

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

HEALTH MINISTRY of AZERBAIJAN REPUBLIC

SAĞLAMLIQ



ЗДОРОВЬЕ



HEALTH

Elmi-praktik jurnal

Научно-практический журнал

Scientific-practical journal

№ 5

1995-ci ildən nəşr olunur.

Основан в 1995-году.

Established by 1995.

BAKİ *BAKU*BAKU

2013

MÜNDƏRİCAT ОГЛАВЛЕНИЕ *CONTENTS*

* ÖN MƏQALƏ * ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ * LEADING ARTICLE *

1. Vəliyev N.Ə., Əsədov S.Ə., Həsənova D.N., İsmaylov V.F.

KLİNİK PERİTONOLOGİYA: ABDOMİNAL SEPSİSİN PATOGENEZİNƏ YENİ BAXIŞ.....7

* ƏDƏBİYYAT İCMALLARI * ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ *
* LITERARY SURVEYES *

2. Qarayev Q.Ş., Məmmədov Ə., Fərəcli V.F.

FƏSADLAŞMIŞ XRONİKİ PANKREATİT VƏ ONUN MÜALİCƏSİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ.....11

3. Qəniyev M., Kazımova A.U., Qarayeva K.Q.

Ca ANTAQONİSTLƏRİNİN REPRODUKTİV FUNKSİYAYA TƏSİRİNİN BƏZİ ASPEKTLƏRİ.....17

4. Kamilova N.M., Əliyeva Y.O.

KLİNİKAYAQƏDƏRKİ MƏRHƏLƏDƏ UŞAQLIQ MİOMASININ DİAQNOSTİKASINA MÜASİR METODLARIN TƏTBİQİNİN EFFEKTİVLİYİ.....22

* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS *

5. Ağaev Ф.Ф., Китацев К.В.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ МЕТОДОМ ПЕРФУЗИОННОЙ РОЛИКОВОЙ ДЕБИТОМЕТРИИ.....28

6. Abbasov P.A.

QARACİYƏR TRANSPLANTASIYASINDAN SONRAKI AĞIRLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASINDA RADİOLOJİ MÜDAXİLƏNİN ƏHƏMİYYƏTİ.....33

7. İskəndərov E.A.

SİRROZLU QARACİYƏR ÜZƏRİNDƏ APARILAN ƏMƏLİYYATLAR ZAMANI PRİNGLE MANEVRİNİN VACİBLİYİNİN DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ VƏ REPERFUZİON ZƏDƏLƏNMƏNİN PROFİLAKTİKASI MƏQSƏDİLƏ İŞEMİK HAZIRLANMANIN EFFEKTİVLİYİ.....38

8. İbrahimov F.İ.

QARIN VƏ ƏTRAFLARIN MÜŞTƏRƏK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN ERKƏN AĞIRLAŞMALARİ.....44

9. Шахвердиев А.К., Антонив В.Ф., Пушкаръ И.С.

ЗНАЧЕНИЕ ОТАЛГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ.....48

10. Акперов Р.Ф., Мамедов Р.Н., Заиров Н.Ф., Акперов К.Р.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕТРОГРАДНАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ С ПОМОЩЬЮ ГИБКОГО УРЕТЕРОПИЕЛОСКОПА: НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА.....53

11. Rzayev R.S.

XRONİK BAKTERIAL PROSTATİT İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ İMMUN VƏ OKSIDANT STATUSUN DƏYİŞİLMƏSİNİN XARAKTERİ.....58

12. Vahabova Ş.B., Aliyeva E.M., Axundova N.N.

İSTMİKO-SERVİKAL ÇATIŞMAMAZLIQDA GƏRGİNLİYİ AZALDAN MAMALIQ PEŞARİSİNİN İSTİFADƏSİNDƏN SONRA HAMİLƏLİYİN GEDİŞATININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....63

13. Osmanova F.T.

XARİCİ GENİTAL ENDOMETRİOZU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ İMMUNİTETİN T-HÜCEYRƏ HƏLQƏSİNİN GÖSTƏRİCİLƏRİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....67

14. Гейдарова К.А.

БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБНОСТЕЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФИТОПЛАЦИТАРИОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....71

15. Курбанов А.К.

НОВЫЕ ОПЫТЫ ПО ПОВОДУ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ БРЮШИНЫ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ.....76

16. Musayeva M.X.

TOKSOPLAZMOZA YOLUXMUŞ HAMİLƏ QADINLARDA HÜCEYRƏ VƏ HUMORAL İMMUNİTETİN GÖSTƏRİCİLƏRİNİN HAMİLƏYİN GEDİŞİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİNDƏ ROLU.....80

17. Гурженко Ю.Н., Гусейнов Е.Ф.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕТОДОВ.....85

18. Bağirova A. R.

XRONİKİ DAŞSIZ XOLESİSTİTİN MÜALİCƏSİNİN BƏZİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....96

19. Sərdarlı F.Z., Əhmədov R.F.

PROQRAM HEMODİALİZ MÜALİCƏSİ ALAN METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ QİDALANMA STATUSUNUN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ VƏ ONUN KORREKSİYASI.....101

20. Агаева Р.Б.

СЛЕПОТА И СЛАБОВИДЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....107

21. Yusubov Y.Ə., Qurbanov V.A., Sabrin A.A., Əhmədov S.Q.

TÜPÜRCƏK VƏZİLƏRİNİN XRONİKİ İLTİHABİ VƏ DİSTROFİKXƏSTƏLİKLƏRİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ OZONOTERAPİYANIN EFFEKTİVLİYİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.....110

22. Рустамова Н. Р., Курбанов Я.З., Мирзазаде В.А.

АВТОНОМНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАРДИОНЕЙРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА II.....115

23. Бахтиярова Л.Б., Эминбейли Х.Р.

ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА НА ДОКЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II.....122

24. Balayeva Ş.M., Süleymanzadə N.Q., Həsənova S.A., İsmayılova Z.Q.

ORTA ÜMUMTƏHSİL MƏKTƏBLƏRİNİN MÜXTƏLİF YAŞLI ŞAGİRDƏRİNİN PSİXİ İNKİŞAFININ GİGİYENİK QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....127

25. Hacıyeva A.S.

YENİDOĞULANLARDA PROBIOTİKLERİN ANADANGƏLMƏ BAĞIRSAQ İMMUNİTETİNİN SƏVİYYƏSİNƏ TƏSİRİ.....130

26. Şahmuradov R.R., Mehmani I.H.

MÜXTƏLİF MATERIALLARDAN HAZIRLANMIŞ HİSSƏVİ ÇIXAN PROTEZLƏRİN TƏTBİQİ ZAMANI AĞIZ BOSLUGUNUN VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....134

27. Əliyev T.Y., Bağirova H.F.

FİZİOLOJİ HAMİLƏLİKDƏ KARİESİN YAYILMA İNTENSİVLİYİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....138

28. Babayev E.E., Səfərəliyev F.R.

PEŞƏKAR İDMANÇILARDA PARODONTOLOJİ MÜALİCƏYƏ EHTİYACIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....141

- 29. Кобидзе Т.С., Эфендиев И.Н., Азизов В. А., Максудов А.С.**
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САМООТРАВЛЕНИЯ ПУТЕМ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ
МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ РТУТИ.....147
- 30. Щукина Н.Н., Гладченко О.М., Малоштан Л.Н., Гладченко Е.О.**
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ СУХОГО ЭКСТРАКТА
БРОККОЛИ.....152
- 31. Абдулалиева Ф.И.**
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КЕРАТОКОНУСА.....155

* EKSPERİMENTAL TƏVAVƏT *
* EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA *
* EKSPERİMENTAL MEDİCİNE *

- 32. Əmrahova L.Q.**
NAFTALAN YATAĞININ MÜXTƏLİF QUYULARINDAN OLAN YOD-BROMLU SUYUN QANIN
PROKOAQULYASIYA GÖSTƏRİCİLƏRİNƏ TƏSİRİ.....165
- 33. Алиева А.Дж.**
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
ПНЕВМОНИИ.....169

* SƏNİYYƏNİN TƏŞKİLİ *
* ORGANİZASIYA ZDRAVOOXRANENIYA *
* HEALTH ORGANIZATION *

- 34. Кафаров К.К.**
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПОТРЕБНОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПЕНСИОНЕРОВ МВД.....174
- 35. Tahirov H.**
GƏNC ƏLİLLƏRİN PEŞƏ VƏ İXTİSAS SEÇİMİNƏ DAİR METODİKİ
TÖVSIYƏLƏR.....178
- 36. Мамедбейли А.К.**
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ
НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.....182

* PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK *
* POMOSH PRAKTICHESKOMU VRACHU *
* HELP to PRACTICAL DOCTOR *

- 37. Gladchuk I.Z., Nazarenko O.Ya.**
LAPAROSCOPIC SURGERY AND TREATMENT OF OVARIAL APOPLEXY AND TUMOR-
LIKE FORMATIONS OF OVARIES.....188
- 38. Ханум Айдын гызы, Ахундов Р.А.**
КИСЛОРОД, ЕГО ДЕФИЦИТ В ОРГАНИЗМЕ.....194
- 39. Кеберлинский К.А., Адамчик К.Г.**
МЕРТВАЯ ТОЧКА И ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ.....198
- 40. Cəfərova Ş.C.**
KÖK KANALLARININ MEDİKAMENTOZ İŞLƏNMƏSİ VƏ DEZİNFEKSİYASI.....200

* ÖN MƏQALƏ * ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ * LEADING ARTICLE *

KLİNİK PERİTONOLOGİYA: ABDOMİNAL SEPSİSİN PATOGENEZİNƏ YENİ BAXIŞ

Vəliyev N.Ə., Əsədov S.Ə., Həsənova D.N., İsmayılov V.F.

ATU, 3-cü cərrahi xəstəliklər kafedrası
I hissə

Oxuculara təqdim olunan bu məqalə çoxsaylı diskussiya törədici məsələlərin bundan sonra da, həm eksperimentdə və həm də klinik sınaqlarda yeni tədqiqat istiqamətlərini tələb edir. Peritonitin diaqnostika və müalicə üsullarının uçuşumlu yollarında aparılan uzunmüddətli elmi-tədqiqat işlərinin nəticələrini bir araya gətirərək klinik peritonologiyanın cərrahi addımlarına rəvnəq vermək məqsədilə konseptual düşüncə tərzindən irəli gələn müasir mahiyyətin dirçəlməsinə yeni prizmadan yanaşırıq. Burada məsələ peritonitin qarın boşluğunda baş verən iltihabi prosesin gedişi olduğunu deməkdir.

XXI əsrin əvvəlində peritonit artıq cərrahların gözündə daha da böyük, müalicəsi çox çətin, bir sıra hallarda mümkün olmayan bir iltihabi proses kimi görünməyə başladı. Artıq, onillərlə bu problemlə məşğul olan çoxsaylı cərrahlar pleyadası özünə hesabat verməyə başladılar ki, bu peritonit termini doğrudan da onun əsl mahiyyətini əks edir? Əgər, onun mahiyyəti terminin özünə uyğundursa, deməli, bu uzun illərdə həmin çəkiyə görə aparılan mübarizə sistemi onun qarşısını almağa kifayət qədər imkan verərdi.

Məlumdur ki, indiyə qədər aparılan müalicə peritonitin çıxışının yaxşı olmasını təmin etmədi. Məhz bunları nəzərə alaraq, biz belə qənaətə gəlirik ki, peritonit termini ancaq qarın boşluğunda iltihabi prosesi göstərir. İltihabi proses isə ardıcıl inkişaf edən, dərinləşən, yayılan prosesdir. Onun təsirindən qarın boşluğu və ekstraperitoneal orqanlar zədələnir, funksiyalarını itirirlər. Bu məsələ nəzərə alındığından biz peritoniti qarın boşluğunda təzə başlayan və yayılan iltihabi proses kimi qiymətləndiririk. Bizim fikrimizcə, bu ağır və mürəkkəb gedişli patoloji mərhələləri keçir:

✓intraabdominal infeksiya → peritonit → abdominal sepsis.

Çoxları abdominal sepsisi terminal mərhələyə aid edir (1). Burada bir çox anlaşılmaqlıq vardır. Bunları araşdırmaq üçün sepsisin terminologiyasına müraciət edək:

Sepsis (yunan sözü olub, çürümə deməkdir) ağır gedişli bir vəziyyət olaraq, insan qanına bir çox mikroorqanizmlərin və onların toksinlərinin daxil olması ilə xarakterizə olunur. İltihabi proses ayrıca bir orqanda yox, bütün orqanizmdə gedir. Sepsis infeksiyanın təkcə qana keçməsindən yox, eyni zamanda onun sidiyə, ağciyərlərə, dəriyə və başqa toxumalara yayılmasından sonra da inkişaf edə bilər.

Sepsis – sistemli iltihabi reaksiya sindromunun əlamətlərinin ($t^{\circ} - 38^{\circ} C$ -dən yuxarı, yaxud $36^{\circ} C$ -dən aşağı; puls 90 zərbə $1'$ -dən yuxarı; tənəffüsün sayı 20 1 dəq-dən yuxarı; leykositoz ya 12×10^9 q/l-dən yuxarı və ya $4,0 \times 10^9$ q/l-dən aşağı), mövcudluğu şəraitində, peritonitin olması və bioloji materiallarda ən azı bir məlum patogen mikroorqanizminin tapılması ilə xarakterizə olunur.

Sepsisin terminologiyasının mahiyyəti üçün 1991-ci ildə keçirilən Çikaqo intensiv terapiya mütəxəssislərinin və pulmonoloqların razılaşdırma konfransının, eləcə də 1998-ci ildə «Yara və yara infeksiyası»na həsr edilmiş A.B.Vişnevski adına cərrahiyyə institutunun konfransının böyük əhəmiyyəti olmuşdur.

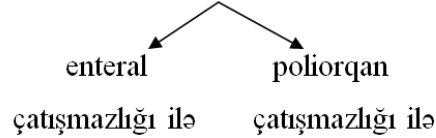
Xüsusən, Çikaqo konfransının (1992) «abdominal sepsis» terminin cərrahi infeksiyalarda geniş istifadə edilməsində rolu böyükdür. Bu baxımdan «abdominal sepsis» əsasən cərrahi infeksiyaların ağır formalarına – yayılmış-irinli peritonit, pankreonekroz,

retroperitoneal fleqmonalar, diafraqmaaltı abseslər və s. aid edilir. B.R.Qelğfand və həmmüel. (1997) (6) abdominal sepsis haqqında yazır: «Müasir düşüncə tərzinə görə, abdominal sepsis qarın boşluğunun və retroperitoneal sahənin ilkin destruktiv prosesinin inkişafına qarşı orqanizmin iltihaba olan sistemli cavab reaksiyasıdır və endotoksikozla poliorqan çatışmazlığının vəhdətdə rast gəlməsi ilə xarakterizə olunur».

Burada ortaya qoyulmuş mövqə peritonit anlayışına uyğundur. Onda belə sual ortaya çıxır: Peritonitlə abdominal sepsis eynidirmi? Və yaxud hansı peritonit nə vaxt abdominal sepsis hesab olunur? Bir çox müəlliflər belə hesab edirlər ki, hətta yayılmış peritonit həmişə abdominal sepsis hesab edilə bilməz. Ancaq, iltihaba qarşı sistemli reaksiya sindromunun (İSRS) ən azı 2 simptomu olduğu şəraitdə peritoniti abdominal sepsis hesab etmək olar. Ədəbiyyatda olan bir çox anlaşılmazlıqları və diskussion tərəfləri nəzərə alaraq, biz hesab edirik ki, «abdominal sepsis orqanizmin iltihaba qarşı sistemli cavab reaksiyası ilə formalaşır, infeksiyanın qarın boşluğuna generalizasiyası nəticəsində enteral çatışmazlığın inkişafı, endotoksikoz və abdominal compartment sindrom-u özündə əks etdirən və, nəhayət poliorqan çatışmazlığına gətirib çıxaran patoloji vəziyyətdir».(2) (9) Abdominal sepsis peritonitin toksik mərhələsindən başlayaraq inkişaf etməyə başlayır.

Beləliklə, bizim fikrimizcə, qarın boşluğunda iltihabi prosesin gedişi aşağıdakı kimi təsəvvür edilsə daha məqsədəuyğun olardı:

intraabdominal infeksiya → reaktiv peritonit → abdominal sepsis



Fikrimizcə, abdominal sepsis məhz ilk orqan çatmazlığı – enteral çatmazlığının inkişaf etdiyi dövrdən hesab edilməlidir. Bunun əsasında

bakteriyaların qarın boşluğundan bağırsağ divarları vasitəsilə translokasiyası durur. Bu isə artıq infeksiyanın limfa və qan dövrəsinə generalizasiyası deməkdir və «sepsis» termininin mahiyyətinə qoyulan tələblərə uyğun bir patoloji vəziyyətdir.

Peritonitin müasir patogenezinə dair mülahizələri bir çox istiqamətlərdə aparmaq mümkündür. Məlumdur ki, peritoneal eksudatın polimorfnüvəli hüceyrələri və makrofaqlar yerli iltihabi proseslərin qarşısının alınmasında yeganə cavabdeh hüceyrələrdir. Faqositoz yolu ilə bu hüceyrələr bakteriyaları məhv edir, parçalayır və bununla da iltihabi prosesin generalizasiyasını məhdudlaşdırırlar.

Məlumdur ki, bakterial iltihabın gedişi və çıxışı əhəmiyyətli dərəcədə lokal iltihab əleyhinə müdafiə sistemindən asılıdır və bu da öncə peritonun, eləcə də, peritoneal eksudatın mikrob invaziyası, qoruyucu funksiyası – orqanizmin “ilk müdafiə” xətti kompleksi ilə müəyyən edilir. Müasir nəzəriyyəyə görə, peitonun struktur – funksional mahiyyətinə ayrıca bir orqan kimi baxılır, periton boşluğu isə orqanizmin ekstravazal sahələrinin kifayət qədər iri nahiyəsi kimi nəzərdə tutulur.

Qeyd etmək lazımdır ki, qarın boşluğunda, həm peritonda, həm də peritoneal eksudatda makrofaqların müxtəlif populyasiyaları mövcuddur, bunlar da daim və ardıcıl olaraq dövr edən qandan təzələnirlər. Bu hüceyrələr yüksək antimikrob xüsusiyyətləri ilə fərqlənirlər. Makrofaqların və neytrofillərin iltihab ocağına miqrasiyasının sürətlənməsi peritonun mezotelial təbəqəsinin və qan damarlarının keçiriciliyinin artması ilə də tənzimlənir. Bu prosesdə xüsusi olaraq, böyük piyliyin süd kölgələrini qeyd etmək vacibdir. Süd kölgələri böyük piyliyin bütün strukturuna yayılmış, qarın boşluğunda aqressiv faktorlardan müdafiə üçün cavabdeh törəmələridir. Öz hüceyrə tərkibinə görə, bu törəmələr sərbəst makrofaqların qarın boşluğuna arasıkəsilmədən axınının mənbəyidir (8) Bu struktur xüsusiyyəti böyük piyliyi qarın boşluğunun səthinin təmizlənməsi üçün cavabdeh orqan hesab etməyə imkan verir (9)

Peritonit zamanı bu kölgələr öz ölçülərində kəskin böyüyür, dolğunlaşırlar, onların piy hüceyrələri itir və çoxsaylı faqositar elementlər – makrofaqlar meydana çıxır .

Degenerativ dəyişikli neytrofillərin peritoneal ekssudatda sayca çoxalması iltihaba qarşı cavab reaksiyasının kəskin və sürətlə inkişaf edən iltihabi proses qarşısında hələ formalaşmadığını göstərir. Bunlar bizim tədqiqat işində öz əksini tapır. Belə ki, həmin dövrdə neytrofillərin 80%-i degenerativ formada rast gəlir və bu dövr antiiltihabi sitokinlərin konsentrasiyasının aşağı olması ilə eyni dövrə düşür. (4,5) Bizim tədqiqat işimiz göstərir ki, abdominal sepsis şəraitində peritoneal ekssudatın neyrofilləri və makrofaqları əsas hesab edilən faqositoz bu iki funksiyalarının birgə fəaliyyəti nəticəsində iltihab əleyhinə mübarizəyə qoşulurlar. Son tədqiqatlar bu hüceyrələrlə sitokinlərin və eləcə də mikrob agentinin mürəkkəb qarşılıqlı münasibəti şəraitində formalaşan iltihaba qarşı cavab reaksiyasının peritonitin çıxışında rolunun yüksək olduğunu göstərmişdir.

Makrofaqların peritoneal ekssudata çıxması iltihaba qarşı cavab reaksiyasının gərginləşdiyini göstərir. Lakin, makrofaqlar funksional göstəricilərinə görə bir-birindən fərqlənirlər: stimulyasiya olunmuş və olunmamış, aktivləşmiş kimi tiplərə bölünürlər. Peritoneal ekssudatda, ona görə də, makrofaqların təkə sayının yox, eyni zamanda onların stimulyasiya olunmasının və aktivliyinin əhəmiyyəti böyükdür. Abdominal sepsisin gedişi boyu makrofaqların struktur dəyişikliklərinə peritonda və ekssudatda rast gəlinir, onların degenerasiyaya uğraması prosesin ağırlaşacağına dəlalət edir; dolğun, ölçücə iri makrofaqlar isə, daha yüksək funksional qabiliyyətli olurlar. Makrofaqların bu xüsusiyyətə malik olması bizim tədqiqat işimizdə də bir daha sübut edilmişdir. Bu formada makrofaqlar adətən, peritonitin 3-cü günü görüş dairəsinə çıxırlar ki, həmin dövrdə də IL-10-un konsentrasiyasının kəskin artması müşahidə olunur. (1) Lakin, bu hüceyrələr bir çox mediator, ferment, opsoninlər ifraz etməklə, öz funksional qabiliyyətlərini biruzə verirlər. Həmin hüceyrə mediatorlarının və opsoninlərin içərisində fibronektinin rolu xüsusi qeyd olunur.(14,15) Apardığımız tədqiqat işində isə peritoneal hüceyrələrlə sitokinlər arasında yüksək korrelyasiya olduğu aşkar edilmişdir. İltihabi prosesdə destruktiv neytrofillərin rast gəlməsi faqositozun zəif gərginliyinə dəlalət edir, eyni zamanda makrofaqların peritoneal ekssudata çıxılmaması bu prosesin daha da süst getməsinə göstərir. Digər tərəfdən, funksional qabiliyyətli neytrofillərin, makrofaqların peritoneal ekssudata çıxması aktiv faqositozdan xəbər verir və iltihabi prosesin sağalma ilə nəticələnməyinə şübhə qoymur. Bu halda peritoneal hüceyrələrlə IL-6 arasında korrelyasiya olmadığı müəyyən edilsə də, onlarla IL-10 arasında yüksək korrelyasiya asılılığı ($r=0,81$) müşahidə olunur. Bunlar onu göstərir ki, faqositar hüceyrələrlə proiltihabi sitokinlər arasında heç bir qarşılıqlı münasibət yoxdur. Hərçənd, IL-6-nın makrofaqların stimulyasiyasına təsirinin olduğunu göstərən mənbələr məlumdur (10) və eyni zamanda IL-6 monosit – makrofaqlar tərəfindən sintez olunurlar və onların qanda konsentrasiyasının abdominal sepsisli xəstələrdə əməliyyatın ilk günü yüksək qalması xəstəliyin gedişinin və çıxışının normal nəticələnməyəcəyini göstərir. NO-nun və proiltihabi sitokinlərin, neytrofillərin və makrofaqların səthlərinə ekspressiyasının güclənməsi septiki kaskadın kəskin inkişafına gətirib çıxarır.

IL-6-nın yüksək konsentrasiyası yerli toxumaların zədələnməsinə, xüsusən də faqositar hüceyrələrin degenerasiyasına, bununla da onların əsas funksiyalarının pozulmasına gətirib çıxarır. Abdominal sepsisin gedişində 3 və 5-ci günlər IL-6 yüksək konsentrasiyada rast gəlmiş və bu xəstələrdə yerli irinli-septiki ağırlaşmalar, poliorqan disfunksiyaları inkişaf etmişdir. Bizim tədqiqat göstərir ki, IL-6 ilə makrofaqlar və neytrofillər arasında xüsusi qarşılıqlı asılılıq mövcuddur. Xəstələrdə əməliyyat vaxtı peritoneal ekssudatda makrofaqların tapılmaması, degenerativ neytrofillərin üstünlük təşkil etdiyi şəraitdə IL-6-nın konsentrasiyası maksimuma çatır. Əksinə, makrofaqların sayca çox tapılması və degenerativ neytrofillərin azalması IL-6-nın konsentrasiyasının kəskin aşağı düşməsi ilə müşayiət olunur. Bu qarşılıqlı asılılıq peritoneal ekssudatın faqositar hüceyrələrinin aktiv vəziyyətdə IL-6-nın produksiyasına maneçilik törətməsi fikrini ortaya çıxarır. Hər halda, iltihaba qarşı cavab reaksiyasının

formalaşması makrofaq və neytrofillərlə IL-6-nın müvafiq balans təşkil etdiyi bir şəraitdə yaranır.

İltihabi prosesin ardıcıl formalaşma mərhələsi kifayət qədər öyrənilsə də, hələ bu yaxın dövərə qədər toxuma reseptorlarının mövcudluğu barədə təsəvvür belə yox idi. Son bir neçə on ildə aydınlaşdırılmışdır ki, belə toxuma reseptorları mövcuddur və onlar aktiv signal verərək, müxtəlif bakteriyalar ilə toxuma faqositləri arasında qarşılıqlı əlaqə yaradırlar. Bu funksiyaları Toll – zülallar adlanan hüceyrələr yerinə yetirir. Bunlar leykositlərin bir çox tiplərinin səthinə ekspressiya olunmuş vəziyyətdədirlər (əsasən, makrofaqların) (12) Toll – zülallar eyni zamanda pro-iltihabi sitokinlərin [IL-1, TNF] sintezinin aktivləşməsinə də cavabdehdirlər. (13).

Digər məsələ, öyrənilən peritoneal hüceyrələrlə antiiltihabi sitokin IL-10-un arasında olan asılılığın araşdırılmasından ibarətdir. Alınan nəticələrin təhlili göstərir ki, makrofaqların ekssudatda rast gəlməsi halı ilə antiiltihabi faktorların konsentrasiyasının artması və əksinə, makrofaqların görüş dairəsində olmadığı halda, onların konsentrasiyasının kəskin aşağı düşməsi, sitokinlərin iltihabın ilk dövründə məhz makrofaqlar tərəfindən ifraz olunduğunu göstərir. Məhz, bu baxımdan İSRS-in formalaşmasında və onun fəaliyyətinin gərginləşməsində IL-10-nun yüksək rolunu qeyd etmək lazımdır. Abdominal sepsislər zamanı makrofaqlar tərəfindən sintez olunan IL – 6 portal sistemlə qara ciyəərə sirkulyasiya edirlər və hepatositləri stimullaşdıraraq onları sistemli iltihabi cavab reaksiyasının fəallaşması üçün hazırlayırlar.(11).

Neytrofillərlə müqayisədə, IL-6-nın destruktiv neytrofillərin çox rast gəldiyi dövrdə yüksək konsentrasiyaya malik olması iltihabın ilk dövründə hələ İSRS-də balanslaşmanın getməməsinə dəlalət edir. Belə ki, gərgin faqositoz nəticəsində neytrofillərin əksəriyyəti bakteriyaların kəskin inkişafı ilə bağlı və onların toksiki təsirindən destruksiyaya uğrayırlar ki, fikrimizcə bu şəraitdə proiltihabi faktorlar, faqositozun gedişinə maneçilik törədərək qarın boşluğunda iltihabi prosesi daha da dərinləşdirirlər.

Digər vəziyyətdə isə, yəni neytrofillərin artıq kəskin mobilizasiyası və iltihabi zonaya eksterizasiyası nəticəsində, eləcə də, anti-iltihabi sitokinlərin

konsentrasiyasının artması şəraitində, proiltihabi sitokinlərin, əksinə azalması, iltihabi prosesin reqressiyaya uğramasını göstərir. Bu dövr İSRS-in artıq tam formalaşdığını göstərir. Güman etmək olar ki, iltihabın ilk dövründə proiltihabi sitokinlər özləri də makrofaqları aktivləşdirirlər və antiiltihabi faktorların sintezinə və bununla orqanizmin iltihabəleyhinə mübarizə sisteminin formalaşması üçün şərait yaradırlar.

Beləliklə, abdominal sepsislərdə iltihabi prosesin erkən mərhələlərində İSRS-in formalaşması və nəticədə iltihabın reqresləməsi peritoneal ekssudatın neytrofil və makrofaqlarının struktur və funksional səviyyəsi ilə, eləcə də, sitokinlərin konsentrasiyalarının həmin zonada yüksək göstəriciləri ilə müəyyən edilir.

Nəticədə qeyd etmək lazımdır ki, abdominal sepsisin dinamik inkişafının erkən mərhələlərində infeksiyanın lokallaşmasında əhəmiyyətli rol peritoneal makrofaqlara və onların neytrofillərlə qarşılıqlı münasibətinə məxsusdur. Peritoneal makrofaqların iltihabi prosesin əvvəlində aktiv iştirakı İSRS-un gərginliyini göstərir və antiiltihabi sitokinlərin həmin dövrdə yüksək konsentrasiyada ifadə olunması sepsisin gedişinin nəzarətdə olduğuna dəlalət edir. Endotoksemiyanın artması makrofaqların, neytrofillərin gərgin fəaliyyətini azaldır, bununla da, İSRS balanslaşa bilmir. İltihabi prosesin sönməsi ilə makrofaqlar infeksiyanın məhdudlaşmasında mühüm rol oynayırlar və bununla da, toxumaların reperativ prosesə cəlb olunmasına şərait yaradırlar. Bunu nəzərə alsaq, həmin faqositlərin abdominal sepsis zamanı stimullaşdırılmasının nə qədər əhəmiyyətli olduğu aydın olur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Vəliyev N.Ə., İsmayılov V.F. – Abdominal sepsislər və iltihaba qarşı sistemli cavab reaksiyasının tənzimlənməsi. // Sağlamlıq jurnalı, 2011, №1-3, 32-35.
2. Vəliyev N.Ə., Həmzəyev S.M.- Abdominal sepsis, Bakı, Təbib nəşriyyatı, 2013, 133 s.

3. Велиев Н.А. Повышение эффективности эндолимфатической и лимфатропной терапии при перитоните. Автореф. Дисс. Кан.мед. наук. Казань,1990,24 с.
- 4.Кочнев О.С.,Велиев Н.А. Показания к лимфогенной антибиотикотерапии при перитоните и ее эффективность.// Вестник хирургии-1992-№ 6-С.355-360.
- 5.Велиев Н.А.,Исмайылов В.Ф.,Гасанова Д.Н.. Взаимная связь эндотоксикоза и вбрияцинно и гипертензии у больных с абдоминальными сепсисами.//Клин.Хирургия,2012.
- 6.Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис:Современный взгляд на нестареющую проблему //Вест. интенсивной терапии-1997-№12-С.73-79.
- 7.Гринберг А.А.Неотложная абдоминальная хирургия,2000,М,423 С.
- 8.Alitalo K.,Havi T,Valeri A.Fibronectin is produced by human macrofages.// L.exp.Med-1980-V.151-P-602-603.
- 9.Skinner H.A.The organ of medical terms//Williams and Wilkins,1949,p-225-256.
10. Cogos C.A. Proversus antiinflamantory cytokine profile in patiruts vvith severe marker for proqnosis and future therapeutic options//S.Infect.Dis.-2000-v.181-№1-p.176-178.
- 11.Adil Ceydeli.The septic absurs wael: A cytokine generating organ inducing hepatic outflok fibroses,sinsoidae courgestion and inflammation//-200-ww.Ceydeli.com /documents.
- 12.Brightbill H, Modein R. Toll-like reseptors molekular mechanizms of the manmalian immune response//immunology - 2000-v.10-P-1-10.
13. Hosokova T,Studieson operative method in funksional hemodinamics of peritonities//J. of Gapon Surgical Society.-1991-v-92-p.158.
- 14.Coupera T.Selielid R.Plazma fibronectin contributes fibronectin to tissues//Acta chir.scand.1995-v.15-№3-P-193-199.
- 15.Richards P.S.,Satat M.Effekt of fibronectin and duple celes activity //Hemotology -1995-v.5-№1-p.-32-37.



* ƏDƏBİYYAT İCMALI * ОБЗОР ЛИТЕРАТУР *
* THE REVIEW OF LITERATURES *

**FƏSADLAŞMIŞ XRONİKİ PANKREATİT VƏ ONUN MÜALİCƏSİNİN
MÜASİR VƏZİYYƏTİ.**

Qarayev Q.Ş., Məmmədov Ə., Fərəcli V.F.

***Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi.
III cərrahi xəstəliklər kafedrası.***

Xroniki pankreatit qarın boşluğu üzvlərinin patologiyasında ön sırada duran xəstəlik olub, xəstənin həyat keyfiyyətlərini aşağı salmağı və müxtəlif fəsadları ilə digər xəstəliklərdən seçilir. Tədqiqatçılar son onillikdə apardıqları müşahidələr əsasında belə bir qənaətə gəlmişlər ki, xroniki pankreatitlə klinikaya daxil olan xəstələrin sayı xeyli artmışdır (12, 20, 15). Onların fikirincə pankreatitlə xəstələnlərin çoxsaylı səbəbləri içərisində kəskin pankreatitlə xəstələnmənin artması və xəstəliyin rəasional müalicəsinin qurulmaması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. (1,23). Buraya mədəaltı vəzinin travmalarının da əlavə edilməsi xroniki pankreatitə məruz qalan xəstələrin sayının artma səbəbini aydınlaşdırır.

Aparılan kliniki müşahidələrin nəticəsi göstərmişdir ki, xroniki pankreatitin əmələ gəlməsində iştirak edən amillər arasında öd yollarının patologiyası vacib rol oynayır (2, 3, 26). Xroniki pankreatitə səbəb olan başlıca amil isə kəskin pankreatit hesab olunur (18). Belə ki, kəskin pankreatit zamanı mədəaltı vəzin ekzo və endokrin funksiyaları kəskin şəkildə pozulur, bəzən hətta itirilmə həddinə çatır (36). Aparılan müalicə pozulmuş funksiyaları tam bərpa edə

bilmədiyindən mədəaltı vəzidə inkişaf edən kalsinatlar xroniki pankreatitlə nəticələnir (27). Xroniki pankreatitin 4 forması ayırd edilmişdir.

1. Kalsinatlı pankreatit.
2. Obstruktiv pankreatit.
3. İltihabı pankreatit.
4. Qrove pankreatit.

- Kalsinatlaşmış pankreatit ocaqlı və ya seqmentar distrofiya və ya atrofiya, sistem şəkili olmayan Skleroz, kalsium və zülal toplantıları, mel şəkili daşlarla səciyyələnir.

- Obstruktiv pankreatit mədəaltı vəzin parenximasında diffuz şəkili atrofiya və fibroz toxumanın inkişafı ilə digər formalardan seçilir.

- İltihablaşmış pankreatit iltihab fonunda diffuz fibrozla xarakterizə olunur.

- Qrove – pankreatitdə patoloji ocaq mədəaltı vəzin başı ilə onikibarmaq bağırsağın və ümumi öd axarının arasında lokalizasiya olunur.

Xroniki pankreatit üçün səciyyəvi hallardan biri mədəaltı vəzidə daşın və ya onun axarında qumun əmələ gəlməsidir. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, mədəaltı vəzidə olan daşlar əsasən həll olmayan kalsium duzlarından ibarətdir. Bəzən bu duzlarla yanaşı daşın tərkibində az miqdarda zülal və polisaxaridlər də olur. Müstəsna hallarda daşın tərkibində zülalın miqdarı xeyli artmış olur. Belə daşlar rentgenqrafiya zamanı şəffaf görüntüdə olub, ətrafı kalsinasiya olunmuş şəkildə görünür (12). Ultrasəs müayinəsi zamanı mədəaltı vəzi axarında qumun və ya daşın aşkar edilməsi xroniki pankreatitin əsas əlaməti kimi qəbul edilir. Mədəaltı vəzin funksional vəziyyəti haqqında daha informativ məlumatı pankreas şirəsinin müayinəsindən əldə etmək mümkündür. Artıq bir mənəli şəkildə qəbul edilmişdir ki, mədəaltı vəzin şirəsi kalsium karbonat məhlulu ilə zəngindir.

Xroniki pankreatitin fəsadlaşmış forması son illər daha tez-tez rast gəlinən patologiyalardan biri olub, cərrahi gastroenterologiyada müxtəlif ağırlaşmalar verməklə ölüm faizini yüksəltmiş olur. Aparılan araşdırmalar nəticəsində bəlli olmuşdur ki, xroniki pankreatitin fəsadlaşmasına təsir göstərən amillər çoxdur və onlar cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə ölümün əsas səbəbi hesab olunurlar (10). Letallıq təsadüflərini artıran amillər arasında xroniki pankreatit fonunda aparılan cərrahi əməliyyatların patogenetik baxımdan əsaslandırılmamasıdır. Cərrahlar çox zaman mədəaltı vəzin funksional vəziyyətini qiymətləndirmədən öd kisəsi və mədə-bağırsaq traktında müxtəlif həcmli cərrahi əməliyyat aparırlar. Əməliyyatların ağırlıq dərəcəsindən, narkoz zamanı istifadə edilən dərman maddələrinin təsirindən və narkozun müddətindən asılı olaraq mədəaltı vəzin pozulmuş funksiyası daha da dərinləşərək müxtəlif fəsadlarla nəticələnir.

Mütəxəsislərin fikrincə müalicə dövründə və eləcə də müalicədən sonrakı dövrdə fəsadların baş verməsinin əsas səbəblərindən biri, pankreatitli xəstələrin ixtisaslaşdırılmış cərrahi şöbədə və ya mərkəzdə yerləşdirilməməsidir (13). İxtisaslaşdırılmış şöbələrdə və ya mərkəzlərdə pankreatitli xəstələrə daha dolğun və patogenetik müalicə aparılır, onun diaqnostikasında daha rəasional müayinələrdən istifadə edilir ki, bu da xəstəliyin və ondan törənmiş fəsadların düzgün diaqnozuna imkan verir. Bundan əlavə xəstəxana əməkdaşları pankreatitli xəstələrin spesifikasiyasını daha yaxşı bildikləri üçün xəstələrin müalicəsində bu amil az əhəmiyyət daşıyır. İxtisaslaşdırılmış şöbənin və ya mərkəzin daha bir üstünlüyü ondan ibarətdir ki, həkimlərin pankreatitin müalicəsində topladıqları təcrübələr xəstəyə düzgün yanaşmanı, rəasional müalicə taktikası seçməyə, cərrahi əməliyyata göstərişin və əks göstərişin olmasını düzgün müəyyənlişdirməyə imkan yaradır.

