротектина, как маркера степени активности воспалительного процесса при диагностике неспецифических воспалительных заболеваний кишечника. Ə.Əliyev ad.ADHNTİ-nun 80 illiyinə həsr olunmuş Azərbaycan Tibb Jurnalının xüsusi buraxılışı. Bakı, 2015.стр. 125-127

РЕЗЮМЕ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА: В РАКУРСЕ 2015 ГОДА

Садыгова Г.Г., Самедова Т.А.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра Терапии(с курсом физиотерапии)

Несмотря на определенные успехи в изучении воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), данная группа патологий является лидером по частоте и тяжести медико-социальных проблем. Основная причина –высокая активность заболеваний, формирование рефрактерных форм, тяжесть

осложнений, высокий риск инвалидизации. Заболеваемость язвенным колитом и болезнью Крона неустанно растет и среди больных все больше молодых лиц трудоспособного возраста. В данной статье авторы представили данные собственных исследований по распространенности ВЗК в Азербайджане и клинических особенностях течения патологии, особо выделена потребность в ранней диагностике.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, колоректальная патология.

SUMMARY

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: FROM THE PERSPECTIVE OF 2015

Sadigova G.H., Samedova T.A.

Azerbaijan State Advanced

Training Institute for Doctors named after A.ALIYEV, Department of Therapy
(with a course of physiotherapy)

Despite some advances in the study of inflammatory bowel diseases (IBD), this group of pathologies is the leader in the frequency and severity of the medical and social problems. The main reason -high disease activity, the formation of refractory forms, severity of complications, a high risk of disability. The incidence of ulcerative colitis and Crohn's disease, and constantly growing among patients with more and more young people of working age. In this article the authors presented their own research data on the prevalence of IBD in Azerbaijan and the clinical features of the disease course, highlighted the need for early diagnosis.

Keywords: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, colorectal pathology.

Daxil olub: 18.10.2016.



*** ƏCZAÇILIĞIN PROBLEMLƏRİ * ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ ***
*** PROBLEMS of PHORACOLOGY ***

ANALİTİK ÜSULUN VALIDASIYA PRİNSİPLƏRİ

Süleymanov T.A., Balayeva E.Z.

ATU, əczaçılıq kimyası kafedrası.

Açar sözlər: analitik üsulun validasiyası, üsulun spesigikliyi və dəqiqliyi

Validasiya (Validation) - Etibarlı İstehsalat Praktikasası (GMP) üzrə əsasnaməsinə uyğun, gözlənilən həqiqi nəticələrə gətirən, lazımı istehsalat təcrübəsi prinsiplərinə müvafiq uyğunlaşdırılmış üsul, proses, təchizat, xammal, fəaliyyət dairəsidir. Validasiya sözü ingilis dilində "valid" sözündən götürülmüşdür – həqiqi, etibarlı və s. kimi mənalar verir [1]. Validasiya anlayışı əczaçılıq sahəsində ilk dəfə 1970-ci illərdə ABŞ-da FDA (Food and Drug Administration) - Ərzaq və Dərman üzrə Nəzarət İdarəsi tərəfindən işlədilmişdir. Bir sıra beynəlxalq qurum və

təşkilatlar, validasiya termininə mahiyyət etibarilə eyni olsa da fərqli izah vermişlər. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) izahına əsasən validasiya bütün prosedurların, proseslərin, avadanlıqların, materialların, fəaliyyətlərin və ya sistemlərin həqiqətən nəzərdə tutulan nəticələr verdiyini təsdiq edən sənədir.

Analitik üsul analizin aparılması üslubuna daxildir. O, hər analitik testin keçirilməsi üçün lazım olan mərhələləri geniş şəkildə təsvir etməlidir. Bu aşağıdakılara aid ola bilər: nümunəyə, standart nümunəyə və reaktivlərin hazırlığına, istifadə edilən cihaza, kalibrənmə əyrisinin qurulmasına, hesablama aparmaq üçün lazım olan düsturlardan istifadəyə və s.

Analitik üsulların validasiyası üzrə bütün normativ sənədlərdə metodoloji hissə validasiya parametrlərinin təyin olunmasından başlanır. Bu halda xüsusi terminologiya tətbiq edilir, həm də müxtəlif sənədlərdə tez-tez eyni terminlər müxtəlif mənalarda ifadə olunur [2].

Üsulların validasiyası üçün aşağıdakı parametrlər tətbiq olunur :

- Spesifiklik
- Xəttilik
- Dəqiqlik
- Düzgünlük
- Təyin olunma həddi
- Miqdari təyin olunma həddi
- Tətbiq diapazonu
- Dayanıqlıq
- Etibarlılıq
- Sistem uyğunluğu

“Fagolin” məlhəmində spesifikliyin qiymətləndirilməsi üçün matrisa (tərkibində aktiv təsiredici maddə istisna olmaqla digər bütün maddələr olan şərbət), aktiv substansiya, model qarışıq (tərkibində proporsional miqdarda həm aktiv təsiredici maddə, həm də köməkçi maddələr olan qarışıq) və blank məhlul (mobil faza) hazırlanır, ayrı-ayrılıqda YEMX - da xromatoqramları çəkilir [3].

“Kalinol plus” şərbətində timolun YEMX ilə miqdari təyini üsulunun dəqiqlik göstəricisi timolun standart nümunəsinin və şərbətin eyni homogen seriyasının 6 nümunəsinin analiz nəticələri arasındakı yaxınlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi əsasında təyin edilmişdir [4].

Əczaçılıq məhsulunun keyfiyyətinin təminatı sistemində xammalın, yarımməhsulların və məhsulların analitik kontrolu mühüm rol oynayır. Analitik üsullar preparatların, istehsalat texnologiyalarının işlənilib hazırlanması və sınağı mərhələsində tətbiq olunmağa başlayır və onlardan əczaçılıq məhsulunun seriya buraxılışında da istifadə olunur.

Analitik üsulun keyfiyyətin təminatı sistemində ləyaqətli yerini tutması, öz təyinatına uyğun olması üçün, yəni analizin etibarlı və dəqiq nəticələrinə zəmanət verməsi üçün analitik üsulun validasiyası proseduru nəzərdə tutulmuşdur. Bütün analitik üsulların validasiyası şübhəsizdir bu, dərman istehsalı prosesinin validasiyası elementlərindən biridir. Bundan başqa, praktik nöqtəyi-nəzərdən, analitik üsulların validasiyası bir sıra əhəmiyyətli “ikinci” faydalı effektlər də verir.

Birincisi, yəni üsulların işlənilib hazırlanması prosesində validasiyanın keçirilməsi onların çatışmazlıqlarını vaxtında üzə çıxarmağa və erkən mərhələlərdə üsulu əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir. İkincisi, düzgün və keyfiyyətli yerinə yetirilmiş işdə həm üsula, həm də tədqiq olunan preparatın keyfiyyətinə zəmanət verir. Üçüncüsü, validasiya prosesində müxtəlif analitik laboratoriyalar qeyd şərtsiz praktik iştirak edir. Validasiya eksperimentlərinin təcrübəsi üsulun mahiyyətini və onun parametrlərinə ciddi riayət olunma zərurətinin vacibliyini üzə çıxarır. Nəticədə validasiya üsulunun sonrakı vaxtı səhvlərin ehtimalı əhəmiyyətli dərəcədə azalır.

Daha sonra normativ sənədlərdə validasiya proseduru göstərilir və analitik üsulların validasiyasının təyin olunduğu parametrlər izah olunur. Hər

analitik parametrin təyini u cun ən azı bir üsul verilir,  ertl ri (sınaqların minimal miqdarı, hesablananın üsulu, bu və ya digər parametrin say göstəricisinin ifadələri) dəqiqləşdirilir. Bu halda parametrlərin (məntiqi əsaslandırılmış yanaşma prinsipi) mümkün qiymətlərinin meyarları müəyyən edilmir.

Beynəlxalq Harmonizasiya Konfransının (ICH) sənədlərində, yuxarıda g st ril nd n başqa, üsulların validasiya prosesinin metodologiyasına da yanaşmalar vardır. Analitik üsulların validasiya təcrübəsi u cun yalnız parametrlərin təsvirləri, onların təyin olunma metodologiyası v  ifadə olunma üsulları heç də kifayət etmir (farmakopeya sənədlərinin nümunəsində). Həmçinin prosesin necə təşkil olunması, tədqiqatların optimallaşdırılması v  kəmiyyət meyarlarının seçilməsi, üsulun işlənib hazırlanmasının hansı mərhələsində validasiyanın keçirilməsi və s. kimi məlumatın olması da vacibdir. Bu işdə elav  rəsmi sənədlər, müxtəlif müəlliflərin v  təşkilatların nəşrləri əhəmiyyətli rol oynayır. T ess f ki, bütün sadalanan nəşrlər xarici ölkələrə məxsusdur. Yerli  apda metodikaların validasiya məsələsinə aid olan məqalələr də vardır, amma onlar ümumi xarakterə malikdirlər. Etibarlı İstehsalat Praktikasının (GMP) postulatlarını v  ümumi təyinləri  z nd  əks etdirir. Yerli nəşrlərdə metodikaların validasiya metodologiyası üzrə materiallara t ess f ki, bizdə hələ məqbul deyil [3,4,5].

Prosesin validasiyası tibbi qurğuların yekun  cza lıq preparatları v  GMP təlimatları u cun cari Etibarlı İstehsalat Praktikasının (GMP) tələbidir və buna görə də həm  cza lıq məhsulu, həm də tibbi qurğuların istehsalında tətbiq edilir.