Xroniki pankreatitin ən təhlükəli fəsadlarından biri septiki fazanın inkişafıdır. Bu zaman məcburi vəziyyətdə aparılan cərrahi əməliyyatlar da faydasız olur. Ukrayna respublikasının Vinnitsi şəhərində yerləşən mədəaltı vəzin

cərrahiyyəsi üzrə ixtisaslaşdırılmış mərkəzin əməkdaşı professor T.A.Kadoşuk 1991-ci ildə mədəaltı vəz üzərində apardığı 594 əməliyyatın nəticələrini təhlil edərək belə bir qənaətə gəlmişdir ki, pankreatitin septiki fazasında məcburi vəziyyətdə aparılan cərrahi əməliyyatlar 100% ölümlə nəticələnir. Ədəbiyyat mənbələrinə əsasən ki, xroniki pankreatitin aşağıdakı ağırlaşmaları mövcuddur.

1. Mədəaltı vəzin sistləri.
2. Mədəaltı vəzi axarının keçiriciliyinin pozulması.
3. Mexaniki sarılıq.
4. Mədəaltı vəzin fistulaları.
5. Destruktiv pankreatitin irinli fəsadlaşması.
6. Virsunq axarlarının daşla tutulması.
7. Mədəaltı vəzin parenximasının kalsinozu.
8. Pesevdotumoroz pankreatit.
9. Orqanik duodenostaz
10. Seqmentar portal hipertenziya
11. Destruktiv pankreatitin eksudativ plevritlə fəsadlaşması
12. Pankreatit assit
13. Xolesistopankreatit
14. Pankreatitin ümumi öd axarının terminal hissəsinin keçiriciliyinin pozulması ilə ağırlaşması

Xolesistopankreatit və eləcə də pankreatitin fəsadlaşması nəticəsində ümumi öd axarının terminal hissəsinin keçiriciliyinin pozulması xroniki pankreatitin ağır fəsadlarından sayılır. Bu zaman cərrahi əməliyyatın aparılmasını zəruri hesab edən cərrahların sayı ilbəil artmaqdadır. Onların fikirincə yalnız cərrahi əməliyyat aparmaq yolu ilə xəstələrin ölüm faizini azaltmaq mümkündür (21, 16, 22). Lakin digər müəlliflər də haqlı olaraq qeyd edirlər ki, xroniki pankreatit nəticəsində əksər hallarda öd yollarında, qaraciyərdə və hətta mədəaltı vəzin özündə bir sıra struktur dəyişikliklər baş verir ki, bu da cərrahi əməliyyatın nəticələrini aşağı salır (28, 30, 31). Ona görə də cərrahi əməliyyatdan əvvəl öd axarının, qaraciyərin və mədəaltı vəzinin strukturası və həmçinin funksional vəziyyətləri aydınlaşdırılmalıdır. Bu məqsədlə ultrasəs, endoskopik yolla retroqrad pankreatikoqrafiya, xolanqioqrafiya, anqioqrafiya və digər müayinələr aparılmalı, onlardan alınmış nəticələr ciddi surətdə təhlil edilərək qiymətləndirilməlidir (25, 24, 39).

Bir sıra müəlliflər qaraciyərin və eləcə də mədəaltı vəzin funksional vəziyyətini qiymətləndirmək üçün diaqnostik vasitələrin kompleks şəkildə tətbiqini məsləhət görürlər. Ayrı-ayrılıqda aparılan hər hansı mütərəqqi hesab olunan müayinə metodu qaraciyərin və mədəaltı vəzin funksional vəziyyətini tam şəkildə qiymətləndirə bilməz (25). Bir çox cərrahların fikirincə intraoperasion müayinələrin aparılmasına zərurət yaranır (34, 37, 6). Bu müayinə metodlarından – punksiya yolu ilə mədəaltı vəzidən bioptatın götürülməsi və onun sitoloji, histoloji müayinəsi, öd yollarının instrumental və rentgenoloji təftişi və s. cərrahi taktikanın düzgün seçilməsinə təminat yaradır. Ədəbiyyat mənbələrinə istinadən qeyd etmək olar ki, xolisistopankreatitin inkişafına səbəb olan amillər içərisində mədəaltı vəzin kistası aparıcı yerlərdən birini tutur (9). Buna səbəb bir tərəfdən mədəaltı vəzin kistasının daha tez-tez təsadüf etməsidirsə, digər səbəbi cərrahi müdaxilədən sonra fəsad şəkilində törəməsidir. E.E.Açkasov və onun həmkarları (6) verdikləri məlumata görə yalançı kistalar zamanı aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra 30-50% halda doğan fəsadlar və bəzən letallıq sonluqla nəticələnən təsadüflər qeyd edilir (19).

Mədəaltı vəzin kistasının operativ müdaxilə yolu ilə müalicəsinin tarixi 40-50 il bundan əvvəl olsa da bugünə qədər müalicə taktikası haqqında yekdil fikir

yoxdur. Lakin artıq qəbul edilmişdir ki, cərrahi müdaxilənin nəticələri əməliyyatın düzgün seçilməsindən asılıdır (14). Yəni əməliyyat növü seçərkən kistanın anatomik yerləşməsi, forması və ölçüləri dəqiqləşdirilməlidir. Cərrahlar arasında belə bir fikir formalaşdırılmışdır ki, qanaxma, irinləmə verən və eləcə də deşilmiş kistalar zamanı kista xaricə drenaj edilməlidir (9). Çünki kistanın daxilə açılması əks göstərişdir və texniki cəhətdən yerinə yetirmək mümkün deyildir (17, 32).

Kista xaricə drenə edilərkən kistanın daxilində olan bütün çəpərlər aradan götürülməlidir. Qeyd olunan üsulun sadə olmasına baxmayaraq ədəbiyyatda onun fəsadları haqqında məlumatlar az deyildir (35, 13). Həmin məlumatlarda qeyd edildiyi kimi, kista mərkəzi axacaqla əlaqəli olduğu halda cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə pankreatik fistula əmələ gəlir.

Floyd et al., (2002), Tinto et al., (2002) və digər cərrahlar kistanın mədəaltı vəzin baş nahiyəsində və ya onun sərhəddində yerləşərək mədəaltı vəzin axarı ilə əlaqəli olduğu hallarda sistoentrostomiya aparılmasını məsləhət görürlər. Bu sahədə tanınmış cərrah A.A.Şalimov və onun tələbələri (33) kistanın mədəaltı vəzinin cisminə və quyruğunda yerləşdiyi hallarda radikal cərrahi əməliyyatın - yəni həmin hissələrin kista ilə birlikdə kəsilib götürülməsini tövsiyyə edirlər. Beləliklə mədəaltı vəzinin patologiyasını aradan qaldırmaq üçün müxtəlif variantlarda cərrahi əməliyyat növləri işlənilib hazırlanmış və kliniki praktikaya tətbiq edilmişdir. Lakin zaman keçdikcə bu əməliyyatlara məruz qalmış xəstələrdən alınmış nəticələr təhlil edilmiş və müəyyən edilmişdir ki, istər əməliyyat zamanı və istərsə də ondan sonrakı dövrdə ölüm şansının yüksəlməsi tətbiq olunan əməliyyat növündən asılı olur. Bütün bunları nəzərə alan alimlər daha sadə və az travma göstərə bilən cərrahi əməliyyat növü axtarmış və buna nail olmuşlar. Hazırda kiçik invaziv əməliyyat qrupu altında birləşdirilmiş bu əməliyyatlar klinikada geniş tətbiq edilir (29,5,42). Məhz bunun nəticəsi olaraq son illərdə artıq cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə ölüm halları xeyli azalmışdır. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə vacib məsələlərdən biri mədəaltı vəzidə olan xroniki iltihabı prosesin kəskinləşməsinin profilaktikasıdır. Bu məqsədlə farmokoterapiya ilə yanaşı əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşdırıcı amilləri diqqətlə aydınlaşdırmalı və onu aradan qaldırmaq lazımdır. Bağırsağ funksiyasının pozulması ağırlaşdırıcı amillər içərisində daha vacib əhəmiyyət kəsb edir (7, 40).

Kliniki müşahidələr göstərmişdir ki, bağırsağ funksiyasının pozulması simptomokompleksində tez-tez təsadüf edən duodenostazdır. Duodenostenoz çox zaman mexaniki sarılıqla müştərək şəkildə təzahür edir və xroniki pankreatitin kliniki gedişini ağırlaşdırmaqla onu fəsadlı gedişə istiqamətləndirir (11, 8).

Məlumdur ki, duodenostenoz onikibarmaq bağırsaqda olan böyük məməciyin stenozu nəticəsində yaranır. Ona görə də pankreas şirəsinin onikibarmaq bağırsağa nizamlı axımı pozulur. Duodenostenoz mexaniki sarılıqla birgə baş verdiyi hallarda pankreas şirəsi ilə yanaşı ödənin də onikibarmaq bağırsağa axımı çətinləşir. Hər iki amil mədəaltı vəzin toxumasında geriyə dönməyən proseslərə səbəb olur (4, 44). Bütün bu göstərilənləri nəzərə alan bir çox cərrahlar patogenetik müalicə kimi pankreatodigestiv anastomozlara, (3, 45), digər qrup cərrahlar isə transduodenal papilloosfinkterplastika əməliyyatının aparılmasına üstünlük verirlər (43, 46).

Duodenostenoz zaman onikibarmaq bağırsağ divarındakı axacaqdan əlavə mədəaltı vəzinin axacağına stenozu da baş verir. Belə hallar aşkar edildikdə cərrahi əməliyyatın həcmi genişləndirilərək virsunqoplastika ilə tamamlanmalıdır. Çox zaman duodenostenoz zamanı ümumi öd axarı kəskin şəkildə (25mm-dən çox) genişlənir və axarın atoniyasına səbəb olur. Belə hallarda isə yuxarıda qeyd olunan əməliyyata əlavə olaraq supraduodenal xoledoxoduodenoanastomoz

qoyulmalıdır. Cərrahların fikirincə əməliyyat vasitəsilə xoledoxun ikitərəfli derenajının yaranması sayəsində ödənin onikibarmaq bağırsağa axımı yaxşılaşır.

Xroniki pankreatitlə duodenostazın patogenetik əlaqələri hər iki üzvdə yaranmış keçməməzliyi aradan qaldırmaqla bitmir. Burada cərrahi əməliyyatdan sonra mütləq qaydada onikibarmaq bağırsağın motor evakuator funksiyasını tənzimləmək və hətta bərpa etmək lazımdır. Bunun üçün müxtəlif metodlar da işlənilib hazırlanmışdır. Bu metodlar içərisində duodenoyeyunostomiya onikibarmaq, bağırsağın məməciyin köçürülməsilə icra edilən duodenektomiya praktik cərrahiyyədə geniş surətdə tətbiq olunan əməliyyatlardandır. Pankreatitin ödənin yolları və xoledoxun patologiyası ilə ağırlaşmış formasının müalicəsində daha geniş tətbiq olunan əməliyyatlardan biri pankreatoduodenal rezeksiyadır. Bu əməliyyat bu gündə cərrahlar arasında populyar olsa da, həcminə görə ağır əməliyyatdır və xəstələrin böyük əksəriyyəti bu əməliyyatı pis keçirdikləri üçün cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə yüksək ölüm faizi ilə digər əməliyyat növlərindən fərqlənir. Klinik müəşahidələr göstərir ki, ölümə səbəb pankreodigestiv anastomozda yaranan tikiş tutarsızlığıdır. Müxtəlif cərrahların verdikləri məlumatdan aydın olur ki, burada tikiş tutarsızlığının baş verməsinin əsas səbəblərindən biri də bəlkə də əsası ətraf toxumanın iltahablaşmasıdır.

Ödənin kisəsinin xaricə dreniləşdirilməsi sarılığın aradan qaldırılması üçün ən optimal variantdır. Ədəbiyyatda xolisistoqastrotomiya əməliyyatının icra olunmasını təklif edən müxtəlif məqalələr dərc edilmişdir. Lakin bu fikir cərrahlar arasında bir mənalı şəkildə qarşılanmamışdır. Bir sıra cərrahlar xolisistoqastrotomiyayı əməliyyatın ilkin etap kimi qəbul edirlər. Lakin əksər cərrahlar xolisistoqastrotomiya əməliyyatını ilkin etapu kimi aparılmasına lüzum görmürlər. Onların fikrincə radikal cərrahi əməliyyatdan imkan daxilində qaçmaq lazımdır. Digər bir qrup cərrahların fikrincə cərrahi əməliyyat apararkən orqanları kompleks şəkildə ayırmaq üçün mədəaltı vəzi və onun üzərini örtən periton qişasını mümkün qədər saxlamaq şərti ilə limfadenektomiya aparmaqla hepatoduodenal bağı ayırmaq lazımdır. Eyni qayda ilə prepilorik və paraduodenal zonanı limfatik düyünlərdən və patoloji prosesə tutulmuş toxumalardan ayırmaq vacibdir. Bir sıra cərrahların fikrincə yuxarıda göstərilən qaydalara əməl etdikdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə pankreatitin yenidən inkişaf etmə faizi xeyli azalır. Ədəbiyyatda xolisistopankreatit zamanı pankreatodigestiv anastomozun qoyulma texnikasını kamilləşdirən metodlar haqqında müxtəlif məlumatlar verilmişdir. Bu məlumatları ümumiləşdirərkən aşağıdakı nəticələrə gəlmək olar.

- Mədəaltı vəzi toxumasının kəsilmiş hissəsini onunla anastomozlaşdıran bağırsağ möhtəviyyəti ilə əlaqəsini kəsmək lazımdır;
- Mədəaltı vəzin şirəsinin toplanılması və ya qarın boşluğuna tökülməsi üçün şərait yaradan bütün amillər ortadan qaldırılmalıdır;
- Mədəaltı vəzə yetirilən travmanı minimal həddə endirmək və orada iltihabın inkişaf edə biləcəyi bütün halları ortadan çıxarmaq lazımdır;
- Mədəaltı vəzin sekretinin maneəsiz axımı təmin edilməlidir;
- Mədəaltı vəzin güdülünün fəaliyyəti və anastomozun funksiyasının saxlanması üçün tədbirlər görülməlidir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Məmmədova N.A. Kəskin xolesistopankreatitin müalicəsində cərrahi taktika. //Azərbaycan Tibb Jurnalı. 1999 №1. c 38-41.
2. Алышев Б.К., Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х., Садыков Х.Т. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии, 1998 №3. c 30-34.

3. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения //Инфекции в хирургии 2003. №4 с 10-12.
4. Ахаладзе Г.Г., Гальперин Э.И. Иммунологические аспекты билиарной инфекции и сепсиса. //Материалы горго семинара. НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифасовского. 2009. с.17-19.
5. Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Харин А.А. Пункционный метод и лечение постнекротических кист поджелудочной железы. //Хирургия 2001 №8. с 33-37. 6. Ачкасов Е.Е., Харин А.А., Каннер Д.Ю. Пункционное лечение ложных кист поджелудочной железы. //Хирургия. 2007. №7. – 65-68.
7. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. Ст-Петербург: Питер 2000. 446с.
8. Баширов А.Б., Алибеков А.Е. Иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи. /Матер. 3-го конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова М. 2001. с 49-50.
9. Белокуров С.Ю., Могутов М.С., Потапов М.П. и др. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения. Ярославль 2003. 320с.
10. Боженков Ю.Г., Шалин С.А. Профилактика панкреатита при повреждении поджелудочной железы. //Хирургия. – 2003.- №2. – с.49-52.
11. Буркевич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б., Цыбенжилов Е.Ц. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблема. //Вестник хир. -2000.-№2.- с.116-121.
12. Губергриц Н.Б., Хриситич Т.Н. Клиническая панкреатология. Донецк: ООО «Лебедь».- 2000.- 416с.
13. Данилов М.В., Федеров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. М 2003; -273с.
14. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В. Рецидивирующий панкреатит как хирургическая проблема.- //Хирургия.- 2003. -№3.- с.64-68.
15. Зубрицкий В.Ф., Осипов И.С., Михопулос Т.А. и др. Синдром внутрибрюшинной гипертензии у больных с деструктивными формами панкреатита.- //Хирургия.- 2007.- №1.-с.29-32.
16. Козлов И.А., Кубышкин В.А. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. //Хирургия.- 2004.- №11.-с.64-69.
17. Козлов К.К., Рудаков В.А., Еломенко С.Н. и др. Тактика при лечении псевдокист поджелудочной железы, как осложнений хронического панкреатита. М. 2000. 238с.
18. Королев М.Н., Кутушев Ф.Х., Уракчиев Ш.К., Волков Д.Е. Хирургическая тактика при повреждениях поджелудочной железы. //Вестн. Хир.- 2000.-№7.-с.40-44.
19. Костюченко А.А., Филин В.И. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное. Ст-Петербург: Деан 2000; 480с.
20. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений. //Хирургия.- 2003.- №8.-с.19-23.
21. Лупальцев В.И., Бондаренко В.А., Хаджиев О.Ч. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кистозного поражения поджелудочной железы. /Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. М.-2000.-с.94-95.
22. Маев М.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит.-М. Медицина.-2005.-504с.
23. Малиновский Н.Н., Агафанов Н.П., Решетников Е.А., Башилов В.П. Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита. //Хирургия.- 2000.- №1.-с.4-7.
24. Минько А.Б., Пручанский В.С., Корытова Л.И. Комплексная лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы. – Санкт-Петербург. Гиппократ.- 2001.-134с.
25. Морозов Ю.А. Сравнительная оценка информативности различных дооперационных методов исследования при инсулиномах. /Автореф. дис. канд. мед. наук.-М.-1998. 22с.
26. Мумуладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. Минимално инвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы. //Хирургия.- 2004.- №5.- с.65-67.
27. Погребняков В.Ю., Иванов П.А., Кузина Т.В. Рентгенохирургические вмешательства в лечении панкреонекроза / Перспективы развития интервенционной радиологии. /Тез. док-ов. Челябинск-Москва 2002. с.16-17.
28. Попов В.О. Обоснование комплексного патогенетического подхода к лечению больных острым панкреатитом. / Автореф. дис. канд. мед. наук.-Красноярск.-1999. 18с.
29. Прудков М.И., Шулуток А.М., Галимзянов Ф.В. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита. /Пособие для врачей. Под ред. М.И. Прудкова, А.М. Шулуток. Екатеринбург: Изд-во ЭКС-Пресс 2001; 35.
30. Седов А.Н., Парфенов И.П., Жарко А.Г. и др. Актуальные вопросы хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. В кн.:Материалы межрегион. Конф. Хирургов-гепатологов. Черноземья Белгород-2000. с.61-68.
31. Симаненков В.И., Кнорринг Г.Ю. Возвращаясь к проблеме хронического панкреатита. //Клин. Мед.-2001.-№10.-с.54-59.

32. Шабунин А.В., Лукин А.Ю., Бедин В.В. Пункционно-дренирующий способ лечения несформированных постнекротических кист поджелудочной железы. Хирургия 2000; 6: 12-14.
33. Шепилов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Таврида. 1997-560с.
34. Шалимов А.А. Грубник В.В., Горовиц Дж. и др. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза диагностики и лечения. Киев. Здоровье. – 2000.-255с.
35. Шалимов Д.В. Тактика лечения ложных кист поджелудочной железы. Автореф. Дисс. Канд. мед. наук. М 2000 17с.
36. Тарасенко В.С. Острый деструктивный панкреатит, некоторые аспекты прогнозирования и лечения. /Автореф.дис. д-ра мед. Наук. Оренбург. 2000. 32с. 37. Харнас С.С., Кулезнева Ю.В. Лачман Д. Дооперационная и интраоперационная диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы. // Хирургия.-2003.-№8.-С.62-68.
38. Armengol-Carrasco M., Oller B. Specific prognostic factors for secondary pancreatic infection in severe acute pancreatitis. /Dig. Surg. – 1999.- №16.- P. 125-129.
39. Benson M.D., Qandhi M.R. Ultrasound of the hepatobiliarypancreatic system. //Word. J.Surg. – 2000.- №24. – P.166-170.
40. De Waele J.J., Hesse U.J. Live saving abdominal decompression in a patient with severe acute pancreatitis. //Acta Chir. Belg.- 2005.- №105.- P. 96-98.
41. Floyd A., Pedersen L., Nielsen G.L. et al. Secular trends in incidence and 30-day case fatality of acute pancreatitis in North Jutland County, Denmark: a register-based study from 1981-2000 // Scand. J. Gastroenterol. – 2002.- №37.- P. 1461-1465.
42. Gecelter G. Fahoum B., Gardezi S., Schein M. Abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis: An indication for a decompressing laparotomy? /Dig Surg 2002; №19: P. 4002-4005.
43. Hamand G.G. Broderick T.J. Laparoscopic pancreatic necroectomy.//Am J. Surg. – 2000. №2.- P.115-118.
44. Kadappu K.K., Rao P.V., Srinivas N., Shastri B.A. Pancreatitis in enteric fever. //Indian. J. Qastroenterol. – 2002.- №2.- P. 32-33.
45. Mc Cleane G.J. The cholecystokine antagonist proglumide has an analgesic effect in chronic pancreatitis. //Pancreas. – 2000. №3. – P. 324-325.
46. Oruc N., Ozutemiz A.O., Yukselen V. et al. Infliximab a new therapeutic agent in acute pancreatitis. // Pancreas. – 2004. – №1. – P.1-8.
47. Tinto A., Lloyd D.A., Kang J.Y. et al. Acute and chronic pancreatitis-diseases on the rise: a study of hospital admission in England 1989/1990 – 1999/2000 // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – №16. – P. 2097-2105.

Ca ANTAQONİSTLƏRİNİN REPRODUKTİV FUNKSİYAYA TƏSİRİNİN BƏZİ ASPEKTLƏRİ

Qəniyev M., Kazımova A.U., Qarayeva K.Q.

***Azərbaycan Tibb Universiteti Farmakologiya kafedrası,
Elmi –Tədqiqat Mamalıq –Ginekologiya institutu***

Reproduktiv sağlamlığın müasir vəziyyəti doğum faizinin azalması, əhalinin ümumi və reproduktiv sağlamlıq səviyyəsinin aşağı düşməsi, hamilə qadınlarda somatik patologiyaların artması, normal doğuş faizinin nisbətən aşağı olması və xəstə uşaqların doğum faizinin artması ilə xarakterizə olunur(6). Əhalinin reproduksiya potensialını aşağı salan mühüm faktorlardan biri də valideynlərin övladın bünövrəsini qoymadan öncə və hamiləlik müddətində ananın qəbul etdiyi dərman maddələridir. Dərman maddələrinin təsirindən düşüklər, vaxtından əvvəl doğuş, gecikmiş doğuş, perinatal patologiya, anadangəlmə immunoloji və digər xəstəliklərin yaranması, inkişaf qüsurları, dölün və ya yenidoğulmuşun tələf olması (4, 7, 9, 21), həmçinin ata və ananın müvəqqəti və ya daimi sonsuzluğu halı baş verə bilər. Statistika göstərir ki, hamilə qadınların 80%-i bir və ya bir neçə, orta hesabla dörd farmakoloji vasitədən istifadə edirlər ki, bu

vasitələr də plasenta, embrion və dölə arzuolunmaz təsir potensialına malikdir (3,6,31). Bu səbəbdən də anadangəlmə inkişaf qüsurlarının 5%-dən çoxu dərman maddələrinin payına düşür və postnatal inkişafın davam edən sonrakı dövrlərində insanın davranışında və psixikasında müxtəlif pozğunluqlar üzə çıxarılır (7, 9). Müəyyən qisim dərman maddələri qadın və kişi cinsi hüceyrələrinin formalaşmasına məhvedici təsir göstərərək, embrion xromosomlarının abberasiyasını və ya genlərin mutasiyasını törədə bilər. Etik normalara zidd olduğu üçün hamilə qadınların klinik tədqiqat obyektinə olmaq potensialı aşağıdır və bu səbəbdən də bir çox dərman maddələrinin hamiləlikdə istifadəsinin effekti və təhlükəsizliyi barədə sübutlar azdır (38). Bununla əlaqədar olaraq, istər risk potensialı, istərsə də təsir effekti aspektindən müvafiq pasientlərin dərman qəbulu məsələsi tibbin az öyrənilmiş sahəsi olaraq qalmaqdadır (3,4).

Kalsium antaqonistlərinin (KA) çox şaxəli istifadə imkanları bir çox ədəbiyyat mənbələri və monoqrafiyalarda öz əksini tapmışdır (1). KA –dən kardiologiya, nevrologiya, psixiatriya, urologiya, ginekologiya təcrübəsində geniş istifadə olunur və hipertoniya xəstəliyinin etimologiyasından asılı olmayaraq KA –dən istifadə elmi olaraq əsaslandırılmışdır (5, 43). KA-dən ürək-damar sisteminin (ÜDS) bir çox xəstəliklərində (32) çox geniş istifadə olunur və global dünyamızda ildən-ilə bu xəstəliklərin yaşının cavanlaşması, reproduktiv yaşda baş verməsi müvafiq preparatların daha cavan yaşlarda istifadəsinə zəmin yaradır. Sadalananları nəzərə alaraq, müxtəlif kimyəvi qruplardan olan KA -nin reproduktiv funksiyaya təsirinin əhatəli şəkildə öyrənilməsi zərurəti doğur.

Ca^{2+} ionlarının hüceyrədaxili axını sinir oyanması ilə aktivləşən PAKK vasitəsilə həyata keçir və KA-nin təsir mexanizminin əsasında da müvafiq tip (L, T, N, R, Q və .s.) PAKK -nin blokada olunaraq, hüceyrədaxili Ca^{2+} ionlarının konsentrasiyasının azalması durur (1, 5). Ca^{2+} ionları insan və heyvan orqanizmində müxtəlif tip somatik və embrional hüceyrələrinin metabolik aktivliyində, differensiasiyasında, hüceyrə tsiklinin əsas tənzimləyicisi funksiyalarının yerinə yetirilməsində vacib rol oynayır və ikincili messenger kimi praktik olaraq bütün hüceyrədaxili proseslərdə iştirak edir (19, 36). Embriogenezdə isə xüsusi rol oynayır (41, 42). Kalsium ionlarının müxtəlif növ canlılarda meyoza prosesinin tənzimlənməsində iştirakı artıq əksər alimlər tərəfindən qəbul olunmuşdur (39, 48) və endokrin hormonların reproduksiya orqanlarına göstərdiyi təsirdə vasitəçi rol oynadığı sübuta yetirilmişdir (17, 40, 44). Həmçinin Ca^{2+} ionlarının hüceyrədaxili hemostazını saxlamaq üçün müvafiq ionların hüceyrədaxilinə və hüceyrəxaricinə axını sərt şəkildə rəqulyasiya olunmalıdır. Belə ki, hüceyrə membranı vasitəsilə Ca^{2+} ionlarının transportunda baş verən dəyişiklik cinsi hüceyrələrin formalaşmasına (27, 35) və steroidogeneza güclü təsir göstərə bilər (42). Yumurtalıqda PAKK-dan L-tip kalsium kanallarının aşkar olunmasından sonra (22, 25, 26), Alexander Qallo et. al (2013) uzun müddət apardığı tədqiqatlara yekun vuraraq sübut etdi ki, yetişməmiş ositlərdə funksional aktiv PAKK olan T- tip kalsium kanalları vardır və potensialdan asılı T və L-tip Ca^{2+} kanalları fizioloji olaraq ositlərin yetişməsində mühüm rol oynayır (15, 33, 41).

Ədəbiyyat mənbələrində KA-nin reproduktiv funksiyaya təsiri barədə az saylı təzadlı fikirlər mövcuddur. İlk dəfə olaraq Benoff S. et .al (1998) apardığı araşdırmalarında mayalanma prosesinin vacib şərtlərindən olan akrosom reaksiyanın (AR) baş verməsi üçün hüceyrədaxili Ca^{2+} ionları konsentrasiyasının vacib olmasını göstərərək, müvafiq preparatların qəbulunun kişi cinsi hüceyrələrdə L-tip kalsium kanallarını blokada etməklə hüceyrədaxili Ca^{2+} ionları konsentrasiyasının azalmasını sübuta yetirmişdir. Bununla da müəllif 1994-cü ildə aşkar etdiyi fenomenin - akrosom reaksiyanın normal gedişinin pozulması

mexanizmini açıqlaya bilmişdir (16). Almada. S. A et. al.(2000) erkək siçovullara 30 gün ərzində 0,04mq\ kq dozada KA-nin dihidropiridin törəməsi qrupundan olan amlodipin verməklə, qan plazmasında FSH və testesteron səviyyəsinin azalmasını müşahidə etmişdir. Lakin LH və prolaktin səviyyəsi dəyişmədən stabil qalmışdır (14). Kelley. R. et.al. (1996) verapamil qəbul edən sağlam kişilərin qan plazmasında prolaktin səviyyəsinin atdığı göstərmişdir (23). Heyvanlar üzərində aparılan son illərin tədqiqatları (13) təsdiq etmişdir ki, KA –nin insan dozasına yaxın dozada qəbulu hormonal fonda (LH, FSH, testesteron) dəyişiklik törədir. Güman ki, alınan nəticələr dozadan aslı olmuşdur.

Ədəbiyyat mənbələrindən məlum olur ki, KA-nin reproduktiv funksiyaya təsiri demək olar ki, yalnız erkək cinsindən olan təcrübə heyvanları üzərində tədqiq olunmuşdur. Müvafiq preparatların qadınların hormonal fonuna və reproduksiya orqanlarına təsiri barədə məlumatlar olduqca məhduddur. Bu baxımdan KA-nin reproduktiv funksiyaya təsirinin müvafiq aspektdən öyrənilməsi zərurəti ortaya çıxır. Alınan nəticələrdən tibbi praktikada istər reproduktiv yaşda, istərsə də menopauza dövründə qadınların hormonal fonunun dəyişilməsi tələb olunan hallarda istifadə edilə bilməsi mümkünlüyü nəzərdə tutulur.

İlk dəfə olaraq 1980-ci ildə KA- nin digər nümayəndəsi olan nifedipinin tokolitik kimi tövsiyyə olunması kalsium antaqonistlərinin coxşaxəli təsirə malik olmasını bir daha sübut etdi (24, 45). Hamilə qadınların 15-20% -də arterial hipertenziyaya rast gəlinir ki, bu baxımdan hamilə analar antihipertenziv preparatlar almaq məcburiyyətində qalır (2). Çünki, arterial hipertenziya bir sıra arzuolunmaz halın, o cümlədən ana ölümünün, vaxtından əvvəl doğuşun, perinatal məhvin (4) və ürək- damar sistemi xəstəliklərinin fəsadlaşmasına səbəb olur (5). Hamilə qadınların farmakoterapiyası hipertenziyanın müxtəlif formalarından asılı olaraq təyin olunur və xəstəliyin müalicəsi uzunmüddətli dərman qəbulu tələb edir (21). Lakin hamiləlik zamanı antihipertenziv maddələrdən geniş istifadə olunmasına baxmayaraq, dölün anabətnindəki inkişafına arzuolunmaz təsiri barədə ədəbiyyat məlumatları məhduddur (38). Nəzərə alsaq ki, antihipertenziv preparatların praktik olaraq bütünü plasental baryeri keçir, onda onun dölün inkişafına arzuolunmaz təsir göstərmə potensialının yüksək olması şəksizdir (11, 24, 28, 30).

KA qeyri hamiləlik dövündə arterial hipertenziyanın müalicəsində istifadə olunan dərmanlar arasında birinci sırada durur (8, 10).

Erkən hestozlar zamanı hamiləliyin I trimestrində KA-nin qəbulu haqda ədəbiyyat mənbələrində məlumatlar vardır (12). Bu məlumatlarda anadangəlmə anomaliyalara rast gəlinməsə də, KA-nin qəbulu zəmnində teratogenlik riskinin və ya teratogenliyin əmələ gəlməsinə meyilliyin artması müşahidə edilmişdir (29, 30, 37, 46). Lakin Avropa teratoloji informasiya xidməti mərkəzinin (the European Network of Teratology Information Services –ENTIS) hamiləliyin I trimestrində KA qəbul etmiş 299, kontrol qrupda 806 hamilə qadın üzərində koqort müşahidələrinə görə, ana bətnində KA-nin təsirinə məruz qalan yenidoğulmuşlarda anomaliyaların əmələ gəlmə tezliyi kontrol qrupla müqayisədə cüzi fərq etmişdir (45).

Bir çox ədəbiyyatlarda KA-nin hamiləlik zamanı istifadəsinin təhlükəsiz olduğu göstərilir. Anadangəlmə ÜDS anomaliyalarının əmələ gəlmə riskinin qiymətləndirilməsi istiqamətində aparılan məqsədyönlü araşdırmalar göstərir ki, antihipertenziv preparatlar arasında KA yeganə qrupdur ki, müvafiq deffektlərin baş vermə tezliyi yüksəlmir.(18) Lakin ayrı-ayrı ədəbiyyatlarda bu fikirləri təkzib edən tədqiqatlara da rast gəlinir. Belə ki, Robert L. et. al (2010) hamilə qadınlar üzərində apardığı müşahidələrdə hamiləliyin III trimestrində ana bətnində KA-nin təsirinə məruz qalmış və inkişafını tam başa çatdırmış 804 yenidoğulmuşda qıcolma riskinin yüksək olduğunu qeydə almışdı (34).

ABŞ –da 5 sığorta bazasından istifadə etməklə aparılan populyasion araşdırmaların məlumatlarına görə hamiləliyin III trimestrində KA-nin təsirinə məruz qalmış yenidoğulmuşlarda qıcolma, sarılıq və hemolitik ağırlaşmaların əmələ gəlmə tezliyi yüksək olmuşdur (nisbi risk 3,6; 95% TM 1,3-10,4) (20). 30 ildən də artıqdır ki, bu qrup dərmanları xroniki, hestozlu AT və preeklampsiyalar zamanı istifadə edirlər (24,29,45). KA-nin real tibbi praktikada bu qədər geniş istifadə imkanlarına baxmayaraq onların döl üçün təhlükəsiz pereparatlar olması məsələsi hələ də öz həllini axıra qədər tapmamışdır. Hamiləlik zamanı ən çox istifadə olunan KA-nin dihidropiridin törəməsi olan nifedipindir ki, onun da hamiləliyin I trimestrində qəbulu barədə məlumatlar məhduddur (45). Həmçinin ədəbiyyat mənbələrində ana bətnində KA-nin təsirinə məruz qalmış nəslin postnatal inkişafının sonrakı mərhələlərində onun psixikasına, yaddaşın formalaşması, əqli inkişafında törənə biləcək dəyişikliklər barədə məlumatlar yox səviyyədədir. Göründüyü kimi ədəbiyyat mənbələrində KA-nin dölə təsiri barədə təzadlı fikirlər vardır. Bütün bunlara baxmayaraq ÜDS -nə təsir göstərən müvafiq pereparatların hamiləlik zamanı geniş istifadə olunması və onların inkişafda olan dölə təhlükəsizlik profili haqqında məlumatların az olması tədqiqatın daha dərinə və hərtərəfli tədqiqinin zəruri olmasını vurğulayır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Абышев А. З., Агаев Э. М., Семенов Е.Б. Антагонисты ионов кальция нового поколения // Баку: АМУ, 2003. Ст. 236.
- 2.Баранова Е.И. Артериальная гипертензия у беременных //Артериальная гипертензия -2006. №12 (1). Ст. 7-15.
3. Бенедиктов И. И., Бенедиктов Д. И., Шардин С.А. Акушерская фармако-терапия - Сердлокс: Изд-во Урал.ун-та, 1998. Ст. 152.
- 4 .Фролова.О.Г., Ильичева И.А. Вопросы охраны репродуктивного здоровья решениях коллегий Мин.РФ 2002г // Акушерство и гинекология. 2003 - №4.Ст. 3.
- 5.Карпов Ю.А. Роль антагонистов кальция в лечении пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и ИБС\ \ Артериальная гипертензия, 2007, №1. Ст. 27-33.
- 6.Кирющенков А.П., Тараховский М.Л. Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод // М.: Медицина, 1990. Ст. 272.
- 7.Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных.- СПб.: Сотис 1993. Ст. 375.
- 8.Преображенский Д.В., Сидеренко Б.А., Романов Н.Е., Шатунова И.М. Клиническая фармакология основных классов антигипертензивных перепаратов // Consilium Medicum; 2000; 2 (3). Ст. 99-127.
- 9.Шабалов. Н.П., Маркова И.В. Антибиотики и витамины в лечении новорожденных. СПб.: Сотис, 1993. Ст.254.
10. Ушкалова Е. А., Рунихина Н.К., Эффективность и безопасность антагонистов кальция во время беременности // Журнал: Проблемы женского здоровья № 4 том; 2012. Ст. 7-12.
11. Ушкалова Е. А. Лечение артериальной гипертензии во время беременности // Фарматека – 2003; №11. Ст. 27-33.
12. Abela D., Ritchie H., Ababneh D. et. al. The effect of drugs with ion channel - blocking activity on the early embryonic rat heart. Birth Defects Res B Dev Reprod // Toxicol. 2010. 89 (5); p 429-40
13. Adefule A., Adesanya O., Akpan H. et.al. Toxity effects of amlodipine on the testis histology in adult Wistar rats; // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2012; 2(3) p 36-40; DOI:10.5923\j.ajmms 201 20203.02
14. Almaida S. A., Teofilo J.M., Anselmo Franci J.A. Antireproduktiv effects Ca channel blockers of amlodipin to male rats // Toxicol Pathol; 2000 52; p 353-6.
15. Alexander Qallo, Jan Luidji Russo, Elizabeta Tosti. T-type Ca²⁺channel blocker current activity during the growth and maturation of oocytes in the squirt Styela Plicata. 22 jan. 2013. DOI:. 10.1371.\ journal pone 0054604. PMC. 355 1846
16. Benoff S., Cooper G.W., Xerli Y. et.al. Fertil Steril. September 1994; 62 (3) p. 606 -17.
17. Berridge M.J., Butman M. D., Roderik H. L. Calcium signaling, dynamics, and modernization gemeos .Nat. Rev. Mol.Cell.Biol .2003\ 4; 517-29; DOI; 10.10 nrm1155
18. Caton A.R., Bell E. M., Druschel C.M. et.al. Antihypertenzive medication use during pregnancy and the risk of cardiovascular malformations. Hypertension 2009; 54 (1); P. 63-70.

19. Boni R, Gualtieri R., Talevir R., Tosti E. Calcium and other ion dynamics during gamete maturation and fertilization // *Theriogenology*. 2007; 68 Supplement 1 S 156-164
20. De Souza A.R., Amorim M. R., Costa A.R. Nifedipin antihypertensive treatment effects in pre-eclampsia // *Acta . Med. Port*. 2008; 21(4). P. 351-8.
21. Fanafoff. A.A., Martin R.J. Neonatal – Perinatal Medicine (Diseases of the Fetus and Infant) \ Ed. Mosby, 2002 ; p- 1732
22. Homa S.T. Calcium and meiotic maturation of mammalian oocytes // *Mol. Reprod. Dev*. 1995; 40: p 122-134
23. Kelley S.R., Kamal T.J., Molitch M. E. Follow A .J/.P - *Endocrinology Metabolizm*, vol 270; e 96 // *The American Physiological Society* - Jan 1996 79.
24. King J., Flenady V., Papatsonis D. et. al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour, a systematic review of the evidence and a protocol for administration of nifedipine // *Aust N Z J Obstet Gynaecol* .2003, v. 43 p. 192-198
25. Qudwin L.O., Lids N.B., Guzowski D. et. al. Identification of the structural elements testicular specific voltage dependent calcium channel that potentially regulate its biophysical . *Mol.Hum.Reprod*.1999; 5,p 311-22;DOI:10. 1093\molehr 5,4, 311
26. Lee S.H. ,Yoon S.Y., Bae I.H. Studies on Ca²⁺ channel distribution in the rats oosity maturation arrest // 2004 *Mol. Reprod. Dev* 69.: p. 174-185
27. Li L.H., Vina R.N., Miller D.S. et.al. Protection against acid-induced methoxy appoptoza spermatocytes with calcium channel blockers in cultured rat pups semennnyh tubules possible mechanisms.*Toxicol. Appl. Pharmacol.*; 1997; 144; 105-19 DOI: 10. 1006 / taap 1997. 8129
28. Lydakakis C., Qub.G.Y. Atenalol and fetal growth in pregnancies complicated by hypertension // *A.J. Hypertens* , 1999, 12(6), p 541-547 (PUB MED)
29. Magee L. A., Schick B., Donnefeld A.E. et. al. The safety of calcium channel blockers in human pregnancy: Apospective multicenter cohort study // *Am J. Gynecol* 1996; 174 (3) p 823-8
30. Maqee L., Dubley L., Oral beta-blockers formild to moderate arteries. *Hypertension during pregn* // *Database Syst* 2003 , 3, CD oo2863 (Pub MED)
31. Moudgal . V.V., Sobel J D. Antifungal drugs in pregnancy: a review // *Expert Opin. Drug/ Sat* 2003- vol -p 475-483
32. Murray C. J. L., Lopez A .D. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization. 1996
33. Publicover S.J., Barrat C.L.R. Voltage dependent calcium channels and the acrosome reaction: which are channels and what they do. *Hum. Reprod*. 1999; 14; p 873-9; DOI: 10.1093 Humer/ 14.4.873.
34. Robert L., Devis M. D., MPH, Marsa, A. Raebee, Suzen E, Andrade, Devid Smit, Mariana Ulcickas Yood, Sasha Dubline, Ricard Platt. *PMC* 15 noyabr 2010 DOI:. 10.1002\ pds. 2068, The risk of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to calcium channel blockers and beta blockers during pregnancy
35. San Wagoming., Xan S.T., Lee J.H., Yung Kentukki., Li H.M., Ya Choo; Developmental expression of alpha 1 type HT Ca channels during spermatogenesis and organogenesis on rats // *Dev. Differenc*. 2002; 44; p. 181-90; DOI: 0. 1046/j. 1440-169.X. 2002. 006 33. X.
36. Sauer H., Rahimi G., Hescheler J. et.al . Effects of electrical fields on cardiomyocyte differetiation of embryonic stem cells. *J. Cell. Biochem*, 1999.V. 75. P. 710-723
37. Scott W. J. Jr Resnick E. et.al. Cardiovascular alterations in rat fetuses exposed to calcium channel blockers ; *Reprod. Toxicol*. 1997; (2-3) ; 207-14
38. Sibai B.M. Treatment of hypertension in preg. women .N Engl. // *Med*.1996 v-335
39. Steele G.L., Leung P.K. Intronadnal signaling mechanisms in the management of steroid hormones J. *Steroid .Biochem* // *Mol . Bioloji*. 1992; 41; 515-22. DOI. 10.10.16/ 0960 - 0760 (92) 90376 -T
40. Sticker S.A. Comparaive biology of calcium sygnaling during fertilization and egg activation in animals // *Dev Biol*. 1999; 211: p 157-17 41.Tonini R., Baroni M.D., Masala E. M. et.al .Calcium Protects Different neuroblastoma Cells during 50.H₂ Electromagnetic radiation *Biophys. J*. 2001.V.8. N 5 .P. 2580- 2541.
42. Tosti E. Calcium ion currents thorough the events of oocyte maturation // *Reprod. Biol . Endocrinol*, 2006. № 4: p 26
43. Thyophile G. Antioxidant effects and the therapeutic mode of action of calcium channel blockers in hypertension and atherosclerosis*Philosophical Transactions of the Royal Societi*. 2005, v. 360, p. 2259-2272
44. Yamaguchi M. Role in the regulation of cell homeostasis and function // *Int. J. Mol. Med*. 2005; 15; 371-89.
45. Weber-Schoendorfer C.,Hannemann D.,Misrer R. et. al. The safety of calcium channel blockers during pregnancy; a prospective ,multicenter,observational study // *Reprod. Toxicol*. 2008; 26(1); p 24-30
46. Abela D., Ritchie H., Ababneh D. et. al. The effect of drugs with ion channel - blocking activity on the early embryonic rat heart //*Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*. 2010 № 5; p 429-40

KLİNİKAYAQƏDƏRKİ MƏRHƏLƏDƏ UŞAQLIQ MIOMASININ DİAQNOSTİKASINA MÜASİR METODLARIN TƏTBİQİNİN EFFEKTİVLİYİ

Kamilova N.M., Əliyeva Y.O.

Azərbaycan Tibb Universiteti, I Mamalıq-ginekologiya kafedrası

Uşaqlıq mioması qadın cinsiyyət orqanlarının daha geniş yayılmış xoşxassəli şişlərinə aiddir. Onun tezliyi 10-30% arasında tərəddüd edir [1,2]. 30-40 yaşında olan hər 5 qadımdan birində uşaqlıq mioması olur. Uşaqlıq miomasının baş vermə tezliyi 30 yaşında qadınlarda 15-17%, premenopauzal dövrdə olan qadınlarda 30-35% təşkil edir [3,4]. Lakin son illər uşaqlıq miomasının “cavanlaşması” tendensiyası qeydə alınır və 30 yaşına qədər olan qadınlarda qeydə alınır ki, bu da həm diaqnostikanın təkmilləşdirilməsi, həm də “agressiv” mamalıq və ginekologiya müdaxilələrin geniş yayılması ilə bağlıdır. Ginekoloji xəstəliklər strukturunda uşaqlıq mioması qadın cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəliklərindən sonra ikinci yeri tutur [5,6]. Uşaqlıq mioması olan qadınlarda orta yaş həddi $32,8 \pm 0,47$ yaş təşkil edir, aktiv cərrahi müalicəyə göstərişlər təqribən 45 yaşlarında olur. Müəyyən edilmişdir ki, bu şişin inkişafına təqribən 5 il lazımdır, 84% halda düyünlər çoxsaylı olur [6].

Uşaqlıq mioması olan qadınlarda reproduktiv anamnezində tibbi abortların kifayət qədər yüksək tezliyi diqqət çəkən məqamlardandır ki, bu da məlum olduğu qədər başqa təsir faktorları ilə yanaşı uşaqlıq miomasının inkişafına zəmin yarada bilər. Uşaqlıq miomalı xəstələrdə şiş aşkar olunduğu müddətə qədər adətən reproduktiv funksiya pozulmuş olmur, lakin klinik praktika göstəricilərinə əsasən ayrı-ayrı kontingentləri sürətlə inkişafda olan şişli adamlar təşkil edir, onların anamnezində hamiləlik göstəriciləri olmur [7, 8].

Miomalarda angiogenezi prosesi qırılmaz olaraq bu şişlərin morfogenezi ilə bağlıdır və müəyyən dərəcədə yaranmasının xüsusiyyətləri, böyüməsinin xarakteri və klinik- morfoloji variantlarını təyin edir (uşaqlığın sadə və ya proliferasiyaedici mioması) və bəzi müəlliflərin fikrincə perspektivdə uşaqlıq miomasının müalicə metodları angiogenezi prosesində təsir imkanları ilə bağlı olmalıdır [9]. Uşaqlıqda onların damarlaşma prosesini tənzimləyən reseptorlarının artması patoloji qanaxmaların meydana gəlməsinə səbəb olur.

Uşaqlıq mioması olan xəstələrdə xəstəliyin klinik təzahürləri inkişaf edəndə qədər konstitusional vegetativ- damar natamamlığının müxtəlif növlərinə rast gəlinir: miqren, huşunu itirmə, vestibulopatiyalar, gec və ya tez menarxe, mübadilə- endokrin pozuntular, dağınıq mikroocaqı simptomatika, qan dövran orqanlarının xəstəlikləri, nevrasteniyaya [10].

Uşaqlıq mioması olan başqa xəstələr arasında sinir fəaliyyətində güclü tarazsızlıq olan qadınlar, ürək- damar sistemi xəstəlikləri zədələməsinə meyilli olan qadınlar üstünlük təşkil edir. Bu xəstəlik psixosomatik xəstəliklər qrupuna aid edilir. Uşaqlıq mioması olan əksər xəstələr başqa qadınlarla müqayisədə özlərinə qarşı hətta ən cüzi sosial norması pozuntuları faktını inkar etmək cəhdləri, iradların yüksək səviyyəsi, öz fəaliyyətinin ictimai mahiyyətini qabarıq şəkildə göstərmək arzusu daha qabarıq olur. Bununla yanaşı onlarda hirsənlənmə reaksiyalarına meyillilik baş verir ki, bu hal sosial normalara riayət olunması və ətrafdakıların razılığına yönəlmə nəticəsində reallaşması çətinləşir. Bu, qaçılmaz olaraq psixi ziddiyyətlərə gətirib çıxarır və nəticədə xronik psixogen stressə və sərhəd psixopatik vəziyyətlərə səbəb olur [11].

Uşaqlıq miomasının patogenezinə qadının orqanizmində funksional dəyişikliklərin dərinliyini müəyyən edən müvəqqəti faktorlar əsas rol oynayır. Şişin sürətlə böyüməsində və qabarıq simptomatikasında ikincili funksional pozuntular, xronik qan itgisi əsas rol oynayır, ona görə də şiş aşkar olunduğu birinci ildə cərrahi müdaxiləyə məruz qalır. Nisbi ləng şişin böyüməsində onun selikli qişa altında düyünləri olmadan belə ikincili sistemli pozuntular daha ləng inkişaf edir və şiş aşkar olunduğu 4-5 ildən sonra daha dəqiq aşkar olunur.

Xəstəliyin inkişafında su- elektrolit balansın pozulması, zülal balansının, immun homostazın, dəmir mübadiləsi, həyatı vacib orqanlarda regionar hemodinamikanın pozulması, hipovalemiya və s. mərkəzi sinir sisteminin funksional pozuntuları ilə yanaşı böyük rol oynayır. Xüsusilə xəstəliyi 10 il və daha uzun müddətli olan xəstələrdə homostaz dəyişiklikləri daha əhəmiyyətlidir [12].

Beləliklə, belə qənaətə gəlmək olar ki, uşaqlıq miomasının inkişafı miometriyanın xoşxassəli diffuz (hormonlarla tənzimlənən) və ya ocaqlı hiperplaziyası olub, patogenezin çoxcəhətli faktorları və sistemli pozuntular ilə xarakterizə olunur. Bu xəstəliyin etiologiya və patogenezinin müasir tədqiqatları göstərir ki, erkən diaqnostika şəraitində vaxtında patogenetik müalicə tam olaraq cərrahi müdaxiləni əvəz edə və ya onun həcmi kifayət qədər azalda bilər. Eyni zamanda başqa ədəbiyyat mənbələri onu göstərir ki, müalicənin müxtəlif metodlarına yanaşma birmənalı deyildir və hazırki dövrə qədər gənc miomalı xəstələrin aparılması vahid taktikası yoxdur [13].

Uşaqlıq mioması olan xəstələrin ultrasəs müayinə metodlarının istifadə olunması mioma düyünlərinin miqdarı, ölçüsü və lokalizasiyasını, şişin kütləsinin, endometr, miometriya və uşaqlıq səthinin vəziyyətini, orqan və ayrı-ayrı düyünlərdə qan təminatını təyin etməyə imkan verir ki, bu da rəşional müalicə taktikasının seçimində xüsusi əhəmiyyət kəsb edir [14]. Exoqrafiya diametri 10 mm- dən böyük olan miomatoz düyünü asanlıqla vizuallaşdırmağa imkan verir. Miometriya ocağında aşkar olunan diametri 10 mm-dən az olan ocaqlı artımların interpretasiyası miomatoz düyünlər kimi səhv- müsbət cavabın alınmasına səbəb ola bilər, çünki belə artımlar uşaqlıqda başqa xəstəliklərin olduğunu göstərir (daxili endometrioz, artefaktlar) [15]. Miomalar öz quruluşu etibarilə sayə əzələli toxuma və birləşdirici toxumaların miqdarının müxtəlif nisbətlərinə malik ola bilər, bununla əlaqədar olaraq bu xoşxassəli şişlər exostrukturların müxtəlifliyi ilə xarakterizə olunur (hipoexogendən başlamış hiperexogenə qədər). Ədəbiyyat göstəriciləri inandırıcı olaraq göstərir ki, transvaginal exoqrafiya uşaqlıq miomasının etibarlı diaqnostika metodudur, lakin uşaqlıq miomasının klinik gedişatını, eləcə də uşaqlıq sarkomasını proqnozlaşdırmağa imkan vermir.

Təbabətin inkişafının müasir mərhələsində rəngli doppler mənzərəsi və energetik doppler mənzərəsinin, impuls- dalğa dopplerografiyası kimi yeni metodikaların meydana gəlməsi ilə ultrasəs müayinənin imkanları kifayət qədər genişlənməmişdir [16]. Bu metodların meydana gəlməsi impuls dopplerometriyanın tətbiqi sahələrini nəzərəcərpacaq dərəcədə genişləndirmişdir, onların köməkliliyi ilə birbaşa olaraq təkçə magistral damarları deyil, həm də kiçik parenximatoz arteriolları da vizuallaşdırmaq mümkün olmuşdur ki, bu da ginekologiya sahəsində müayinələrin aparılması üçün çox vacibdir [17].

Kompüter texnologiyaların sürətli inkişafı nəticəsində ultrasəs diaqnostika vasitəsilə həcmli informasiyanın alınması və təhlili mümkün olmuşdur. Üçölçülü rekonstruksiyanı təmin edən xüsusi proqramlar XX əsrin 90-cı illərindən tətbiq olunmağa başlanmışdır. Hazırda üçölçülü exoqrafiya ginekoloji praktikada geniş tətbiq olunmağa başlanmışdır. Çoxplanlı rekonstruksiya, orqanın səthlər boyunca

təhlilinin mümkün olması, prospektiv baxış və ultrasəs göstəricilərin saxlanan həcmnin rekonstruksiyası kimi üstünlüklərə malik olaraq standart ultrasəs müayinənin informativliyini artırmağa imkan verir ki, bu da planlı əməliyyatların aparılmasında çox aktualdır [18].

Beləliklə, müasir mərhələdə yeni ultrasəs diaqnostik texnologiyaların tətbiqi miomatoz düyünlərin həcmi, strukturunu, xüsusiyyətlərini, topoqrafiyasını qiymətləndirməyə, eləcə də onun damarlaşmasının xarakterini və qan axının həcmi təyin etməyə imkan verir [19]. Üçölçülü exoqrafiya, rəngli doppler məzərəsi və üçölçülü doppleroqfiya miomanı qidalandıran və angiogenezi sahəsini formalaşdıran şişin periferiyası boyunca düzgün halqa şəklində damarları və şiş hüceyrələrinin angiogenezi aktivliyinə cavab olaraq inkişaf edən mərkəzi şişdaxili vəziyyəti aşkar etməyə imkan verir [20].

Hazırda doppleroqramın interpretasiyası üçün spektral ayrılmanın keyfiyyət təhlili aparılır, onların göstəriciləri damarın diametrindən və insonasiya bucağının həcmindən asılı olur, çünki qan axınının keyfiyyət xarakteri ürək siklinin müxtəlif sikllərində onun sürətinin nisbətində əsaslanır. Qan axınının sürət ayrılmasının keyfiyyət təhlili zamanı aşağıdakı parametrlərə diqqət yetirilir: ürəyin yığılma funksiyasının və müayinə olunan damarların elastikliyinə göstərən qan axınının maksimal sistolik sürəti və periferik damar axınının müqaviməti ilə bağlı olan qan axınının son diastolik sürəti. Qeyd olunan göstəricilərin nisbətini təşkil edən indekslər “bucaqdanasılı olmayanlar” adını almışdır. Onlara pulsasiya indeksi (PI), rezistentlik indeksi (RI) və sistolik- diastolik nisbət aiddir. Bütün bu göstəricilər damar axınının periferik sahəsində müqaviməti göstərir. Onun artması əsas etibarilə qan axınının sürəti ayrılmasının doppler spektrinin diastolik komponentinin azalması ilə özünü göstərir, bu da sadalanan indekslərin kəmiyyət baxımından artmasına gətirib çıxarır [21].

Uşaqlıq mioması olan qadınlarda müxtəlif müəlliflər tərəfindən aparılan qan axın sürətinin ayrılmasının müayinəsi zamanı təyin olunmuşdur ki, uşaqlıq mioması olan xəstələrdə sağlam qadınlarla müqayisədə uşaqlıq arteriyalarında damar rezistentliyi göstəriciləri aşağı olmuşdur. Belə qanunauyğunluq dəyişilməz miometriya ilə müqayisədə miomatoz düyünlərin damarlarında da qeydə alınmışdır. Daha aşağı damar rezistentliyi miomatoz düyünlərdə intakt miometriya ilə müqayisədə estrogen və estrogen reseptorlarının konsentrasiyasının artması ilə izah olunur, çünki hesab olunur ki, estrogen və estrogen reseptorlarının yüksək konsentrasiyası uşaqlığın damar sisteminin vazodilatasiyasına gətirib çıxarır [22].

Uşaqlıq arteriyalarında RI miomatoz düyünlərin histoloji quruluşundan asılıdır. Belə ki, proliferasiyaedici mioma zamanı RI $0,67 \pm 0,09$ olduğu halda sadə uşaqlıq mioması zamanı RI $0,78 \pm 0,06$ təşkil edir. M.İşMedvedeva və həmmüə. [21], İ.T.Titçenkonun [22] işlərində eyni qanunauyğunluq qeydə alınmışdır. Bu müayinələr qeyri- invaziv yolla uşaqlıq miomasının morfoloji quruluşunu, onun hamilə zamanı və hamiləlik olmadıqda böyümə intensivliyini təyin etməyə imkan verir, bununla da müalicə taktikasının differensasiya olunmuş yanaşmanı təmin edir.

Y.D.Lütovanın [23] göstəricilərin əsasən uşaqlıq arteriyalarında qan axınının intensivliyi miomatoz düyünlərin ölçüsü ilə korrelyasiya əlaqəsindədir: düyün çox olduqca RI bir o qədər aşağı olur.

Exoqrafiya göstəricilərinin kompleks müayinəsi miomatoz düyünlərin vəziyyətini obyektiv qiymətləndirməyə və xəstəliyin klinik gedişatının proqnozunu verməyə imkan verir ki, bu da cərrahi müalicəni vaxtında əsaslandırmağa, müayinələrin keyfiyyətini artırmağa imkan verir.

Müəyyən edilmişdir ki, bütün canlılarda və toxumalarda bütün oksidləşmə zəncirvari reaksiyaları üçün əsas substrat lipidlərdir, onlar ikili və birləşən əlaqələr sistemi hesabına zəncirvari radikal reaksiyalar üçün ideal substartlar hesab olunur [24]. Lipidlərin peroksidləşməsinin (LPO) sərbəst radikal reaksiyası canlı orqanizmlərin bütün hüceyrə və toxumalarında, əsas etibarilə membran və lipoprotein komplekslərdə gedir. Bu membranın təzələnməsinin universal prosesi hesab olunur. Peroksidlərin təsiri altında membranların dəyişməsi oksidləşmiş lipidli membranların yuyulması və onların yeni, daha zəngin lipidlərlə əvəz olunmasıdır. Lakin LPO prosesinin güclənməsi membranların tamlığının pozulmasına, bir sıra lipidlərdən asılı fermentlərin inaktivasiyasına və nəticədə hüceyrənin özündə metabolik proseslərin pozulmasına gətirib çıxarır.

Birləşmə- struktur antioksidantlar qrupunu ayırmaq olar (tokoferollar, steroidlər, eykozanoidlər) ki, onlar membranların və lipoproteid komplekslərin stabilləşməsi vasitəsilə LPO- un aktivliyini aşağı salır [25, 26, 27].

Bəzi hormonlar əsas funksiyadan başqa qabarıq antioksidant fəaliyyətə malikdirlər ki, bu da fizioloji şəraitdə edən sərbəst radikal oksidləşmə prosesinə, eləcə də patoloji proseslərdə oksidləşmə prosesinin inkişafına təsir göstərə bilər.

Bunlar **esytroen** və sintetik estrogenlər metabolitləri, bununla yanaşı katezolestroenlər (2-hidroksil-estrogen və 4--hidroksil-estrodio) radikalları E və C vitaminlərinə nisbətən daha effektiv inhibirləşdirir, eləcə də tokoferol radikalları bərpa edir [28]. 17β-estradiol ayrılmış aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər oksidlərini 10-100 dəfə effektiv olaraq inhibirləşdirir, α-tokoferol, γ-tokoferol və melatonin ilə müqayisədə mis ionları ilə induksiya edir.

Məlumdur ki, tireoid hormonlar (TH) həmçinin bəzi antioksidant təsirə malik olur. Lakin onlar kifayət qədər öyrənilməmişdir. Tiroksin qaraciyərdə mikrosomal və mitoxondrial fraksiyalarda antioksidant təsir göstərir, eləcə də neytrofillərdə sərbəst radikalların yaranmasının qarşısını almağa qadir olur [29]. Qalxanvari vəzi hormonları bir sıra metabolik prosesləri tənzimləyir, LPO- ya təsir göstərir, həmin piy toxumalarının səviyyə və dərəcəsini dəyişir (Антипенко Е.Н. и др., 1994). Həmçinin sərbəst radikallar ilə birbaşa əlaqədə olaraq sərbəst antioksidantlar kimi çıxış edirlər [30,31].

Orqanizmdə lipidlərin oksidləşməsi sistemi ilə yanaşı olaraq aintioksidləşmə- antioksidant sistemi də vardır. Antioksidləşmə müəyyən səviyyədə sərbəst radikal çevrilmələri dəstəkləyir [32].

AOS aşağıdakı komponentləri vardır: antioksidant fermentlər: superoksid-dismutaza, katalaza, peroksidaza, qlutationperoksidaza, qlutationpreduktaza, qlutation- S-transferaza, seruloplazmin (yağlarda həll olan (hidrofob) bioantioksidantlar, onlara E qrup vitaminləri (tokoferollar), əksər fosfolipidlər, A və K qrup vitaminlər, Q kofermentin (ubihinon), yuxarıda qeyd olunan steroid hormonlar; suda həll olunan (hidrofil) bioantioksidantlar; tiol birləşmələri qrupu: aşağımolekullu SH- birləşmələri (qlutation, erqotionein, sistein, homosistein, lipoik turşu) və bəzi zülallar; P və PP qrup vitaminlər; metionin və sistein aminturşuları; adrenalin; sidik turşusu; B₆ vitamini; biogen aminlər aiddir [33, 34, 35].

Hazırda ən müxtəlif patoloji proseslərdə, eləcə də uşaqlıq mioması zamanı LPO və AOM proseslərinin öyrənilməsi üzrə tədqiqatlar aparılır.

Uşaqlıq mioması olan qadınlar müayinə olunduqda sübut olunmuşdur ki, xəstələrin qan zərdabında LPO məhsullarının (konyuqsiyaoluna dihenlər, malon aldehidi, Schiff əsasları) toplanması və AOM- un (α-tokoferol) tükənməsi baş verir. Alınan göstəricilər həmin kateqoriyadan olan xəstələrin kompleks müalicəsinə antioksidantların daxil edilməsinə zəmin yaratmışdır [36,37].

Göstərilmişdir ki, uşaqlıq cismi fibromioması olan qadınlarda periferik qanda neytrofilərin oksidləşmə- metabolik funksiyası patoloji proses şiddətləndikcə güclənir ki, bu da hüceyrələrin sərbəst radikal reaksiyalarda iştirak etməsi və patoloji ocaqda sonrakı destruksiya ilə bağlıdır.

L.P. Peşev və həmmüə. (2006) də uşaqlıq mioması olan qadınlarda homeostazda metabolik pozuntuların olduğunu aşkar etmişlər. Bu vəziyyət özünü orqanizmin antioksidant müdafiəsi çatışmazlığı fonunda sərbəst radikal oksidləşmə membran reaksiyalarının aktivləşməsində göstərmişdir [38,39,40].

Beləliklə, hazırda lipidlərin peroksidləşməsi, antioksidant müdafiə (AOM), və müxtəlif xəstəliklər zamanı estrogenlərin metabolizmi məsələsi, eləcə də hormonal asılı vəziyyətlər geniş müzakirə olunur. Lakin LPO- AOM pozuntularının xarakteri və estrogenlərin metabolizmi reproduktiv yaşda olan sonsuz və fertil qadınlarda uşaqlıq mioması zamanı kifayət qədər öyrənilməmişdir.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

- 1.Тычук Д.В. Лекции НМУ им. А.А. Богомольца, Украина г. Киев, 1997.
- 2.Руководство по охране репродуктивного здоровья под ред. Кулакова В.И., Москва 2001
- 3.Дуда В.И. и др. Гинекология: Учеб. пособие. Мн.: Интерпрессервис,2001
- 4.Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. 2-е изд. М.: МЕД пресс, 2000
- 5.Практическая гинекология. (Клинические лекции) /Под ред. акад. В.И.Кулакова, проф. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2001.
- 6.Акушерство: Учебник/ Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. — М.: Медицина, 2000
- 7.Курашвили Ю.Б., Сидорова И.С., Кузнецов С.Л. Миома матки. «Незавершенный апоптоз». Регенераторный пролиферат / Актуал. вопр. акушер, и гинекологии. Материалы 3-го Российского научного форума. Курск, 2001, с. 108 – 109
- 8.Миома матки: учебно-методическое пособие. Текст. Смоленск: СГМА, 2002. - 57 с.
- 9.Барков А.А., Безнощенко Г.Б., Любавина А.Е. и др. Морфологическая характеристика плаценты в процессе гистогенеза //Вестн. перинатологии, акушер, и гинекологии. Красноярск, 2003, Вып. 10, с.11-19
- 10.Протопопова Н.В., Колесникова А.И., Кравчук Н.В. Выбор метода родоразрешения при задержке внутриутробного развития плода /Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сб. научн. материал. М., 2001, Т.1, № 1, с. 76 - 77
- 11.Глуховец, Б.Н. Патология последа СПб.: Грааль, 2002, 448 с.
- 12.Willengsen W.N. Fibroids and fertility. Ned Tijdschr Geneeskde 2000; Apr; 22: 144(17): 789—791.
- 13.Барков А.А., Г.Б. Безнощенко, А.Е. Любавина и др. Морфологическая характеристика плаценты в процессе гистогенеза / // Вестн. перинатологии, акушер, и гинекологии. Красноярск, 2003. - Вып. 10. - С. 11-19.
- 14.Савицкий, Г.А. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии Текст. / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. СПб.: ЭЛБИ - СПб.,2000.-236 с.
- 15.Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) /Под ред. И.С. Сидоровой. М.: Медицинское информационное агентство, 2003, 256 с.
- 16.Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1997 № 3, с. 21-23.
- 17.Myomas and reproductive function // Fertil Steril, 2008, v.90, p.125–30.
- 18.Andersen J. Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas // Semin. Reprod. Endocrinol., 1996, v. 14(3), p. 269–282.
- 19.Краснова И.А., Суцевич Л.В., Климова И.В. Заместительная гормональная терапия фемостеном у больных с постгистерэктомическим синдромом // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 2001, №1, с. 1–4.
- 20.Краснова И.А., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении больных с подслизистой миомой матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2005, Т. 4, № 1, с. 46–50.
- 21.Yu-Jin Koo, Yeon-ean Cho, Ji-Young Kim et al Ovarian leiomyoma as a potential cause of compromised fertility // FertilSteril, 2011, v.95, p.11–14

22. Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А. и др. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки // *Акушерство и гинекология*, 2006, №3, с.23–26.
23. Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А. и др. Спорные вопросы эмболизации маточных артерий при миоме матки // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2005, Т. 4., № 4, с. 44–48.
24. Капранов С.А., Бреусенко В.Г., Бобров Б.Ю. и др. Применение эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки: анализ 258 наблюдений // *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*, 2005, № 7, с.56.
25. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Волков Н.И. Лечение миомы матки с помощью декапептилдепо и оперативная лапароскопия женщин с бесплодием. Агонисты гонадолиберина: теория и практика / Сб. научных трудов. М., 1994, с. 62–63.
26. Koutsilieris M., Elmehiani D., Frenette G., Maheux R. Leiomyomaderived growth factors for smooth muscle cells // *In Vivo*, 1992, v. 6(6), p. 579–585.
27. Манухин И.Б., Местергази Г.М., Высоцкий М.М. Пропедевтика в эндоскопической хирургии в гинекологии. М.: Династия, 2003, с. 58.
28. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий при миоме матки как альтернатива хирургическому лечению // *Международный медицинский журнал*, 2005, № 1, с. 74–79
29. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капушева Л.М. Гистероскопия. М.: ГЭОТАРМедиа, 2001, 176 с.
30. Тихомиров А.А., Лубнин Д.М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2002, Т. 1, № 2.
31. Штыров С.В., Краснова И.А., Тумарев А.В. Оптимизация методов консервативной лапароскопической миомэктомии. Методические рекомендации. М., 2001.
32. Amant F., Dorfling C.M., de Brabanter J. et al. A possible role of the cytochrome P450c17alpha gene (CYP17) polymorphism in the pathobiology of uterine leiomyomas from black South African women: a pilot study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 2004, v.83(3), p. 234–239.
33. Bulun S.E., Simpson E.R., Word R.A. Expression of the CYP19 gene and its product aromatase cytochrome P450 in human uterine leiomyoma tissues and cells in culture // *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1994, v.78(3), p.736–743.
34. Maruo T., Matsuo H., Samoto T. et al. Effects of progesterone on uterine leiomyoma growth and apoptosis // *Steroids.*, 2000, v.65(10–11), p. 585–592.
35. Dixon D., He H., Haseman J.K. Immunohistochemical localization of growth factors and their receptors in uterine leiomyomas and matched myometrium // *Environ. Health. Perspect.*, 2000, v. 108(Suppl 5), p. 795–802.
36. Gattas G.J., Quade B.J., Nowak R.A., Morton C.C. HMGIC expression in human adult and fetal tissues and in uterine leiomyomata // *Genes Chromosomes Cancer*, 1999, v.25(4), p.316–322.
37. Kikkawa F., Nawa A., Oguchi H. et al. Positive correlation between cytochrome P450 2E1 mRNA level and serum estradiol level in human uterine endometrium // *Oncology*, 1994, v. 51(1), p.52–58.
38. Massart F., Becherini L., Marini F. et al. Analysis of estrogen receptor (ERalpha and ERbeta) and progesterone receptor (PR) polymorphisms in uterine leiomyomas // *Med. Sci. Monit.*, 2003, v. 9(1), p. 25–30.
39. Shozu M., Sumitani H., Segawa T. et al. Inhibition of in situ expression of aromatase P450 in leiomyoma of the uterus by leuporelin acetate // *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2001, v. 86(11), p.5405–5411.
40. Sumitani H., Shozu M., Segawa T. et al. In situ estrogen synthesized by aromatase P450 in uterine leiomyoma cells promotes cell growth probably via an autocrine/intracrine mechanism // *Endocrinology*, 2000, v. 141(10), p. 3852–3861.
41. Wu X., Wang H., Englund K. et al. Expression of progesterone receptors A and B and insulinlike growth factor I in human myometrium and fibroids after treatment with a gonadotropinreleasing hormone analogue // *Fertil. Steril.*, 2002, v. 78(5), p. 985–993



* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *

* ORIGINALS *

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ МЕТОДОМ ПЕРФУЗИОННОЙ РОЛИКОВОЙ ДЕБИТОМЕТРИИ

Агаев Ф.Ф., Китачев К.В.

***Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова,
Санкт-Петербург.***

На сегодняшний день реконструктивно-восстановительная хирургия сосудов нижних конечностей остается главным методом в лечении заболеваний периферических артерий. Специфические патологические изменения сосудистой стенки, возникающие при атеросклерозе, требуют изучения гемодинамики сосудистого русла и физиологического обоснования применяемых методов лечения [7]. Это направление в ангиологии до настоящего времени исследовано недостаточно. Кроме того, отдаленные, а иногда и непосредственные результаты реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей в настоящее время также не удовлетворяют хирургов. Существенные отличия в оценке результатов операции разными авторами свидетельствуют об отсутствии единых взглядов на важнейшие аспекты рассматриваемой проблемы. Разные, подчас противоречивые мнения высказываются при решении вопросов о показаниях к оперативному вмешательству, выборе метода и техники оперативного вмешательства [4]. Наиболее сложным продолжает оставаться вопрос о причинах послеоперационных тромбозов и способах их профилактики, частота которых остается на достаточно высоком уровне. В определенной степени это связано с отсутствием простого и надежного способа оценки гемодинамических характеристик дистального сосудистого русла, хотя известно, что именно эти данные определяют исход реконструктивной операции [8, 13].

Все прямые методы определения количественных характеристик дистального сосудистого русла можно разделить на две группы. Первая группа – это методы, в которых, поддерживая постоянное давление, определяют скорость объемного потока с последующим вычислением периферического сопротивления. Вторая группа – методы, в которых, поддерживая постоянное давление, определяют скорость объемного потока, собственно дебитометрия.

Термин дебит известен из геологии, в которой дебит (фр. debit – сбыт, расход) – объем жидкости (воды, нефти) или газа, стабильно поступающий из некоторого естественного или искусственного источника в единицу времени [1]. Дебит скважины определяется дебитомерами различных конструкций. В медицине дебитометрия используется в хирургии желчных путей, а именно для интраоперационного исследования функционального состояния желчных протоков [11, 14]. Этот метод основан на определении количества жидкости, проходящей при перфузии через желчные пути в единицу времени. Дебит ниже 20 мл/мин свидетельствует о затруднении оттока желчи и требует проведения холангиографии, дебит ниже 15 мл/мин указывает на нарушение оттока, требующее лечения [10]. В урологии есть понятие – микционная

дебитометрия (урофлоуметрия). Это уродинамическое исследование, которое заключается в измерении объёмной скорости струи мочи во время акта мочеиспускания [12]. В сосудистой хирургии под термином дебитометрия понимается введение в дистальное сосудистое русло кровезамещающей жидкости под постоянно поддерживаемым давлением и измерение расхода жидкости за единицу времени [5, 6, 9].

Stirnemann P et. al. [15] определяли дебит (объёмный поток) дистального сосудистого русла при интраоперационной инфузии физиологического раствора за 1 мин под давлением 120 мм. водн. ст. Для этого емкость с физиологическим раствором помещали на 120 см выше уровня артерии (рис. 1).

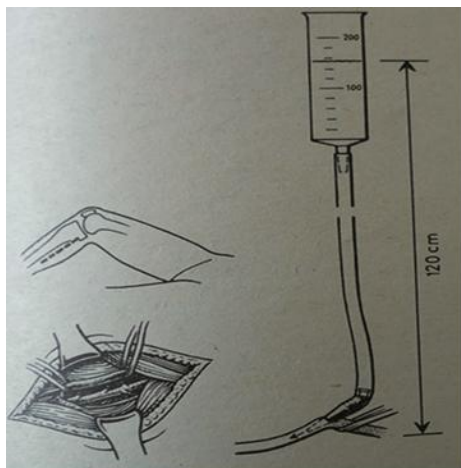


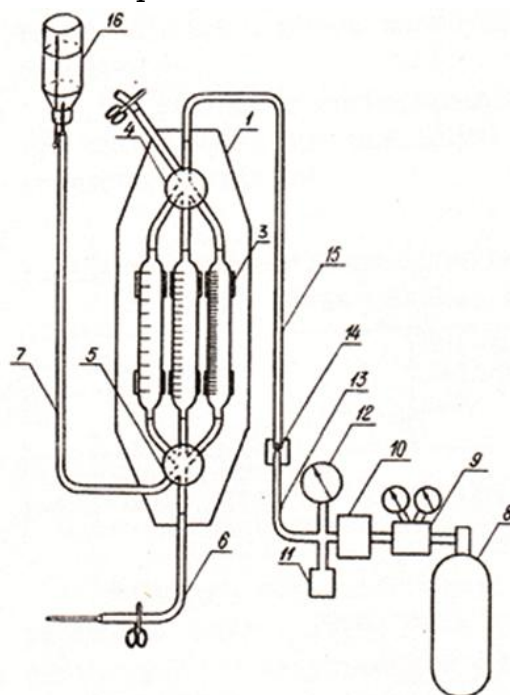
Рис. 1. Метод определения пропускной способности дистального сосудистого русла, предложенный Stirnemann P et. al. (1986)

Данным методом авторы произвели исследования у 100 пациентов, которым выполнялось бедренно-подколенное шунтирование. Срок наблюдения составил 1, 3, 6, 12 и 24 месяца. В группе с проходимыми трансплантатами дебит составил от 70 до 120 мл/мин. В группе пациентов, где произошел тромбоз трансплантата, дебит составил 50 мл/мин и менее. Авторы заключают: дебит дистального сосудистого русла менее 50 мл/мин почти всегда обрекает реконструктивную операцию на неудачу [15].

Н.А. Володось и соавт. [2, 3] использовали прибор – дебитометр – для оценки пропускной способности дистального сосудистого русла (рис. 2).

Предложенный авторами метод дебитометрии заключается в моделировании кровотока в исследуемом сосуде путем интраоперационного введения в сосуд жидкости под постоянно поддерживаемым давлением и измерения расхода жидкости за 1 мин. Прибор состоит из двух систем – гидравлической и пневматической. Первая служит для подведения жидкости к исследуемому объекту и измерения расхода. Вторая предназначена для поддержания постоянного давления воздуха над жидкостью в цилиндрах, что должно обеспечивать стабильность давления жидкости на выходе гидравлической системы [3].

Рис. 2. Схема прибора для определения пропускной способности дистального сосудистого русла (дебитометр): 1 – корпус, 2 – градуированные цилиндры, 3 – крепления для цилиндров, 4 – распределитель воздуха, 6 – магистраль, 7 – заправочная система, 8 – баллон со сжатым воздухом, 9 – газовый редуктор, 10 – датчик давления, 11 –



предохранитель-ный клапан, 12 – манометр, 13, 15 – соединительные трубки, 14 – конусное разъемное соединение, 16 – флакон с индикаторной жидкостью.