Müəyyən üsulun qanuniliyi adətən təhlil edilən naməlum nümunələrə oxşar nümunələrdən və ya standartlardan istifadə edərək laboratoriya sınaqlarında nümayiş etdirilməlidir. Hazırlıq və icra işləri ardıcılığın göstərildiyi formatda yazılmış təlimata əsasən validasiya protokoluna uyğun aparılmalıdır. Validasiya Prosesi Validasiya Prosesinin  mumi Prinsipləri və Dərman və Qida administrasiyası (FDA) təlimatı əsasında zəmanətin yüksək dərəcəsini təmin edən məlum sübutların gətirilməsi kimi müəyyən olunur və bu spesifik proses ardıcılıqla qabaqcadan müəyyən edilmiş spesifikasiyalara v  keyfiyyət x susiy tl rin  malik məhsulu yaradır.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının etibarlı istehsalat praktikasında (WHO GMP - də) "İxtisasla dırma v  Validasiya" elementinin altında analitik test metodunun, avtomatik sistemlərin v  təmizləmə prosedurunun validasiyası göstərilmişdir. Bu çox vacibdir ki, sınaqların analitik metodlarının, avtomatik sistemlərin v  təmizləmə prosedurunun validasiyasına x susı diqqət ayrılır.

Beynəlxalq farmakopeyada zəmanətlər, hər şeydən əvvəl, kimyəvi və fiziokimy vi əlamətlərin ekspertizasına yönəldilmişdir, lakin bir çox ümumi prinsiplər, həmçinin mikrobioloji və bioloji prosedurlarda da istifadə olunur. Beynəlxalq Harmonizasiya Konfransının (ICH) z man tl rin  uyğun olaraq Analitik prosedurun Validasiyası lazımi məqsədlər u cun əlverişli olmaqla nümayiş etdirilməlidir.

Analitik prosedurların validasiya olunmasına ehtiyacın bir çox səbəblərə mövcuddur . Onların arasında normativ tələblər, qənaətbəxş elm və Keyfiyyətin yoxlanması tələbləri mühüm yer tutur. Federal Normativl r Toplusunda (FNT) açıq-aydın göstərilir ki, firma tərəfindən istifadə edilən sınaq metodlarının "dəqiqliyi, həssaslığı, spesifikası v  reproduktivliyi təyin edilməli və s n dl şdirilm lidir". Əlbəttə, alimlər kimi, biz istifadə edilən analitik metodların dəqiqliyini, həssaslığını, spesifikasını v  reproduktivliyini nümayiş etdirə bilən qənaətbəxş olan yüksək elmi tətbiq etmək ist y rdik. Nəhayət dərman məhsullarının insan u cun təhlükəsiz olan lazımi istifadəyə buraxılması u cun departamentin (bölmənin) istifadə etdiyi idarəçilik metodları müvafiq  kild  validasiya olunmalıdır. Analitik üsullar aşağıdakı hallarda validasiya olunmalı, təsdiq edilməli və ya revalidasiya olunmalıdır:

- Adi yoxlamada ilk istifadədən əvvəl;
- Başqa laboratoriyaya verilmiş olduqda;

• Hər dəfə şərait (şərtlər) və ya validasiya olunan metodun parametrləri dəyişdikdə [6].

Validasiya parametrlərinin və icra meyarlarının müvəffəqiyyətlə əldə olunması bütün iştirak edən tərəflər tərəfindən bir neçə bölmənin analitik inkişafı, nizama salma məsələləri və analitik məlumatları tələb edən fərdləri özündə əks etdirən birgə söylərini tələb edir. İşçi prosedur və ya Validasiya Master Planı (VMP) analitik üsulların validasiyasına cəlb edilmiş hər bölmənin rol və vəzifələrini aydın müəyyən etməlidir. Üsulun həcmi və onun validasiya meyarları prosedə erkən müəyyən edilməlidir.

Üsulun texniki xarakteristikaları onun lazımi istifadəsinə əsaslandırılmış olmalıdır. Spesifik texnikada ortaya çıxan bütün analitik parametrləri validasiya etmək heç də həmişə lazım deyildir. Məsələn, əgər analitik üsul izin səviyyəsinin keyfiyyət analizi üçün istifadə olunarsa, kəmiyyət (miqdar) üçün metodun limitini və ya xəttiliyini avadanlığın tam dinamik diapazonundan yuxarı test və validasiya etməyə heç bir zərurət yoxdur.

Başlangıç parametrlər analitikin təcrübəsinə və ən yaxşı fikrə, mühakiməyə əsasən seçilməlidir. Yekun parametrləri validasiyanı yerinə yetirən laboratoriya və ya analitik kimyaçı, laboratoriya və ya analitik metodu fərdi olaraq tətbiq edən tədqiqatçı və metodun ümumi məlumatlarının istifadəçiləri öz aralarında razılaşdırmalıdır. Cədvəl 1-də parametrləri konkret analitik məsələ üçün yoxlanıla bilən nümunələr verilmişdir.

Üsulun iş həcmi, həmçinin avadanlığın müxtəlif tiplərini və üsulun davamlı olaraq tətbiq olunacaq yerlərini də əhatə edir. Məsələn, əgər spesifik laboratoriyada spesifik alətdən istifadə edilməklə üsul davamlı olaraq işlədilsə, onda başqa satıcıların alətlərindən istifadə etməyə və ya validasiya) sınaqlarına başqa laboratoriyaları cəlb etməyə heç bir ehtiyac duyulmur. Beləliklə, sınaqlar, həqiqətən zərurət olduğu qədər məhdudlaşdırıla bilər [7,8].

Cədvəl № 1.

Spesifik məsələlər üçün validasiya parametrləri

Analitik prosedurun növləri	Əsas tərkib	Miqdar	Keyfiyyət	Selektivlik
Təyin olunma həddi	Xeyr	Xeyr	bəli	xeyr
Miqdarı təyin olunma həddi	Xeyr	bəli	xeyr	bəli
Xəttilik	bəli	bəli	xeyr	bəli
Tətbiq diapazonu	bəli	bəli	xeyr	xeyr
Dəqiqlik	bəli	bəli	xeyr	bəli
Düzgünlük	bəli	bəli	xeyr	bəli
Spesifiklik	bəli	bəli	bəli	bəli
Etibarlılıq	bəli	bəli	xeyr	ola bilməz

Üsulun validasiya prosesinin təşkili üzrə aşağıdakı tövsiyələr vardır:

1. Validasiya üçün əlavənin (proqramın), üsulun məqsəd və sahəsinin, istismar parametrlərinin və qəbul meyarının, validasiya eksperimentlərinin müəyyən edildiyi validasiya və ya işçi proses protokolunu işləyib hazırlamaq;

2. Avadanlığın lazımi işçi xarakteristikalarını müəyyən etmək, materialları təsnifata ayırmaq (məsələn, standartlar və reaktivlər təyin edilməli);

3. Validasiya öncəsi sınaqların yerinə yetirilməsi, ehtiyac olduğu halda üsulun parametrlərinə və ya qəbulun meyarlarına düzəliş etmək;

4. Validasiyanın tam daxili və xarici sınaqlarını yerinə yetirmək;

5. Üsulun adı icrası üçün SƏP-i (standart əməliyyat proseduru) hazırlamaq, revalidasiya üçün meyarları müəyyən etmək;

6. Üsulun tipi və yararlığının sınaqdan keçirilmə tezliyini müəyyən etmək;

7. Sınaqları və validasiya nəticələrini hesabatda sənədlərlə əsaslandırmaq.

Validasiya protokolunu dəqiqliklə təlimat formasında ətraflı tərtib etmək tövsiyə olunur. Birinci mərhələdə üsulun sahəsi və onun validasiyasının meyarları təyin edilir. Üsulun işçi xarakteristikalarını, üsulun təyinatlarını nəzərə alaraq seçmək lazımdır. Əgər yoxdursa və ya üsulun işçi xarakteristikaları haqqında informasiyalar kifayət etməzsə, başlanğıc sınaqlarda yararlığın sübut edilməsi tövsiyə olunur. Beləliklə, üsulun hazırlanması və validasiya bir-birini tamamlayan prosesdir.

Üsulun validasiyası haqqında hesabata adətən aşağıdakıların daxil edilməsi tövsiyə olunur :

— üsulun məqsəd və konteksti (tətbiq edilmə sahəsi, proseduru);

— təhlil edilən maddələrin və matrisin tipi;

— reaktivlər, etalonlar və yoxlama nümunələrinin (standartlarının) hazırlanması haqqında ətraflı informasiya;

— standartların və istifadə edilən reaktivlərin keyfiyyətinin yoxlanması üçün prosedurlar;

— təhlükəsizlik mülahizələri;

— üsulun parametrləri;

— möhkəmliyin sınağı vaxtı təyin edilmiş kritik parametrlər;

— avadanlığın və onun funksional və istismar xarakteristikalarının siyahısı, məsələn (xromatoqrafiya üçün), özəyin ölçüləri, baza xəttinin küyü, sütunun temperatur diapazonu;

— sınağın hazırlığı daxil olmaqla sınaqların keçirilməsinin ətraflı şəraiti;

— hesablamaların və nəticələrin statistik işlənmə prosedurları;

— üsulun istismarı prosesində keyfiyyətə nəzarət prosedurları (məsələn, sistemin yararlıq sınaqları);

— qrafik informasiya, məsələn, xromatoqramlar, spektrlər və kalibrlənmə ayrıləri;

— üsulun qəbulunun istismar məlumatlarının hüdudları;

— ölçmə nəticələrinin gözlənilən qeyri-müəyyənliyi;

— revalidasiya üçün meyarlar;

— üsulu işləyib hazırlamış və ilk dəfə validasiya etmiş mütəxəssislər;

— xülasə və nəticələr.

Analitik üsulun validasiya prinsiplərinə dünyanın müxtəlif ölkələrində, beynəlxalq tələblər nəzərə alınmaqla riayət edilir. Bu qaydalara istər elmi-tədqiqat işlərinin yerinə yetirilməsində, istərsə də dərman vasitələrinin istehsalı zamanı keyfiyyətə nəzarət laboratoriyalarında dəqiqliklə riayət olunur. Azərbaycanda da analitik üsulun validasiya prinsiplərinə ciddi riayət edilməsi vacibdir və bu sahədə elmi araşdırmaların aparılması zəruridir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1.Əliyev H.M., Əliyev F.I., Əfəndiyev R.V., Şükürov R.T. Əczaçılıqda analitik üsulların validasiyası // Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakopeya Jurnalı, 2012, №2, səh 5-10.

2.International Conference on Harmonization, Harmonized Tripartite Guideline, Validation of Analytical Procedures, Text and Methodology, Q2(R1), 2005, p. 2-13

3. Süleymanov T.A., Balayeva E.Z., Abdullayeva Ü.R. Faqolin məlhəminin yüksək effektivli maye xromatoqrafiya ilə miqdarı təyinat üsulunun validasiyası //Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakoterapiya Jurnalı, 2015, N1, səh. 22-29.

4.T.A.Süleymanov, E.Z.Balayeva. “Kalinol plus” şərbətində timolun yüksək effektivli maye xromatoqrafiya ilə miqdarı təyinat üsulunun bəzi validasiya göstəriciləri// Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakoterapiya Jurnalı, 2016, N2, səh. 11-16.

5.ICH harmonised tripartite guideline validation of analytical procedures ICH Q2A: Definition and terminology, 1994, p.6-10.

6.ICH harmonized tripartite guideline, ICH Topic Q2 (R1): Validation of Analytical Procedures: Text and Methodology, 1995, p.2-6.

7. ICH, Q2(R1), International Conference on Harmonization of Technical Requirements For Registration Of Pharmaceuticals For Human Use, ICH harmonized tripartite guideline, Validation of analytical procedures: Text and methodology, 2005, p.1–13.

8.The United States Pharmacopeia 36 / National Formulary 31, Chapter <621>, <1010>, <1225>, 2013.

9.LGC, In-House Method Validation: A Guide for Chemical Laboratories, 2003, p. 11-14.

Р Е З Ю М Е

ПРИНЦИПЫ ВАЛИДАЦИИ АНАЛИТИЧЕСКОГО МЕТОДА

Сулейманов Т.А., Балаева Э.З.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра фармацевтической химии

Ключевые слова: аналитический метод, специфичность и правильность метода

Принципам валидации аналитических методов, придерживаются в разных странах мира с учетом международных требований. Этим правилам с точностью придерживаются при проведении научно-практических исследований, а также при выполнении контроля качества лекарственных средств в производственных лабораториях. Придерживание принципам валидации аналитических методик является важным и для Азербайджане, в связи с этим проведение научных исследований в этом направлении является актуальным.

S U M M A R Y

VALIDATION PRINCIPLES OF ANALITIC METHODS

Suleymanov T.A., Balayeva E.Z.

Azerbaijan Medical University, Department of Pharmaceutical Chemistry

Key words: analytic methods, method of specifition and accuracy

Validation principles of analitic methods is observed by into consideration of international requistes in several countries. These rules are exactly observed to carried out the scientific-research works and produced medicines in quality control laboratories. Validation principles of analitic methods is important to observed and necessary to research in this field in Azerbaijan.

Daxil olub: 13.10.2016.



*** PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK ***
*** ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ ***
*** HELP to PRACTICAL DOCTOR ***

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ
КАРИЕСА И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО
ПАРОДОНТИТА**

Пашаев А.Ч., Карагёзова К.Ч.

**Азербайджанский Медицинский Университет,
кафедра терапевтической стоматологии**

В современной мировой литературе достаточно публикаций, отражающих ухудшение состояния стоматологического здоровья населения. Так, по данным мировой статистики, заболевания полости рта затрагивают около 3,9 млрд человек [17]. N.J. Kassebaum et al. [16] проанализировав глобальные данные - 15 млн человек выявили, что в среднем потеря стоматологического здоровья составляет 224 на 100.000 человек. По данным авторов, в период с 1990 до 2010 гг. число заболеваний полости рта увеличилось на 20,8%, причем, в основном, за счет пародонтоза и осложнений нелеченного кариеса.

Пульпит и периодонтит остаются широко распространенными осложнениями кариеса и число удалений зубов по их поводу колеблется от 67% до 80% [16,17]. По данным ряда авторов, доля пульпита и периодонтита у людей в возрасте до 45 лет составляет 45–50% стоматологических заболеваний [1,16,17].

По данным азербайджанских исследований высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов наблюдается в низменных районах Республики [1,10,11]. Изучение эпидемиологии кариеса зубов и заболеваний пародонта в Нахичевани показало, что кариес зубов в среднем встречается в $89,11 \pm 0,51\%$ случаев, с интенсивностью равной $7,20 \pm 0,04$, пародонтит - в $66,10 \pm 0,78\%$ случаев [4].

В связи с широким распространением заболеваний пульпы и пародонта эндодонтическому лечению придается особое значение. Совершенствование методов лечения больных с стоматогенными очагами инфекции и способов профилактики, вызываемых ими воспалительных осложнений, представляют собой одну из актуальных проблем терапевтической стоматологии. Для современной стоматологии характерно появление новых технологий, современного оборудования и материалов. В настоящее время более широко руководствуются принципами наименее инвазивного и органосохраняющего лечения, что, по-видимому, связано с совершенствованием технологий, материалов и лечебных манипуляций, лучшей информированностью и мотивацией пациента [7,13].

Тем не менее, пациенты с эндодонто-пародонтальными поражением и одонтогенной инфекцией из-за трудности проведения лечения относятся к сложной категории. Полная очистка, формирование и стерилизация корневых каналов является непростой задачей. Вполне вероятно это связано с разнообразием мнений по поводу эндодонтического происхождения инфекции в периапикальных очагах и возможности влияния на него. Противоречивость мнений, в свою очередь, создает основу для противоположных подходов лечения. Если полагать, что гранулема может быть первично инфицирована при стерильности верхушки корня, то назначение курса антибиотиков на несколько недель, способно ликвидировать гранулему, если же первичным источником поражения является система корневых каналов, то хорошее механическое очищение и дезинфицирование этих каналов может быть достаточным [8].

F. Sgolastra et al [18] определили эффективность и клиническую безопасность комбинации амоксицилина и метронидазола у лиц с периодонтитом и получили положительные результаты, однако, несмотря на то, что результаты этого мета-анализа, поддерживают эффективность комбинированной терапии, авторы считают, что для подтверждения этих результатов необходимы дальнейшие исследования. В тоже время D. Zandbergen et al. [19], используя базы данных PubMed-MEDLINE, Cochrane-Central и EMBASE проанализировали 526 статей и аннотаций и заключили, что системная антибактериальная терапия с использованием комбинации амоксицилин и метронидазол в качестве дополнения к тяжелому периодонтиту может улучшить клинические преимущества консервативной терапии пародонта у здоровых взрослых.

Согласно результатам проведенного Е.Я. Ясниковой [14] сравнительного анализа эффективности методик лечения острого периодонтита, традиционная медикаментозная обработка системы корневых каналов оказалась недостаточной для воздействия на агрессивную микрофлору, что выразилось обострением воспалительного процесса у 29,4% пациентов. Автор отмечает, что терапия острого периодонтита препаратами гидроксида кальция или коллапана, благодаря их антисептическому действию, устраняет обострение воспалительного процесса соответственно в 3,2 и 4,4 раза чаще. В связи с этим, для терапии апикального периодонтита, автор отдает предпочтение методу пролонгированной антисептической обработки корневых каналов с использованием препаратов гидроксида кальция и коллапана К+Л [14]. Концепция болезней периодонта как результат хронической бактериальной инфекции получает все большее подтверждение и поэтому антимикробная терапия получает все большее признание среди стоматологов. Так, Н.А. Дмитриева и соавт. [7] представили результаты сравнения антимикробной активности раствора хлоргексидина биглюконата в 6 концентрациях (2,0; 1,0; 0,5; 0,2; 0,1; 0,02%) и препаратов на основе гипохлорита натрия - Parcan (Франция) и Гипохлоран-3 (Россия), а также стабилизированного раствора EDTA «Solutions» (Корея). Авторы выявили более сильное действие гипохлорита натрия, в сравнении с хлоргексидином, а препарат EDTA «Solutions» (для обработки корневых каналов с целью их расширения) имел более выраженную антимикробную активность по отношению ко всем испытываемым штаммам.

Н.П. Бычкова [2] отмечает положительный антибактериальный эффект бактериостатической светотерапии на дентин канала корня, который выразился в полной элиминации микрофлоры из корневых каналов.

Коррекция микробиоты ротовой полости является непременным компонентом схемы лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями. При этом, исследователей очень привлекает и интересует перспективное направление комплексной терапии, в частности, проблема влияния бактериопрепаратов на факторы, которые способствуют выживанию условно-патогенных микроорганизмов, и поэтому значительное внимание уделяется препаратам направленной биокоррекции, обладающие способностью восстанавливать зубиоз [8,9].

В настоящее время в арсенале стоматолога имеется достаточный выбор препаратов для сохранения и поддержания баланса нормального микробиоценоза ротовой полости, однако их разумное и целенаправленное применение является актуальной задачей. В литературе приводятся результаты эффективной биологической коррекции состава микрофлоры полости рта лактобактерином и бифидумбактерином [9].

Вопросам консервативного лечения верхушечных периодонтитов посвящено большое количество исследований, однако некоторые из этих вопросов остаются неразрешенными до настоящего времени.

Эндодонтическое лечение острых и обострившихся хронических верхушечных периодонтитов заключается в устранении инфекции в корневых каналах и лечебном воздействии на очаги периапикального воспаления. При этом важную роль в подготовке корневых каналов к пломбированию наряду с механической играет медикаментозная обработка [9]. Однако среди большого числа антимикробных средств, применяемых в эндодонтии, пока нет антисептика, который сочетал бы высокую бактерицидную силу с безвредностью для периапикальных тканей. Следовательно, перед стоматологами-терапевтами стоит достаточно сложная задача - путём активного воздействия на локальные патологические очаги устранить действие патогенных факторов и добиться усиления процессов тканевой регенерации [5]. Среди наиболее перспективных направлений в данном плане выделяются методы, обеспечивающие полноценный доступ к

деструктивному очагу с использованием сложных, поликомпонентных препаратов многоцелевого воздействия, активизирующих и направляющих механизмы репаративной регенерации. Выраженный терапевтический эффект возможен при использовании комплекса препаратов, нормализующих гомеостаз тканей и устраняющих явления гипоксии, улучшающих функциональные свойства обратимо поврежденных клеток, обеспечивающих условия интенсивной репаративной регенерации. Учитывая высокую инфицированность системы макро- и микроканалов корня зуба, важными компонентами лечения являются как механическая обработка дентина в корневом канале и удаление остатков некротизированных фрагментов пульпы, так и применение эффективных лекарственных средств при лечении верхушечных периодонтитов.