С помощью данного прибора авторы производили исследование пропускной способности дистального сосудистого русла как у больных с ангиографически нормальным сосудистым руслом, так и с пораженным. При выполнении бедренно-подколенного шунтирования дистальное сосудистое русло идентифицировали как умеренно бедное, если дебит составлял 160 – 100 мл/мин (50 – 80% от показателя нормы), критически бедным – 80 – 100 мл/мин (40 – 50% от показателя нормы), обреченно бедным – менее 80 мл/мин (менее 40% от показателя нормы).

С целью определения пропускной способности дистального русла нами разработан метод дебитометрии, названный «перфузионная роликовая дебитометрия» (заявка на патент № 2009146671). Суть метода заключается в интраоперационном моделировании кровотока в исследуемом сосуде с помощью роликового насоса путем нагнетания в сосуд жидкости под постоянно поддерживаемым давлением и измерении расхода жидкости.

Способ реализуется следующим образом. Собирается система, включающая в себя градуированную емкость, мембранный датчик давления, контрольную панель, роликовый насос. Роликовый насос может быть использован от любого современного аппарата искусственного кровообращения. Очень важно, чтобы он имел обратную зависимость от давления в физиологическом контуре при его непосредственной работе, и в случае, когда давление в системе превышает установленные безопасные верхние пределы, роликовый насос блокировался (останавливался). Эта необходимая защита препятствует повреждению исследуемого сосудистого русла и является гарантией безопасности проводимого исследования для пациента. Емкость заполняется теплым физиологическим раствором хлорида натрия с добавлением гепарина в расчете 2500ЕД на 400 мл смеси. Датчик давления подсоединяется к контрольной панели посредством удлинительной линии. К емкости присоединяется магистраль, помещаемая в ложе для вращения головки насоса и далее соединяемая с артериальной канюлей. В магистраль включен коннектор 1/4 x 1/4 с отведением, от которого налаживается линия, ведущая к датчику давления.

После осуществления доступа к артерии и вскрытия ее дистальнее уровня окклюзии, в просвет сосуда в дистальном направлении вводят артериальную канюлю. Роликовым насосом начинается нагнетание теплого гепаринизированного физиологического раствора хлорида натрия до достижения давления в системе, соответствующего физиологическому среднему артериальному давлению (100 мм рт. ст.). После достижения целевого давления, регистрируются показатели объемного потока в мл/мин (рис. 3). Для определения периферического сопротивления используется основное уравнение гидродинамики $R = \Delta P / Q$, где R-сопротивление (мм.рт.ст./мл/мин), Q-поток (в данном случае объемный кровоток, измеряемый в мл/мин), ΔP -разность давления (в данном случае разность давлений в артериальной и венозной сети, измеряемая в мм.рт.ст.).

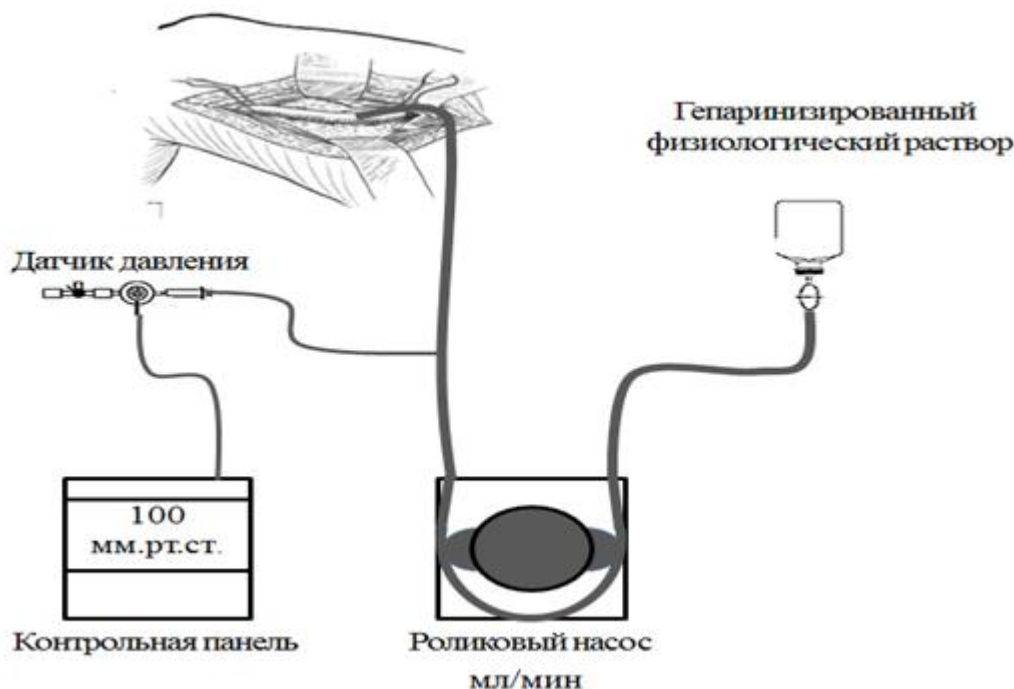


Рис. 3. Схема определения пропускной способности дистального сосудистого русла методом перфузионной роликовой дебитометрии

Нами проведено 168 исследований по данной методике, 88 — при реконструкции аортоподвздошного сегмента, 80 — при реконструкции бедренно-подколенного сегмента. Все пациенты находились на обследовании и лечении в первой клинике хирургии (усовершенствования врачей) им. П.А. Куприянова Военно-медицинской академии в период с февраля 2008 г. по октябрь 2011 г. Мужчин было 114 (98,3%), женщин — 2 (1,7%). Возраст колебался от 41 до 83 лет и составил в среднем $61 \pm 0,86$ год. Основным заболеванием был облитерирующий атеросклероз аорты и артерий нижних конечностей. Выделены две группы пациентов в зависимости от исхода реконструкции — с сохраненной проходимость трансплантата и его тромбозом после операции. Сроки наблюдения составили 1, 3, 6 и 12 мес после операции. Учитывая, что тромбозы трансплантатов из-за неудовлетворительного состояния дистального сосудистого русла возникают в раннем послеоперационном периоде, проходимость трансплантатов в этом промежутке времени имела для нас особенно важное значение. В группе с проходимыми трансплантатами пропускная способность артерий при реконструкции аортоподвздошного сегмента составила 450–1100 мл/мин, при реконструкции бедренно-подколенного сегмента — 400–900 мл/мин, в группе с тромбозом трансплантата объемный поток составил менее 450 мл/мин при реконструкции аортоподвздошного сегмента и менее 400 мл/мин при реконструкции бедренно-подколенного сегмента.

Таким образом, пропускная способность дистального сосудистого русла ниже 450 мл/мин при реконструкции аортобедренного сегмента и ниже 400 мл/мин при реконструкции бедренно-подколенного сегмента почти абсолютно обрекает операцию на неудачу.

ӘДӘБИҮАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Биндеман, Н.И. Ускоренные вычисления дебита буровых скважин, колодцев и родников //— М.: Стройиздат, 1945. — 215 с.

2. Володось, Н.А. Искусственные артериовенозные соустья в реконструктивной хирургии артерий с бедным дистальным сосудистым руслом // Вестн. хирургии. – 1988. – № 12. – С. 53–58.
3. Володось, Н.А. Дебитометр для количественной интраоперационной оценки пропускной способности дистального сосудистого русла/ Н.А. Володось [и др.] // Кровообращение. – 1988. – № 12. – С. 54–55.
4. Гавриленко, А.В., Лисицкий Д.А. Прогнозирование результатов реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей –//М.: МНПИ. 2001. – 75 с.
5. Каримов, З.З. Хирургия окклюзий бедренно-подколенно-берцового сегмента при критической ишемии // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001. – Т. 7, № 2. – С. 80–86.
6. Кузнецов, М.Р. Оценка периферического сосудистого сопротивления и возможные пути его снижения у больных хронической артериальной недостаточностью // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2004. – № 2. – С. 63–66.
7. Покровский, А.В. Значение оценки состояния микроциркуляции в клинической практике // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – Т.10, № 3. – С. 3 – 4.
8. Пшеничный, В. Н. Возможности интраоперационной дебитометрии в прогнозировании тромбоза инфраингвинального шунта у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей // Серце і судини. – 2009. – № 2. – С. 40–45.
9. Пшеничный, В.Н. Прогнозирование ранних послеоперационных тромботических осложнений у больных с тяжелой ишемией нижних конечностей // Послеоперационные осложнения в сосудистой хирургии: тез. докл. науч. конф. – М. : 1993. – С. 95–96.
10. Шалимов, А.А. Хирургия печени и желчевыводящих путей – Киев: Здоровья, 1993. – 512 с.
11. Debray, C. Peroperative biliary debitometry by the use of a floating debitometer. Ist role in the diagnosis of Oddi's sphincter stenosis // Prensa med. argent. – 1967. – Vol. 54, № 21, – P. 1026–1034.
12. Haylen, B. Uroflowmetry in asymptomatic and symptomatic women // Neurourol. urodyn. – 2011. – Vol. 30, № 5. – P. 783–784.
13. Heise, M., Krüger U., Ruckert R. et al. Correlation between angiographic runoff and intraoperative hydraulic impedance with regard to graft patency // Ann. vasc. surg. – 2003. – Vol. 17, № 5. – P. 509–515.
14. Salembier, Y. An operating room especially equipped for biliary surgery with an electronic manodebitometry // Arch. fr. mal. app. dig. – 1967. – Vol. 56, № 10. – P. 977–984.
15. Stirnemann, P., Triller J. The fate of femoropopliteal and femorodistal bypass grafts in relation to intraoperative flow measurement: an analysis of 100 consecutive reconstructions for limb salvage // Surgery. – 1986. – Vol. 100, № 1. – P. 38–44.

SUMMARY

PERFUSION ROLLER DEBITOMETRY IN OUTCOME FORECASTING OF LOWER LIMB ARTERY RECONSTRUCTIONS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Aghayev F.F., Sazonov A.B., Kitachov K.V.

Abstract. The review of the methods for measuring the distal vascular throughput is presented. Distal vascular throughput assessment is a necessary part in the peripheral vascular resistance estimation. By measuring the functionality of the "outflow tract" one can successfully predict early postoperative graft thrombosis.

We use perfusion roller debitometry as an original method of flowmetry. Roller pump enables to support perfusion pressure at constant level. This way, we can estimate the flow rate of distal vascular throughput at aorto-femoral and femoro-popliteal reconstruction for success of operation.

Key words: distal vascular throughput measuring, debitometry, graft patency, outflow resistance, volumetric flow, graft thrombosis, critical flow rate.

*Контактный телефон: 994-50-335-28-28; e-mail:
doctor_agayev@list.ru*

QARACİYƏR TRANSPLANTASIYASINDAN SONRAKI AĞIRLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASINDA RADILOJİ MÜDAXİLƏNİN ƏHƏMİYYƏTİ

Abbasov P.A.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin II Cərrahi xəstəliklər kafedrası,
Bakı, Azərbaycan.*

Qaraciyər transplantasiyası(QJTS) həm texniki, həm də təşkilati baxımından ən çətin cərrahi əməliyyatlardan biridir və onun icrası cərrahlardan, anestezioloqdan, reanimatoloqdan, gastroenteroloqdan və radioloqdan ibarət həkimlər briqadasını tələb edir.

Adətən QJTS- dən əvvəl və sonrakı dövrdə diaqnostik və müalicəvi angiografiya=radioloji müdaxilələr tələb olunur (1, 9, 10) və bu suallar ədəbiyyatda öz cavabını tapmamışdır. Araşdırmanın məqsədi QJTS aparılması planlaşdırılan və ya aparılan xəstələrdə radioloji müdaxilə üsullarının əhəmiyyətini öyrənməkdir.

Material və metodlar: Türkiyə Cumhuriyyəti Turqut Ozal Tibb Mərkəzi Orqan Transplantasiyası bölümündə 2012- 2013- cü illərdə (son 1 il) 214 xəstədə QJTS aparılmışdır. Müalicəvi rentgenoendovaskulyar müdaxilə 81 xəstədə icra edilmişdir.

Qaraciyər arteriyasının kimyəvi embolizasiyası hepatosellulyar karsinomalı 20 xəstədə icra edilmişdir. Məqsəd şişin ölçüsünün böyüməsini ləngitmək və əməliyyata qədərki dövrün donor tapılması baxımından uzadılmasından ibarət olmuşdur. Angiografiya otağında bud arteriyasının funksiyası aparılmaqla qaraciyərin angiografiyası və kimyəvi embolizasiyası tətbiq edilmişdir (7). Xəstələrdən 4- də, xüsusilə çoxsaylı şiş olanlarda 2-5 dəfə, 1,5- 2 ay fasilə ilə kimyəvi embolizasiya aparılmışdır.

Portal hipertenziya ilə ağırlaşmış qaraciyər sirrozlu 19 xəstədə qida borusu və mədənin kardial venalarından qanaxmanın profilaktikası və dayanıqlı assitin müalicəsi məqsədi ilə TİPS olunmuşdur. Bu xəstələrdən 4- də qanaxmanı dayandırmaq, 15- də isə profilaktika məqsədilə aparılmış və sonuncu xəstələrdə venalar endoskopik liqaturaya alınmışdır. Şuntu yaratmaq məqsədi ilə sağ vidaci vena punksiya edilmiş, kateter buradan ürəyin sağ kamerasından aşağı boş venaya və oradan da qaraciyər venasına yeridilmişdir. Venografiya aparıldıqdan sonra porta-venoz təzyiq qradienti ölçülmüşdür. Qaraciyər venasından xüsusi iynə ilə ən yaxın yerdən qapı venasına parenximdən keçməklə punksiya edilmişdir. Funksiyadan sonra qapı venasına kateter yeridilmiş, balonla dilatasiya olunmuş və metallik stent yerləşdirilmişdir.

QJTS- dən 3- 9 ay sonra 32 xəstədə bilio- biliar anastomozun stenozu səbəbi ilə mexaniki sarılıq yaranmışdır. Dərindən qaraciyərdən keçən xolangiografiya və xarici- daxili öd drenajının qoyulması müalicəsinə başlanılmışdır. Sonralar 16 xəstədə öd yollarının ballon dilatasiyası və drejnacların və kateterlərin dəyişdirilməsi davam edilmişdir.

Kava- kaval (bütöv qaraciyər donorundan) anastomozun stenozu 1 xəstədə, əməliyyatdan 7 ay sonra, supra-hepatik aşağı boş vena stenozu 3 xəstədə əməliyyatdan 4- 8 ay sonra müşahidə edilmişdir. Bütün xəstələrdə stenoz sahələrinin balon dilatasiyası aparılmışdır.

Böyümüş dalağı olan xəstələrin 6- da «steal syndrome» inkişaf etdiyindən dalaq arteriyası şaxələrinin (50- 60 %) embolizasiyası olunmuşdur.

Nəticələr: Kimyəvi embolizasiya aparılmış 20 xəstədən 4- də çoxsaylı şiş olduğu üçün 2- 5 dəfə təkrarlanmışdır. Bu xəstələrdən 2- də əməliyyatdan 12 və 17 ay sonra şişin residivi və ölüm qeyd edilmişdir. Qalan xəstələrdə törəmənin ölçüsü 20- 60% kiçilmiş və QJTS olunmuşdur.

TİPS proseduru bütün xəstələrdə uğurla həyata keçirilmişdir. Təkrar venografiyada porto-venoz şuntun adekvat işlədiyi və venalarda varikoz genişlənmə əlamətləri qeyd edilməmişdir. Təzyiqin ölçülməsi porto- venoz qradientin 2- 3 dəfə azalmasını göstərmişdir. Heç bir xəstədə ensefalopatiya müşahidə olunmamışdır.

Xəstələrdən 18- də TİPS- dən 1,5- 8 ay sonra QJTS icra edilmişdir. Bu müddət ərzində assit, varikoz venalardan qanaxma və ensefalopatiyada artım qeyd edilməmişdir. Cərrahi əməliyyat

olunmuş xəstələrdə çıxarılmış qaraciyərin müayinəsi şuntun tutulmadığını və tam normal işləməsinə və bəzi hallarda üzərinin intima ilə örtüldüyü görünmüşdür. TİPS olunmuş xəstələrdən 4- də əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə və 24 ay ərzində ölüm qeyd edilmişdir.

Mexaniki sarılığın aradan qaldırılması bütün hallarda mümkün olmuşdur. Hazır ki, dövrdə xəstələrdən 16- da öd yollarının balonla genişləndirilməsi proseduru davam etdirilir. 32 xəstədən 14- də drenaj boru çıxarılmışdır, təkrar mexaniki sarıdıq müşahidə edilməmişdir. Stent saxlanılmış bütün xəstələr kafi vəziyyətdədir.

Dayanıqlı assitlə müşayiət olunan kava- kaval stenozlu bir xəstəyə balon dilatasiyası aparılmış (bir neçə prosedur) və qənaətbəxş nəticə alınmışdır, 4 aylıq müşahidədə assit təkrarlanmamışdır. Suprahepatik kava darlığı olan 3 xəstəyə balon dilatasiya stentin qoyulması ilə yekunlaşmışdır. Bu xəstələrdə assitlə yanaşı aşağı ətraflarda ödem qeyd edilmişdir. Prosedurdan 1 sutqa sonradan başlayaraq yuxarıda qeyd olunan əlamətlər azalmağa başlamış və 3- 8 ay ərzində heç bir xəstədə təkrarlanmamışdır.

«Steal syndrome» qeyd edilən 6 xəstədə dalaq arteriyasının embolizasiyasından sonra əlamətlər keçmiş, təkrar assit müşahidə edilməmişdir. Hazırda kafi vəziyyətdədirlər.

Müzakirə: QJTS- də yaranan əsas təşkilatı problemlərdən biri meydindən (kadaverik) donor orqan çatışmamazlığıdır. Bu baxımdan da bir çox xəstələr orqan sırası gözləyərkən vəfat edir. Misal olaraq qaraciyər sirrozu gejkdikjə portal hipertenziya sindromu inkişaf edir və qanaxmadan xəstələr itirilir, o cümlədən hepatosellulyar karsinomalı xəstələrdə şişin ölçüləri böyüyür və s..(5). QJTS- dən əvvəl tətbiq olunan radioloji müdaxilənin əsas vəzifəsi xəstələrdə preoperativ dövrü uzatmaq (donor tapılana qədər) və əməliyyat və postoperativ dövrdəki müalicəyə müsbət təsir etməkdir.

Tətbiq etdiyimiz şiş toxumasının kimyəvi embolizasiyası bütün hallarda müsbət təsiri ilə seçilmiş və törəmənin ölçüsünün azalması və ya inkişafdan qalması ilə özünü biruzə vermişdir. Bu qrupdan olan xəstələrin bir çoxunda müalicədən 1,5- 2 ay sonra QJTS aparılmışdır. Təəssüf ki, xəstələrin birində bu dövrdə şişin qaraciyərdən kənar yayılması və metastazı müşahidə edilmiş və cərrahi əməliyyatın aparılması mümkün olmamışdır.

Kimyəvi embolizasiya aparılmış hepatosellulyar karsinomalı xəstələrin 90%- də şişin nekrozu yaranmış və 4- 6 ay sonra QJTS aparılmışdır. Qeyd edilən bu yanaşma, ədəbiyyatlarda verilmiş məlumatlarla üst- üstə düşmüşdür (8). Şişdə nekroz sahəsi nə qədər çox inkişaf edərsə QJTS- dən sonrakı yaxın və uzaq nəticələr bir o qədər qənaətbəxş olar (10, 23). D. Harnois və dig. qaraciyərin birincili xərçəngi diaqnozu ilə kimyəvi embolizasiya aparılmış 24 xəstənin müalicə nəticəsini vermişlərdir. QJTS ortalama 170 gün sonra aparılmışdır. Bütün xəstələr 9- 54 ay (ortalama 28) yaşamış və bu dövr ərzində metastaz aşkarlanmamışdır. Müəlliflər öncədən aparılmış kimyəvi embolizasiyanın uğurlu üsul olduğunu qeyd etmişlər.

Çoxsaylı düyünlərə malik qaraciyər xərçəngi müşahidə edilən digər xəstələrdə təəssüf ki, qənaətbəxş nəticələr əldə edilməmişdir və QJTS- dən 12 ay sonra törəmənin residivi və intrahepatik yayılımı müşahidə edilmişdir. Doğrudur belə nəticələr ürəkəçən olmasada, lakin alternativ və ya fərqli yol yoxdur (15). Son dövrlərin ədəbiyyatları Milan kriterilərini aşmış xəstələrdə belə qənaətbəxş nəticələrin olduğunu və QJTS aparılmasını tövsiyə edir (9).

Portal hipertenziya sindromunun və refrakter assitin müalicəsində, varikoz venalardan qanaxmanın profilaktika və müalicəsində TİPS son zamanlarda geniş tətbiq edilməyə başlamışdır (2,3). Az travmatikliyi və effektivliyi ilə seçilən TİPS- in çatışmamazlıqlarından biri 60- 70% hallarda 2- 2,5 il ərzində tutulması (trombozlaşması) və portal hipertenziyanın təkrarlanmasıdır.

Tədqiqatçıların firincə orqan gözləyən ağır qrup xəstələrdə TİPS ən çox tövsiyə edilən portakaval şuntudur və cərrahi şuntlanmaya alternativdir. Cərrahi əməliyyatdan fərqli olaraq minimal travmatikdir və QJTS- ə qədərki, dövrü rahatlıqla uzatmaq imkanı əldə edilir. Belə hallarda TİPS az müddətə saxlanıldığı üçün onun trombozlaşma ehtimalı yoxdur (10, 14).

TİPS göstəriş olan 19 xəstədə varikoz venalardan qanaxma riski yüksək olmuşdur. Varikoz venaların endoskopik liqaturaya alınması 4 xəstədə qanaxma zamanı, digər xəstələrdə profilaktika məqsədi ilə aparılmışdır (bütün xəstələrdə aparılmışdır).

Bizim fikrimizcə TİPS- lə endoskopik liqaturanın qoyulması paralel aparılmalıdır və ədəbiyyata baxdıqda əksəriyyət müəlliflərlə üst- üstə düşür (8). Fikrimizcə bu zaman qanaxma ehtimalının öncədən qarşısı alınmış olur. Söylədiklərimiz öz təsdiqini tapmışdır, belə ki, TİPS qoyulmuş heç bir xəstədə QJTS- nə qədər ki, müddətdə (2- 20 ay) qanaxma müşahidə edilməmişdir.

Biliobiliar və biliodigestiv anastomozların darlığı QJTS- dən sonra ən çox rast gəlinən ağırlaşmalardan biridir və 10- 20% təşkil edir (12). Müaliyəsində öd yollarının endoskopik drenləşdirilməsi və stentin yerləşdirilməsi istifadə olunur. Əgər bu üsulun tətbiqi hər hansısa bir səbəbdən baş tutmazsa dəridən-qərəjiyerdən keçməklə öd yollarına müdaxilə aparılır. İlk önjə öd yolunun xarici- daxili drenaclanması aparılır, sonra bir neçə dəfə darlığın balon dilatasiyası aparılmaqla drenacın diametri genişləndirilir. İkinci üsul – birdəfəlik balon dilatasiyası aparılır və eyni zamanda stent qoyulur(12,13). Biz hər iki üsuldan istifadə etmişik. Müşahidələrimiz 8 ay ərzində aparılmış və residiv darlıq qeyd edilməmişdir.

QJTS- dən sonrakı qaraciyər arteriyasının trombozu və stenozunda balon angioplastika və stentin qoyulması effektiv bir üsüldür. Kavakaval anastomoz və aşağı boş vena darlığı hallarında da radiolci müdaxilə geniş tətbiq edilir (7, 11). Daralmış və oklyuziya olunmuş venoz anastomozların balon dilatasiyası və stentləşdirilməsi xəstələri ağırlaşmadan və retransplantasiyadan qoruyan uğurlu bir üsuldür (6, 16). Bizim nəticələrimiz ədəbiyyatla eynilik təşkil edir: kavakaval anastomoz və aşağı boş vena darlığı olan bütün xəstələrdə tətbiq edilən balon dilatasiya və stentləşdirmə effektiv olmuşdur.

Qaraciyərin arterial qan dövranında yaranan «steal syndrome»un səbəbi böyümüş dalağın qarın kötüyündən daha çox qan almasıdır. Bu patologiyanın rast gəlmə tezliyi çox yüksək deyil və bunun ləğv edilməsi üçün təklif olunan üsul dalaq arteriyası şaxələrinin embolizasiyasıdır. Müəlliflər bu məqsədlə proksimal dalaq arteriyası embolizasiyasını təklif edirlər, üsul az ağırlı olması və dalağın infarktı tezliyinin az rast gəlinməsi ilə seçilir (8, 9). Digərləri isə distal embolizasiyanı tövsiyə edir və üstünlüyünü residivin az rast gəlməsi ilə izah edirlər (4). Biz kombinə olunmuş üsuldan istifadə etmiş və qənaətbəxş nəticələr əldə etmişik.

Sonuncu olaraq onu söyləmək istərdik ki, həm ədəbiyyat istinadları, həm də təcrübəmiz onu deməyə əsas verir ki, QJTS- dən əvvəl və sonrakı dövrdəki müalicədə və ağırlaşmaların profilaktikasında radioloji müdaxilənin böyük əhəmiyyəti vardır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Bayramov N.Y. Qaraciyərin jərrahi xəstəlikləri, Bakı 2012
2. Akabayashi A, Slingsby BT, Fujita M. The first donor death after living-related liver transplantation in Japan. *Transplantation*. 2004 Feb 27; 77(4):634.
3. Bruix J, Llovet JM. Prognostic prediction and treatment strategy in hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2002; 35: 519-24
4. Bosch FX, Ribes J, Diaz M, Cleries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. // *Gastroenterology* 2004; 127: 5-16.
5. Bharat A., Brown D.B., Crippin J.S. et al. Pre-liver transplantation locoregional adjuvant therapy for hepatocellular carcinoma as a strategy to improve longterm survival // *J. Am. Coll. Surg.* 2006. Vol. 203. № 4. P. 411–420.
6. Carnevale F.C., Machado A.T., Moreira A.M. et al. Midterm and long-term results of percutaneous endovascular treatment of venous outflow obstruction after pediatric liver transplantation // *J. Vasc. Intervent. Radiol.* 2008. Vol. 19. № 10. P. 1439–1448.
7. Cavallari A., Vivarelli M., Bellusci R. et al. Treatment of vascular complications following liver transplantation: Multidisciplinary approach // *Hepatogastroenterology*. 2001. Vol. 48. № 37. P. 179–183.
8. Chao C.P., Nguyen J.H., Paz-Fumagalli R. et al. Splenic embolization in liver transplant recipients: Early outcomes // *Transplant. Proc.* 2007. Vol. 39. № 10. P. 3194–3198.
9. Chapman W.C., Majella Doyle M.B., Stuart J.E. et al. Outcomes of neoadjuvant transarterial chemoembolization to downstage hepatocellular carcinoma before liver transplantation // *Ann. Surg.* 2008. Vol. 248. № 4. P. 617–624.
10. Chui A.K.K., Rao A.R.N., Waugh R.C. et al. Liver transplantation in patients with transjugular intrahepatic portosystemic shunts // *Aust. N.Z. J. Surg.* 2000. Vol. 70. P. 493–495.
11. Glockner J.F., Forauer A.R. Vascular or ischemic complications after liver transplantation: Pictorial essay // *Am. J. Roentgenol.* 1999. Vol. 173. № 4. P. 1055–1059.
12. Hampe T., Dogan A., Encke J. et al. Biliary complications after liver transplantation // *Clin. Transplant.* 2006. Vol. 20. Suppl. 17. P. 93–96.
13. Harnois D.M., Steers J., Andrews J.C. et al. Preoperative hepatic artery chemoembolization followed by orthotopic liver transplantation for hepatocellular carcinoma // *Liver Transplant. Surg.* 1999. Vol. 5. № 3. P. 192–199.

14. Hidajat N., Vogl T., Stobbe H. et al. Transjugular in-trahepatic portosystemic shunt: Experiences at a liver transplantation center // Acta Radiologica. 2000. Vol. 41. № 5. P. 474–478.
15. Kim D.Y., Choi M.S., Lee J.H. et al. Milan criteria are useful predictors for favorable outcomes in hepatocellular carcinoma patients undergoing liver transplantation after transarterial embolization // World J. Gastroenterol. 2006. Vol. 12. № 43. P. 6992–6997.
16. Kyoden Y., Tamura S., Sugawara Y. et al. Portal vein complications after adult-to-adult living donor liver transplantation // Transplant. Int. 2008. Vol. 21. № 12. P. 1136–1144

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Аббасов П.А.

Целью исследования явилось изучение роли способов радиологического вмешательства у больных, которым планируется или проводится трансплантация печени. В Отделении Трансплантации Органов Медицинского Центра имени Тургут Озала Турции за последний год с 2012 по 2013 год 214 больным была проведена ТП. Лечебное рентгеноэндоваскулярное вмешательство было выполнено 81 пациенту. Химическая эмболизация печеночной артерии выполнено 20 больным гепатоцеллюлярной карциномой. У 19 пациентов с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией с целью профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка и лечения стойкого асцита проводилась ТИПС. 32 больным выполнена баллонная дилатация желчных путей, смена дренажей и катетеров. Стеноз кавакавального анастомоза (у донора целой печени) наблюдался у 1 больного, надпеченочный стеноз нижней полой вены у 3 пациентов, и у всех больных выполнена баллонная дилатация области стеноза. У 6 больных с увеличением селезенки из-за развития «стеал сйndrome» выполнена эмболизация ветвей (50-60%) селезеночной артерии. У 2 из 20 больных, перенесших химическую эмболизацию через 12 и 17 месяцев после операции был отмечен рецидив опухоли и смерть больного. Процедура ТИПС у всех пациентов была проведена успешно. У 4 больных, подвергшихся ТИПС, в раннем послеоперационном периоде и через 24 месяца был отмечен смертельный исход. Во всех случаях баллонной дилатации желчных путей, смены дренажей и катетеров оказалось возможным устранение механической желтухи. У 6 больных с «steal syndrome» после эмболизации селезеночной артерии его признаки были устранены, повторного асцита не наблюдалось

SUMMARY

SIGNIFICANCE OF RADIOLOGIC INTERVENTIONS IN THE PREVENTION OF AFTER LIVER TRANSPLANTATION COMPLICATIONS

Abbasov P.A.

The aim of the investigation is to study significance of radiological intervention methods in patients exposed or planned to be exposed to LT. In 2012- 2013 (last one year) LT was carried out in 214 patients at the Organ Transplantation Unit of Turgut Ozal Medical Center. Chemical embolisation of

hepatic artery was executed in 20 patients with hepatocellular carcinoma. 19 patients with hepatic cirrhosis complicated with portal hypertension were exposed to TIPS for the prevention of bleeding from cardinal veins of the esophagus and stomach and treatment of resistant ascites. In 32 patients balloon dilatation, replacement of drainages and catheters was executed. Cava-caval (from a whole hepatic donor) anastomotic stenosis was observed in 1 patients, supra-hepatic lower caval stenosis in 3 patients, all the patients were exposed to balloon dilatation of stenosis areas. In 6 of patients with acute splenic embolisation of branches of splenic artery (50-60%) was executed because of the development of "Steal syndrome". In 2 of 20 patients exposed to chemical embolisation cases of recurrence and death were registered 12 or 17 months after the operation. TIPS procedure was successful in all the patients. In 4 of the patients exposed to TIPS there were cases of death in early post-operative period and within 24 month after the operation. In all cases of balloon dilatation of biliary tracts, replacement of drainages and catheters, elimination of mechanical jaundice was achieved. In 6 patients with "steal syndrome" after the embolism of splenic artery, symptoms were eliminated and recurrent ascites were not observed.

**SİRROZLU QARACİYƏR ÜZƏRİNDƏ APARILAN ƏMƏLİYYATLAR
ZAMANI PRINGLE MANEVRİNİN VACİBLİYİNİN
DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ VƏ REPERFUZION ZƏDƏLƏNMƏNİN
PROFİLAKTİKASI MƏQSƏDİLƏ İŞEMİK HAZIRLANMANIN
EFFEKTİVLİYİ**

İskəndərov E.A.

***Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı,
Azərbaycan.***

Əksər klinikalar qaraciyərin geniş həcmli rezeksiyaları zaman hepatoduodenal bağıın müvəqqəti olaraq sıxılmasından (Pringle manevri) istifadə edirlər. Pringle manevrinin tətbiq edilməsi əməliyyatın təhlükəsiz və tez icra edilməsi üçün optimal şərait yaratmış olsa belə, qan təchizatı bərpa olunduqdan sonra işemik-reperfuzion sindromun yaranmasına səbəb olur [1, 3, 4]. İşemiya ardınca reperfuziya fazasında toxumalarda meydana çıxan mikrosikulyator pozğunluqlar, sərbəst radikallaşma proseslərinin aktivləşməsi, oksigenin aktiv formalarının hepatositlərin membranasına zədələyici təsiri kimi patogenetik həlqələrdən ibarət işemik-reperfuzion zədələnmə (İRZ) hepatobiliar cərrahiyyədə aktual problemlərdən hesab olunur. Reperfuzion zədələnmə əməliyyatdan sonrakı dövrdə qaraciyər çatmamazlığının yaranması səbəbləri arasında ən təhlükəli amillərdən hesab edilir [7, 8, 9, 10].

Tədqiqatın məqsədi: Sirroz fonunda aparılan müxtəlif həcmli qaraciyər rezeksiyaları zamanı Pringle manevrinin vacibliyinin dəyərləndirilməsi və reperfuzion zədələnməyə qarşı işemik hazırlanmanın effektivliyinin öyrənilməsi.

Material və metodlar: Almaniyanın Münhen Universitet xəstəxanasının Cərrahi Klinikasında 2003-2012-ci illər ərzində həcmli qaraciyər rezeksiyası əməliyyatına məruz qalmış 159 xəstənin müayinə və müalicəsinin nəticələrinin retrospektiv analizi aparılmışdır. Xəstələrdən 87% - də artıq əməliyyatın dövrə qaraciyərin sirrozu müəyyən edilmişdir ki, onlardan əksəriyyəti Child A

dərəcəsinə, yalnız 3 xəstə isə Child B dərəcəsinə olduğu vəziyyətdə cərrahi əməliyyata məruz qalmışlar. Qalan xəstələrdə isə əməliyyatdan sonra qaraciyərin rezeksiya olunmuş hissəsinin patomorfoloji müayinəsi zamanı sirroz üçün xarakterik dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Bütün xəstələrə şişin ölçülərindən və anatomik yerləşməsindən asılı olaraq müxtəlif həcmli qaraciyər rezeksiyası əməliyyatları aparılmış və randomizə olunmuş qaydada 3 qrupa bölünmüşlər. I nəzarət qrupuna daxil olan xəstələrdə (n=54) əməliyyat zamanı qaraciyərin mobilizasiyası və transseksiyası işemiya yaradılmadan icra edilmişdir. II qrupda (n=54) isə mobilizasiya zamanı qaraciyərin qapısı nahiyəsində heptoduodenal bağ sıxılmaqla işemiya yaradılmışdır (Pringle manevri). III - Əsas qrupda (n=51) da Pringle manevri tətbiq edilmişdir. Lakin II qrupdan fərqli olaraq bu xəstələrdə Pringle manevirindən qabaq portal triada elementlərini 10 dəqiqə müddətində sıxmaq (işemiya) və sonra 10 dəqiqə qan dövranı bərpa etmək (reperfuziya) yolu ilə işemik hazırlıq (ischemic preconditioning) manipulyasiyası yerinə yetirilmişdir.

Əməliyyat zamanı qaraciyər arteriyası və qapı venasında olan qan axınının həcmi floumetriya üsulu ilə ölçülmüşdür. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə intensiv terapiya şöbəsində keçirilən günlər, ümumi cərpayı günlərinin sayı, hospital daxili ağırlaşmalar, rezeksiyadan sonra 7, 14, 21 - ci günlər ərzində laborator analizlər, MELD score dəyərləndirilməsi, xəstənin ümumi yaşama müddəti, ölüm vaxtı və səbəbi müəyyənləşdirilmişdir. İşemiya yaradılmadan və Pringle manevri ilə əməliyyat olunan, eləcə də Pringle istifadə olunan xəstələrdə işemik hazırlanmanın effektivliyini aşkara çıxarmaq məqsədilə qruplar arasında müqayisəli analiz aparılmışdır.

Nəticələrin müzakirəsi: Pringle manevrinin tətbiqi nəticəsində bir sıra parametrlərdə I qrup ilə müqayisədə əhəmiyyətli dəyişikliklər əldə etmək mümkün olmuşdur. Əməliyyat zamanı itirilən total qan itkisi $1243,3 \pm 284,2$ ml. (I qrupda $2031,0 \pm 380,8$ ml.) bərabər olmuşdur ki, I qrup ilə müqayisədə 38,8% azdır. Əməliyyatın sonunda qanda Hb – nin miqdarı bu qrup xəstələrdə orta hesabla 95 ± 20 g/l. olduğu halda, daha çox qan itirilmə qeydə alınan I qrupda Hb-nin 83 ± 17 g/l. səviyyəsində olması müşahidə edilmişdir. Pringle manevri tətbiq edilmiş xəstələrdə, işemiya bitdikdən sonra qaraciyərin qan dövranına təkrar qoşulması zamanı, mərkəzi hemodinamikada disbalansın meydana çıxması müşahidə edilmişdir. Əlavə olaraq dopamin və noradrenalin kimi preparatların istifadəsindən sonra hemodinamik pozğunluqlar korreksiya edilmişdir. İşemiya yaradılmadan rezeksiya aparılan və Pringle manevri tətbiq edilmiş xəstələrdə əməliyyat zamanı köçürülən eritrositar kütlə həcmi (1 ölçü vahidi (unit) = 200,0 ml), kristalloid və kolloid məhlulların həcmi cədvəl 5.3 – də müqayisəli şəkildə göstərilmişdir.

Cədvəl 1.

İnfuzion və transfuzion məhlulların həcmi

	İşemiya yaradılmadan rezeksiya	Pringle tətbiqi ilə rezeksiya
Eritrositar kütlə (unit)	8	3
Kristalloid məhlullar, ml	5870 ± 2090	4890 ± 1925
Kolloid məhlullar, ml	1715 ± 160	1420 ± 215

Qeyd: qruplarda olan göstəricilər arasında fərq dürüstdür ($p < 0,05$).