Длительный опыт применения для обработки корневых каналов таких антисептиков, как перекись водорода, этиловый спирт, фурациллин, диоксидин, хлоргексидин и ряд других показал, что одни из них имеют довольно низкую антибактериальную активность (перекись водорода, фуразолидон), другие оказывают раздражающее, аллергическое действие, влияют на эмбриогенез (этиловый спирт, диоксидин, хлоргексидин и т.д.). Широким спектром действия обладают этоний, дексаметозон, йодопирон, резорцин, мирамистин, хлорамин Б, диоксидин. Выявлено, что антисептики из группы окислителей, галогенов и поверхностно-активных веществ эффективны, но их действие кратковременно и поэтому не может считаться полноценным, а также пасты для пломбирования корневых каналов имеют слабое антимикробное действие. Имеются данные о положительном воздействии на воспалительный процесс в периодонте лизоцима, облепихового масла, продуктов пчеловодства, растворов сальвина и сангвиритрина, пентоксила, левамизола и других. Для оказания неотложной помощи при остром и обострившемся периодонтите эндоканально и в виде аппликаций использовались глюкокортикоиды — суспензия преднизолона, раствор лидокаина с гидрокортизоном [5,6].

На фоне существующих антибактериальных средств особую ценность приобретают антисептики, эффективно воздействующие на антибиотикорезистентные штаммы микроорганизмов. За последние десять лет в различных областях медицины накоплен материал о применении малотоксичных и высокоэффективных антисептических препаратов: мирамистина, цидипола, триклозана, листерина, катамина АВ и катапола, из группы бигуанидов — метацида. Чувствительность тест-культур к разным видам антисептиков неоднозначна и зависит от их концентрации. Более широкий спектр действия оказался у цидипола, листерина, хлоргексидина и диоксида [7,9].

Несмотря на значительный диапазон лечебных воздействий, далеко не всегда удаётся добиться адекватной регенерации в исходе патологического процесса в периодонте. Поиск методов стимуляции остеогенеза в периодонте должен осуществляться путём комплексного применения препаратов, разнонаправленных по механизмам своего действия, но объединенных на основании общности их конечного назначения.

Использование различных препаратов комбинированного или пролонгированного действия в комплексной терапии верхушечных периодонтитов должно быть обусловлено индивидуальными особенностями: переносимостью препаратов, чувствительностью микрофлоры периапикального очага воспаления и выраженностью процессов регенерации. Это даёт потенциальную возможность для местного применения избирательных антисептиков длительного действия. Поисковые исследования в этом направлении ведутся постоянно.

По данным Н.А. Прилуковой и Э.О. Рединовой [12], кальцийсодержащие препараты системного действия способствуют уменьшению очагов

деструкции при периодонтите спустя 18 месяцев после эндодонтического лечения в 4,8 раза, в то время как в группе сравнения это снижение определялось в 2,3 раза.

Наряду с осложнениями кариеса стоматологов беспокоит широкое распространение хронического генерализованного пародонтита (ХГП) [3]. Известно, что это заболевание характеризуется волнообразным течением с периодами обострений, что вызывает глубокое разрушение опорных структур зуба. Наряду с этим, у лиц со средней степенью ХГП нарушение микробиоты ротовой полости сопровождается ухудшением ее гигиенического состояния, достоверным увеличением показателей пародонтальных индексов [3]. Исходя из этого, усилия мировых компаний по созданию и производству средств индивидуальной гигиены за полостью рта направлены на разработку новых лечебно-профилактических средств [3].

В литературе отмечаются данные о клинической эффективности синбиотика нормофлорина-Д у лиц с ХГП в среднем на 44,4% и достижения стойкой ремиссии в ранние и отдаленные сроки [3].

Однако, зачастую не все пациенты получают грамотно назначенную базовую терапию и подбор средств осуществляется без учета тяжести и течения воспалительно-дистрофического процесса в пародонтальных тканях. Подобные подходы содействуют значительному изменению состава микрофлоры пародонтальных карманов и дальнейшему развитию заболевания [18,19].

Таким образом, успешный результат лечения пульпита, периодонтита и ХГП во многом зависит от эффективности воздействия на микробный фактор. В то же время бесконтрольное назначение антимикробных препаратов может привести к развитию устойчивых форм микроорганизмов, дисбактериоза полости рта, и тем самым осложнить течение соматической патологии. При длительной антибиотикотерапии, особенно антибиотиками широкого спектра действия развиваются кандидозы, которые могут протекать как в виде местных поражений полости рта, так и в виде генерализованного процесса с множественными поражениями внутренних органов человека.

В основном стоматологи проводят эмпирическую антимикробную терапию, основанную на знании наиболее вероятных возбудителей болезней периодонта и их чувствительности к антибиотикам. Сохранившийся в практическом здравоохранении стереотип назначения инъекций линкомицина в десну и применение слабых растительных антисептиков в качестве антимикробных полосканий не дает результата при лечении болезней периодонта.

В последние годы достигнуты определенные успехи в лечении осложнений кариеса (пульпита и периодонтита), однако эта проблема продолжает оставаться далекой от окончательного решения. Недостаточная эффективность лечения пульпита, периодонтита и ХГП определяет задачи поиска новых путей решения данной актуальной проблемы и обуславливает необходимость разработки новых подходов к комплексной терапии.

Представляется необходимым продолжение поиска наиболее эффективного метода лечения хронических форм периодонтитов, с учетом анатомо-топографических особенностей, патогенности микрофлоры в системе корневых каналов и дифференцированного подхода к эндодонтическому лечению при различных формах этого заболевания. Несмотря на широкое использование новых технологий лечения больных с пародонтитом, в том числе с ХГП, проблема лечения таких больных продолжает оставаться актуальной среди других в практической стоматологии, о чем свидетельствуют данные широкомасштабных и долгосрочных многоцентровых программ исследования.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР: Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 1968, 45 с.
2. Бычкова Н.П. Лечение периодонтита с применением метода бактерио токсической светотерапии по результатам микробиологического исследования/Кубанский научный мед. вестник 2015 №2 (151), с.19-23.
3. Ведешина Э.Г. Клинико-лабораторная оценка эффективности синбиотика в комплексном лечении пародонтита: Автореф. дис.канд. мед. наук. Краснодар, 2013, 24 с.
4. Гараев З.И., Джафаров Р.М. Распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний среди населения Нахичеванской. Автономной Республики. Ліки України, 2015, N4(25) с.97-100
5. Грудянов А.И., Макеева М.К., Пятигорская Н.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений // Вестник Российской акад. мед. наук .2013 №8. Том 68, с.34-36.
6. Гарус Я.Н., Данаева М.М. Комплексное лечение периодонтитов с применением светотерапии. Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2011, 135 с.
7. Дмитриева Н.А., Кречина Е.К., Ярыгина Л.Б., Ефремова Н.В. Сравнительное изучение антимикробной активности препаратов, используемых для антисептической обработки корневых каналов зубов // Стоматология, 2013, №5, с. 9-11.
8. Исаков С.В., Исакова Т.И. Современный подход к лечению хронических форм периодонтитов // Вісник проблем біології і медицини, 2014, Вип. 2, Том 1 (107), с.160-162.
9. Климова Т.Н., Крамарь В.С., Крамарь В.О., с соавт. Биокоррекция в комплексном лечении стоматологических заболеваний // Современные проблемы науки и образования, 2015, №4; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20697>
10. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонтоза и их сочетаний: Дисс. докт. мед. наук. Москва, 1982, 160 с.
11. Пашаев А.Ч. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний населения Азербайджана и разработка эффективных лечебно- профилактических мероприятий: Автореф. дис. докт. мед. наук. Баку 2011, 39 с.
12. Прилукова Н.А., Рединова Э.О. Распространенность периодонтита и возможные причины его возникновения по данным медицинских стоматологических карт. Актуал. вопросы стоматологии. Сб. науч. тр. Казань. КГМУ. 2012. с.226-229
13. Таиров В.В., Мелехов С.В. Опыт сочетанного применения препарата «КоллапАн-гель» и ультразвука при лечении деструктивных форм периодонтита // Медицинский алфавит. Стоматология, 2012, №1, с.52-56
14. Ясникова Е.Я. Клинико-микробиологическая оценка лечения острого периодонтита и обострения хронического верхушечного периодонтита методом пролонгированной антисептической обработки корневых каналов: Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2008, 23 с.
15. Angaji M., Gelskey S., Nogueira-Filho G., Brothwell D. A systematic review of clinical efficacy of adjunctive antibiotics in the treatment of smokers with periodontitis // Journal of Periodontology, 2010, vol.81, No11, p.1518-1528.
16. Kassebaum N.J., Bernabé E., Dahiya M., et al. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. // J Dent Res., 2014, vol.93, No11, p.1045-1053.
17. Richards D. Review finds that severe periodontitis affects 11% of the world population // Evid Based Dent., 2014, vol.15, No3, p.70-71.
18. Sgolastra F., Gatto R., Petrucci A., Monaco A. Effectiveness of systemic amoxicillin/metronidazole as adjunctive therapy to scaling and root planing in the treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis // J Periodontol., 2012, vol.83, No10, p.1257-1269.
19. Zandbergen D., Slot D.E., Cobb C.M., Van der Weijden F.A. The clinical effect of scaling and root planing and the concomitant administration of systemic amoxicillin and metronidazole: a systematic review // J Periodontol., 2013, vol.84, No3, p.332-351.

Daxil olub: 8.07.2016.

DƏRİNİN TERMİK YANIĞI ZAMANI AZ İNVAZİV TEXNOLOGİYANIN ATNİOKSİDANT-ARQOSULFANLA BİRLƏŞMƏSİNİN TƏTBİQİ

Qasımov N.A., Məmmədov M.M., Məmmədov Ş.K.

Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin Plastik və Rekonstruktiv cərrahiyyə klinikasının Yanıq şöbəsi.

Problemin aktuallığı. Orqanizmin bütöv sistem kimi normal funksiyasının bərpası məqsədi ilə yanıq travmasının əsas patogenetik hissəsinə təsir etmək hal-hazırkı vaxta qədər çətin həll olunan məsələdir. Bu problemin həlli üçün optimal variantlardan biri aşağı intensivli lazer şüasının, termik yanıqların müalicə kompleksinə daxil edilməsidir(1). AİLŞ müalicəvi effekti orqanizmin enerji potensialının biostimulyasiyasına və səfərbərliyinə əsaslanır (2.3) Bu xüsusiyyəti termik yanıq xəstələrinin kompleks müalicəsində AİLŞ üçün geniş diapazon müəyyən edir. Lakin mümkün olan ədəbiyyat mənbələrində aldığımız məlumata

görə kombinə olunmuş fotodinamik terapiyanın antioksidant-arqosulfanla birləşməsi klinik şəraitdə dərinin termik yanıqı zamanı tətbiq edilməmişdir (4,5). Materiallar və tədqiqat üsulları. Qoyulan məqsədə çatmaq üçün bizim tərəfimizdən Ə.Əliyev adına Həkimləri Təkmilləşdirilmə İnstitutunun yanıq şöbəsində 2014-cü ildən 2015-ci ilə qədər müddət ərzində olan dərin yanıqı ilə 34 xəstənin müalicəsinin nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Bütün yananlar ($x=34$) - bədən səthinin 5-15% sahəsinin zədələnməsindən əziyyət çəkənlərdir. Zədələnmənin ağırlığı indeksi (ZAI) 15-dən 30 V təşkil edirdi. Bütün xəstələr iki qrupa bölünmüşdülər: əsas və nəzarət. Əsas qrupda II-III dərəcəli dərinin termi yanıqı ilə 24 xəstə təqdim edilmişdir. Onlarda ənənəvi terapiya fonunda kombinə olunmuş lazer şüası ilə antioksidant-arqosulfandan hazırlanmış üsulla çıxışda 12 Vt güclü "Azor-3m" lazer qurğusundan istifadə olunmaqla müalicə aparılmışdır. Xəstələr daxil olarkən və yaranın faydalı cərrahiyyə emalından sonra arqosulfanın QVLŞ və AİL terapiya ilə birləşməsinin tətbiq edilməsi ilə müalicə başlanmışdır. Yaranın 3% hidrogen peroksidlə yuyulub təmizlənməsinin aparılmasından sonra yara steril tənzif salfetlərlə qurudulurdu, sonra aşağı intensivli lazer şüasını (AİLŞ) hazırlanmış üsulla çıxışı 12 Vt gücündə olan "Azor-3m" lazer qurğusundan istifadə olunurdu. Vizual nəzarət altında lazer işığı yaraya yaxınlaşdırılır. Lazeroterapiyanın kursu orta hesabla 4-6 seans təşkil edirdi, bundan sonra yaranın üzərinə əvvəldən NaCl 0.9% steril məhlulunda isladılmış "aqrosulfan" örtülürdü. Yaranın fiksasiyası steril tənzif bintlə həyata keçirilirdi. Sarğılar gündəlik aparılırdı.

Qanın venadaxili lazer şüalanması üçün biz lazer şüasının sonunda 6mVt işıq keçiricisinin gücündən istifadə etmişdik. Birdəfəlik steril kvarts, monolifli, optik işıq keçiricisini müəyyən edilmiş periferik vena kateteri vasitəsilə kateterin uzunluğundan 1 mm artıq olan dərinliyə daxil edilirdi. Lazer şüasının (5-10Vt və müddəti 20-40 dəq.) gücünün (P) effektivliyi haqqında məşhur ədəbiyyatların məlumatlarına əsaslanaraq, biz QVLŞ seanslarını $P=5-10$ mVt istifadə edərək 30 dəq. ərzində aparırdıq. Lazeroterapiya kursu orta hesabla 4-6 seans təşkil edirdi. Nəzaarət qrupuna II-III dərəcəli dərinin termik yanıqı ilə 10 xəstə daxil olmuşlar. Onların müalicəsi ənənəvi sxemlə aparılırdı.

Bizim tərəfimizdən yanıqın ümumi sahəsi 300 sm²-dən 2500 sm² qədər olan xəstələrin müalicəsinin təhlili aparılmışdır. Ənənəvi üsulları tətbiq edərək, daha doğrusu: hidrofil əsasında olan məlhəm sarğılarından ("Levomekol", "Levosin"), antiseptik məhlullarla (dioksidin, xlorqeksidin, miramistin) nəm quruyan sarğılardan, nekrektomiyadan istifadə edərək və autodermoplastika göstəriciləri üzrə nəzarət qrupunu təşkil edən 10 yanıq xəstəsində müalicə aparılmışdır. Xəstələrin yerli müalicəsi ilə bərabər göstəricilər üzrə ümumi terapiya: antibiotikoterapiya, vitaminoterapiya, desensibilizasiya terapiyası aparılırdı, simptomatik vasitələr tətbiq edilirdi. Yanıq yaralarının aqrosulfanla QVLŞ birləşməsi və aşağı intensivli lazer şüası ilə (AİLŞ) müalicəsinin effektivliyini sübut etmək üçün aşağıdakı klinik nümunələri göstərmək olar:

Nümunə -1. Xəstə T, təvəllüdü: 1975-ci il, x.t. N 3753, yanıq şöbəsinə II-III AB dərəcəli hər iki aşağı ətrafların 9 % termik yanıqı diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yanıqı daxil olduğu gün almışdır. Daxil olarkən vəziyyəti orta ağırlıqda olmuşdur. 23.04.2015-ci il tarixində yaranın faydalı cərrahi emalından sonra yanıq yaralarının aqrosulfanla QVLŞ birləşməsi və aşağı intensivli lazer şüası ilə (AİLŞ) müalicəsi başlanmışdır, müalicə bu tərzdə aparılmışdır - yara 3 %-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub təmizləndikdən sonra steril tənzif salfetlər vasitəsilə qurudulur, sonra isə aşağı intensivli lazer şüası (AİLŞ) çıxışı 12 Vt gücündə "Azor-3m" qurğusu ilə hazırlanmış üsulla istifadə olunurdu. Vizual nəzarət altında lazer işığı yaraya yaxınlaşdırılırdı. Lazeroterapiya kursu orta hesabla 4-6 seans təşkil edirdi., sonra isə yaranın üzərinə əvvəlcədən NaCl 0.9% məhlulunda isladılmış "aqrosulfan" qoyulur. Yaranın fiksasiyası steril tənzif bintlə həyata keçirilir. Sarğılar gündəlik aparılırdı. Qanın venadaxili lazer şüalanması üçün sonluğu 6mVt işıqla lazerşüasının gücündən istifadə edilirdi. Birdəfəlik steril

kvarts, monolifli, optik işıq keçiricisini müəyyən edilmiş periferik vena kateteri vasitəsilə kateterin uzunluğundan 1 mm artıq olan dərinliyə daxil edilirdi. Lazer şüasının (5-10Vt və müddəti 20-40 dəq.) gücünün (P) effektivliyi haqqında məşhur ədəbiyyatların məlumatlarına əsaslanaraq, biz QVLŞ seanslarını P=5-10 mVt istifadə edərək 30 dəq. ərzində aparırdıq. Nəticədə üç sargıdan sonra yaranın ayrılması seroz olaraq, yara təmizdir, aşağı ətrafların şişkinliyi cüzi ifadə olunmuşdur. Üçüncü sargıda yara təmizdir, sağlam qırmızı-çəhrayı rəngdədir, sulu qranulyasiyalar izlənilir, yara autodermoplastikaya hazırdır. 29.03.2015-ci il tarixində xəstəyə parçalanmış dəri autotransplantantı ilə plastika aparılmışdır və aseptik sargı qoyulmuşdur. 5 gündən sonra bitişmə nəticələri yeri dəyişdirilmiş parçanın 90% kimi qiymətləndirilmişdir. Xəstə travmadan 17 sutka sonra kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır.

Nümunə- 2. Xəstə B., təvəllüdü: 1991-ci il, x.t. N, yanıq şöbəsinə II-III AB dərəcəli başın, boyunun, hər iki yuxarı ətrafın 10 % termik (alov) yanığı diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yanığı daxil olduğu gün açıq alovun təsirindən almışdır. Daxil olarkən vəziyyəti orta ağırlıqdadır. 13.07.2015-ci il tarixində yaranın faydalı cərrahi emalından sonra yanıq yaralarının arqosulfanla QVLŞ birləşməsi və aşağı intensivli lazer şüası ilə (AİLS) müalicəsi başlanmışdır, müalicə bu tərzdə aparılmışdır - yara 3 %-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub təmizləndikdən sonra steril tənzif salfetlər vasitəsilə qurudulur, sonra isə AİL terapiyasından çıxışı 12 Vt gücündə "Azor-3m" qurğusu ilə hazırlanmış üsulla istifadə olunurdu. Vizual nəzarət altında lazer işığı yaraya yaxınlaşdırılırdı. Lazeroterapiya kursu orta hesabla 4-6 seans təşkil edirdi., sonra isə yaranın üzərinə əvvəlcədən NaCl 0.9% məhlulunda isladılmış "arqosulfan" qoyulur. Yaranın fiksasiyası steril tənzif bintlə həyata keçirilir. Sargılar gündəlik aparılırdı. Qanın venadaxili lazer şüalanması üçün sonluğu 6mVt işıqla lazerşüasının gücündən istifadə edilirdi. Birdəfəlik steril kvarts, monolifli, optik işıq keçiricisini müəyyən edilmiş periferik vena kateteri vasitəsilə kateterin uzunluğundan 1 mm artıq olan dərinliyə daxil edilirdi. Lazer şüasının (5-10Vt və müddəti 20-40 dəq.) gücünün (P) effektivliyi haqqında məşhur ədəbiyyatların məlumatlarına əsaslanaraq, biz QVLŞ seanslarını P=5-10 mVt istifadə edərək 30 dəq. ərzində aparırdıq. Sargılar gündəlik aparılırdı. Nəticədə iki sargıdan sonra yaranın ayrılması seroz olaraq, yara təmizdir, sifətin və əllərin şişkinliyi cüzi ifadə olunmuşdur. 4-cü sargıda yara təmizdir, sağlam qırmızı-çəhrayı rəngdədir, sifətdə və boyunda yaralar intensiv sağalır, bəzə önündə sağlam qranulyasiyalar izlənilir, yara autodermoplastikaya hazırdır. 18.07.2015-ci il tarixində ümumi sahəsi 4% olan bütöv dəri autotransplantantı ilə plastika həyata keçirilmişdir. Yanıqdan sonra 8-ci sutkada yeni əkilmiş parça sahələrindən 97% bitişmiş kimi qiymətləndirilir. Xəstə travma aldıqdan sonra 14-cü sutkada kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır.