Daha bir əhəmiyyətli uğur kimi, II qrupda xaric edilmiş rezektatın həcmnin I qrupa nisbətən çox olmasını misal göstərmək olar. Belə ki, əgər işemiya yaradılmadan rezeksiya olunan xəstələr qrupuna nəzər yetirsək, xaric edilmiş rezektatın həcmnin $557,5 \pm 78,4$ sm³ olduğunu görürük. Lakin, II qrup xəstələrdə

Pringle manevrinin tətbiq edilməsi nəticəsində şiş düyünlərinin ölçüsündən və lokalizasiyasından asılı olmayaraq rahat xaric edilməsinə əlverişli şərait yaranmış, şiş düyünü ilə sağlam qaraciyər toxuması arasında radikallıq prinsipini qorumaq şərti ilə adekvat əməliyyata nail olunmuşdur ki, bu qrup xəstələrdə rezektatın həcmi $624,7 \pm 97,7 \text{ sm}^3$ - ə bərabər olmuşdur. Lakin, II qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonra ilk 2 sutka ərzində qanda AST və ALT aktivliyinin artması, eləcə də digər laborator parametrlərdə baş verən pozğunluqlar, ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyinin və ölüm faizinin yüksəlməsi reperfüzion zədələnmənin vurduğu zərbədən xəbər verir. Əməliyyatdan sonra 1-ci sutka qanın ümumi analizində trombositlərin sayının, əməliyyata qədərki rəqəmlərə nəzərən azalması, 2-ci sutka isə trombositopeniya meyillik aydın nəzərə çarpmışdır. İlk 2 sutka ərzində ümumi bilirubin miqdarı yüksək olsada stabil olaraq $1,7 \text{ mg/dl}$. səviyyəsində qalmışdır. Quick testinin göstəricisində normanın aşağı sərhəddində olması və I qrup ilə müqayisədə alınmış nəticələr arasında statistik dürüst fərq müşahidə edilməmişdir.

Pringle manevri tətbiq edilmiş xəstələrdə işemik-reperfüzion zədələnmə sindromu müalicənin nəticələrinə də təsir göstərmişdir. İkinci qrupda olan 54 xəstədən 26 nəfərində (48,1%) müxtəlif növ ağırlaşmalar müşahidə edilmişdir ki, diqqət çəkəni 8 xəstədə (15%) inkişaf etmiş qaraciyər çatmamazlığının olmasıdır. Bu xəstələrdə qanda AST və ALT – nin aktivliyinin artması, ümumi bilirubin, kreatinin səviyyəsinin yüksəlməsi ilə yanaşı iltihab mediatorları sayılan IL-6, C – reaktiv zülalın miqdarının artması qeydə alınmışdır.

Cədvəl 2

İşemiya yaradılmadan və Pringle tətbiq edilmiş xəstələrdə biokimyəvi qan analizi

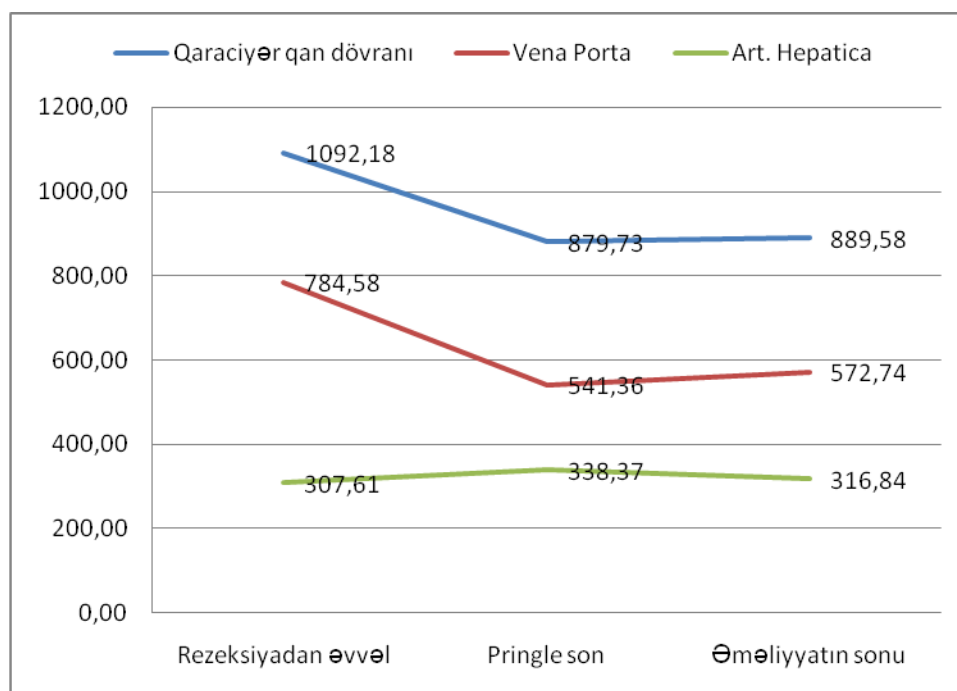
Qruplar	əməldən sonra	Total bilirubin		AST		ALT		Quick	
		1 gün	2 gün	1 gün	2 gün	1 gün	2 gün	1 gün	2 gün
I	M	1,9	2,1	343,3	237,8	288,0	291,3	68,7	69,3
	m	0,3	0,4	29,8	19,2	26,0	24,7	1,4	2,1
II	M	1,7	1,7	542,0	425,3	404,3	445,5	69,8	66,6
	m	0,2	0,4	77,7	90,9	53,1	73,0	1,9	2,6

İşemik hazırlığın aparıldığı xəstələrdə əməliyyat zamanı itirilən ümumi qan həcmi $882,6 \pm 190,9 \text{ ml}$. olmuş və əlavə eritrositar kütlə və qan əvəzedicilərin köçürülməsinə ehtiyac qalmamışdır. Pringle manevrindən əvvəl işemik hazırlıq tətbiq edilmiş qrupda kristalloid infuzion məhlulların istifadə olunan həcmi ilə, II qrupda olan həcm arasında statistik dürüst fərq olmadığı halda, kolloid məhlulların daha az həcmdə - $1370 \pm 195 \text{ ml}$. infuziyası hesablanmışdır ki, bu da II qrupda alınmış həcmdən ($1420 \pm 215 \text{ ml}$.) əhəmiyyətli dərəcədə azdır. Reperfüzion sindromun aqressivliyini azaltmaq məqsədilə Pringle manevrindən əvvəl işemik hazırlanmanın aparılması nəticəsində, hepatositlərin zədələnməsi göstəriciləri olan fermentlərin aktivliyinin artıq əməliyyatdan sonrakı 2 – ci gün əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşməsinin şahidi olmuşuq. Belə ki, rezeksiyadan sonra ikinci gün AST – nin aktivliyi 2,3 dəfə azalaraq $340,6 \pm 37,9 \text{ v/l}$ – dən $184,6 \pm 25,4 \text{ v/l}$. - ə qədər, ALT fermentinin göstəricisi isə 2,1 dəfə azalaraq $287,95 \pm 33,49 \text{ v/l}$ – dən $212,76 \pm 23,56 \text{ v/l}$ – ə enmişdir ki, 1 və 2 – ci günlərdə alınmış nəticələr arasında fərq statistik dürüst olmuşdur. Əsas qrupda olan xəstələr arasında 2 xəstədə qaraciyər çatmamazlığı inkişaf etmişdir ki, bu da 4% təşkil etmişdir.

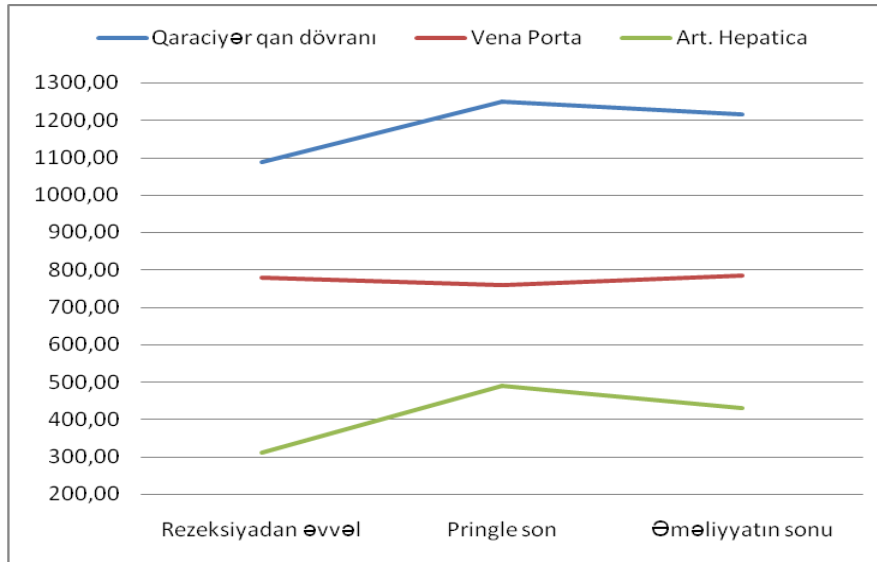
II qrupda işemiya yaradılmadan əvvəl (T_1) və əməliyyatın sonunda (T_2), əsas qrupda isə işemik hazırlanma manipulyasiyası tətbiq edilməzdən qabaq (T_1), 10 dəqiqə işemiyanın ardınca 10 dəqiqə reperfüziya fazasından 5 dəqiqə sonra (T_2)

və əməliyyatın sonunda qaraciyərin qan dövranı parametrləri (T_3) ölçülmüşdür. Aşağıdakı şəkildə I qrupda qaraciyərin qan makrohemodinamikasında baş verən dəyişikliklərin dinamikası verilmişdir. Göstəricilərin analizinə əsasən qaraciyərin qan dövranına qoşulmasından sonra ilkin dəqiqələrdə ümumi dövrən edən qan həcmnin artmasına baxmayaraq, əməliyyatın sonuna yaxın bu rəqəmin azalmasının şahidi oluruq. Belə nəticəyə gəlmək olar ki, reperfuziya başlanan kimi orqana daxil olan qan həcmi mikrosirkulyator şəbəkədə disbalansa səbəb olur.

İşemik hazırlanma manipulyasiyası istifadə edilmiş əsas qrup xəstələrdə isə qaraciyərin qan təchizatının digər 2 qrupa nisbətən daha yaxşı nəticələri müşahidə edilmişdir. Belə ki, Pringle manevrinin son reperfuziya fazası bitdikdən sonra qaraciyərin qan venası ilə gələn qan həcmi 2,3% azalmış ($778,9 \pm 11,7 - 760,6 \pm 13,5$ ml/dəq. $p > 0,05$), əməliyyatın sonunda isə 3,04% artaraq $784,4 \pm 14,0$ ml/dəq. - ə çatmışdır. Əməliyyatdan əvvəl və sonda alınan nəticələr arasında fərq statistik dürüst olmamışdır ($p < 0,05$). Yəni işemik hazırlanmanın aparılması nəticəsində qaraciyərin qan venası ilə qaraciyərə gələn qan həcmində cüzi dəyişiklik müşahidə edilmişdir. Qaraciyər arteriyasında olan qan axınının isə 1,6 dəfə artması ($309,8 \pm 12,6 - 489,4 \pm 20,8$ ml/dəq. $p < 0,001$) müşahidə olunmuş, əməliyyatın sonunda bu rəqəm nisbətən azalsada, yenə də əməliyyatın başlanğıcında qeydə alınan göstəricidən 38,9% çox olmuşdur.



Şəkl. 1. Pringle tətbiq edilmiş xəstələrdə qaraciyərin qan dövranının dinamikası müşahidəsi



Şəkl 2. Əsas qrupda qaraciyərin qan dövrünün dəyişməsi

Qapı venasında qan axınının intensivliyinin dəyişməməsi, arteriya boyunca axan qan kütləsinin artması, nəticədə qaraciyərin ümumi qan həcmnin 11,6% ($1088,6 \pm 17,2 - 1214,6 \pm 23,1$ ml/dəq. $p < 0,001$) artmasına səbəb olmuşdur.

Yekun: Beləliklə, qaraciyərin geniş həcmli rezeksiyaları zamanı işemiya yaradılmadan aparılan əməliyyat, itirilən qanın miqdarının çox olması, massiv qan köçürülməsi və immunomodulyasiya, eləcə də əməliyyatdan sonra yaxın dövrdə erkən residivlərin meydana çıxması kimi çatışmazlıqlara səbəb olmuşdur. Pringle manevri tətbiq edilməklə rezeksiya icra edilmiş qrupda isə, qaraciyərin disseksiyası zamanı qısa müddətli işemiya əməliyyatdaxili qan itkisini azaldır, köçürülmüş qan və qanəvəzedicilərin daha az həcmdə məsrəf olunmasına, şiş toxumasının daha radikal kəsilib götürülməsi üçün əlverişli şərait yaradır. Lakin, işemiya və ardınca reperfüziya fazaları qaraciyərin parenximasında və funksional vəziyyətində destruktiv və distrofik dəyişikliklərə, makro- və mikrosirkulyator qan dövrənində pozğunluqlara səbəb olur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə qaraciyər çatmazlığının inkişaf etməsinə səbəb olan əsas faktor kimi reperfüzion zədələnməni qeyd etmək olar. Pringle manevri tətbiq edilmiş qrupda xəstəxanadaxili ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyi, işemiya yaradılmadan rezeksiya olunan qrupa nisbətən daha çox olmuşdur (48,1 %). Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 5 xəstədə ölüm baş vermişdir ki, bu da qrupda olan xəstələrin 9,3%-ni təşkil etmişdir. Sirrozlu qaraciyərin rezeksiyasından sonra orqanın qalan hissəsinin funksional aktivliyi aşağı enmiş olur. Təxminən 30 dəqiqəlik işemiya vaxtı və ardınca başlayan reperfüziya fazası (Pringle manevri) orqanın həm qan təchizatında, həm də morfofunksional vəziyyətində disbalansa səbəb olur. Əsas qrup xəstələrdə isə Pringle manevrindən əvvəl aparılmış işemik hazırlanma texnikasının orqanın özünümüdafiə mexanizmlərini aktivləşdirməsi hesabına, əməliyyatdan sonrakı dövrdə reperfüzion sindrom digər orqanlar və funksional sistemlərin vəziyyətində patoloji dəyişikliklər yaratmadan uyğunlaşa bilər. İşemik hazırlanmanın istifadə olunmasından sonra reperfüzion zədələnmənin bu qrup xəstələrə vurduğu zərbə II qrup ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə mülayim olmuşdur. Belə ki, qaraciyərin funksional fəallığının bərpası prosesi normal istiqamətdə daha intensiv getmiş, ağırlaşmalar və letallıq faizi daha az olmuşdur.

Nəticələr: Sirrozlu xəstələrdə qaraciyərin geniş həcmli rezeksiyaları zamanı qanıtirmənin minimuma endirilməsi baxımından Pringle manevrinin tətbiqi qiymətlidir. Qaraciyərin rezeksiyalarından sonra reperfüzion zədələnmənin aqressivliyini azaltmaq, orqanın qalan hissəsində sinusoidal perfuziyanın

artırılması, hepatositlərin funksional aktivliyinin yüksəlməsi və regenerativ prosesləri sürətləndirməsi baxımından işemik hazırlanmanın istifadəsi çox əhəmiyyətlidir və geniş perspektivlərə malikdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ağayev B.A., İskəndərov E.A., Müzəffərzadə A.Ə. Qaraciyərin rezeksiyası və transplantasiyasından sonra işemik-reperfüzion sindromun müalicəsi və profilaktikası (ədəbiyyat icmalı) // Cərrahiyyə Jurnalı, 2009, N 1, səh. 90-95.
2. Əmiraslanov Ə.T., Baxşiyev B.Ə., Quliyev M.R., Əsədov Ə.S. Qaraciyər şişləri: xarakteristikası və şüa diaqnostikası üsullarının müqayisəli qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2012, N 2, səh. 5-11.
3. Müzəffərzadə A.Ə. Qaraciyərin müxtəlif həcmli rezeksiyaları zamanı reperfüzion zədələnmə sindromunun orqanın parenximasında yaratdığı pozğunluqların ümumi xarakteristikası // Cərrahiyyə Jurnalı, 2011, N 2, səh. 99-10.
4. Özkaya F. C., Koçdor H. İskemi-Reperfüzyon ve Kanser Metastazi: Biyokimyasal Bakış // DEÜ tip fakültesi dergisi, 2008, cilt 22, sayı 2, sah. 89 - 98
5. Байрамов Н.Ю. Осложнения резекций печени // Анналы хирургической гепатологии, 2000, т. 5, № 1, с. 14-18.
6. Вишневский В.А., Назаренко Н.А. Обширные резекции печени / Лекции по хирургии под редакцией В.С. Савельева. М., Литтерра. 2008, с. 600-611.
7. Arab H., Sasani F., Rafiee M., Fatemi A., Javaheri A. Histological and biochemical alterations in early-stage lobar ischemia-reperfusion in rat liver // World J. Gastroenterol., 2009, v. 15, No 16, p. 1951-1957.
8. Arai M., Tejima K., Ikeda H. et al. Ischemic preconditioning in liver pathophysiology // J.Gastroenterol. Hepatol. 2007, v. 22, suppl 1, p. 65-67.
9. Jaeschke H. Mechanisms of Liver Injury. II. Mechanisms of neutrophil-induced liver cell injury during hepatic ischemia-reperfusion and other acute inflammatory conditions // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol., 2006, No 290, p. 1083-1088.
10. Menger MD, Vollmar B. Pathomechanisms of ischemia-reperfusion injury as the basis for novel preventive strategies: is it time for the introduction of pleiotropic compounds? Transplant Proc 2007; 39(2): p.485-488

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МАНЕВРА ПРИНГЛА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

Искендеров Э.А.

Научный Центр Хирургии имени акад. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан.

Благодаря усовершенствованию хирургической тактики и применению маневра Прингла, непосредственные результаты резекций печени стали более удовлетворительными. Но, реперфузионное повреждение после восстановления кровообращения печени является грозным осложнением и пути профилактики и лечения, которого остается актуальной проблемой хирургии. Целью исследования явилось, выявления значимости применения маневра Прингла также оценить эффективность предварительной ишемической подготовки путем ретроспективного анализа 159 – и больных перенесших резекцию печени. Исследование показали что, при операциях без пережатия сосудов печени объем кровопотери, количество переливаний эр.масс намного больше, а масса резектата меньше чем в группе где применяли Прингл. В группе с ишемической подготовкой, показатели гепатоцеллюлярного повреждения, число осложнений и процент летальности отличаются в лучшую сторону, чем у больных с изолированным применением маневра Прингла.

Ключевые слова: печень, резекция, реперфузионное повреждение, ишемическая подготовка.

SUMMARY

QUANTIFICATION OF PRINGLE MANEUVER USAGE DURING OPERATION ON CIRRHOTIC LIVER AND THE EFFECTIVENESS OF ISCHEMIC PRECONDITIONING FOR PROPHYLACTIC OF REPERFUSION INJURY .

Iskandarov E.A.

Scientific Center of Surgery named after M.A.Topchubashov, Baku, Azerbaijan.

Due to improving of surgical technique and applying of Pringle maneuver the early results of liver resections are more sufficient. Unfortunately, the reperfusion injury after restoring the liver blood flow is a dangerous complication, the prophylactic and treatment of which is still the actual problem in surgery. The aim this research was, to evaluate the demand of usage of Pringle, also to quantify the effectiveness of ischemic preconditioning. The retrospective analyses of 159 patients after liver resections were studied. The examinations showed that, in patients who operated without clamping of hepatic main vessels, the blood loss volume, the amount of hemotransfusion were more, but the mass of resected tissue was smaller compare to Pringle group. In the ischemic preconditioning group the parameters of hepatocellular injury, the complication and mortality rate more moderate compared to the patient with applying only Pringle maneuver.

Key words: liver, resection, reperfusion injury, ischemic preconditioning.

eiskenderov@yahoo.com

QARIN VƏ ƏTRAFLARIN MÜŞTƏRƏK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN ERKƏN AĞIRLAŞMALARI

İbrahimov F.İ.

3 saylı Klinik xəstəxana, Bakı.

Açar sözlər: müştərək travma, ağırlaşma, letallıq.

Aktuallıq. Son illərin məlumatlarına görə ağır müştərək travmalar (AMT) nəticəsində zərər çəkənlərin 5-20%-də qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsi rast gəlinir. Əhali arasında ölümün əsas səbəblərindən biri müştərək travmalardır. Qarının müştərək zədələnmələrindən sonra letallıq orta hesabla 58% hallarda rast gəlinir [1, 2]. Letallığın yüksək rəqəmlərlə ölçülməsi, əməliyyatdan sonrakı və digər ağırlaşmaların çox olması, xəstəxanadaxili müalicə müddətinin uzun çəkməsi, əmək qabiliyyətinin uzun müddətli itirilməsi, bu travmalardan sonra əlilliyin yüksək olması tələb edir ki, belə xəstələrə travmalardan sonrakı bütün mərhələlərdə tibbi yanaşma daim təkmilləşdirilsin.

Müasir travmatologiya və ortopediyanın ən aktual problemlərindən biri – müştərək travma zədələnmələrinin elmi əsaslandırılmış müalicə taktikasının formalaşdırılmasıdır. Politravma nəticəsində uzun borulu sümüklərin sınığı 55-82% hallarda rast gəlinir ki, bu da xəstələrin ümumi vəziyyətini ağırlaşdıraraq, daxili orqanların zədələnməsinin, çanağın, onurğanın, döş qəfəsinin, kəllənin zədələnməsinin diaqnostikasını və müalicəsini çətinləşdirir. Daxili və xarici

qanaxmalar nəticəsində şok, poliorqan çatışmazlığı (POÇ), yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu (YDLS), kiçik və az hallarda böyük qan dövranının tromboemboliyası, çoxsaylı zədələnmələrdən sonra məcburi vəziyyət – hərəkətsizlik nəticəsində kəskin respirator distress sindromu (KRDS), pnevmoniya, yataq yaraları, flebotromboz və s. kimi ağırlaşmalar baş verir. Nəticədə reanimasiya tədbirləri letallıqla qurtarır. [3,4].

Tədqiqatın məqsədi. AMT zədələnmələrindən sonra erkən ağırlaşmaları aşkarlamaq, bu ağırlaşmaların növü, rastgəlmə tezliyi, səbəblərini müəyyənləşdirmək, əsas və müqayisə qrupları üzrə ağırlaşmaların müqayisəli təhlilini aparmaq, bu ağırlaşmaların minimuma endirilməsi yollarını müzakirə etməklə əlillik və letallığın azaldılması üçün müasir yanaşmanı təkmilləşdirmək.

Material və metod. 2009-2012-ci illər ərzində 3 saylı klinik xəstəxanada AMT-dan sonra müalicə almış 490 xəstənin müalicəsinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. 490 xəstənin 326-sı müalicə aldıqdan sonra evə yazılmış, 164 xəstədə ölüm baş vermişdir.

2009-2010-cu illərdə müalicə almış xəstələr şərti olaraq, müqayisə qrupunu, 2011-2012-ci illərdə müalicə almış xəstələr əsas qrupu təşkil etmişdir. Müqayisə qrupu üzrə qarının müştərək zədələnməsi ilə 45 xəstə gətirilmişdir. Bunların 32-də qarınla bərabər ətraflar da müştərəklikdə iştirak etmişdir.

Əsas qrup üzrə qarının müştərək zədələnməsi ilə 45 xəstə olmuşdur. Əsas qrup xəstələrinin 27-in (60%) müalicəsi letallıqla qurtarmış, 18 (40%) xəstə isə müvafiq müalicələrdən sonra evə yazılmışdır. 45 xəstənin 22-də müştərəklikdə qarınla bərabər ətraflar da iştirak etmişdir. Əsas qrup xəstələrində zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsi AIS (Abbreviated Injury Scale) və İSS (Injury Severity Scale) şkalaları üzrə qiymətləndirilmiş və bu xəstələrə “damage control” prinsipi əsasında yardım göstərilmişdir.

Nəticə və müzakirə. Müalicənin gedişində rast gələn erkən ağırlaşmalar aşağıdakı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəldən görüldüyü kimi, əsas qrup üzrə 45 xəstənin 9-da (20%), müqayisə qrupu üzrə 45 xəstənin 16-da (35,6%) erkən ağırlaşma olmuşdur. Əsas qrupda ağırlaşma olmuş 9 xəstənin 6-da (66,7%) müalicə letallıqla qurtarmışdır. 9 xəstənin yalnız 3-ündə müştərəklikdə qarınla bərabər ətraflar da iştirak etmişdir. Bu xəstələrin birində ölüm, ikisində yaxşılaşma olmuşdur. Müqayisə qrupunda olan 16 ağırlaşmanın 13-də (81,2%) müalicə letallıqla qurtarmışdır. 3 xəstədə yaxşılaşma olmuşdur. 16 xəstənin 10-da qarınla bərabər ətraflar da müştərəklikdə iştirak etmişdir. Bunların 8-də müalicə letallıqla qurtarmışdır.

Göründüyü kimi, əsas qrup xəstələrinə “damage control” prinsipi əsasında yardım nəticəsində erkən ağırlaşma nəzərə çarpacaq dərəcədə azalmışdır, belə ki, müqayisə qrupunda bu göstərici 35,6%, əsas qrupda isə 20% olmuşdur. Eyni zamanda müqayisə qrupunda erkən ağırlaşma olmuş xəstələr arasında letallıq 81,2% olmuşdur. Əsas qrup xəstələri arasında bu göstərici azalaraq, 66,7%-ə düşmüşdür. Müqayisə qrupu üzrə 45 xəstənin 25-də (55,6%) müalicə letallıqla qurtarmış, 20 (44,4%) xəstə müalicədən sonra evə yazılmışdır.

Cədvəl 1.

Əsas qrup və müqayisə qrupu xəstələrində rast gəlinən erkən ağırlaşmalar

Ağırlaşmalar	Əsas qrup (n=45)	Müqayisə qrupu (n=45)
KRDS	2	6
POÇ	3	3
Təkrari daxili qanaxma	1	2
YDLS	-	1
Tromboemboliya	1	2
Travmatik pankreatit	1	-
Labarotomiya yarasının infeksiyaları	1	1
Bağırsağ keçməzliyi	-	1
Cəmi	9 (20%)	16 (35,6%)

Bəllidir ki, AMT-dan sonra xəstələr xəstəxanaya travmatik və hemorragik şok vəziyyətində gətirilir. Bəzən bütün cəhdlərə baxmayaraq, bir qrup xəstələri şokdan çıxarmaq mümkün olmur və belə xəstələrin müalicəsi ilk saatlarda letallıqla qurtarır. Bir qrup xəstələrin vəziyyətində nisbi yaxşılaşma qeyd olunursa və sonradan xəstənin vəziyyətində yenidən ağırlaşma baş verərsə, belə xəstələr mövzumuzun müzakirə obyektidir. Ona görə müqayisə və əsas qruplar üzrə ölənlər xəstələrin xəstəxanada yaşama müddətinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Cədvəl 2.

Müalicəsi letallıqla qurtaran xəstələrin xəstəxanada yaşama müddəti

Müddət	Müqayisə qrupu № 25 (100 %)	Əsas qrup № 27 (100 %)
1 saat	6 (24 %)	11 (40,8 %)
3 saat	1 (4 %)	3 (11,1 %)
24 saat	4 (16 %)	7 (25,9 %)
1 sutkadan çox	14 (56 %)	6 (22,2 %)

Cədvəldən göründüyü kimi, əsas qrup xəstələrinin 40%-dən çoxunda 1 saat ərzində ölüm baş vermişdir. Cəmi 22%-i bir sutkadan çox yaşamışdır. Müqayisə qrupu üzrə ölənlər xəstələrin 24%-i birinci sutka ərzində ölmüş, 56%-i bir sutkadan çox yaşamışdır. Bu əsas qrup xəstələri arasında zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsinin yüksək olduğunu göstərir. AIS və İSS şkalaları üzrə zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi də bunu təsdiq etmişdir.

Yuxarıdakı cədvəllərin təhlilindən aşağıdakı nəticələr formalaşdırılmışdır:

1. Əsas qrup üzrə ölənlərin ümumi miqdarı artmışdır, lakin bunların 40%-dən çoxunun ilk saatda ölməsi göstərir ki, (müqayisə qrupunda bu göstərici 24% olmuşdur). AMT zədələnmələrinin ağırlıq dərəcəsi ilbəil artma tempini saxlayır.

2. İlkin və təxirəsalınmaz yardımlardan sonra vəziyyətində sabitləşmə qeyd olunan xəstələrin müqayisə qrupu üzrə 16%-də, xəstələrin əsas qrup üzrə isə yalnız 9%-də (bu qrupda zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsinin daha ağır olmasına baxmayaraq) ağırlaşma qeyd olunmuşdur.

Qarın və ətrafların müştərək travmalarında zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsinə ciddi şəkildə təsir edən, erkən ağırlaşmalarda rolu olan sınıqların təhlili aparılmışdır. Əsas qrupun 7 xəstəsində dayaq-hərəkət sistemi (DHS) zədələnməsi poliseqmentar sınıqlar şəklində rast gəlməmişdir. Müqayisə qrupunda da 7 xəstədə belə sınıqlar olmuşdur. 9 xəstədə ətraf sınıqları ilə bərabər çanaq sümüklərinin sınıqları da rast gəlməmişdir.

Cədvəl 3.*Əsas və müqayisə qrupunda rast gəlin sınıqlar*

Sümüklər	Əsas qrup		Müqayisə qrupu	
	önlər	evə yazılanlar	önlər	evə yazılanlar
Kürək	-	-	-	1
Bazu	2	1	3	4
Said	-	2	3	3
Qabırğa	3	2	1	2
Çanaq	5	5	1	8
Bud	7	7	7	9
Baldır	3	7	4	5

DHS zədələnmələrinin müalicəsində ilkin və sonrakı yardımlar planlı sürətdə aparılmışdır. Əsas qrup xəstələrinə yardım “damage control” prinsipi əsasında qurulmuşdur. Bu müalicələrin geniş retrospektiv təhlilindən sonra aşağıdakı nəticələr formalaşdırılmışdır:

-DHS-nin müştərək zədələnməsi olan xəstələrə ilk yardım həyatı xilasedici əməliyyatlarla başlamalıdır, yəni döş qəfəsi və qarındaxili orqanlarda, kəllədə, onurğada təxirəsalınmaz əməliyyatlar aparılmalı, açıq sınıqlarda birincili cərrahi işləmə və çanağın qeyri-stabil sınıqlarının fiksasiyası aparılmalıdır.

Müştərək travmalar zamanı çanağın qeyri-stabil və ətrafların uzun borulu sümüklərinin sınıqlarında cərrahi müdaxilə erkən dövrdə (travmanın ilk 12 saati ərzində, gözlənilən və gözlənilməyən ağırlaşmalar meydana çıxmamış) minimal əməliyyatlar aparılmaqla çoxmərhələli cərrahi müalicə taktikası seçilməlidir.

Qapalı sınıqların osteosintezi yalnız xəstənin vəziyyəti sabitləşdikdən sonra yubadılmış qaydada 3-14-cü sutkalar arasında aparılmalıdır. Bu əməliyyatlar xəstələrə sərbəst hərəkət etməyə və xəstənin bədəninin ağırlığını götürməyə imkan verməlidir.

“Damage control” taktikəsindən istifadə etməklə travmanın ilkin saatlarında həyata keçirilən birincili təxirəsalınmaz cərrahi əməliyyatların əməliyyatönü hazırlıq mərhələsinin qısaldılması nəticəsində əməliyyatdan sonrakı letallığı nəzərə çarpacaq dərəcədə azaltmaq mümkün olmuşdur. 24 saatdan sonra iltihabi proseslər, intoksikasiya, poliorqan çatışmazlığı kimi ağırlaşmalar bütün xəstələrin vəziyyətinin pisləşməsinə səbəb olur. Bu zaman “damage control” prinsipi əsasında cərrahi problemləri həll olunmuş əsas qrup xəstələrində intensiv dezintoksikasiya tədbirləri aparıldığı halda, müqayisə qrupunda residiv qanaxmalar, peritonitlər, etibarsız immobilizasiyalar təkrari məcburi cərrahi müdaxiləyə ehtiyac yaradır. Belə hallar xəstənin vəziyyətini daha da ağırlaşdırır.

Yekun. Müqayisəli təhlilin yekunu olaraq, aşağıdakı fikirlər formalaşdırılmışdır:

-əsas qrupu təşkil edən 2011-2012-ci il xəstələri arasında, müqayisə qrupunu təşkil edən 2009-2010-cu il xəstələrinə nisbətən zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsi ilbəl artmaqda davam edir.

-əsas qrup xəstələri arasında erkən ağırlaşmalar müqayisə qrupunda olan 35,6%-dən azalaraq 20%-ə düşmüşdür.

-erkən ağırlaşma olmuş xəstələr arasında letallıq əsas qrupda, müqayisə qrupunda olan 81,2%-dən azalaraq 66,7%-ə düşmüşdür.

Beləliklə, AMT zədələnmələrinin müalicə taktikası, zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsini müasir qiymətləndirmə şkalalarından istifadə edərək, köhnəlmiş müalicə sxemlərindən imtina etməklə, təcrübəli mütəxəssislərin ümumi rəyi əsasında

qurulmalıdır. Bizim fikrimizcə həyat üçün təhlükə yaradan zədələnmələrin əməliyyatı yerinə yetirilərkən “damage control” prinsipinə ciddi əməl olunmalı, əməliyyatların müddəti və travmatikliyi azaldılmalı, infeksiyon və qeyri-infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası üçün xüsusi müalicə sxemi hazırlanmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Афаунов М. В. Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей // Детская хирургия. 2001, № 4, с. 42 - 47
- 2.Бастрыгин А.В. Органосохраняющие операции при травматических закрытых чрескапсулярных разрывах селезенки у детей: //Автореф. дис.... канд. мед. наук. Хабаровск, 2007, 26 с.
- 3.Яковлев В.Б. Тромбоэмболия легочной артерии. Диагностика, лечение, профилактика // Русский медицинский журнал № 16,1998, с. 1036-1047
- 4.Rixen D., Raum M., Bouillon B., Schlosser L.E., Neugebauer E Traumatology (DGU) / // Unfallchirurg., 2001, Mar, 104, Vol. 3, p. 230-239

РЕЗЮМЕ

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА И КОНЕЧНОСТЕЙ

Ибрагимов Ф. И.
Клиническая больница № 3, Баку

Ключевые слова: сочетанная травма, осложнение, летальность.

Был проведен ретроспективный анализ лечения 490 пациентов, получивших в 2009-2012 годах лечение после тяжелой сочетанной травмы. 326 из этих пациентов были выписаны домой, у 164 произошла смерть.

Пациенты, получившие лечение в 2009-2010 годах условно составили сравнительную группу, а получившие лечение в 2011-2012 годах – основную группу. Пациентам основной группы была оказана помощь на основе принципа «damage control». В результате, ранние осложнения в сравнительной группе у пациентов с сочетанным повреждением живота и конечностей будучи 35,6%, в основной группе, уменьшившись, снизились до 20%. В сравнительной группе лечение 81,2% пациентов с ранними осложнениями закончилось летально. Эти показатели в основной группе составляли 66,7%. Таким образом, при строгом следовании принципам «damage control» и ранние осложнения, и летальность заметно понизились.

SUMMARY

EARLY COMPLICATIONS OF JOINT DAMAGES TREATMENT OF ABDOMINAL AND EXTREMITIES

Ibrahimov F. I.
Clinical Hospital number 3, Baku.

Key words: cumulative trauma, complications, mortality

It were carried out the retrospective analyse of 490 patients' treatment that received treatment after serious cumulative trauma in 2009-2012 years. 326

patients of these were written to home after receiving treatment, in 164 patients were occurred mortality.

In 2009-2010, the treated patients conditionally constituted the comparison group, in 2011-2012, treated patients were main group. It was helped to main group patients according to the “damage control” principle. Consequently, in patients with joint damages of abdominal and extremities, early complications is 35,6% in comparison group, but it was decreased to 20% in main group. In comparison group in 81,2% patients who have early complication treatment was ended with mortality. In main group this parameter was 66.7%. So, in case of seriously fulfilling of the “damage control” principle, also the early complication and mortality is significantly decreased.

ЗНАЧЕНИЕ ОТАЛГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ.

Шахвердиев А.К., Антонив В.Ф., Пушкарь И.С.

Кафедра оториноларингологии, Российского университета дружбы народов (Город Москва).

Ключевые слова: оталгия, снижение слуха, метастазы.

В жизни диагностика большинства заболеваний начинается с отдельного, иногда незначительного, едва определяемого признака не благополучия, с первых и ранних симптомов. На основании этих ранних, слабо выраженных признаков составляется план исследования. Первым пунктом этого плана является определение тех заболеваний, при которых могут иметь место эти признаки. В дальнейшем идет сложный процесс дифференциальной диагностики. Необходимо выбрать самый короткий путь определения окончательного диагноза и минимальное число методов исследования. Весь этот сложный процесс может быть быстро и эффективно осуществлен при наличии четко сформулированного и апробированного диагностического алгоритма.

Не учитывается взаимосвязь между заболеваниями, в частности между воспалительным и опухолевым процессами, их коморбидность [1-3]. Этим, до некоторой степени, объясняется высокая частота врачебных ошибок [2-5]. Об этом свидетельствует и тот факт, что при оталгии в сочетании со снижением слуха или без нарушения слуха очень высок процент диагностических ошибок [4]. Ошибки эти ведут к назначению необоснованного лечения, к хронизации острого воспалительного процесса, появлению грозных, угрожающих жизни больного, осложнений.

За 5 лет (2005-2009) в ЛОР отделении Московской городской клинической больницы №4 было проведено обследование и лечение 158 больных в возрасте от 18 до 72 лет, по поводу злокачественных опухолевых заболеваний глотки и гортани.

Новообразование исходило из носоглотки - в 5 наблюдения, из ротоглотки - в 31, из гортаноглотки - у 53 больных. В 6 наблюдениях определить исходную локализацию не удалось. Распределение больных в зависимости от исходной локализации, наличия увеличенных регионарных лимфатических узлов и оталгии представлено в табл. 1.

Таблица № 1

Распределение больных злокачественной опухолью гортани и глотки в зависимости от исходной локализации, увеличения регионарных лимфатических узлов и оталгии.

Исходная локализация	Число больных			
	общ. число	увелич. лимф. узлы	Оталгия	
			первичн	вторичн
Гортань: верхн. отд.	26	14	-	18
средн. отд.	30	3	-	3
нижн. отд.	7	2	-	7
Глотка: верхн. отд.	5	1	5	-
средн. отд.	31	15	-	18
нижн. отд.	53	15	-	32
Исходная локализация не определена	6	4	-	6
Всего	158	54	54	86

Увеличенные лимфатические узлы выявлены у 54 больных. Это были единичные, как правило, гомолатеральные, подвижные, безболезненные при пальпации лимфатические узлы, овальной формы, большой размер которых не превышал 2 см. Чаще всего увеличенные лимфатические узлы пальпировались у больных с опухолью, исходившей из верхнего отдела гортани (14), среднего и нижнего отделов глотки (30).