Qruplarda aparılan kliniki tədqiqatların nəticələri göstərdi ki aşağı intensivli lazer şüasının (AİLS) antioksidant-arqosulfanla kombinasi və çıxışı 12 Vt gücündə "Azor-3m" lazer qurğusunun hazırlanmış üsulla tətbiqi qasnaq fraqmentlərindən yaraların təmizlənməsini 5.9 ± 0.5 sutkaya qədər, qranulyasiyanın əmələ gəlməsini - 6.5 ± 1.0 qədər, kənar epitelizasiyanı - 7.3 ± 0.7 sutkaya qədər azaltmağa imkan yaratmışdır. Nəzarət qrupunda yaraların təmizlənməsinin orta müddəti 9.8 ± 0.7 sutka, qranulyasiyaların əmələ gəlməsi 10.9 ± 0.5 sutkadan sonra, kənar epitelizasiya - 12.1 ± 0.6 sutkada qeyd olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Азимшоев А.М. Лазерная фотодинамическая терапия гнойных ран; с фотосенсибилизатором хлоринового ряда // Автореф. дисс. на соискание ученой степени канд: мед. наук.-М., - 2008:
2. Мамедов М.М. Внутрисосудистое облучение крови гелий неоновым лазером при лечении гнойно-септических заболеваний - //Материалы I Белорусского Международного конгресса хирургов. - Витебск, 1996.- С. 119-121.
3. Кошелев В.Н. Влияние внутривенного лазерного облучения крови (БЛОК) на систему гемостаза при ДВС - синдроме. / В.Н. Кошелев, Ю.В. Чалык, Д.В. Сафронов. // Матера межд. конф. «Клиническое и экспериментальное применение новых лазерных технологий». - Москва- Казань, 1995.-С. 393-394.

4. Гребенник С.Ф. Внутривенное лазерное облучение крови и раневое покрытие «Фолидерм» в комплексном лечении пострадавших с термической травмой // Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук.-М., - 2009. - 180 с.
5. Ефименко Н.А. Современные тенденции в создании биологически активных материалов для лечения гнойных ран / Н.А. Ефименко, Ф.Е. Шин, М.П. Толстых и соавт. // Воен. - мед. журн.-2002.-т. 321, № 1-С. 4852.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С АНТИОКСИДАНТОМ-АРГОСУЛЬФАНОМ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ КОЖИ

Касумов Н.А., Мамедов М.М., Мамедов Ш. К.

Для достижения поставленной цели нами был проведен анализ результатов лечения 34 пациентов с ожогами кожи, которые находились в ожоговом отделении.

АЗГНИИУВ им.А.А. Алиева в период с 2014 по 2015 гг. Все больные были разделены на две группы: основную и контрольную. Основная группа была представлена 24 больных с термическими ожогами кожи II-III степени, которым на фоне стандартной традиционной терапии, проводилось лечение с использованием комбинированной лазерным излучением с антиоксидантом-аргосульфанома и лазерной установки «Азор-3м» мощностью 12Вт на выходе, по разработанной методике. Контрольную группу вошли 10 больных с термическими ожогами кожи II-III степени, лечение которых проводили по традиционной схеме. с использованием мазевых повязок на гидрофильной основе («Левомеколь», «Левосин»), Заключение Результаты проведенных клинических исследований в обеих группах наблюдения показали, что применение комбинированной низкоинтенсивного лазерного излучения(НИЛИ) с антиоксидантом- аргосульфанома и лазерной установки «Азор-3м» мощностью 12Вт на выходе, по разработанной методике позволило сократить средние сроки очищения ран от фрагментов струпа до $5,9 \pm 0,5$ суток, появления грануляций - до $6,5 \pm 1,0$ суток, краевой эпителизации - до $7,3 \pm 0,7$ суток. В контрольной группе средние сроки очищения ран составили $9,8 \pm 0,7$ суток, появление рануляций отмечено через $10,9 \pm 0,5$ суток, краевой эпителизации - на $12,1 \pm 0,6$ сутки

SUMMARY

THE USE OF LOW-INTENSITY LASER RADIATION IN COMBINATION WITH AN ANTIOXIDANT-ARGOSULFANOM IN THERMAL BURNS OF THE SKIN

Gasimov N.A., Mammadov M., Mammadov Sh.K.

To achieve this goal we analyzed the results of treatment of 34 patients with skin burns, which were in the burn center AZGNIIUV Academy of Science Aliyev in the period from 2014 to 2015. All patients were divided into two groups: basic and control. The main group was represented by 24 patients with thermal burns of the skin degree II-III, which on the background of the standard conventional therapy were treated with combined laser radiation antioksidantom-argosulfanom and laser installation "Azor-3M" 12W power output, according to the developed methodology. The control group consisted of 10 patients with thermal burns of the skin degree II-III, the treatment of which was carried out by the traditional scheme. using ointment dressings based on hydrophilic ("Levomekol", "Levosin") Conclusion The results of clinical trials in both groups of observations have shown that the use of a combination of low-intensity laser (LLLT) with antioksidantom- argosulfanom and laser installation "Azor-3m" power 12W output, according to the developed method has reduced the average time

cleansing of wounds from fragments of crust to $5,9 \pm 0,5$ days, the appearance of granulation - to $6,5 \pm 1,0$ days, the edge epithelialization - up to $7,3 \pm 0,7$ days .. In the control group, the average time of cleansing injuries accounted for $9,8 \pm 0,7$ days, the appearance of granulation mentioned by $10,9 \pm 0,5$ days, the edge epithelialization - to $12,1 \pm 0,6$ hours.

Daxil olub: 13.10.2016.

ÜZ-ÇƏNƏ NAHIYYƏSİNİN REKONSTRUKTİV CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATLARINDA LAZER DOPPLER FLOUMETRIYA (LDF) MÜAYİNƏ ÜSULUNDAN İSTİFADƏ ETMƏK PERSPEKTİVLƏRİ.

Məhəmmədov Ş.Ə., Rəhimov Ç.R., Davudov M.M., Quliyev.T.R.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı.

Üz-çənə nahiyəsinin travmatik zədələnmələrindən və geniş yayılmış sişlərin çıxarılmasından sonra burada əmələ gələn qüsurların aradan qaldırılması müasir tibbin ən vacib tələblərindəndir. Bərpaedici cərrahiyyədə yaranan qüsurların aradan qaldırılması üçün həmin nahiyənin topoqrafo-anatomik xüsusiyyətlərindən və defektin ölçülərindən asılı olaraq müxtəlif yerli, regional ayaqcıqlı və sərbəst vaskulyar dilimlərdən (dəri, dəri-əzələ, dəri-əzələ-sümük dilimləri və sümük transplantatları şəklində) istifadə edilir [1,2,5].

Transplantasiya əməliyyatlarında köçürülən toxumaların həyat qabiliyyəti ilk olaraq bu nahiyədə cərəyan edən qan dövrənindən, mikrosirkulyasiya şəbəkəsinin fəaliyyətindən asılıdır [3,4].

Cərrahi müdaxilə və xüsusən mürəkkəb rekonstruktiv əməliyyatlar zamanı mikrosirkulyasiyanın və limfa cərəyanının pozulması köçürülən toxumalarda ödemə əmələ gəlməsi, irinli-iltılaşmalar, nekrotik ağırlaşmalar və köçürülən dilimlərin tutması hallarına rast gəlinir [1,3,4,5,6,7,8,9,10].

Ağ siçan üzərində aparılan tədqiqatlarda köçürülən toxumalarda ilk günlərdə arterial qan cərəyanı kəskin azalır, növbəti günlərdə kapillyarların funksiyası ağır dərəcədə pozulur və sıxlığı azalır, kəskin itihabi proses hüceyrə apoptozu ilə müşayiət olunur [7,8]. Angiogenezi prosesinin pozulması dilimin həyat qabiliyyətinin azalmasına səbəb olur [9]. Beləliklə buradan aydın olur ki, transplantasiyada mühüm sayılan problem cərrahi əməliyyatlardan sonra yaranan mikrosirkulyasiya pozulmalarının müayinəsi və baş verə biləcək iltihablaşma hallarının qarşısının alınmasıdır. Buna görə də köçürülən toxumalarda mikrosirkulyator dəyişikliklərin öyrənilməsi vacib əhəmiyyət kəsb edir. Transplantasiya olunan toxuma komplekslərində mikrosirkulyasiyanı qiymətləndirmək üçün kliniki göstəricilərlə yanaşı müxtəlif instrumental metodlardan: ikiqat rəngli sonoqrafiyadan, spektrofotometriyadan, kompüter tomoqrafiya ilə angioqrafiyadan, flyuorossent mikroskopiya, videoangioqrafiyadan, maqnit-rezonans tomoqrafiyadan, pO_2 -i və temperatur nəzarətindən istifadə edilir. Göstərilən metodlarla damarların strukturu, diametri, anatomik konfigurasiyaların xətti və mübadilə parametrləri öyrənməyə imkan yaranır.

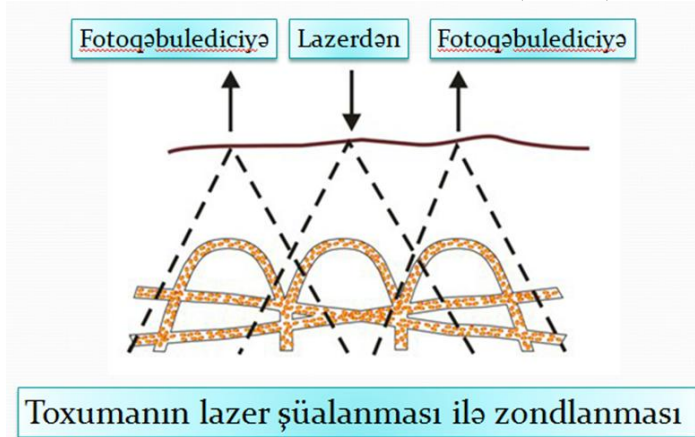
Təəssüf ki, kliniki praktikada göstərilən instrumental usulların mürəkkəbliyi və avadanlıqların bahalı olması bu metodların geniş praktikaya tətbiq edilməsinə imkan vermir.

Təqdim etdiyimiz məqalədə məqsəd üz-çənə nahiyəsində rekonstruktiv əməliyyatların səmərəliliyinin artırılmasında Lazer Doppler Floumetriya (LDF) üsulunun üstünlükləri barədə məlumat verməkdir. Bu üsulun "Lazer Doppler Floumetriya" adlandırılması onun diaqnostik məqsədlə istifadə olunmasını əks

etdirir. LDF diaqnostikası toxumaların lazer şüaları ilə qeyri invaziv optik zondlanması, eritrositlərin proporsional hərəkət sürətlərinin əks etdirdiyi Doppler tezliklərinin monitorda qeydə alınması və nəticələrin Doppleroqramda əks olunması prinsiplərinə əsaslanır. Bu üsulla damar yatağında mikrosirkulyator dəyişiklikləri obyektiv şəkildə müəyyən etmək olur. Qeyd edək ki, mikrosirkulyasiya dalğalanmasının ritmi əsasən bir çox xəstəliklərinin erkən diaqnozunda əsas rol oynayır. Hiperemiya, spazm, atonik-spazm, struktur və degenerativ dəyişkənliklər müxtəlif mikrosirkulyasiya pozulmalarıdır. Bu mikrosirkulyasiya pozulmalarının hər biri müəyyən struktur və funksional dəyişkənliklə xarakterizə olunur. Qeyd olunan pozulmaları erkən vaxtlarda müəyyən etmək üçün qeyri-invaziv metod kimi lazer doppler floumetriya (LDF) üsulundan istifadə edilir.

LDF üsulunun fiziki əsasları

Zondlayıcı şüanın dalğa uzunluğu və hissəciklərin ölçüləri arasında optimal mütənasiblik vardır və bundan detektə olunmuş siqnal əldə etmək olar. Şüanın dalğa uzunluğu azaldıqda dedektə olunmuş hissəciyin ölçüsü kiçilir. Doppler effektinə əsaslanan USM müayinəsindən fərqli olaraq daha qısa dalğalı lazer şüalarından istifadə etməklə təxminən 1mm ölçüyə malik nazik incə qatlı eritrositlərdən əks olunmuş geniş amplitudlu siqnal əldə etmək olar. Toxumanın növündən asılı olaraq bu zondlanma təbəqəsinə mikrosirkulyator yatağa aid olan anatomik mikrostruktur aiddir. Şüanın toxumaya göndərilməsi, əks olunmuş şüanın cihazda qəbulu 3-fibrooptik lifdən ibarət olan fibrooptik zondun köməyi ilə həyata keçirilir. Fibrooptik liflərdən biri zondlayıcı şüanın göndərilməsinə xidmət edir. Digər 2-ci isə qəbuledicidir, hansı ki, əks olunan şüalar fotometriya və sonrakı işlənmələr üçün cihaza ötürülür (şəkil.1).



Şəkil.1. Toxumanın lazer şüası ilə zondlanması sxemi.

Lazer şüasının toxuma ilə təmasından sonra əks olunan siqnal 2 tərkibdən ibarətdir: Daimi və dəyişən.

Daimi siqnal zondlanan toxumaların hərəkətsiz strukturlarından əks olunma ilə əlaqədardır. Dəyişən siqnal isə hərəkətdə olan hissəciklərlə (eritrositlərlə) bağlıdır.

Lazer şüasının hərəkətdə olmayan toxuma ilə təması zamanı səpələnən şüanın tezliyi, zondlayıcı şüanın tezliyi ilə eynidir. Hərəkətdə olan eritrositlərlə təmas zamanı səpələnən şüanın tezliyi göndərilən şüanın tezliyindən doppler effektinə uyğun olaraq fərqlənir. Tezliyin doppler kənarəçixması, eritrositlərin hərəkət sürəti aşağıdakı ifadə ilə əlaqəlidir.

$$\Delta f = 2nV/\lambda$$

Burada, Δf -tezliyin doppler kənarəçixmasıdır,
 n -şüanın toxumalarda sınma göstəricisi,
 V -eritrositlərin sürəti,
 λ -zondlayıcı şüanın dalğa uzunluğu.

Zondlayıcı şüa selinin mikrosirkulyasiya yatağının qan damarları zondlayıcı şüa dalğasının selinə münasibətdə müxtəlif bucaqlar altında ola bilərlər. Doppler kənarəçixmanın maksimal tezliyi o zaman olur ki, şüa selinin yayılma istiqamətinin vektoru eritrositlərin hərəkət sürətinə paralel olsun. Bu vəziyyətdə eritrositlərin sürəti 1mm/san üçün tezlik kənarəçixması 4,4 khs-ə, toxumanın sınma göstəricisi 1,4 olduqda helium-neon lazer dalğa uzunluğunun 0,638 mkm-nə uyğundur. Zondlayıcı şüanın istiqamətinə bucaq altında hərəkət

edən eritrositlər üçün tezliyin doppler kənaraxılması həddi bu bucağın kosinusuna proporsional olaraq azalır.

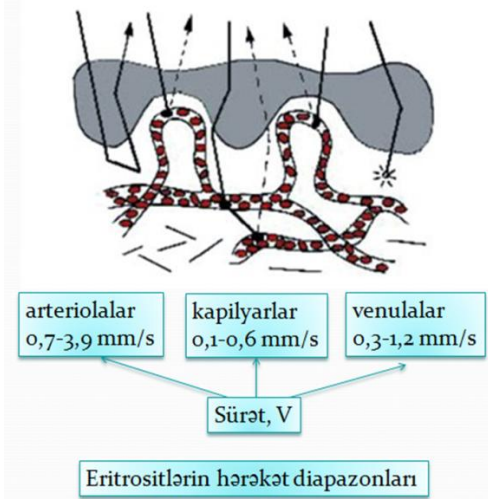
Mikrosirkulyasiyasının öyrənilməsi məqsədilə, yaşıldan infraqırmızıya yaxın olan qısa dalğa uzunluğuna malik olan, yayılan 1-2 mVt gücündə lazer şüası tətbiq olunur. Zondlama qatının dərinliyi dalğanın uzunluğundan asılıdır: dalğanın uzunluğu nə qədər qısadırsa qat da o qədər nazikdir. Bu vəziyyət bioloji toxumalarda melanin, hemoqlobin, beta-karotin və bilirubin molekulları vasitəsilə şüaların müxtəlif formalarda qəbul edildiyini izah edir. Yaşıldan infraqırmızı dalğa uzunluğuna qədər göstərilən diapozon üçün toxumaların zondlama qatının qalınlığı 0,5 mm-dən 2 mm-ə qədər dəyişə bilər. Burada zondlama qatının qalınlığı ilə toxuma şüalanmasının keçmə dərinliyi anlayışlarını bir-birindən fərqləndirmək lazımdır. Zondlama qatının qalınlığı, qəbuledici tərəfindən əks olunan şüalanmanın intensivliyinin ən böyük dəyəri əsasında təyin olunur. Qanın mikrosirkulyasiyasını stimullaşdırmaq, zondlayıcı şüalanmanın maksimal intensivliyi, eritrositdə fotonun tək əsas səpələnməsi şərti ilə təyin olunur. Növbəti ikinci dərəcəli səpələnmə zamanı əks olunan şüalanmanın intensivliyi ilk səpələnmənin intensivliyində 10 dəfə zəifdir. Bunun üçün də ikinci dərəcəli səpələnmənin nəticələri əks olunan siqnala önəmli təsir göstərir.

Toxumaya şüalanmanın keçmə dərinliyi lazer mənbəyindən irəliyə doğru udulma və səpələnmə ilə təyin olunur. Bioloji toxumalara şüalanma yayıldığı zaman onun sadəcə kiçik bir hissəsi (təxminən 3-7%) geriye əks olunur. Şüalanma gücünün böyük bir hissəsi Debay-Reley qanununa əsasən qismən irəliyə doğru udulur və dağılır. LDF metodunda zondlaşdırılan toxumanın həcmi optik zondun həndəsi və optik parametrləri vasitəsilə təyin edilir. Ümumiyyətlə 1 mm³ görünən qırmızı sahə spektrində şüalanma üçün dəridə təyin olunmuş həcmdə toxuma 5-ə qədər şaxələne bilər, çoxlu kapilyarları və 9 postkapilyar venaya uyğun aşağı venanı müşayət edən arteryanın derma dərinliyindən artan sahəni təşkil edə bilər bu həcmdə eritrositlər müxtəlif düzxətli sürətlərlə hərəkət edirlər: arteriyada 0,68-3,87 mm/san kapilyarlarda 0,1-0,6 mm/san və venalarda 0,32-1,21 mm/san (Şəkil 2) 1mm³ həcmdə eritrositlərin sayı bir neçə on minə qədər qalxa bilər.

Şəkil.2. Eritrositlərin hərəkət diapazonları sxemi.