Оталгия констатирована у 86 из 158 больных (54,4 %). Оталгия, как и увеличенные лимфатические узлы, которые расценивались нами, как метастатические, имела место чаще у больных с опухолью, исходившей из верхнего отдела гортани, среднего и нижнего отделов глотки 18, 18, 32 соответственно. На оталгию гомолатеральную жаловались все 54 больных с увеличенными глубокими шейными (яремными) лимфатическими узлами.

Всем больным злокачественной опухолью гортани и глотки (158) проведено ультразвуковое исследование шеи. Увеличенные лимфатические узлы выявлены в 66 наблюдениях (41,7 %). У всех 66 больных увеличенным оказался и ангулярный лимфатический узел. Всем им произведена пункция этого узла и цитологическое исследование пунктата. Комплексы атипичных клеток выявлены лишь у 49 больных (табл. 2).

Как уже отмечено, оталгия имела место у 86 больных. Пальпаторно увеличение лимфатических узлов выявлено в 54 наблюдениях, а с помощью УЗИ – у 66 больных. У 66 больных произведена пункция узла и цитологическое исследование пунктата. Атипичные опухолевые клетки выявлены в 49 наблюдениях.

Таблица № 2*Методы исследования больных и их результаты*

Методы исследования	Лимфатические узлы		Всего
	Не увеличенные	Увеличенные	
Анамнез (оталгия)	20	66	86
Пальпация	104	54	158
УЗИ	92	66	158
Пункция лимфатических узлов	-	66	66
Гистологическое исследование удаленных лимфатических узлов	8	66	174

Все больные с опухолью гортани, среднего и нижнего отделов глотки оперированы. Большинству из них после операции проведена лучевая терапия в плане послеоперационного облучения (40-45 Гр). Не облучали только 3 – х больных с опухолью среднего отдела гортани.

Распределение больных в зависимости от методов лечения представлено в табл. 3.

Таблица № 3*Распределение больных в зависимости от методов лечения представлено*

Методы лечения	Стадии заболевания				Всего
	I	II	III	IV	
Хордэктомия	5	-	-	-	5
Переднебоковая резекция гортани	-	11	4	-	15
Боковая резекция гортани	-	8	1	-	9
Горизонтальная резекция гортани	-	5	1	-	6
Ларингэктомия	-	-	21	6	27
Расширенное удаление небной миндалины	1	10	12	8	31
Резекция гортани и гортаноглотки	-	16	29	8	52
Лучевая терапия	2	3	5	2	12
Всего	8	53	73	24	158

В табл. 3 приведены методы лечения (хирургические вмешательства – 146 и облучение, как самостоятельный метод лечения) по поводу первичного опухолевого очага. У всех больных с опухолью верхнего отдела гортани, среднего и нижнего отделов глотки одновременно с вмешательством по поводу первичного опухолевого очага произведена ранняя шейная лимфонодулэктомия (фулярно – фасциальное иссечение клетчатки бокового отдела шеи по терминологии Научно – исследовательского центра онкологии им. Блохина). Такая же операция выполнена и у 8 больных после лучевой терапии, у которых появились увеличенные лимфатические узлы шеи. И так вмешательства на лимфатических путях шеи выполнено у 125 больных.

Комплексы опухолевых клеток при гистологическом исследовании лимфатических узлов, удаленных при операции на лимфатических путях шеи, выявлены у 84 наблюдениях.

И так оталгия имело место у 86 больных со злокачественной опухолью глотки и гортани. Оталгия отмечалась в основном только у больных с поражением среднего и нижнего отделов глотки и верхнего отдела гортани при наличии увеличенных лимфатических узлов, в которых выявлены при пункции и гистологическом исследований комплексы атипичных (опухолевых) клеток

Результаты цитологического и гистологического исследований лимфатических узлов шеи представлены в табл. 4.

Таблица № 4

Результаты цитологического и гистологического исследований лимфатических узлов шеи

Методы исследования	Лимфатические узлы				Всего исследований	
	Не увеличены		Увеличены			
	Опухолевые клетки				+	-
	Найдены	Не найдены	Найдены	Не найдены		
Гистологическое исследование	20	49	66	-	86	49
Цитологическое Исследование	-	-	49	17	49	17

Гистологическое исследование клетчатки бокового отдела шеи и содержащихся в ней лимфатических узлов проведено у 135 больных. Исследовали как увеличенные так и не увеличенные лимфатические узлы. В 69 препаратах с не увеличенными лимфатическими узлами комплексы опухолевых клеток обнаружены у 20 (28,8 %). У всех увеличенных лимфатических узлах (66) выявлены комплексы опухолевых клеток. Гистологически наличие метастазов выявлено у 86 (55% от общего числа больных 158).

Цитологическое исследование пунктата лимфатического узла проводили только после определения с помощью УЗИ состояния лимфатических узлов шеи. Пунктировали только увеличенные лимфатические узлы, как правило это был ангулярный узел. УЗИ произведено всем нашим больным (158). Увеличенные лимфатические узлы выявлены только у 66 из 158 больных. Атипичные клетки в пунктате этих узлов обнаружены у 49 исследованных (49 из 66), что составило 74%, или всего 31% от общего (158) больных.

Гистологически у всех этих 66 больных выявлены признаки метастазирования (комплексы опухолевых клеток). Кроме этого опухолевые клетки выявлены еще у 20 больных, УЗИ не указало на наличие увеличенных узлов. Гистологическое исследование проведено только у 135 больных, а УЗИ – у 158. Значит с помощью УЗИ с последующей пункцией увеличенных узлов и цитологического исследования пунктата признаки метастазирования обнаружены у 49 из 158 обследованных (31%).

С помощью гистологического исследования клетчатки бокового отдела шеи у 135 больных явные признаки метастазирования (комплексы опухолевых клеток) выявлены у 86 обследованных, что составило 54%.

На оталгию жаловались 86 наших больных. При сопоставлении результатов УЗИ, цитологического исследований оказалось, что данные

гистологического исследования полностью совпадают с определением оталгии. У всех больных, в которых имела место оталгия односторонняя гомолатеральная, в лимфатических узлах шеи увеличенных (66) и не увеличенных (20) выявлены комплексы опухолевых клеток: цитологически у 49, гистологически – у 86.

Пальпация, УЗИ, пункция узлов, цитологическое обследование проведены одной и той же группе больных. Все эти больные (86) задолго до появления явных признаков метастазирования (выявления увеличенных лимфатических узлов шеи пальпаторно, УЗИ, пункция и цитология) жаловались на боль в ухе на стороне локализации первичной опухоли.

Из 158 больных при обследовании у 86 наблюдалась оталгия. У всех этих больных оталгией (100 %) при гистологическом исследовании были найдены опухолевые клетки в лимфатических узлах – метастазы. У 72 больных оталгия отсутствовала, при гистологическом исследовании лимфатических узлов этих больных метастазы обнаружены в 5 случаях (6,9 %).

Нулевая гипотеза «Оталгия не свидетельствует о наличии метастазов в л/у»

	Метастаз +	Метастаз -	Всего
Оталгия +	86	-	86
Оталгия -	5	67	72
Всего	91	67	158

	Метастаз +	Метастаз -	Всего
Оталгия +	49,52	36,47	86
Оталгия -	41,46	30,53	72
Всего	91	67	158

Критерий χ^2

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} = 140,96$$

Критическое значение $\chi^2 = 3,84$

$$3,84 < 140,96$$

Тем самым мы опровергаем нулевую гипотезу

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что оталгия свидетельствует о наличии региональных метастазов злокачественных опухолей злокачественных опухолей глотки и гортани.

Результаты этих исследований, с учетом статистической обработки полученной информации свидетельствуют о том, что оталгия при злокачественной опухоли глотки и гортани, является из весьма ценным и ранним симптомом развития метастазов в лимфатических узлах шеи (в зонах регионального лимфооттока). Этот симптом необходимо учитывать при разработке плана лечения больного и решении вопроса о целесообразности ранней шейной лимфонодулэктомии, или превентивного облучения зон регионарного метастазирования.

ӘДӘБИҮАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1.Акимов Г. А., Лобзин В.С., Михайленко А. А. Этиотропное и патогенетическое лечение неврологических синдромов периферического генеза. //Журн. невропатол. и психиатр 1983; 4 : 504-511.

2. Антонив В.Ф., Костина Т.В., Сотников С.В. Злокачественные опухоли лимфоидного кольца глотки. // Рос. оторинолар 2002;2:7-8.
3. Антонив В. Ф., Аксенов В. М. Фарингиты, болезнь Рейнке, опухоли гортани, гнойные заболевания уха, старческая тугоухость // Рук. по геронтол. и гериат. М., 2003. – Т. 7. – Ч. 4. – С. 284 - 295.
4. Cooper J. S., Pajak T. F., Rubin P. et.al. Second malignancies in patients who have head and neck cancer: incidence, effect on survival and implications based on the RTOG experience // Intel. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. - 1999. - N 17. -P. 449-456.
5. Fayos J. V. Carcinoma of the oropharynx // Radiology, 1997. –V. 138. -P. 675-681.

SUMMARY

IMPLICATIONS OF OTALGIA FOR DIAGNOSTICS OF LARYNGEAL AND PHARYNGEAL CANCER

SHakhverdiev A.K., Antoniv V.F., Pushkar I.S.

In the real world diagnostics of the majority of diseases starts with single, sometimes insignificant, barely perceptible sign of ill-being, with first and early symptoms. The examination plan is made on the basis of these early low-grade signs. First item of the plan is determination of the diseases, which may be accompanied by the signs. After that the complex differential diagnostics process is started. It is necessary to find a shortest possible way to determination of final diagnosis with minimum number of examination methods. This complex process can be effectively performed using the clearly formulated and time-tested diagnostic algorithm.

Key words: otalgia, impairment of hearing, metatases.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕТРОГРАДНАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ С ПОМОЩЬЮ ГИБКОГО УРЕТЕРОПИЕЛОСКОПА: НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Акперов Р.Ф., Мамедов Р.Н., Заиров Н.Ф., Акперов К.Р.

Республиканский Госпиталь МВД АР им. А.Гейдарова, отделение уронефрологии.

В последние годы дистанционная и перкутанная нефролитотрипсия стали общепринятым мировым стандартом в лечении почечнокаменной болезни. Однако, внедрение в практику миниуретероскопов, гибких эндоскопов и трансуретеральных кожухов для создания постоянного доступа к верхним мочевым путям, разработка и усовершенствование методов лазерной литотрипсии изменили подход к лечению больных нефролитиазом и способствовали более широкому внедрению методов трансуретральной нефролитотрипсии (ТУНЛТ) [1, 2].

Вместе с тем, недостаточно изучена клиническая эффективность ТУНЛТ, не разработаны показания и противопоказания к ее применению, неизвестны специфические осложнения метода, не разработаны методы их профилактики и лечения. В отечественной литературе данные вопросы практически не освещены. Все вышеперечисленное отражает актуальность

данной проблемы и побудило нас поделиться собственным опытом выполнения ТУНЛТ.

Материал и методы: Наше исследование посвящено изучению результатов лечения 15 больных нефролитиазом, которым была выполнена ТУНЛТ в отделении уронефрологии Республиканского Госпиталя МВД АР в период с декабря 2012 по ноябрь 2013 гг.

Среди исследуемых больных 8 были мужчины, 7- женщины. Возраст больных был 26 – 78 лет (средний возраст – 57,5 лет).

Комплекс предоперационного обследования пациентов включал в себя: сбор жалоб и выяснение анамнеза, физикальное обследование, получение лабораторных данных, ультразвуковое обследование и рентгенологическое исследование: в 3 (20%) случаях это была экскреторная урография, в остальных 12 (80%) случаях – спиральная компьютерная томография.

На основе обследования было выявлено, что у 9 больных поражена левая почка, у 6 - правая. При этом у двух пациентов это была единственная почка (в одном случае слева, в другом случае правая почка). Трое больных страдали сахарным диабетом (из них у двоих наблюдалось ожирение 2-3 степени), у двух больных был выявлен нефроптоз на стороне поражения. Двое пациентов поступили в отделение и были прооперированы в состоянии анурии. Трех больным до поступления в наше отделение была неудачно выполнена дистанционная литотрипсия камня в почке, который в последствие нам удалось разрушить и извлечь.

Размеры камней колебались от 5 мм до 23 мм (средний размер камней составил 12 мм). По расположению, в 8 случаях камни были в верхней трети мочеточника, которые во время вмешательства мигрировали в почку, у остальных 7 больных камни располагались в чашечно – лоханочной системе почки. Во всех случаях операция выполнялась на не дренируемой почке. Уровень креатинина в крови у исследуемых больных колебался от 60 мкмоль/л до 677 мкмоль/л.

В качестве анестезии для вмешательства в 11 случаях мы прибегли к спинальной, в остальных 4-х случаях - к эндотрахеальному наркозу. Хотим отметить, что выполнение вмешательства под спинальной анестезией не вызывает проблем и каких – либо болевых ощущений у пациентов. Однако, основываясь на собственном опыте считаем, что эндотрахеальный наркоз более предпочтителен для проведения ТУНЛТ – при этом возможно минимизировать смещение камня вследствие дыхательной подвижности почки или неожиданного кашля больного, также еще более облегчается проведение эндоскопа или трансуретерального кожуха до ЧЛС почки.

Для выполнения ТУНЛТ с помощью гибкого фиброуретеропиелоскопа мы у всех исследуемых больных предварительно проводили ревизию верхних мочевых путей ригидным уретероскопом. Для данной процедуры мы применяли стандартный полужесткий уретерореноскоп фирмы “Karl Storz” диаметром кончика 9,5 F и длиной 43 см, с рабочим каналом 5 F. Наряду с ревизией верхних мочевых путей, проведение ригидного уретерореноскопа пассивно дилатирует устье мочеточника и уже на этом этапе дает хирургу основание судить о возможности введения в данный мочеточник специального трансуретерального кожуха. Кроме того, при относительно больших размерах камня и при возможности визуализировать его в лоханке почки, мы начинали процесс дробления камня с помощью ригидного уретеропиелоскопа, так как через его рабочий канал можно провести лазерный волновод размером 600мкм. Это позволяет разрушить

большую часть камня за более короткий промежуток времени, а также использовать корзинчатые захваты для фрагментов камня.

Для проведения фиброуретерокаликоскопии мы использовали гибкий уретеропиелоскоп Flex- XC фирмы “Karl Storz” с рабочей длиной инструмента 68 см, с внешним диаметром тубуса 8,5 F и инструментальным каналом 3,6 F. Данный инструмент имеет несколько преимуществ перед предыдущими фиброуретеропиелоскопами. Новая CMOS-камера обеспечивает отличные показатели визуализации при минимальном размере, что дает возможность получить истинное цифровое изображение превосходного качества и уменьшить диаметр тубуса для снижения травматичности. Благодаря встроенному светодиодному осветителю (нет необходимости подключать световод) и интегрированной камеры (эндоскоп непосредственно подключается к блоку камеры) рукоятка данного фиброуретеропиелоскопа очень легкая и маневренная. Это позволяет очень легко манипулировать инструментом, при этом рука хирурга совсем не устает за все время манипуляции. Система активного изгиба вершины инструмента позволяет осуществлять активный контролируемый изгиб вершины на угол 270° в двух плоскостях. При дроблении камня в почке с помощью фиброуретеропиелоскопа мы применяли лазерный волновод диаметром 230 мкм. Он практически не ограничивает величину изгиба кончика эндоскопа в ЧЛС почки.

Для проведения контактного разрушения камня в ЧЛС почки, создание постоянного трансуретрального доступа является залогом успеха и во многом предотвращает поломку фиброуретеропиелоскопа. При наличии современных уретеропиелоскопов необходимость в рутинной дилатации устья в большинстве случаев не возникает. Однако, при установке мочеточникового кожуха (так называемая система для обеспечения постоянного доступа к ЧЛС почки), нередко необходимо дилатировать устье мочеточника. Здесь, можно провести пассивную дилатацию – установить стент на 2-3 недели, и повторно прооперировать больного, или же выполнить активную дилатацию мочеточниковыми бужами или баллон - катетером. В нашем исследовании мы прибегли к активной баллон дилатации у 2 пациентов. При этом, вероятность развития стриктуры мочеточника или же везико – уретрального рефлюкса, вследствие данной манипуляции, по данным литературы менее 1%. Для создания постоянного доступа к ЧЛС почки мы пользуемся мочеточниковым кожухом диаметром 12 - 14 F, длиной 38-54 см. Все трансуретральные манипуляции на верхних мочевых путях мы выполняем только под рентген-телевизионным контролем и с помощью струн проводников типа Sensor (Boston Scientific, США). После создания постоянного трансуретрального доступа производится пиелокаликоскопия для обнаружения камня и его дальнейшее контактное разрушение.

Наиболее предпочтительным методом дробления камня при использовании гибкого уретеропиелоскопа является лазерная литотрипсия. В литературе есть описание выполнения данной манипуляции и с помощью элекрогидравлической литотрипсии – однако при этом высок риск как повреждения инструмента, так и самой почки. Среди методов лазерной литотрипсии (гольмиевый и неодмиевый) «золотым стандартом» считается использование энергии гольмиевого лазера. В нашем исследовании мы применяли аппарат для лазерной литотрипсии “CALCULASE II” (KarlStorz)

Данный лазер излучает лучи в среднем инфракрасном диапазоне с длиной волны 2080 нм и имеет пилотный свет зеленого цвета – это значительно облегчает наведение кончика лазерного волновода при

дроблении камня даже при гематурии. Максимальная мощность лазера 20 ватт. Мы в основном пользовались энергией дробления 0,8 – 1,2 джоуль с частотой 6 – 8 Гц.

Результаты: Основными показаниями для ТУНЛТ у исследуемых больных являлись: миграция камня из мочеточника в ЧАС почки, а также невозможность выполнения или неэффективность дистанционной литотрипсии камня. Использование гибкого уретеропиелоскопа для трансуретральной нефролитотрипсии позволило полностью избавиться от камней у всех исследуемых больных. Это позволяет считать данный метод достаточно эффективным и сравнимым по эффективности с другими методами лечения камней почек. Во всех случаях после ТУНЛТ мы дренировали почку внутренним стентом, который необходим для обеспечения относительно длительного дренирования. Все больные были выписаны из стационара на следующий день после операции.

Среди интраоперационных осложнений в 2 случаях отмечено кровотечение. Источником кровотечения явился форникс, поврежденный в конце операции при разрушении мелких фрагментов камня. Развившееся интраоперационное кровотечение существенно снижало эндоскопическую видимость. Быстрое завершение операции с установкой стента помогло остановить кровотечение без применения гемостатических препаратов. Примечательно, что интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде у больных не было отмечено случаев гипотензии и выраженного снижения уровня гемоглобина.

У 4 пациентов наблюдали обострение пиелонефрита, который удалось купировать применением широкого спектра антибиотиков, в одном случае стент был преждевременно удален вследствие его закупорки гнойным детритом. Всем остальным больным стент был удален через 2-4 недели после операции.

Для иллюстрации эффективности ТУНЛТ мы приводим описание клинического случая из нашей практики.

Больная К.Д. 72 лет, поступила в клинику 13.05.2013 года с болями в левой почке, анурией, тошнотой и рвотой. В анамнезе, за последние 6 месяцев больной 4 раза устанавливали стент в единственную левую почку, с целью дальнейшей дистанционной литотрипсии камня лоханки левой почки (правая почка была удалена 5 лет назад, по поводу терминального гидронефроза, вызванного обструкцией камнем). При этом в двух последних случаях стент устанавливали больной уже в состоянии анурии. Последний раз, стент был удален неделю назад (через 3 недели после последнего случая дистанционной литотрипсии), и 4 дня назад больная отметила уменьшение диуреза с нарастающими болями в левой почке, а в последние 3 дня практически полное отсутствие мочи.

При обследовании в клинике, в крови уровень гемоглобина 10 г/дл, уровень креатинина 677 мкмоль/л. На выполненной спиральной компьютерной томографии правая почка отсутствует (оперативно удалена), ЧАС левой почки расширена, наблюдается неполное удвоение, толщина паренхимы 18-20мм, в лоханочно – мочеточниковом сегменте выявляется камень размерами 12x9 мм (плотностью 350 НУ), ниже камня прослеживается коленообразный изгиб не расширенного мочеточника (рис. 1.).

Состояние больной оценивалось как средней тяжести, каких – либо сопутствующих патологий не обнаружено. В день поступления, больной по экстренным показаниям под спинальной анестезией была выполнена

операция «Трансуретральная ретроградная нефролитотрипсия, со стентированием почки». Во время вмешательства, после проведения мочеточникового кожуха до верхней трети левого мочеточника, положение камня контролировать было не возможно, так как он был рентгеногегативный.

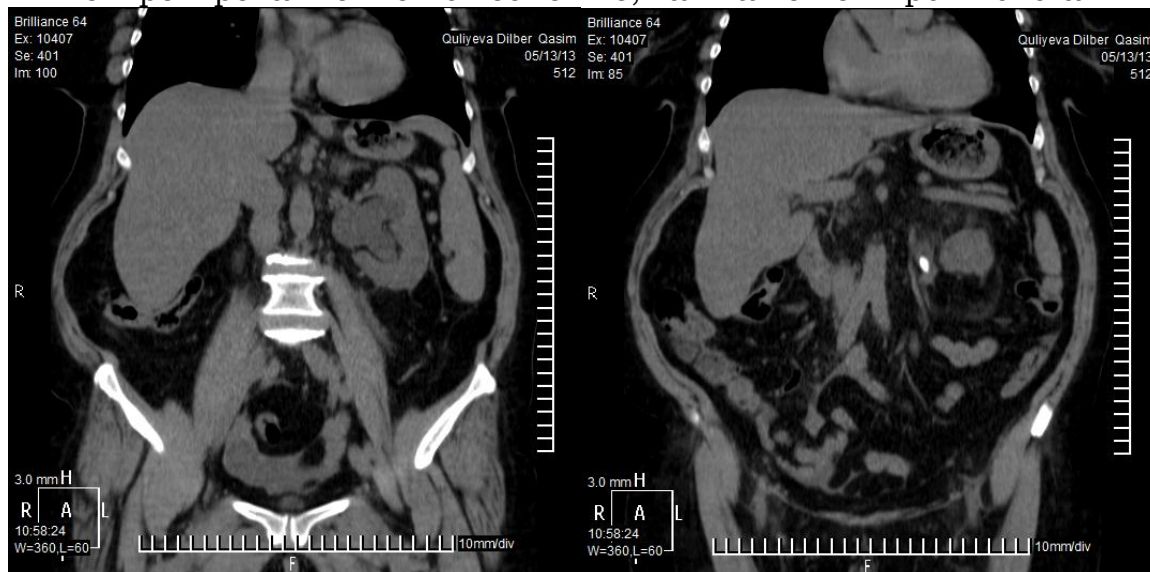


Рис.1. Компьютерная томография больной К.Д.

Только после введения в почку гибкого уретерореноскопа и ревизии ЧАС, удалось обнаружить камень в средней чашечке, расположенной кзади. С помощью лазерного волновода толщиной 230 мкм удалось полностью раздробить камень на мельчайшие фрагменты и установкой мочеточникового стента завершить операцию. Послеоперационный период протекал гладко. В первые сутки диурез составил 4500 мл и больная была выписана из стационара на следующие сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Уровень креатинина в крови у больной нормализовался на 7-е сутки после операции. Стент был удален через две недели после вмешательства. Больная находится под наблюдением, при плановом ультразвуковом обследовании в левой почке каких – либо камней не выявляется.

Обсуждение: Совершенствование эндоскопических инструментов, внедрение гибких уретеропиелоскопов, мочеточниковых кожухов и гольмиевых лазеров для удаления почечных камней привело к популярности применения ТУНЛТ в клинической практике малоинвазивного лечения пациентов, страдающих нефролитиазом [3]. Характерной особенностью метода является сочетание высокой эффективности, составляющей 50 – 95%, с низкой частотой осложнений [4, 5]. Технология выполнения ТУНЛТ позволяет избежать повреждения почечной паренхимы, минимизируя риски клинически значимого кровотечения. Это, в свою очередь, делает метод идеальным пособием у пациентов с пртивопоказаниями к дистанционной литотрипсии и чрезкожной нефролитолапаксии или же в случае неудачи данных методов удаления почечных камней[6].

Кроме того, несомненным преимуществом ТУНЛТ является использование естественных мочевых путей для доступа к камню, что безусловно способствует снижению инвазивности всей процедуры в целом.

Выводы: Наличие в операционной аппаратов для литотрипсии, фиброуретеропиелоскопа, возможности рентгенологического контроля, использование систем доступа к мочеточнику, баллонных дилататоров, струн

– направителей, стентов позволяют значительно повысить эффективность метода ТУНЛТ. Собственный опыт проведения ТУНЛТ и данные литературы позволяет нам рекомендовать использование данного метода в рутинной урологической практике при наличии вышеуказанного оборудования и опыта у оперирующего хирурга проведения рентген-эндоскопических операций на верхних мочевых путях.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

- 1.Чернышов И.В., Меринов Д.С. «Возможности ретроградной интрауретеральной хирургии в лечении крупных и коралловидных камней почек». //Экспериментальная и клиническая урология. 2012г. №4. стр 67-73
- 2.When-Chan Y., Richard P. “Flexible ureterorenoscopy and laser lithotripsy in children”. // J Indian Assoc Pediatr Surg. 2009 Apr-Jun; 14(2):63-65
- 3.Saeed M., [Sixtina G.](#) “Predictors of clinical outcomes of flexible ureterorenoscopy with holmium laser for renal stone greater than 2 cm”/ Adv Urol. 2012; 2012: 537 – 543
- 4.[El-Nahas AR,](#) [Ibrahim HM.](#) “Flexible ureterorenoscopy versus extracorporeal shock wave lithotripsy for treatment of lower pole stones of 10-20 mm”/ BJU International. 2012. Sep;110(6):898-902
- 5.[Schoenthaler M.,](#) [Wilhelm K.](#) “Retrograde intrarenal surgery in treatment of nephrolithiasis: is a 100% stone-free rate achievable?” //J Endourol. 2012 May;26(5):489-93
- 6.Kim J., Park J. “The efficacy of retrograde intrarenal surgery in the management of renal stone disease”/ Korean J Urol. 2009. Vol.50. P. 1813

XRONİK BAKTERIAL PROSTATİT İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ İMMUN VƏ OKSIDANT STATUSUN DƏYİŞİLMƏSİNİN XARAKTERİ

Rzayev R.S.

Mərkəzi Tibbi Klinika, Bakı, Azərbaycan.

Müasir ədəbiyyatda xronik prostatit və onun müalicə üsulları haqqında mövcud olan çoxsaylı işlərə baxmayaraq, bu problem hələ də kifayət qədər öyrənilməmişdir [1, 5]. Məsələn, bu xəstəliyin patogenezinə dair bir çox məsələlər, onların yerinə yetirilməsində immun sistemin və lipidlərin peroksidləşməsi proseslərinin (LPO) iştirakı və rolu, bir-biriləri arasındakı qarşılıqlı əlaqə tamamilə aydın deyildir. Lakin bu tədqiqatların hamısını birləşdirən ümumi cəhət odur ki, immunitetin pozğunluqları və LPO prosesləri prostat vəzində iltihab prosesinin inkişaf etməsində və şiddətlənməsində əhəmiyyətli rol oynayırlar. Bu zaman müəlliflər öz elmi işlərində mövcud olan dəyişiklikləri xronik prostatin inkişaf səbəblərindən asılı olaraq, yəni xəstəliyin abakterial və bakterial formalarına diferensiasiya etmələr, halbuki bəzi müəlliflər xronik prostatit ilə xəstələri xəstəliyin mərhələləri üzrə bölmürlər [4, 6].

Daha bir əhəmiyyətli amil odur ki, (hansı ki, bizim fikrimizə onu xronik bakterial prostatit (XBP) zamanı baş verən immun və oksidant dəyişikliklərin öyrənilməsi zamanı nəzərə almaq lazımdır) sistem dəyişiklikləri bəzən immunitetin dəyişikliklərini və yerli səviyyədə inkişaf edən oksidant dəyişikliklərini əks etdirmir [2, 3].

Tədqiqat işinin məqsədi – xronik bakterial prostatiti olan xəstələrdə sistem və yerli səviyyədə baş verən immun və oksidant dəyişikliklərin xarakterini və dərəcəsini təyin etmək olmuşdur.

Tədqiqat işinin materialı və metodları. Xronik prostatitin ağırlaşması ilə 64 xəstə 2010-cu ildən 2012-ci ilə qədər daimi müşahidə altında olmuşlar.

Diagnoz anamnez məlumatlarının, klinik və instrumental müayinə metodlarının nəticələrinə əsasən qoyulmuşdur. Xəstələrin tədqiqata qoşulması onların razılığı əsasında aparılmışdır. XBP ilə xəstələrin ənənəvi müalicəsinə ağrıkəsici preparatlar, spazmolitiklər, sefalosporinlərlə aparılan antibiotikterapiya, damarların tonusunu yaxşılaşdıran preparatlar - detraleks, flebodia 600, fizioterapiya prosedurları, prostatın masajı aiddir. Stasionara daxil olduqdan dərhal sonra və müalicə kursu başa çatdıqda qanın plazmasında və prostatın rektal müayinəsindən sonra 5 ml həcmdə alınmış sidiyin birinci porsiyasında iltihab törədən (ŞNA α , İL-1 β , İL-6, İL-8, İL-18), iltihabəleyhinə (İL-4, İL-10), İL-2, İF γ , İL-1 qarşı reseptor antaqonisti (İL-1Ra), komplement sisteminin komponentləri (komplementin C3-, C3a- C4-, C5-, C5a-komponentləri) və onun tənzimləyicilərinin (H amili, C1-İngibitoru) miqdarı ZAO «Vektor-Best» və NPO «Sitokin» reagentlər dəstinin vasitəsilə qiymətləndirilmişdir. Periferik qanın neytrofillərinin funksional aktivliyi fikoll-uroqrafın sıxlığının dərəcəsi (d=1,077) üzərində qranulositlərin xalis qandan ayırd edilməsindən sonra, faqositar göstəriciyə (FG) əsasən, faqositar ədədə (FƏ) və faqositozun aktivlik əmsalına (FAƏ) əsasən təyin olunmuşdur [6]. Oksigenasılı aktivlik – spontan və zimozanla stimulyasiya olunmuş nitro-mavi tetrazolun (NMT-sp və NMT-stimul.) bərpa testi vasitəsilə, stimulyasiya əmsalı (StƏ) və neytrofillərin funksional ehtiyatına (NFE) əsasən təyin olunmuşdur [3]. Lipidlərin peroksidləşməsi proseslərinin intensivliyi asilhidroperoksidlərin (AHP) və malon dialdehidinin (MDA) miqdarına əsasən öyrənilmişdir [3]. Bundan başqa, katalazanın [3], superoksidismutazanın (SOD) aktivliyi [4] və ümumi antioksidant aktivliyi (ÜAA) təyin olunmuşdur [4]. Kontrol qismində 12 sağlam donorda qan plazması və prostat vəzin rektal müayinəsindən sonra alınmış sidiyin birinci porsiyası müayinə edilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələrinin statistik işlənməsi qeyri-parametrik metodlardan (Vilkinson, Manna-Uitini meyarları), parametrik Student meyarından istifadə etməklə aparılmışdır. $p < 0,05$ olduqda fərqlər statistik əhəmiyyətli hesab olunmuşdur.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzakirəsi.

XBP zamanı qanın plazmasında İL-6, İL-2, komplementin C_{3a}-komponentinin miqdarının artması, C₁-İngibitorun miqdarının azalması müşahidə olunmuşdur. XBP zamanı ŞNA α , İL-1 β , İL-8, İL-18, İF γ , komplementin C₅, C_{5a}-komponentlərinin, katalazanın aktivliyi, SOD və ÜAA səviyyəsinin artması nəzərə çarpmışdır, halbuki son iki göstəricinin qiymətləri normadan aşağı olmuş və İL-4, İL-10, İL-1 Ra, N amilin miqdarı, qranulositlərin funksional aktivliyi azalmışdır. XBP zamanı komplementin C₃, C₄-komponentlərinin, MDA və AHP miqdarı artmışdır (cədvəl 1).

XBP zamanı lokal olaraq İL-2, İF γ miqdarının artması və İL-1 Ra miqdarının azalması müşahidə olunmuşdur. ŞNA α , İL-1 β , İL-6, İL-8, İL-18, komplement sisteminin C₃, C₄, C₅ və C_{5a}-komponentlərinin və H amilinin səviyyəsinin daha çox yüksəlməsi, İL-4 və İL-10 miqdarının azalması aşkar edilmişdir, bu zaman C₁-İngibitorun miqdarı sağlam donorların göstəricilərindən fərqlənməmişdir. MDA, AHP, katalaza və SOD münasibətdə ÜAA-nin normal səviyyəsində eyni qanunauyğunluqlar nəzərə çarpmışdır (cədvəl 2).

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, birincisi – dəyişilmiş göstəricilərin faizi (müayinə olunanların ümumi sayından) XBP zamanı həm sistem (müvafiq olaraq 96,5 və 62,1 %), həm də yerli səviyyədə (90,0 və 81,8 %) yüksək olmuşdur. İkincisi – XBP zamanı sistem dəyişiklikləri lokal dəyişikliklərlə müqayisədə daha kəskin nəzərə çarpmışdır (cədvəl 3).

XBP zamanı aparılan ənənəvi müalicə (ağrıkəsici, spazmolitik və antibakterial terapiya, venotoniklər, fizioterapiya metodları) yerli səviyyədə daha

effektiv olmuşlar, belə ki, bu zaman ümumilikdə immun və oksidant göstəriciləri sistem səviyyəsində müvafiq olaraq 44,7 və 20,6 %, lokal səviyyədə - 68,2 və 45,5%-də normallaşmış və tənzimlənmişdir (cədvəl 3).

Cədvəl № 1.

XBP ilə xəstələrdə müalicədən əvvəl immun və oksidant göstəricilərinin sistem səviyyəsində dəyişilməsi

Göstəricilər	Ölçü vahidləri	1	2
		Sağlam şəxslər	XBP
ŞNAα	pkq/ml	5,8 ± 0,92	31,6 ± 4,2
İL-1β	pkq/ml	1,9 ± 0,21	17,3 ± 1,7
İL-6	pkq/ml	2,8 ± 0,3	19,2 ± 1,1
İL-8	pkq/ml	4,7 ± 0,9	58,6 ± 5,6
İL-18	pkq/ml	91,4 ± 42,5	240,3 ± 7,6
İL-2	pkq/ml	42,4 ± 8,9	214,3 ± 27,0
İFγ	pkq/ml	20,4 ± 3,7	167,9 ± 21,7
İL-4	pkq/ml	2,3 ± 0,14	1,12 ± 0,08
İL-10	pkq/ml	3,7 ± 0,21	1,16 ± 0,09
İL-1Ra	pkq/ml	420,3 ± 31,7	367,9 ± 21,9
C3	mq/dl	135,0 ± 25,0	224,7 ± 20,7
C3a	nq/ml	50,1 ± 4,3	101,4 ± 7,1
C4	mq/ml	25,1 ± 4,7	60,2 ± 5,8
C5	mq/ml	8,3 ± 0,9	39,7 ± 1,7
C5a	nq/ml	4,0 ± 0,6	14,4 ± 1,3
C1-inq.	mkq/ml	250,1 ± 12,3	76,9 ± 6,3
H amili	mkq/ml	148,3 ± 10,4	112,3 ± 11,4
FG	%	81,4 ± 4,2	54,3 ± 3,6
FƏ	müt.	7,1 ± 0,41	4,31 ± 0,27
FAƏ	-	5,7 ± 0,6	2,3 ± 0,3
NMT-sp.	%	10,1 ± 1,1	9,0 ± 0,87
NMT-stim.	%	23,7 ± 2,7	11,2 ± 1,3
NFE	-	13,6 ± 1,1	2,2 ± 0,6
StƏ	-	2,3 ± 0,4	1,2 ± 0,2
MDA	mkmol/l	2,41 ± 0,12	4,33 ± 0,2
AHP	şerti vahid	1,17 ± 0,04	3,71 ± 0,31
Katalaza	mkkat/l	12,5 ± 0,42	18,3 ± 1,2
SOD	şerti vahid	59,4 ± 4,7	47,2 ± 3,9
ÜAA	%	48,2 ± 4,2	39,7 ± 1,1

Beləliklə, XBP zamanı iltihabın inkişaf etməsində, şübhəsiz, infeksiya amil böyük rol oynayır. Müalicədən əvvəl həm sistem, həm də yerli səviyyədə İL-2-nin, İFγ, iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsində daha çox artması, periferik qanın neytrofillərinin funksional aktivliyinin azalması, komplement sisteminin aktivləşməsi müşahidə olunmuşdur ki, bu da çox güman ki, C_{4b}C_{2b} kompleksinin formalaşması vasitəsilə klassik yolla baş vermişdir [6].

Müayinə olunan xəstələrdə ənənəvi müalicənin müxtəlif effektivliyini XBP zamanı infeksiya amilinin olması ilə izah etmək olar ki, bu zaman müalicənin antibakterial yönümü bir-biri ilə əlaqəli və qarşılıqlı şertlənmiş immun və oksidant dəyişikliklərə (yerli səviyyədə daha yüksək dərəcədə nəzərə çarpan) münasibətdə müsbət təsir göstərir. Bu zaman infeksiya olmadıqda və antioksidant terapiya aparılmadıqda müalicənin effekti xeyli aşağı olmuşdur. Bunların hamısı XBP ilə xəstələrdə immun və oksidant dəyişikliklərin korreksiyasının farmakoloji və qeyri-farmakoloji metodlarının ənənəvi müalicəyə daxil edilməsi zərurətini doğurur.

Cədvəl № 2.

XBP olan xəstələrdə müalicədən əvvəl immün və oksidant göstəricilərin yerli səviyyədə dəyişiklikləri

Göstəricilər	Ölçü vahidləri	1	2
		Sağlam şəxslər	XBP
1	2	3	4
ŞNAα	pkq/ml	12,8 ± 1,7	49,4 ± 2,9
İL-1β	pkq/ml	6,8 ± 1,8	21,6 ± 2,2
İL-6	pkq/ml	39,6 ± 4,3	56,1 ± 5,2
İL-8	pkq/ml	20,0 ± 3,6	61,7 ± 7,0
İL-18	pkq/ml	50,2 ± 2,1	231,4 ± 4,4
İL-2	pkq/ml	154 ± 3,3	226,3 ± 5,6
İFy	pkq/ml	82,0 ± 7,4	131,6 ± 10,5
İL-4	pkq/ml	8,4 ± 0,71	6,0 ± 1,3
İL-10	pkq/ml	30,2 ± 4,2	14,2 ± 2,9
İL-1Ra	pkq/ml	450,2 ± 11,7	122,9 ± 5,5
C3	mq/dl	48,8 ± 4,4	79,3 ± 8,2
C3a	nq/ml	31,3 ± 3,7	51,2 ± 6,0
C4	mq/ml	2,3 ± 0,21	4,9 ± 0,2
C5	mq/ml	5,1 ± 0,27	29,3 ± 1,2
C5a	nq/ml	0,92 ± 0,02	2,71 ± 0,1
C1-inq.	mkq/ml	24,5 ± 2,1	27,1 ± 2,8
H amili	mkq/ml	18,1 ± 2,0	31,2 ± 3,6
MDA	mkmol/l	0,24 ± 0,02	2,31 ± 0,12
AHP	şerti vahid	0,13 ± 0,02	0,41 ± 0,03
Katalaza	mkkat/l	4,3 ± 0,03	8,1 ± 0,2
SOD	şerti vahid	2,21 ± 0,01	4,3 ± 0,12
ÜAA	%	31,6 ± 3,7	29,6 ± 4,1

Cədvəl № 3.