Buna görə də əks olunan siqnalın amplitudası, arteriyalarda, kapilyarlarda, venalarda və arterio-venoz anastomozlarda fərqli sürətlərdə hərəkət edən və fərqli saylarda paylanan eritrosit kütləsindən əks olunan şüalanmanın nəticəsində formalaşır. LDF metodunda ortalama alqoritmi istifadə olunur ki, bu da öz növbəsində zondlaşdırılmış sahəyə daxil olan bütün eritrosit komplekslərin orta doppler hərəkət tezliyi əldə etmək imkanı verir. Ortalama nəticəsində eritrosit axınındakı dəyişiklik dəyərləndirilir. Bunun üçün elektron variantda əks olunan siqnalın sürətinə əsasən ortalama əldə edərək tezliyin doppler yerdəyişməsi emalı həyata keçirilir. Əks olunan şüalanmanın gücü ayrı-ayrı hər bir eritrositdən əks olunan şüalanmanın cəmlənməsidir və bu onların konsentrasiyasından asılıdır. Monitorda floumetriyanın nəticəsini eritrositlərdən alınan siqnal formalaşdırır. Eritrositlərin sürətinə və sayına mütənasib olan amplitudanı aşağıdakı kimi ifadə etmək olar:

$$PM = K \cdot Ner \cdot Vor(1)$$



Burada: PM- mikrosirkulyasiyanın göstəricisi (siqnalın amplitudası, voltla), K- mütənasibliyin əmsalı (K=1), Ner- eritrositlərin sayı, Vor- zondlama eritrositlərin orta sürəti.

Beləliklə, qeyri-invaziv LDF metodu ilə mikrosirkulyasiyanın dinamik xarakteristikasını, müəyyən zaman vahidində mikrosirkulyator yataqda qan axının dəyişikliyinə, qan axını və onun tənzimlənməsi mexanizmlərinin fərdi dəyişənliklərini qiymətləndirmək və patofizioloji mexanizmlərin pozulmasını erkən mərhələlərdə müəyyən etmək mümkündür.

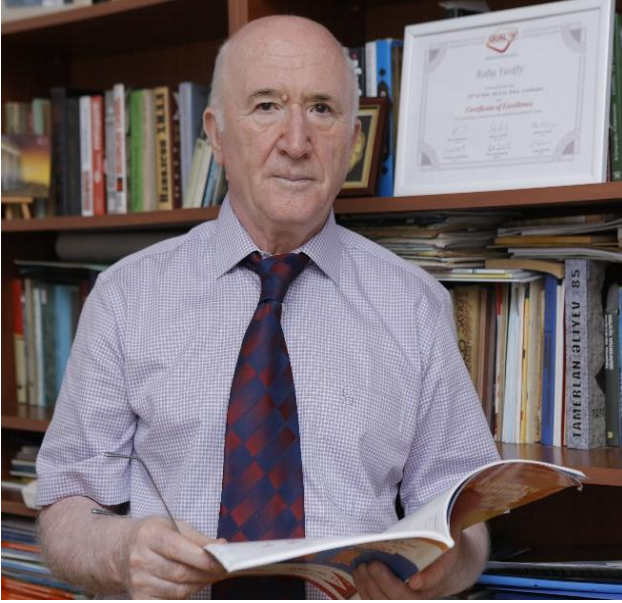
Üz-çənə nahiyəsində aparılan rekonstruktiv əməliyyatların səmərəliliyinin artırılması, cərrahi əməliyyatlar zamanı sağalmanın monitorinqində köçürülən dilimlərin həyat qabiliyyətinin yaxşılaşdırılması məqsədilə vaxtında səmərəli profilaktik və müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsi üçün LDF obyektiv müayinə üsulu kimi istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Вербо Е.В. Возможности применения реваккуляризованных аутогрансплантатов при пластическом устранении комбинированных дефектов лица: Дисс. доктора мед.наук — М., 2005., 316 стр.
2. Brigitte Pitteti, Ajay LiladharMahajani. The free serratus anterior flap and its cutaneous component for reconstruction of face. //Plast. Reconstr. Surg. — 2006.v. 117.-N. 4.-P. 1277 - 86.
3. Nahabedian MY, Singh N., Deune EG, Silverman R, Tufaro AP: Recipient vessel analysis for microvascular reconstruction of the head and neck. Ann.Plast.Surg 2004; 52: 148–55.
4. Harris JR, Lueg E, Genden E, Urken ML: The thoracoacromial/cephalic vascular system for microvascular anastomoses in the vessel-depleted neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 128: 319–23.
5. Erol Demirseren, OguzYendunya. Bilobed flap reconstruction in infraorbital skin defects //Plast. Reconstr.Surg. 2007. - Vol. 119. - N. 1. - P. 145 - 149.
6. Addison P., Neligan P., Forrest C., Pang C.Y. ve ark: Acute adenosine treatment is effective in augmentation of ischemic tolerance in muscle flaps in the pig: an update. Plast.Reconstr.Surg, Feb;111(2):842-45, 2003.
7. Bayramiçli M., Yılmaz B., Numanoğlu A.: Modified protective rat vest. Plast.Reconstr.Surg, 101:859, 1998.
8. Blaisdell F.W.: The pathophysiology of skeletal muscle ischemia and the reperfusion syndrome:a review. Cardiovasc.Surg, Dec;10(6):620-30, 2002.
9. Bobek V., Sramek D., Rokyta R.: Local pharmacological preconditioning increases the survival of experimental skin flaps in rats. Life Sci, 77:2663-68, 2005.

Daxil olub: 9.12.2016.





**Rafiq
Ərşad oğlu
Yusifli**

**Ил
70 Лем
Years old**

03 oktyabr 2016-cı ildə tibb üzrə fəlsəfə doktoru, ali dərəcəli kardioloq, “Şərəf nişanı” ordenli Yusifli Rafiq Ərşad oğlunun anadan olmasının 70 ili tamam olmuşdur.

Yusifli R. Ə. 1969-cu ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin müalicə-profilaktika fakültəsini “Fərqlənmə diplomu” ilə bitirdikdən sonra təyinatla Füzuli rayon mərkəzi xəstəxanasında terapevt, təcili yardım həkimi, kardioloq və 1985-95-ci illərdə həmin rayonda regional kardiologiya şöbəsinin müdiri işləmişdir.

Füzuli rayonunda ilk dəfə belə kardiologiya şöbəsinin açılması, miokard infarktı və digər ağır ürək damar xəstəliklərinin erkən aşkar edilərək, stasionar şəraitində müalicəsinin təşkili birbaşa onun fəaliyyəti ilə bağlıdır. Hələ o dövrlərdə miokard infarktının diaqnostikası üçün uzaq məsafədən EKQ-nin telefonla ötürülməsi, intensiv terapiya palatalarının təşkili, fasiləsiz kardiomonitor nəzarətinin aparılması, defibrillasiya aparatından istifadə edilməsi, yükləmə sınaqları ilə EKQ çəkilməsi və s. onun şəxsi əməyi sayəsində icra edilmişdir.

O, praktik kardioloji fəaliyyəti ilə yanaşı elmi işlərə də böyük maraq göstərmiş, 80-ci illərdən müntəzəm olaraq Füzuli rayonunda kardiologiyanın aktaul problemlərinə aid elmi-praktik konfransların təşkil olunmasının təşəbbüskarı olmuş və bu iş Respublika Səhiyyə Nazirliyinin aparıcı mütəxəssisləri tərəfindən yüksək qiymətləndirilmişdir.

Yusifli R. Ə. hələ rayon şəraitində çalışarkən elmi axtarışlarla məşğul olmuş, 1992-ci ildə Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetində “Kəskin miokard infarktında ritm pozulmalarının limfa drenajı stimula etmək yolu ilə korreksiyası” mövzusunda tibb elmləri namizədliyi dissertasiya işini müdafiə etmişdir.

Dağlıq Qarabağ problemi ilə əlaqədar doğma yurd-yuvalarından didərgin düşmüş Yusifli R. Ə. Bakı şəhərində məskunlaşmışdır. 19 yanvar 1995-ci ildən müsabiqə yolu ilə akademik C. M. Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunun “Ürək çatışmazlığı” şöbəsində böyük elmi işçi vəzifəsinə seçilmiş və hazırda da həmin vəzifədə çalışır.

Qısa müddət ərzində geniş praktik təcrübəsi olan kardioloq Yusifli R. Ə. illərlə apardığı müşahidələri əsasında hazırladığı “Səyrici aritmiya” (1998), “Xroniki ürək çatışmazlığının müalicəsində beta-adrenoblokatorların istifadəsi” (2003), “Ürək-damar xəstəliklərinin profilaktika və müalicəsində statinlərin istifadəsi” (2013-cü il) və “Xroniki ürək çatışmazlığının müalicəsində torasemidin istifadəsi” (2014) kimi monoqrafiyaları və praktik həkimlər üçün vəsaitləri maraqla qarşılanmışdır.

O, həmçinin əhalinin səhiyyə-maarifinin yüksəldilməsi üçün respublika yazılı mətbuatı və televiziya müntəzəm çıxışlar edir, geniş əhali üçün nəşr etdirdiyi “Hipertoniya xəstəliyi” və “Yüksək xolesterin-ateroskleroza aparan yol” kitabları xəstələr tərəfindən bəyənilmişdir.

Yusifli Rafiq Avropa və Azərbaycan Kardioloqlar cəmiyyətlərinin üzvüdür, Avropa ölkələrində, Amerikada, o cümlədən, Fransada, Avstriyada, Almaniyada, İspaniyada, İngiltərədə, İsveçdə, Polşada, İtaliyada, Çexiyada keçirilən onlarla beynəlxalq konfransların iştirakçısı olmuş və respublika kardioloqlarının elmi-praktik konfranslarda, dəyirmi masa toplantılarında dafələrlə kardiologiyanın aktual problemlərinə aid çıxışlar etmişdir. Onun gənc kardioloqlara oxuduğu mühazirələr maraqla dinlənilmişdir.

Qarabağ müharibəsi ilə əlaqədar məcburi köçkün olan əhalinin sağlamlığının qorunmasında köməyini əsirgəmir. Yusifli Rafiqin əməyi çoxsaylı fəxri fərmanlar və hələ gənc yaşlarında ikən **“Şərəf nişanı”** ordeni ilə qiymətləndirilmişdir

“Sağlamlıq” jurnalının redaksiya heyəti Rafiq Yusiflini 70 illik yubileyi münasibətilə təbrik edir, ona möhkəm cansağlığı, şərəfli əmək və elm sahəsində uğurlar arzulayır!