XBP ilə xəstələrdə ənənəvi müalicənin effektivliyi

Diaqnoz	Korreksiyanın səviyyəsi	Göstəricilər	Müalicədən əvvəl dəyişilmiş göstəricilər, müayinə olunanların hamısına nisbətən %-i	Onlardan:		
				Normallaşmış, %	Korreksiya olunmuş, %	Dəyişiksiz qalanlar, %
XBP	Sistem	İmmun	95,8	8,3	29,2	58,3
		Oksidant	100,0	60,0	20,0	20,0
		Cəmi	96,5	17,2	27,5	51,8
	Yerli	İmmun	94,1	29,4	47,1	17,6
		Oksidant	80,0	20,0	20,0	40,0
		Cəmi	90,9	27,3	40,9	22,7

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Горилковский Л.М. Хронический простатит // Лечащий Врач, 2003, № 7, с.32-37.
2. Караулова А.Б. Клиническая иммунология и аллергология. М.: МИА, 2002, 651 с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Аполихин О.И. Урология. «ГЭОТАР-Медиа», 2002, 245 с.
4. Шестаков С.Г. Состояние иммунного статуса и коррекция его нарушений у больных хроническим простатитом. Окислительный, энергетический и иммунный гомеостаз (нарушение и коррекция); под ред. Л.Г. Прокопенко, А.И. Лазарева, А. И. Конопли. - Курск: КГМУ, 2003. - С. 253-289.
5. Щербаков В.И. Применение НСТ-теста для оценки чувствительности нейтрофилов к стимуляторам // Лаб. дело., 2002, № 2, с.30-33.
6. Ярилин А.А. Иммунология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, 752 с.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ ИММУННОГО И ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Рзаев Р.С.

Центральная Медицинская Клиника, Баку Азербайджан

Проведенные исследования показали, что при хроническом бактериальном простатите наибольшее значение в развитии воспаления, несомненно, играет инфекционное начало. До лечения, как на системном, так и на местном уровне, наблюдается более значительное повышение уровня ИЛ-2, ИФγ, провоспалительных цитокинов, снижение функциональной активности нейтрофилов периферической крови, активация системы комплемента. Различную эффективность традиционного лечения у обследованных больных можно объяснить наличием инфекционного агента при хроническом бактериальном простатите, где антибактериальная направленность лечения оказывает положительные эффекты в отношении взаимосвязанных и взаимообусловленных иммунных и оксидантных нарушений, в большей степени выраженные на местном уровне, при отсутствии инфекции и антиоксидантной терапии, эффекты от лечения оказались значительно хуже.

SUMMARY

NATURE AND IMMUNE DISORDERS OF OXIDATIVE STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

Rzaev R.S.

Central Medical Clinic , Baku, Azerbaijan

Studies have shown that in chronic bacterial prostatitis greatest importance in the development of inflammation undoubtedly plays an infectious start. Prior to treatment, both the system and local level , there is a significant increase in IL-2 IFγ pro-inflammatory cytokines, reduction of the functional activity of peripheral blood neutrophils, activation of the complement system. Different efficacy of traditional treatment of patients examined can be explained by the presence of an infectious agent in chronic bacterial prostatitis, where the focus of anti-bacterial treatment has positive effects on the interconnected and interdependent oxidant and immune disorders are more pronounced at the local level, in the absence of infection and antioxidant therapy, the effects of from treatment were significantly worse.

İSTMİKO-SERVİKAL ÇATIŞMAMAZLIQDA GƏRGİNLİYİ AZALDAN MAMALIQ PESSARİSİNİN İSTİFADƏSİNDƏN SONRA HAMILƏLİYİN GEDİŞATININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.

Vahabova Ş.B., Aliyeva E.M., Axundova N.N.

Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq və Ginekologiya kafedrası.

İstmiko-servikal çatışmamazlıq (İSÇ) mamalıqda aktual problem olaraq qalmaqdadır. Təyin edilmişdir ki, bu patologiyanın səbəblərindən uşaqlıq boynunun zədələnməsi, invaziv müalicə metodlarının nəticəsində uşaqlıq boynu patologiyasının, süni abortların və anamnezində gecikmiş düşüklərin olması, uşaqlıq boynunun anomaliyaları qeyd olunur (1, 2, 7, 9). Çox saylı elmi məlumatlara görə hiperandrojeniya, birləşdirici toxumanın displaziyası, qan zərdabında relaksin miqdarının artması, hamiləlik zamanı uşaqlıq boynuna düşən yükün artması, çoxdöllülük, çoxsululuq, iri döl İSÇ-ın səbəbi ola bilər (3, 4, 5, 8).

İSÇ-a aid elmi tədqiqatların çoxluğuna baxmayaraq diaqnostikasında, müalicəsində əks mütənasib fikirlər qeyd edilir. Son illərə qədər bu patologiyanın müalicəsində cərrahi metodlardan geniş istifadə olunur (6, 10). Bu metodların istifadəsi uşaqlıq boynunun travmatizasiya ehtimalını nəzərə çarpacaq dərəcədə artırır və İSÇ-ın müalicəsində konservativ, qeyri invaziv metodların tədbiqi zəruriyyəti yaradır.

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq, tədqiqatın məqsədi İSÇ olan qadınlarda gərginliyi azaldan mamalıq pessarisinin (GAMP) qoyulmasına göstərişlərini, əks göstərişlərini, qoyulma şəraitini və pessari ilə olan hamiləliyin gedişatının öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq tədqiqata 50 İSÇ olan hamilələr daxil edilmişdir.

Müayinə olunan hamilələrin orta yaşı $26,08 \pm 0,52$ (19-40) yaş olmuşdur. Hazırkı hamiləlik $3,5 \pm 0,15$ (1-6) olmuşdur, bunlardan 3 (6%)-də birinci hamiləlik, 47 (94%)-də isə təkrar hamiləlik olmuşdur.

İSÇ-ın diaqnostikasında anamnez, kliniki müayinələr, o cümlədən uşaqlıq boynuna güzgülərlə baxış və transvagional ötürücü ilə USM aiddir. USM-də uşaqlıq boynunun uzunluğu, servikal kanalın keçiriciliyi, uşaqlıq boynunun yerləşməsi və ciftin lokalizasiyası, qalınlığı, uşaqlıq əzələsinin gərginliyi, dölyanı mayenin miqdarının təyini vacibdir.

Tədqiqat zamanı 31 (62%) hamilədə İSÇ 12-15 həftədə, 15 (30%) hamilədə 16-18 həftədə, 4 (8%) hamilədə isə 19-22 həftədə qoyulmuşdur.

Kliniki-exoqrafik müayinənin nəticələrinə görə təyin edilmişdir ki, İSÇ olan hamilələrdə uşaqlıq boynunun uzunluğu 12-15 həftədə - $2,3 \pm 0,025$ sm, 16-18 həftədə - $2,0 \pm 0,01$ sm, 19-20 həftədə isə - $1,6 \pm 0,09$ sm olmuşdur.

İSÇ-nın korreksiyasında Belarusiyada "Simurq" şirkəti tərəfindən istehsal olunan GAMP-dən istifadə olunmuşdur. Tərkibi yüksək təzyiqli, təmiz bioloji inert polietilendir.

Pessariy iki hissədən ibarətdir. Geniş əsası düz bağırsağa, kiçik əsası isə qasıq nahiyəsinə yönəlmişdir. Mamalıq pessarisinin quruluşu belədir ki, düz bağırsağın, sidik kisəsinin sıxılmasına imkan yaranmır

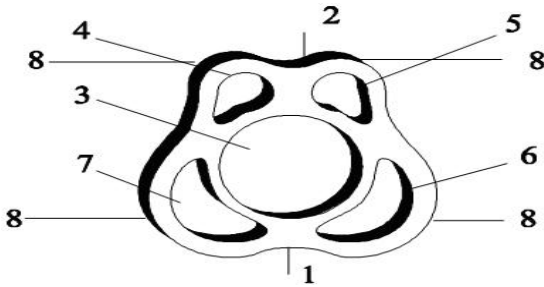
Pessariyanın quruluşunda mərkəzi dəlik uşaqlıq boynu üçün eksentrik, çanağın ön-arxa oxu istiqamətində yerləşir. Mərkəzi dəliyin ətrafında 4 kiçik dəlik yerləşir bu da vaginal möhtəviyyətin axması üçün nəzərdə tutulur.

GAMP-ın quruluşu şəkil 1-də təqdim edilmişdir.

Pessariy 3 ölçülü istehsal olunur (№1,2,3). Aparılan tədqiqatda pessarinin tipini seçim edərkən uşaqlıq boynunun uzunluğu mütləq olaraq nəzərdə tutulmuşdur. Müayinə olunan hamilələrin uşaqlıq boynunun uzunluğu $1,97 \pm 0,07$ olmuşdur.

Bizim tədqiqatda 50 İSÇ olan qadınların 46 (92%)-da - №1, 4 (8%)-də - №2 pessariy istifadə olunub, 3-nömrəli pessariy heç bir hamilədə istifadə olunmamışdır. İstifadə olunan gərginliyi azaldan mamalıq pessarisinin nömrəsi $1,22 \pm 0,06$ (1-2) olmuşdur.

İstifadədən qabaq pessariyanın kimyəvi sterilizasiyası aparılmışdır. Pessarinin sterilizasiyasında 6%-li hidrogen peroksid məhlulunda, 50° temperaturda 180 dəqiqə müddətində sterilizasiya olunmuşdur. Pessariy gliscerinli məhlula qoyulub, bir müddətdən sonra steril su ilə yuyulur və steril şüşə qabda 3 gün müddətində saxlanılmışdır.



Şəkil 1. Gərginliyi azaldan mamalıq pessariyanın quruluşu.

1-enli əsas; 2 - kiçik əsas; 3 - mərkəzi dəlik; 4, 5, 6, 7 - periferik dəliklər;

Gərginliyi azaldan mamalıq pessarisinin istifadəsinə göstərişlər İSÇ-in hər hansı bir səbəbdən yaranması olmuşdur.

Aparılan tədqiqatda:

- Keçmiş doğuşlarda uşaqlıq boynunun cırılması - 31 (62%);
- Anamnezində vərdişi düşüklərin olması - 38 (76%);
- Aparılan kiçik əməliyyat nəticəsində uşaqlıq boynunun travmasının olması - 3 (6%);

-Anamnezində süni abortların olması - 18 (36%);

-Uşaqlıq boynunun anadangəlmə qısa olması - 6 (12%) təyin edilmişdir.

Pessarinin istifadəsinə olan əks göstərişlərə:

- uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın olması;
- hamiləliyin hər hansı bir müddətində dölyanı mayenin axması;
- döl kisəsinin uşaqlıq boynunun xarici dəliyindən qabarıqlığı;
- uşaqlıq yolunun, uşaqlıq boynunun iltihabi xəstəliklərinin olması;
- ciftin aşağı yerləşməsi və cift gəlişi;
- vaxtından qabaq doğuş təhlükəsinin olması qeyd olunmuşdur.

GAMP qoyulan zaman hamiləlik müddəti $16,58 \pm 0,43$ (13-22) həftə olmuşdur. GAMP-ın qoyulma texnikası 2 etapda aparılır:

- I etapda hamilə qadın sidik kisəsi boşalmış vəziyyətdə, heç bir anesteziya istifadə olunmadan pessariy steril qliserin məhlulunda saxlandıqdan sonra enli əsas ilə uşaqlıq yoluna sagital stiqamətdə yeridilir.

- II etapda isə uşaqlıq yolunda pessarinin köndələn çəp müstəvidə döndərilir və mərkəzi dəliyə uşaqlıq boynu daxil edilir. Kiçik əsas simfiz istiqamətində yerləşməlidir.

Pessarinin qoyulma metodikası sadə olduğuna görə bu kiçik manipulyasiyanı həm stasionar, həm də ambulator şəraitdə aparmaq olar.

Bizim tədqiqatda bütün pessarilər stasionar şəraitində Mamalıq-Ginekologiya İnstitutunda Patologiya şöbəsində qoyulub və pessariy istifadə olunan hamilələr 3-7 gün müddətində stasionarda nəzarət altında olmuşdurlar. Bu zaman hamilələrə transabdominal ötürücü ilə USM aparılmalıdır. 3-7 gündən sonra hamilə qadınlar evə yazılıb və məsləhət verilmişdir. Bu məsləhətlərdən ayda

bir dəfə olaraq müntəzəm şəkildə müayinəyə gəlmək, gərgin fiziki işlə məşğul olmamaq və cinsi əlaqədən imtina etmək.

GAMP qoyulandan bir həftə müddətində hamilələrin vəziyyəti araşdırılmış və təyin edilmişdir ki, 9 (18%) hamilədə heç bir subyektiv şikayətlər olmamışdır, 41 (82%)-də isə pessariy qoyulandan sonra müxtəlif subyektiv əlamətlər təyin edilmişdir. Bu əlamətlərin tezliyi cədvəl 1-də qeyd olunmuşdur.

Cədvəl № 1.

GAMP yeridilməsindən sonra hamilələrin subyektiv əlamətlərinin müxtəlifliyi və tezliyi

Subyektiv əlamətlər	Mütləq	%
Yerişin çətinliyi	1	1.0
Uşaqlıq yolunun ifrazatının artması	41	42.7
Uşaqlıq yolunda yad cism hissini olması	4	4.2
Sidik ifrazatının tez-tez olması	11	11.5
Qəbzlik	8	8.3
Ayaq nahiyəsində ağrıların olması	2	2.1
Oturan zaman ümumi diskomfortun olması	6	6.3
Uşaqlıq yolunda qaşınma hissini olması	23	24,0

Cədvəl 1-dən görüldüyü kimi, yüksək tezliklə uşaqlıq yolundan ifrazatının artması (42,7%) təyin edilmişdir. Nisbətən az tezliklə uşaqlıq yolu nahiyəsində qaşınma hissi (24%), sidik ifrazatının tez-tez olması (11,5%) qeyd olunmuşdur. Uşaqlıq yolunda yad cism hissini (4,2%) və oturan zaman ümumi diskomfortun (6,3%) olması rast gəlinmişdir. Tək-tək hallarda yeriyişin çətinləşməsi (1,0%), qəbzlik (8,3%), ayaq nahiyəsində ağrılar (2,1%) təyin edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, müayinə olunan hamilələrdə pessariy yeridildikdən sonra hər xəstədə bir neçə subyektiv əlamətlər təyin edilmişdir.

GAMP-ın istifadəsi zamanı 41 (82%) hamilədə uşaqlıq yolunun ifrazatının artması, 23 (46%) hamilədə uşaqlıq yolu nahiyəsində qaşınma hissi, 11 (22%) xəstədə dizurik əlamətlərin olması, 8 (16%) hamilədə qəbizlik hissi 6 (12%) hamilədə isə oturan zaman ümumi diskomfortun olması təyin edilmişdir.

Beləliklə, GAMP-ın istifadəsində hər 1-ci hamilədə uşaqlıq yolundan ifrazatın artması, hər 2-ci hamilədə uşaqlıq yolunda qaşınma hissini olması, hər 4-5-ci hamilədə dizurik əlamətlər, hər 6-7-ci hamilədə qəbzlik, hər 8-ci hamilədə isə oturan zaman ümumi diskomfortun olması təyin edilir.

Pessariy olan hamilələrdə mütləq olaraq 4 həftədən bir abdominal ötürücü ilə USM aparılmışdır. Aparılan nəticələr cədvəl 2-də göstərilmişdir.

Cədvəl № 2.

Gərginliyi azaldan mamalıq pessarisi olan qadınlarda hamiləliyin dinamikasında uşaqlıq boynunun exoqraik göstəriciləri.

Göstəricilər	Hamiləliyin dinamikası (həftə)				P
	16-20	21-25	26-31	32-36	
	1	2	3	4	
Uşaqlıq boynunun uzunluğu (sm)	9,2±0,08 (2,0-2,8)	2,1±0,06 (1,8-2,7)	2,0±0,09 (1,9-2,6)	1,9±0,09 (1,7-2,4)	P>0,05
Uşaqlıq boynunun keçiriciliyi (sm)	0,55±0,07 (0,35-0,85)	0,57±0,03 (0,36-0,88)	0,55±0,01 (0,33-0,91)	0,58±0,07 (0,36-0,93)	P>0,05

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi hamiləliyin dinamikasında dölnün vəziyyətinin, dölyanı mayenin miqdarının, uşaqlığın tonusu, ciftin yerləşməsinə və strukturunu təyin etməklə yanaşı uşaqlıq boynunun uzunluğu və uşaqlıq boynunun keçiriciliyi qiymətləndirilmişdir. Qeyd olunmuşdur ki, hamiləliyin dinamikasında pessariy olan hamilələrdə uşaqlıq boynunun exoqrafik göstəricilərinin azalmağına baxmayaraq pessariy qoyulmamışdan qabaq göstəricilərdə statistik dürüst fərq təyin edilməmişdir ($P > 0,05$). Uşaqlıq boynunun keçiriciliyini təhlil edərkən hamiləliyin dinamikasında praktiki olaraq dəyişməməsi təyin olunmuşdur. Beləliklə, GAMP-ın istifadəsi nəticəsində uşaqlıq boynunun uzunluğu və keçiriciliyi statistik dürüst dəyişməmişdir. Aparılan tədqiqat zamanı hamilələrin şikayəti, vəziyyəti, mamalıq müayinəsi, mütləq olaraq USM-nin və uşaqlıq yolunun möhtəviyyətinin təyini və bakterioskopik müayinəsi vacib olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, bakterioskopik müayinələrin nəticəsindən asılı olmayaraq pessariy fonunda cinsi orqanların 10 gün müddətində sanasiyası aparılmışdır. Sanasiya zamanı antiseptik məhlullardan, hidrogen peroksid, xlorflipt, Kliovag sprej, Polijenaks, Terjinan istifadə olunmuşdur. Eyni zamanda anabətnində dölnün xroniki hipoksiyasının profilaktikası təyin edilmişdir. USM-nin nəticələrinə görə qeyd olunmuşdur ki, bütün müayinə olunan hamilələrdə İSÇ-nin dinamikada artmaması qeyd olunurdu və hamilə qadın özünü kafi hiss edirdi. Psixoemosional durumu stabil olmuşdur. Beləliklə, İSÇ-in korreksiyasında GAMP-ın istifadəsi qeyri invaziv, yüksək effektiv korreksiya metodu kimi mamalıq praktikasında hamiləliyi başa çatdırmaq üçün geniş istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Гурбанова С.Р., Соболева Г.М. Истмико-цервикальная недостаточность- признак недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Материалы 8-го Всерос. Науч. Форума «Мать и дитя».- М., 2006.- С. 71-73.
2. Занько, С.Н. Дорудейко, А.Ю. Применение акушеского разрушающего pessария для профилактики невынашивания беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью. Инструкция по применению / Журавлев- Регистрационный номер 14-0001-Витебск 2000.-7 с.
3. Власова Т.А., Гуменюк Е.Г., Шакурова Е.Ю., Погодин О.К., Иванова Н.В., Носова Г.С. Истмико - цервикальная недостаточность : возможности диагностики и исход беременности / // Материалы X всероссийского научного форума «Мать и дитя».-М., 2008.- С. 41-42.
4. Althuisius S.M., Dekker G.A., Hummel P., H.P. van Geijin Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial: emergency cerclage with bed rest versus bed rest alone // Am.J.Obstet.Gynecol.-2003.-Vol. 189, №4.-P. 907-910.
5. Cockwell, H.A. Cervical incompetence and the role of emergency cerclage / H.A. Cockwell, G.N. Smith // J. Obstet. Can.-2005.-Vol. 27, №2.-P. 123-129.
6. Gesson-Paute, A. Berrebi, O. Parant Tranabdominal cervico-isthmic cerclage in the management of cervical incompetence in high risk women // J. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod..(Paris).-2007.-Vol.36, №1.-P. 30-35.
7. Hibbard, J.U. Cervical length at 16-22 weeks gestations and risk for preterm delivery / J.U. Hibbard, M. Tart, A.H. Moawad // Obstet. Gynecol.-2000.-Vol. 96, №6.-P.372-978.
8. Bernasko J., Lee R., Pagano M., Kohn N. Is routine prophylactic cervical associated with significant prolongation of tripic gestation?// J.Matern.Fetal.Neonatal.Med.-2006.-Vol.19, №9.-P.575-578.
9. Rozenberg, P., A. gillet, Y.Ville Transvaginal saonographic examination of the cervix in asymptomatic pregnant women: review of the literature // Ultrasound. Obstet. Gynecol. -2002.-vol. 19, №3.-p. 302-311.
10. Debbs R.H. , Dela Vega G. A., Pearson S., Sehdev H., Marchiano D., J. Ludmir Transabdominal cerclage after comprehensive evaluation of women with previous unsuccessful transvaginal cerclage / // Am. J. Obstet.Gynecol .-2007.-vol. 197, №3.-P.317-324.

R E Z Y U M E

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ
РАЗГРУЖАЮЩЕГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ ИСТМИКО-
ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Вагабова Ш.Б., Алиева Э.М., Ахундова Н.Н.

Цель исследования: Определить показания, противопоказания, технику введения, а также изучить особенности течения беременности на фоне акушерского разгружающего пессария у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН). Обследовано 50 женщин с ИЦН. Установлено, что наиболее частыми показаниями применения акушерского пессария явились наличие разрывов шейки матки после предыдущих родов (62%), привычного невынашивания (76%), искусственных аборт в анамнезе (36%). Противопоказаниями применения акушерского разгружающего пессария были наличие воспалительных процессов шейки матки, влагалища, преждевременное излитие околоплодных вод, выпячивание плодного яйца из шейки матки, предлежание плаценты, наличие преждевременных родов. Применение акушерского разгружающего пессария является эффективным простым методом коррекции ИЦН.

S U M M A R Y

PARTICULARITY OF PREGNANCY DURING ISTHMUS-CERVICAL
INSUFFICIENCY AFTER DISPOSABLE OBSTETRICAL PESSARY.

Vaqabova Sh.B., Aliyeva E.M., Ahundova N.N.

Purpose of investigation: To define indications, contraindications, technical of using disposable pessary and to investigate particularity of pregnancy from women with disposable pessary. Methods of investigation. To investigate 50 women with isthmus-cervical insufficiency and using disposable pessary. Results of investigation. Trauma of cervix uteri after delivery (62%), spontaneous abortion (76%), artificial abortion (36%) and short cervix uteri are indications for using disposable pessary. Inflammatory diseases of cervix uteri and vagina, preterm premature rupture of membranes and placenta previa are contraindications for using disposable pessary. As the result of this investigation, we conclude that obstetrical disposable pessary is effective, simple method of correction of isthmus-cervical insufficiency.

**XARİCİ GENİTAL ENDOMETRİOZU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ
İMMUNİTETİN T-HÜCEYRƏ HƏLQƏSİNİN GÖSTƏRİCİLƏRİNİN
QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ****Osmanova F.T.****Ş.Ələsgərova adına 5 saylı klinik doğum evi, Bakı, Azərbaycan**

Endometrioz ginekologiyanın aktual problemlərindən biri sayılır, belə ki, kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərindən və uşaqlığın miomasından sonra

ginekoloji patologiyasının strukturunda üçüncü yerdə durur və əsas etibarilə reproduktiv yaşlı qadınlarda 12-50% tezliklə rast gəlinir. Bu xəstəlik üçün həm aybaşı siklinin, həm də cinsi və generativ funksiyanın pozulması və bunun nəticəsində qadınların sosial dezadaptasiyası səciyyəvidir [1, 2, 3]. Problemin bir çox aspektdə öyrənilməsinə baxmayaraq, müasir mərhələdə endometrioid heterotopiyaların inkişaf mexanizmi haqqında dəqiq təsəvvürlər yoxdur və xəstəliyin konkret etiopatogenetik konsepsiyası hazırlanmamışdır [4, 5].

Son illər tədqiqatçıların diqqətini endometriozun inkişafının immunoloji aspektləri (onun farmakoterapiyasının konsepsiyasının mövcud dəyişiklikləri ilə birlikdə) getdikcə daha çox cəlb edir. Endometriozun patogenezinə əsas problemlərdən biri – bu patologiyanın yaranmasında immun sistemin hüceyrələrinin endometriumun immunsəlahiyyətli hüceyrələri ilə qarşılıqlı əlaqəsinin rolunun təyin edilməsidir. Məlumdur ki, immunsəlahiyyətli hüceyrələr endometriumun böyüməsinə və hüceyrələrin implantasiyasına təkan verən həll olan amillər hasil edir. Hüceyrə immunitetini (virusəleyhinə) dəf edən amillərdən başqa, ektopiya olunmuş endometriyanın hüceyrələri TH1/TH2 hüceyrələrinin nisbətini dəyişdirən amillər ifraz edir və bununla humoral cavabın inkişaf etməsinə şərait yaradırlar. Bu zaman makrofaqların və T-limfositlərin lokal fəallaşması və müvafiq olaraq onların iltihabəleyhinə mediatorları xaric etməsi imkanı artır ki, bu da endometriyanın böyüməsinə və implantasiyasına səbəb ola bilər [6, 7].

Tədqiqat işinin məqsədi xarici genital endometriozu olan xəstələrdə immunitetin T-hüceyrə həlqəsinin göstəricilərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqat işinin material və metodları. Qarşıya qoyulan vəzifələr 2010-cu ildən 2012-ci ilə qədərki dövrdə Amerika Fertillik Cəmiyyətinin (R-AFS) yenidən baxılmış təsnifatına əsasən tədqiqatın əvvəlində müxtəlif yayılma intensivliyinə malik xarici genital endometrioz (XGE) diaqnozu qoyulmuş 28 xəstənin kompleks klinik-laborator müayinəsi və müalicəsi zamanı həll olunmuşdur. Kontrol qrupu fertil yaşlı 21 sağlam qadın təşkil etmişdir. Xəstələr 20-45 yaşlarında olmuşlar ki, bunu artıq həyata keçirilmiş operativ müdaxilələrlə - abortlar, doğuşlar, qarın boşluğunun cərrahi yolla kəsilməsi və s. ilə əlaqələndirmək lazımdır. Kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsi bütün xəstələrə "Toshiba" (Yaponiya) və "Acuson" (Yaponiya) ultrasəs aparatlarının vasitəsilə 5 MHz və 7 MHz elektrik mənbəyinə malik transabdominal və transvaginal ötürücülərdən, rəngli doppler xəritələşdirilməsindən istifadə etməklə yerinə yetirilmişdir.

Terapiyaya başlamazdan əvvəl xəstələrdə immunoloji müayinə aparılmışdır ki, buraya CD-3, CD-4, CD-8, CD-16, CD-45 və CD-72 qarşı monoklonal əkscisimlərdən istifadə etməklə axar sitometriya metodu ilə periferik qanın limfositlərinin subpopulyasiya tərkibinin qiymətləndirilməsi, mitogenlərə qarşı blasttransformasiya reaksiyasında periferik qanın limfositlərinin funksional aktivliyinin təyin olunması, periferik qanın faqositoza uğramış hüceyrələrinin funksional aktivliyinin spontan və lüminolasılı xemilüminessensiyanın (LAXL) opsonlaşdırılmış zimozanla induksiya olunmuş reaksiyada təyin olunması, qan zərdabında M, G və A sinif immunoqlobulinlərinin miqdarının Mançini üzrə radial immundiffuziya metodu ilə, periferik qanda NK-hüceyrələrin sitotoksik aktivliyinin kapilyar metodla, spontan və lipopolisaxaridlə (LPS) stimulyasiya olunmuş şişin nekrozu amilinin (ŞNAq) hasilinin və periferik qanın mononukleoları vasitəsilə in vitro şəraitində İL-1-in, qan zərdabında xərçəng embrional antigeninin (XEA) miqdarının təyin olunması daxildir.

Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi variasion statistikanın məlum metodu üzrə orta riyazi ədədin (M), xəta göstəricisinin (m) təyin edilməsi ilə həyata

keçirilmişdir. Fərqlərin dürüstlüyü Studentin parametrik t-meyarından istifadə etməklə qiymətləndirilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzakirəsi. Biz reproduktiv yaşlı xarici genital endometriozu olan xəstələrin koqortlarında onların sağlam həmkarları ilə müqayisədə immun sistemin vəziyyətini müayinə etmişik. Aparılan tədqiqat işinin gedişində aşkar edilmişdir ki, XGE ilə xəstələrdə (kontrol qrupla - sağlam qadınlarla müqayisədə) monositlərin mütləq və nisbi miqdarı; T-hüceyrələrin (CD3+hüceyrələrin) nisbi miqdarı; CD4+hüceyrələrin nisbi və mütləq miqdarı statistik əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Bu zaman aktivləşmə markerlərini daşıyan hüceyrələrin (HLADR+ və CD25+) miqdarı artmışdır.

Apardığımız müayinənin müqayisəli təhlili göstərdi ki, XGE olan xəstələrdə konservativ hormonmodulyasiyası müalicəsindən sonra (virusəleyhinə preparatlardan və immunmodulyatorlarından istifadə etməməklə) T-limfositlərin (CD3+hüceyrələrin); CD4+hüceyrələrin mütləq miqdarının azalması; aktivləşmə markerlərini daşıyan (CD25+) hüceyrələrin sayının artması müşahidə olunmuşdur. Bu zaman T-killerlərin sayı (CD8+hüceyrələrin) və A, M, G immunoqlobulinlərin miqdarı artmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, aparılmış müalicədən sonra immunoqorammaların göstəricilərində statistik cəhətdən cüzi dəyişikliklərə baxmayaraq, həmin yarımqrupdakı xəstələr 82% halda klinik vəziyyətin xeyli yaxşılaşdığını söyləmişlər. Çanaq ağrıının orta balı 2,18-dən 1,05-ə qədər enmişdir ($p<0,05$). Dismenoreyanın ağırlıq dərəcəsi 2,23 balıdan 1,0 bala qədər ($p<0,05$), dispareuniyanın isə 0,82-dən 0,23 bala qədər ($p<0,01$) azalmışdır. Bu onu güman etməyə əsas verir ki, istifadə olunmuş preparatlar endometriyanın hüceyrələrinin aktivliyini və deməli immun sistemin aktivliyinə təsir edən amilləri ifraz etmək qabiliyyətini də aşağı salmışdır ($p<0,01$).

Cədvəl № 1.

Xarici genital endometriozu (XGE) olan xəstələrdə və kontrol qrupdakı (K) qadınlarda immun statusun müqayisəli təhlili

Göstərici	XGE (p=28)	K (p=21)
Leyk hüc/mkl	5829,63 ±382,07	5752,38±247,04
L %	33,26 ±1,99	30,62±1,05
L hüc /mkl	1900,15±167,22	1738,43±70,9
Mon %	6,67 ±0,47	7,38±0,65
Mon hüc /mkl	383,26±35,81	422,81±41,0
Thüc (CD3+) %	70,71±0,87	71,52±0,73
Thüc(CD3+) hüc /mkl	1324,36±104,83	1241,62±50,47
CD4+(Txelp/supr) %	36,43±0,69	41,0±0,69
CD4+ (Txelp/supr) hüc/mkl	681,57±55,5	696,1±34,23
CD8+(T-killerlər) %	31,07±1,22	29,95±1,22
CD8+(T-killerlər) hüc/mkl	560,64±33,9	517,43±25,99
CD4+/CD8 vah	4,83±3,6	1,43±0,08
B l(CD19+CD20+)%	10,21±0,42	12,62±0,58
B l(CD19+CD20+) hüc /mkl	190,14±16,77	218,33±12,26
NK(CD56+) %	22,82±0,59	19,38±0,74
NK(CD56+) hüc /mkl	436,04±39,4	337,43±20,11
HLADR+ %	13,3±0,96	10,62±0,68
HLADR+ hüc /mkl	234,48±17,15	185,38±16,81
CD25+ %	25,04±2,45	22,05±0,72
CD25+ hüc /mkl	455,41±42,16	378,76±15,11
IgA Q/I	4,19±0,15	4,07±0,08
IgM Q/I	1,54±0,1	6,23±4,69
IgG Q/I	14,99±0,35	15,28±0,27

Endometriozun patogenezində immun sistemin rolunun öyrənilməsinə həsr olunmuş eksperimental və klinik-eksperimental işlərin əksəriyyətində qeyd olunmuşdur ki, xəstəliyin inkişaf etməsinin səbəblərindən biri - hüceyrə immunitetinin çatışmazlığıdır. Bundan başqa, Sidel N., Han S.W. et al. (2002) endometriozun inkişafını makrofaqların yüksək aktivliyi ilə əlaqələndirir və hesab edirlər ki, onların funksiyası ilə farmakoloji manipulyasiya həmin xəstəliyin müalicəsinin yeni mexanizmi ola bilər. Xarici genital endometrioz ilə xəstələrdə və kontrol qrupdakı qadınlarda immun sistemin vəziyyətinin müqayisəli qiymətləndirilməsi cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur. Cədvəl 1-də təqdim edilmiş məlumatlardan görünür ki, XGE olan xəstələrdə immun sistemdə baş verən dəyişikliklər immunitetin T-hüceyrə həlqəsinə aid olmuşdur. XGE olan xəstələrdə K qrupu ilə müqayisədə monositlərin mütləq (müvafiq olaraq 383,26 hüc/mkl və 422,81 hüc/mkl, $p < 0,01$) və nisbi miqdarı (müvafiq olaraq 6,67% və 7,38%, $p < 0,01$); CD3+ hüceyrələrin nisbi miqdarı (müvafiq olaraq 70,71% və 71,52%, $p < 0,05$); CD4+hüceyrələrin nisbi miqdarı (müvafiq olaraq 36,43% i 41%, $p < 0,01$) və mütləq miqdarı (müvafiq olaraq 681,57 hüc/mkl və 696,10 hüc/mkl, $p < 0,05$) statistik əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Aktivləşmə markerlərini daşıyan hüceyrələrin miqdarı artmışdır: HLADR+hüceyrələrin mütləq və nisbi miqdarı - XGE olan xəstələrdə 234,48 hüc/mkl və K qrupundakı qadınlarda 185,38 hüc /mkl ($p < 0,01$), yaxud XGE olan xəstələrdə -13,3%, K qrupundan olan qadınlarda -10,62% olmuşdur ($p < 0,05$); CD25+ hüceyrələrin nisbi miqdarı XGE olan xəstələrdə -25,04%, K qrupunda olan qadınlarda 22,05% ($p < 0,05$) isə bərabər olmuşdur.

Beləliklə, XGE olan xəstələrdə kontrol qrupla müqayisədə aktivləşmiş limfositlərin sayının artması diqqəti cəlb edir. İmmunitetin bütün həlqələrinin işinin yekun effektivliyinin göstəricilərindən istifadə edərək biz klinik materiala əsasən XGE olan xəstələrdə hüceyrə immunitetinin çatışmazlığının yarandığını əyani şəkildə nümayiş etdirə bildik. Bunları nəzərə alaraq, reproduktiv yaşlı XGE olan xəstələrin müalicə taktikasını seçərkən buraya T-hüceyrə immunitetinin qiymətləndirilməsi ilə yanaşı immun sistemin müayinəsini də daxil etmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Киселев О. И., Мазуров В. И., Малиновская В. В., Сельков С. Определение интерферонового статуса как метод оценки иммунореактивности при различных формах патологии. М.: МЕДпресс-информ, Пособие для врачей. 2002, 125 с.
2. Киселев О. И., Ткаченко Б. И., Ершов Ф. И. Индукция интерферонов: новые подходы к созданию функциональных индукторов // Медицинский академический журнал. Т. 5. № 2, 2005. С. 76-95
3. Селютин А.В., Денисова В.М. Особенности иммунного ответа Th1/Th2 при наружном генитальном эндометриозе // Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя». - Сочи, 2008. -С.154-155
4. Ярмолинская М.И., Сельков С.А. Значение иммуноориентированной терапии в реабилитации больных наружным генитальным эндометриозом // Вестник восстановительной медицины. - 2007. -№3 (21). - С.4-8
5. Aden P., Quereda F., Campos A., Gomez-Torres M. J. Use of intraperitoneal interferon alpha-2b therapy after conservative surgery for endometriosis and postoperative medical treatment with depot gonadotropin-releasing hormone analog: a randomized clinical trial // Fertil Steril., 2008, vol 78, No 4, p.705-211
6. Ingelmo J. M., Quereda F., Aden P. Intraperitoneal and subcutaneous treatment of experimental endometriosis with recombinant human interferon-alpha-2b in a murine model // Fertil Steril., 2010, vol 71, No 5, p. 907-911
7. Manaseki S., Searle R. F. Natural killer (NK) cells activity of first trimester human decidua // Immunology Lett. , 2012. Vol. 121, № 1. P. 166

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Османова Ф.Т.

Клинический родильный дом №5 им.Ш.Алескеровой,, Баку Азербайджан

Проведенные исследования показали увеличение числа активированных лимфоцитов в группе больных наружным генитальным эндометриозом в сравнение с группой контроля. Используя показатель суммарной эффективности работы всех звеньев клеточного иммунитета, нам на клиническом материале удалось доказательно продемонстрировать, что у больных наружным генитальным эндометриозом имеет место недостаточность клеточного иммунитета. При выборе тактики ведения больных с наружным генитальным эндометриозом репродуктивного возраста целесообразно включать обследование иммунной системы с оценкой Т-клеточного звена иммунитета.

SUMMARY

ESTIMATION T-CELL IMMUNITY IN PATIENTS WITH EXTERNAL ENDOMETRIOSIS

Osmanova FT

Clinical maternity hospital number 5 im.Sh.Aleskerov, Baku Azerbaijan

Studies have shown an increase in the number of activated lymphocytes in patients with external genital endometriosis in comparison with the control group. Using the index of total performance of all parts of cellular immunity in the clinical material we managed to convincingly demonstrate that in patients with external genital endometriosis there is a lack of cell-mediated immunity. When choosing tactics for patients with external genital endometriosis reproductive age is appropriate to include examination of immune system with the assessment of T-cell immunity.

БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБНОСТЕЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФИТОПЛАЦИТАРИОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**Гейдарова К.А.*****НИИ Акушерства и Гинекологии.***

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – синдром, представляющий собой реакцию плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма [5]. ФПН выявляется при беременности в 30,6% случаев, а при некоторых патологических состояниях - в 100% [3]. Плацентарная недостаточность сопровождает все нарушения физиологического протекания беременности и является конечным звеном патологического воздействия на плод. Поэтому исследование плаценты необходимо,

поскольку обеспечивает информацию, которая может быть важна как для матери, так и для младенца.

Одним из тестов, применяемых для оценки функции плаценты в различные сроки беременности, является количественное определение трофобластического β 1-гликопротеина (ТБГ) в сыворотке материнской крови [2, 3, 4].

Целью исследования явилось определение диагностической значимости ТБГ при развитии фетоплацентарного комплекса, сопровождающегося патологическим течением беременности.

Материал и методы. Обследовано 122 беременных, среди которых 82 пациентки были с ФПН (основная группа) и 40 – с неосложненной беременностью (контрольная группа). Возраст обследованных был от 22 до 33 лет. Средний возраст женщин в контрольной группе составил $27,3 \pm 2,4$ лет, основной группы – $26,2 \pm 1,9$ лет. Беременность была первой у 26 (65,0%) женщин с неосложненным течением беременности и 32 (39,0%) – с ФПН, повторной – у 14 (35,0%) и 50 (61,0%) соответственно. Первородящих было 29 (72,5%) и 44 (53,6%), повторнородящих – 11 (27,5%) и 38 (46,3%), соответственно. В анамнезе у 65 (54,2%) обследованных женщин были искусственные аборты. При поступлении в стационар все беременные основной группы отмечали боли различной локализации – внизу живота и поясничной области, а также 21 (25,6%) больная - кровянистые выделения.

Отягощенное течение беременности отмечено у 33 пациенток, токсикоз I половины беременности у 11, токсикоз II половины беременности (водянка, нефропатия I-II степени) у 15, угроза прерывания беременности в различные сроки у 20, анемия у 12, кольпит во время беременности у 15 женщин. Хроническая ФПН была диагностирована до 32 нед - у 14 (17,1%) пациенток, в 32-36 нед - у 19 (23,2%), после 36 нед - у 4 (4,9%).

До поступления в НИИ акушерства и гинекологии гинекологическими заболеваниями страдали 29 женщин, среди них воспалительными заболеваниями органов малого таза - 12, кандидозным кольпитом - 5, эрозией шейки матки - 17. Искусственные аборты без осложнений в количестве 1-2 в анамнезе имели 6 женщин. Самопроизвольный выкидыш в различные сроки беременности наблюдался у 8 пациенток. Экстрагенитальная патология выявлена у 34 пациенток. Наиболее часто встречающимися заболеваниями у пациенток были: вегетососудистая дистония - у 7, патология желудочно-кишечного тракта - у 12, хронические заболевания ЛОР-органов у 11 пациенток.

В ходе исследования были диагностированы следующие степени ФПН: компенсированная – 43 пациенток (52,4%), субкомпенсированная – 18 (21,9%) и декомпенсированная – 21 (25,6%) беременных.

Количественное определение ТБГ в образцах сыворотки крови беременных проведено с использованием иммуноферментных наборов реагентов «ТБГ-ИФА-БЕСТ-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», г.Новосибирск) и «ТБГ-тест» (ЗАО «Биоиммуноген», г.Москва).

При статистической обработке полученных данных использован U тест Mann-Whitney. Расчеты проводили на IBM-совместимом компьютере с помощью статистического пакета SPSS/PC+ (SPSS Inc., Чикаго).

Результат и обсуждение. ТБГ — гликопротеин с молекулярной массой 75 кД, имеющий электрофоретическую подвижность β 1-глобулина. Синтез его происходит в клетках синцитиотрофобласта, а локализация в незрелой плаценте в цитоплазме цитотрофобластов и синцитиотрофобластов хориона. В зрелой плаценте ТБГ обнаруживается в остаточном трофобласте и

в составе фибриновых островков, а также на внешней поверхности плазматических мембран микроворсинок [2,6]. Основной функцией ТБГ является регулирующее воздействие на иммунокомпетентные клетки материнского организма. Вместе с α -фетопротеином, хорионическим гонадотропином человека, ассоциированным с беременностью протеином-А ТБГ входит в группу белков-иммуносупрессоров, обеспечивающих подавление иммунной реактивности материнского организма к развивающемуся плоду. Другая важнейшая функция ТБГ — транспорт ионов железа, 17- β -эстрадиола, эстриола и кортизола. В кровотоке женщины ТБГ начинает обнаруживаться с четырех недель беременности, секреция его не имеет суточного ритма, а период полураспада составляет 42 часа. Концентрация ТБГ возрастает сообразно росту массы плаценты в I–II триместрах беременности (до 29 недель). С III триместра, когда начинается процесс созревания плаценты, уровень ТБГ в крови матери стабилизируется. В конце беременности плацента «старее», что сопровождалось снижением синтеза ТБГ (рис.1).

Определение уровня ТБГ в крови беременных основной группы показало, что у беременных с наличием ФПН имеют место процессы, влияющие на концентрацию ТБГ в крови матери как в сторону повышения, так и понижения (табл.1). Как видно из представленных в табл.1 данных, в I триместре при острой ФПН, сопровождающейся частичной отслойкой плодного яйца и кровотечением, в сыворотке крови беременных отмечался повышенный уровень ТБГ. Это происходит, по-видимому, за счет деструкции трофобласта и массивного поступления ТБГ в материнский кровоток из разрушенных клеток хориона. Во II триместре происходит снижение случаев острой ФПН, и, соответственно, до 17% снижалось количество беременных с повышенной концентрацией ТБГ в крови. У 43,7% беременных содержание ТБГ отмечалось ниже нормальных значений (404000 нг/мл), что характерно для хронической ФПН, сопровождающейся снижением интенсивности биосинтеза белков (в том числе и ТБГ) в синцитиотрофобласте. В III триместре у беременных доминировала хроническая ФПН, что выражалось снижением концентрации ТБГ в крови в 57,1% случаев.

Полученные данные показывают, что у беременных с генитальными инфекциями частота повышения уровня ТБГ составила 45,2%, снижения – 39,7% и лишь в 15,1% случаев отмечалась нормальная концентрация этого белка в крови (табл.2).

Изменение концентрации ТБГ в крови беременной женщины зависело от формы и степени выраженности ФПН. Так, среди 43 беременных с компенсированной стадией ФПН у 17-ти зарегистрирован повышенный уровень ТБГ в крови (408000-502000 нг/мл), у 15-ти – пониженный уровень (403000-204000 нг/мл) и у 11-ти норма (403000-404000 нг/мл); среди 16 женщин с субкомпенсированной стадией соответственно у 6, 7 и 3-х; среди 21 пациенток с декомпенсированной стадией ФПН – у 8 и 13-ти женщин (рис.2).

В процессе работы были сопоставлены результаты определения у беременных концентрации ТБГ перед родами и морфологическими исследованиями их послеродовых плацент. При понижении уровня ТБГ, отражающего степень ФПН у беременных перед родами, заметно снижалось количество зрелых интактных плацент (табл.3).

Как видно из приведенных данных, чаще изменение уровня ТБГ отмечалось при плацентитах, причем как повышение (40,0%), так и

понижение (27,5%). Нормальная концентрация ТБГ зарегистрирована при зрелой плаценте (6,3%) и дистрофических изменениях (3,7%).

Следовательно, концентрация ТБГ отражает функциональное состояние клеток паренхимы плаценты. Полученные результаты свидетельствуют об изменении концентрации ТБГ и подтверждают, что этот белок является маркером плацентарной недостаточности. Следует отметить, что на основании исследований плаценты с помощью разнообразных методов в сопоставлении с течением беременности и родов Е.П.Калашникова [1] считает, что в основе формирования ФПН лежит нарушение компенсаторно-приспособительных механизмов плаценты. При этом подчеркивается, что в начальной стадии плацентарной недостаточности имеет место нарушение синхронной деятельности органоидов синцитиотрофобластов.

Таким образом, в процессе исследования обнаружено патологическое повышение ТБГ в I и, частично, во II триместре беременности и патологическое понижение этого белка в III триместре беременности.

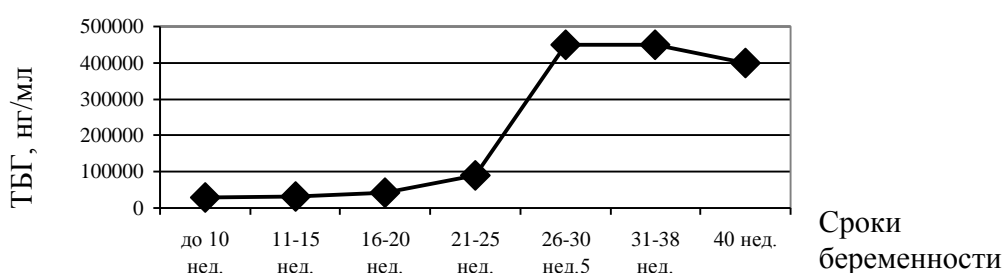


Рис. 1. Динамика изменения концентрации ТБГ в крови у беременных контрольной группы

Таблица № 1

Концентрация ТБГ в крови у беременных с ФПН

Сроки беременности, нед	Клинические симптомы (%)		Уровень ТБГ в крови		
	Болевой синдром	Кровяные выделения	Норма	повыш.	пониж.
До 10 (n=9)	100	29,7	11,1 (1)	55,5 (5)	33,3 *3
11-15 (n=13)	100	23,1	15,4 2	46,1 6	38,5 5
16-20 (n=16)	100	31,2	18,7 3	37,5 6	43,7 7
21-25 (n=14)	42,8	21,4	14,3 2	42,8 6	42,8 6
26-30 (n=15)	33,3	13,3	13,3 2	40,0 6	46,7 7
31-38 (n=7)	28,6	28,6	14,3 1	28,6 2	57,1 4
40 (n=6)	16,7	-	50,0 3	-	50,0 3

Таблица № 2

Концентрация ТБГ в крови беременных с ФПН в зависимости от инфицирования (в % от общего числа инфицированных)

Генитальные инфекции	Уровень ТБГ в крови, нг/мл		
	>404000	<404000	=404000
Хламидийная (n=8)	5 (6,8)	1 (1,4)	2 (2,7)
Цитомегаловирусная (n=2)	1 (1,4)	1 (1,4)	-
Герпетическая (n=2)	2 (2,7)	-	-
Микст-инфекция (n=61)	25 (34,2)	27 (37,0)	9 (12,3)
Всего	33 (45,2)	29 (39,7)	11 (15,1)

Примечание: в скобках указаны процентные значения

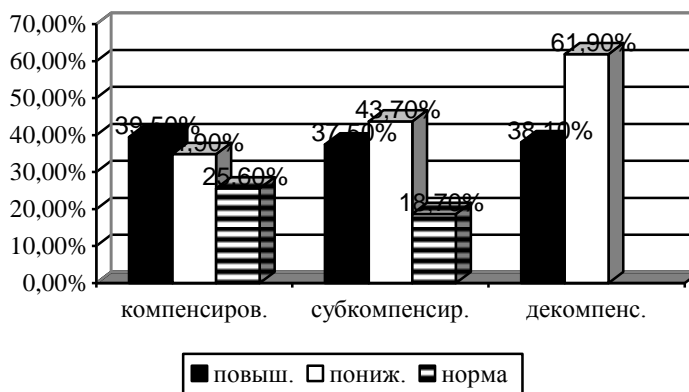


Рис.2. Число беременных с различным уровнем ТБГ в зависимости от степени ФПН (по оси ординат-число больных в %, по оси абсцисс-степени ФПН)

Таблица № 3

Данные морфологического исследования плацент и различная концентрация ТБГ в крови обследованных беременных (в % от общего числа плацент)

Гистологическое заключение	Уровень ТБГ в крови, нг/мл			Морфологический анализ плацент контрольной группы
	>404000	<404000	=404000	
Зрелая плацента	15,0	26,2	6,3	75,0
Плацентит	40,0	27,5	-	-
Хориоамнионит	20,0	17,5	-	5,0
Дистрофические изменения	21,2	12,5	3,7	-

ƏDƏBİYYAT - LITERATURA – REFERENCES:

- 1.Калашникова Е.П. Морфогенез и особенности морфологии плаценты при хронической недостаточности / В кн.: Плацентарная недостаточность. Под ред. Г.М. Савельевой. М.: Медицина, 1984, с.8-11
- 2.Кудряшов А.Г., Печковский Е.В., Еремеева Л.И. и др. / Актуальные вопросы современной медицины. Новосибирск, 1999, с.32–33
- 3.Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. М.: Медицина, 1991, 276 с.
- 4.Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству / М.: МИА, 1997, с.37–41
- 5.Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2003, т.2, №2, с.53-63
- 6.Takahashi Y., Carpino N., Cross J.C. et al. SOCS3: an essential regulator of LIF receptor signaling in trophoblast giant cell differentiation//The EMBO Journal, 2003, v.22, N.3, p.372-384

X Ü L A S Ə

FETOPLASTAR ÇATIŞMAMAZLIQ ZAMANI CİFTİN FUNKSIONAL XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN BİOKİMYƏVİ GÖSTƏRİCİSİ

Heydərova K.A.

ET Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu

Fetoplasentar çatışmamazlığının (FPÇ) inkişafında və diaqnostikasında trofoblastik qlikoproteinin (TBQ) rolu öyrənmək məqsədi ilə FPÇ olan 82 (əsas

qrupu) və 40 sağlam (kontrol qrupu) hamilə qadın müayinə olunub. Kəskin FPC olan hamilə qadınlarda I üçaylıqda TBQ-nin yüksək dərəcəsini müşahidə olunur. Hamiləliyin II üçaylıqda TBQ-nin dərəcəsi 17%-ə qədər aşağı enirdi. 43,7% hamilə qadınlarda TBQ-nin dərəcəsi normadan az (404000nq/ml) olduğunu müşahidə olunurdu. Hamiləliyin III üçaylıqda xroniki FBÇ daha tez-tez rast qəlirdi, bu da TBQ-nin səviyyəsini 57,1-da az olduqda öz əksini tapırdı. Genital infeksiya olan hamilə qadınlarda TBQ-nin səviyyəsi 45,2%-ə qədər artmışdır. 17 hamilə qadınlarda TBQ-nin yüksək səviyyəsi (408000-502000nq/ml); 15-dən aşağı səviyyəsi (403000-204000nq/ml) və 11-dən norma (403000-404000nq/ml) qeydə olunmuşdur. TBQ-nin normal səviyyəsi 6,3% hallarda yetişmiş ciftədə və 3,7% hallarda 3,7 qeydə alınmışdır. Beləliklə, tədqiqat nəticəsində TBQ-nin patoloji artması I üçaylıqda və hissəvi II üçaylıqda, həmin zülalın patoloji azalması ilə III üçaylıqda müşahidə olunur.

НОВЫЕ ОПЫТЫ ПО ПОВОДУ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ БРЮШИНЫ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Курбанов А.К.

Частная клиника «Baku Medical Plaza», Баку.

Проблема пороков развития половых органов с каждым годом приобретает все большее значение. По данным современных авторов они составляют 4% всех врожденных аномалий [1]. Неблагоприятная экология, множество вредных факторов, влияющих на внутриутробное формирование плода, ведет к неуклонному росту этой патологии. Не угрожая жизни, эти поражения не позволяют женщине реализовать свою половую функцию и становятся источником тяжелейших переживаний. Диагностика патологии пола представляет значительные трудности, что приводит к ошибкам в распознавании характера заболевания. Став взрослыми, сами пациенты получают порой противоречивые сведения о природе своего состояния и методах его лечения, которые зачастую бывают неадекватными.

Полное отсутствие влагалища - аплазия влагалища встречается довольно редко. Аплазия влагалища врожденный порок развития женских гениталий. Часто она сочетается с недоразвитием матки, отсутствием одной почки, дистопией почек. Девочки с врожденной аплазией влагалища чувствуют себя физически неполноценными, особенно когда у их сверстниц начинаются менструации.

Аплазия влагалища вызывает глубокую психическую травму у женщин. Еще недавно операции образования искусственного влагалища сопровождались значительной летальностью. Развитие оперативной техники широкое применение антибиотиков позволяют в настоящее время с минимальным риском для жизни и здоровья выполнять подобные операции.

Лечение аплазии влагалища заключается в пластической операции-создании искусственного влагалища -кольпопоез.

Кольпопоез- является единственным средством ликвидации уродства, делающего пациента физически неполноценным и тем самым жестоко травмирующим его [1,2].

Долгие годы дискутировался вопрос о целесообразности операции кольпопоеза. Однако, до настоящего времени предметом дискуссии оставался выбор наилучшего способа кольпопоеза.

Создание искусственного **влагалища** имеет многовековую историю. Выдающимися **хирургами** прошлого были разработаны основные виды оперативных **вмешательств**, принципы которых, остаются неизменными до сих пор [1, 2, 3, 4, 5]. В настоящее время в связи с ростом **заболеваемости**, совершенствование методик становится все более актуальным. Любые новые методы оперирования больных, восторженно воспринимаемые вначале, со временем, как правило, занимают подобающее им место в арсенале средств и приемов **хирургической тактики**, со всеми их достоинствами и недостатками. Современные авторы активно внедряют собственные модификации, новейшие технические средства, что позволяет значительно сократить пребывание **пациенток** в стационаре и снижают затраты на лечение.

Хирургическая реабилитация больных с аномалиями **полового** развития является крайне важной и дискуссионной проблемой. Недостаточно изучены принципы оперативного **вмешательства** выбор оптимального метода реконструктивно-пластических операций и времени их проведения, а так же тактика **восстановительного** лечения.

На сегодняшний день круг пациентов, нуждающихся в проведении **кольпопоза**, значительно расширился и сейчас операции по созданию искусственного влагалища проводят не только **женщинам** с врожденным отсутствием влагалища, но и пациентам имеющих патологию полового развития (гермофродизм) [7, 8]. В связи с этим, мы видим больных с разным психосексуальным статусом, различным **анатомическим** строением костного таза и **промежности** и совершенно противоположным гормональным фоном. До настоящего времени отсутствуют принципы дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства в зависимости от пола пациента, его **анатомии** и насыщенности эстрогенами тканей организма.

До настоящего времени нет единой точки зрения не только о наиболее эффективном и безопасном методе **коррекции** порока развития, но и о возрасте, когда пластическая операция показана. Так некоторые авторы считают целесообразным проводить операцию в возрасте 9-12 лет. А.Г. Саруханов считает возможным производить создание **неовлагалища** в конце пубертатного периода, т.е. в 17-19 лет, когда **пациентка** реально осознает необходимость корригирующей операции в связи с невозможностью половой жизни.

В последнее время довольно широко применяют одноэтапный метод образования искусственного влагалища из брюшины малого таза. Этот метод до недавнего времени в нашей республике не применялся. Больные с подобной патологией были вынуждены искать решение своей проблемы за рубежом. Впервые в Азербайджане эти уникальные операции проводились нами (метод А.К.Курбанова регистрационный № 17425) Благодаря этим операциям уже 19 женщин начали новую и полноценную жизнь.

Для проведения подобной операции больная укладывается на операционный стол таким образом, чтобы угол в тазобедренном суставе составлял 90 градусов, т.к. при сокращении угла в сторону живота доступ к брюшной полости становится не удобным, а при уменьшении угла промежности ограничивается доступ к влагалищу. После соответствующей обработки всего операционного поля от уровня грудины до средней части бедер, включая всю промежность производят обкладывания стерильным бельем с оставлением доступа к нижней трети живота и промежности.

После дачи наркоза и разрешения начала операции производится лапаротомия, по Пфанненштилю, доступ должен быть достаточным, разрез

приблизительно 15-20 см, устанавливается ранорасширитель, кишечник отодвигается вверх, обкладывается внешними тампонами, желательны пропитанными смесью растворов полиглюкина+лидаза (для предотвращения спайкообразований), далее начинают работать хирурги со стороны промежности.

Малые половые губы прошиваются к внутренним поверхностям бедер в виде «держалок», чтобы улучшить доступ, у нижней их спайки полулунно с выпуклостью вниз производится разрез кожи длиной 3-4 см, производится гемостаз.

В шприц набирается около 60-80 мл 0,25% или 5% раствора новокаина и производится накачивание толщи промежности в сторону дугласового пространства. При наличии других хирургов предлагается этот этап произвести иначе: хирург находящийся со стороны брюшной полости своим указательным пальцем упирается в дугласового пространства между кишкой и мочевым пузырем в направлении промежности: второй (основной) хирург со стороны промежности корригирует направления вытягивающего пальца с брюшной и туго в переднее- заднем, боковых направлениях производит расслаивание тканей толщи промежности в направлении на вытягивающий палец (ткани толщи промежности обычно составляют 3-4 см).

Кровоточащие сосуды коагулируются. По мере освобождения пальца с брюшинных окружающих тканей и создания ложа вытягивание пальцем в направлении промежности увеличивается, как только диаметр раны будет достигнут, т.е. приблизительно 4-5 см, а брюшина на пальце свободно дойдет до кожи промежности (не должно быть сильной натяжки брюшины), брюшины слегка надсекается край захватывается пинцетом и по кругу подшивается к коже промежности, шов накладывается узловым ледексоном или викрилом 3-0; 4-6; от края кожи и брюшины отступают 0,5-0,8 см, чтобы предотвратить прорезывание швов, расстояния между швами 0,7-1 см; по окончании контрольного обливания диаметра вводится 2 пальца вновь с сформированное отверстие; в это же время из- за сохранения не большого натяжения кожа промежности максимально втягивается во внутрь. Натяжение кожи уменьшают разрезом поперек ушиванием вдоль.

Далее продолжается работа со стороны брюшной полости: на уровне- матки между кишкой, боковыми стенками таза нижним краем брыжеек яичников накладывается на брюшину отдельную Z- образные швы, создавая при этом ложи влагалище из брюшины, которая состоит из: передняя стенка- мочевой пузырь с атрофированным влагалищем, шейком, маткой, задняя стенка – передняя поверхность прямой кишки, боковая стенка- брюшины малого таза.

Для укрепления дна вновь с сформированного влагалища поверх Z- образных швов можно из брюшины сформировать «второе» дно, туда же подшить аплазированную матку с маточными трубами. Все швы на брюшине должны быть под контролем ранения мочеточника.

Таким образом, мы получили искусственное влагалище из брюшины т.е. дугласового пространства связанное с внешним миром и изолированное от брюшинной полости.

Длина неовагины обычно составляет 10-12 см диаметр 3-4 см, растяжением до 2-3 см.

Брюшная полость после контроля ушивается наглухо.

Вновь сформированное влагалище вводится фантом (из растянутых двух тампoxов, обернутых в марлевые салфетки пропитанные левомеколью

и уложенных в презерватив). В стенках презерватива делаются насечки с ножницами длиной 0,5 см. для выпитывания выделений.

На этом операция завершается, перевязка производится ежедневно, перед перевязкой производится спринцевание с антисептиком, полость высушивается, расширяется Гегаром 20-24 смазанным мазью левомеколью, затем устанавливается фантом. Больной ходить разрешается уже на следующий день, диета назначается походу восстановлением перистальтики кишечника.

Половой жизнью прооперированным женщинам разрешается жить через 20-25 дней после операции.

Больная после выписки некоторое время дома самостоятельно производит спринцевание и установку фантома (искусственный половой член).

Как показала практика, наш метод кольпопозза из тазовой брюшины (метод А.К.Курбанова, регистрационный № 17425) более доступен для врачей гинекологических стационаров, более безопасный и наиболее эффективный среди всех других методов создания искусственного влагалища.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Угрюмова Л.Ю. Клиническая оценка эффективности различных методов кольпопозза. Автореф. дис.. канд. мед. наук. М., 2008, 21 с.
2. Александров М.С. Отдаленные результаты 241 операции **кольпопозза**. // Акуш. и гин., 1961, №4, С.83-87
3. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Липский К.Б. **Хирургическое** лечение транссексуалов анатомически мужского пола. // Ж. **Анналы** пласт., реконстр. изстетич. хирургии, 2009, №1, С.43-48.
4. Baldwin JF. The Formation of an Artificial Vagina by Intestinal Trnsplantation. Ann Surg. 2004 Sep;40(3):398-403
5. Boiruto F, Chasen ST, Chervenak FA, Fedele L. The Vecchietti procedure for surgical treatment of vaginal agenesis: comparison of laparoscopy and laparotomy. Int J Gynaecol Obstet. 2010 Feb;64(2): 153-8.
6. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R. Laparoscopic creation of a neovagina in patients with Rokitansky syndrome: analysis of 52 cases. Fertil Steril. 2000 Aug;74(2):384-9.
7. Freundt I, Toolenaar TA, Huikeshoven FJ, Jeekel H, Drogendijk AC. Long-term psychosexual and psychosocial performance of patients with a sigmoid neovagina. Am J Obstet Gynecol. 1993 Nov;169(5):1210-4.
8. O'Connor JL, DeMarco RT, Pope JC 4th, Adams MC, Brock JW 3rd. Bowel vaginoplasty in children: a retrospective review. J Pediatr Surg. 2004 Aug;39(8): 1205-8
9. Schult M, Wolters HH, Lelle RJ, Winde G, Senninger N. Outcome of surgical intervention for rectoneovaginal fistulas in Mayer-Rokitansky-Kuester-Hausser syndrome. World J Surg. 2001 Apr; 25(4):438-40.
10. Kapoor R, Sharma DK, Singh KJ, Suri A, Singh P, Chaudhary H, Dubey D, Mandhani A. Sigmoid vaginoplasty: long-term results. Urology. 2006 Jun;67(6): 1212-5
11. **Пищулин** А.А., Яровая И.С., Тюльпаков А.Н., **Манченко** О.В. К вопросу о хирургической тактике при **синдроме** тестикулярной феминизации. // Проблемы репродукции, №5, 1999, С.43

X Ü L A S Ə

AZƏRBAYCANDA KİÇİK ÇANAQ PERİTONUNDAN SÜNİ UŞAQLIQ YOLUNUN HAZIRLANMASI ÜZRƏ YENİ TƏCRÜBƏLƏR

Qurbanov A.Q.

Kolpopoez- xəstəni fiziki cəhətdən yarımçıq vəziyyətə salan eybəcərliyi aradan qaldıran yeganə üsuldur. Hazırki dövrdə kolpopoezin aparılmasına ehtiyacı olan xəstələrin çevrəsi getdikdcə genişlənir. Hazırda kolpopoez əməliyyatları təkcə anadangəlmə uşaqlıq yolu olmayan qadınlara deyil, həm də

cinsi inkişaf qüsurları (hermofrodizim) olan xəstələrdə biz tərəfdən tətbiq olunur. Son illər kiçik çanaq peritonundan süni uşaqlıq yolunun yaradılmasının birmərhələli metodu geniş tətbiq olunur. Bu yaxınlara qədər bu problem bizim ölkədə həll olunmurdu, bu səbəbdən xəstələr başqa ölkələrdə müalicə almalı olurdular. İlk dəfə olaraq bu unikal metod tərəfimizdən aparılmışdır (A.Q.Qurbanov metodu N17425). Təcrübədən görüldüyü kimi kiçik çanaq peritonundan kolpopoez əməliyyatı ginekoloji stasionar həkimləri üçün daha əlverişli üsul olub, süni uşaqlıq yolunun yaradılması üzrə başqa metodlara nisbətən daha effektivdir.

TOKSOPLAZMOZA YOLUXMUŞ HAMILƏ QADINLARDA HÜCEYRƏ VƏ HUMORAL İMMUNİTETİN GÖSTƏRİCİLƏRİNİN HAMİLƏYİN GEDİŞİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİNDƏ ROLU.

Musayeva M.X.

ATU, II mamalıq və ginekologiya kafedrası.

Toksoplazmoz opportunist infeksiyalara aid olduğu üçün orqanizmin immun sisteminin vəziyyətinin xəstələnmədə mühüm rolu vardır.

Digər oppurtunist infeksiyalar kimi toksoplazmoz da əsasən immun sistemində problemi olan, qeyri-rasional antibakterial, sitostatik, immundepressiv terapiya alanlarda, HIV və mikst infeksiyası olanlarda daha çox təsadüf edilir. Hamiləlik orqanizmdə təbii immunsupressiv vəziyyət yaratdığı üçün hamilə qadınlarda da bu infeksiya ilə xəstələnmələrin sayının çox olması ilə yanaşı latent formada keçən xəstəlik prosesinin aktivləşməsi də müşahidə edilir. Ona görə də hamiləlik zamanı toksoplazmozla xəstələnmələrin, anadangəlmə toksoplazmozun qarşısının alınması, ananın, dölün, yeni doğulmuş körpələrin sağlamlığının mühafizəsi müvafiq tibb işçiləri qarşısında duran mühüm problemlərdəndir. Ona görə də qadınların bu xəstəliklə yoluxmasının qarşısının alınması ilə yanaşı yoluxmuş qadınlarda, xüsusən də hamilələrdə xəstəliyin klinik gedişinin təyin edilməsi hamiləliyin proqnozlaşdırılması üçün mühüm şərtlərdən biridir. Bu məqsədlə digər faktorlarla yanaşı immun sistemin spesifik və qeyri spesifik göstəricilərinin təyin edilməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Toksoplazmozda immun sisteminin hüceyrə və humoral göstəricilərinin bəzilərinə dair çoxlu elmi tədqiqat işləri aparılmışdır. (2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 15, 16, 17, 18)

Bir sıra hüceyrə daxili infeksiyalar kimi toksoplazmozun da törədiciləri makroorqanizmə daxil olduqda onun qeyri spesifik və spesifik müdafiə faktorları ilə qarşılaşır. Bu faktorlardan və immunsistemin vəziyyətindən aslı olaraq parazit ya orqanizmdən elimunasiya edilir və ya orqanizmin müxtəlif üzv və toxumalarının hüceyrələrinə daxil olaraq fəaliyyətə başlayırlar.

Parazitə qarşı spesifik cavab reaksiyasının əmələ gəlməsində T. Limfositlərin, makrofaqların və limfokinlərin birgə fəaliyyətinin mühüm rol oynadığı göstərilmişdir. (4, 8, 11, 19)

Son zamanlar hüceyrədaxili parazitlərin hüceyrədə yaşama mexanizmi öyrənilmiş, hüceyrəyə daxil olan parazitlərin özü ətrafında vakuol əmələ gətirdiyi və onun fagositozda rolunun olması öyrənilmişdir. (4, 8, 11)

Bu prosesdə toxuma makrofaqları və təbii killerlərlə yanaşı onların ifraz etdiyi İL2, İL12 və İFN- γ sitokinlərin də rolu göstərilmişdir. (11)

Sist formasında parazitlərin antigenlik qabliyyəti azalır və humoral immunitetin onlara qarşı təsiri zəifləyir.

Parazitin sist formasına keçməsi ilə hüceyrədən kənar sirkulyasiya edən antigen spektrində də müəyyən dəyişikliklər baş verir.

İmmun sistemin normal fəaliyyəti zamanı toksoplazmozu olan şəxslərin əksəriyyətində Th1 tipli hüceyrə immuniteti yaranır ki, o da toksoplazmların orqanizmə göstərə biləcəyi təsirlərin qarşısını alsa da orqanizmin sanasiyasını təmin edə bilmir. (1,7,8,11)

Toxuma sistləri T. qondii-nin insan orqanizmində uzun müddət qalmasını təmin edən əsas amildir.

Son zamanlar taxizoitlərin insanların immunsisteminin təsirini neytrallaşdırma biləcək mexanizminin olduğu aşkar edilmişdir ki, o da onların persistensiyasını təmin edir.

Bundan başqa toksoplazmozun latent formasının aktivləşməsinin qarşısının alınmasında əsas rol oyanayan faktorlar (İNF- γ interferon-qammadır, İL-4) olduğu göstərilmişdir. (1, 8, 9, 11, 13, 14)

İmmun sistemin normal fəaliyyəti zamanı toksoplazmozu olan şəxslərin əksəriyyətində Th1 tipli hüceyrə immuniteti yaranır ki, o da toksoplazmların orqanizmə göstərə biləcəyi təsirlərin qarşısını alsa da orqanizmin sanasiyasını təmin edə bilmir. (1, 7, 8, 11)

Toxuma sistləri T. qondii-nin insan orqanizmində uzun müddət qalmasını təmin edən əsas amildir.

Son zamanlar taxizoitlərin insanların immunsisteminin təsirini neytrallaşdırma biləcək mexanizminin olduğu aşkar edilmişdir ki, o da onların persistensiyasını təmin edir.

Bundan başqa toksoplazmozun latent formasının aktivləşməsinin qarşısının alınmasında əsas rol oyanayan faktorlar (İNF- γ interferon-qammadır, İL-4) olduğu göstərilmişdir. (1, 8, 9, 11, 13, 14)

Bütün göstərilənlər toksoplazmoza yoluxmuş hamilə qadınlarda immunsisteminin ayrı-ayrı komponentlərinin infeksiyanın və hamiləliyin gedişində nə dərəcədə rol oynadığının tam öyrənilmədiyini göstərir.

Digər tərəfdən xəstəliyin patogenezi, xroniki toksoplazmozun aktivləşməsinə, xəstəliyin kliniki formalarının düzgün qiymətləndirilməsi üçün də hüceyrə və humoral immunitetin göstəricilərinin təyin edilməsinin çox böyük əhəmiyyəti vardır.

Azərbaycanda bu kimi tədqiqatların aparılmadığını, müharibə şəraiti ilə əlaqədar olaraq əhalinin psixoloji durumunda və immunsisteminə baş verə biləcək dəyişiklikləri nəzərə alaraq hamilə qadınlarda hüceyrə və humoral immunitetə aid bəzi göstəricilər təyin edilmişdir.

İşin məqsədi. Toksoplazmoza yoluxmuş hamilə qadınlarda hüceyrə və humoral immunitetin göstəricilərində baş verən dəyişikliklər və onların infeksiyon prosesin və hamiləliyin gedişinin qiymətləndirilməsində əhəmiyyəti.

Tədqiqatın materialı və metodları Müayinə üçün 31 kəskin, 124 xroniki toksoplazmozu olan və 110 toksoplazmozu olmayan hamilə qadının qanında immunsistemin göstəriciləri təyin edilmişdir. Qan zərdabında immunglobulinlərin (A.M.G sinfinə) miqdarı üsulu ilə gəldə radial immundiffuziya üsulu (G. Manchini üsulu ilə) təyin edilmişdir.

Qanda Limfositlərin müxtəlif növlərinin miqdarının təyini üçün monoklonal antitel metodu (MKAT) ilə və CD₃, CD₄, CD₈, CD₂₂, CD₂₅ monoklonal antitellərindən istifadə etməklə aparılmışdır.

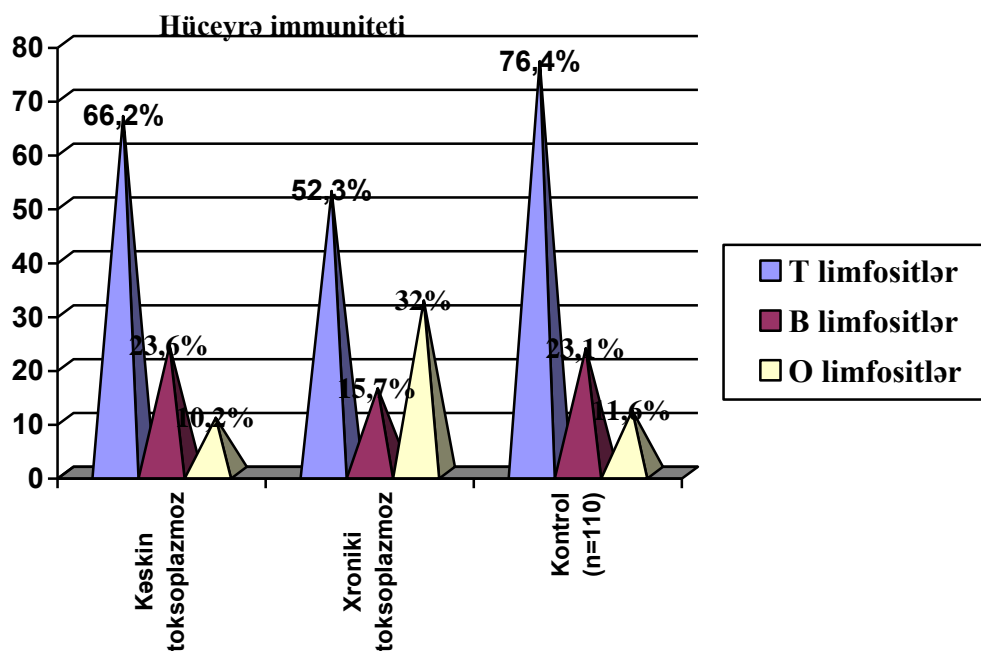
Alınan nəticələr və müzakirəsi. Toksoplazmozla yoluxmuş və yoluxmamış hamilə qadınlarda hüceyrə və humoral immunitetin göstəriciləri

Cədvəl № 1.

Müayinə qrupları	Hüceyrə immuniteti			İmmunoqlobinlər		
	T limfositlər	B limfositlər	O limfositlər	İg M q/L	İg A q/L	İg G q/L
Kəskin toksoplazmoz (n=31)	66,2±8,5	23,6±7,6	10,2± 5,4	2,1±0,4	1,56±0,26	9,8±1,3
Xroniki toksoplazmoz (n=124)	52,3±4,5	15,7±6,5	32,0±4,2	1,37±0,24	1,83±0,26	14,3±2,6
Kontrol (n=110)	66,4±4,1	23,1±4,0	10,5±3,1	1,2±0,24	1,61±0,24	10,8±2,4

Cədvəldən görüldüyü kimi kəskin toksoplazmozu olan hamilə qadınlarda T limfositlərin miqdarı (66,2±8,5%; $P>0,05$) nisbətən, xroniki toksoplazmozda (52,3±4,5%) ($P<0,001$) toksoplazmozu olmayan hamilə qadınlardan (66,4±4,1%) xeyli azdır. B Limfositlərin miqdarı isə kəskin toksoplazmozu olan hamilə qadınlarda (23,6±7,6% ; $P>0,05$) və toksoplazmozu olmayanlarda (23,1±4,0%) təqribən eynidir, xroniki toksoplazmozu olanlarda isə (15,7±6,5% ; $P>0,05$) nisbətən azdır. O Limfositlərdə kəskin toksoplazmozu olan hamilə qadınlarda (10,2±5,4%) ($P>0,05$) toksoplazmozu olmayanlarda (10,5±3,1%) olduğu kimidir. Lakin xroniki toksoplazmozu olan hamilə qadınlarda bu göstərici (32,0±4,2% $P<0,001$) xeyli fərqlənir.

Şəkil 1. Toksoplazmozla yoluxmuş və yoluxmamış hamilə qadınlarda hüceyrə immunitetin göstəriciləri



Humoral immunitetin göstəriciləri yəni İg M, İg A, İg G sinfinə aid əksisimciklərin təyini də xəstəlik haqqında geniş məlumat verir.

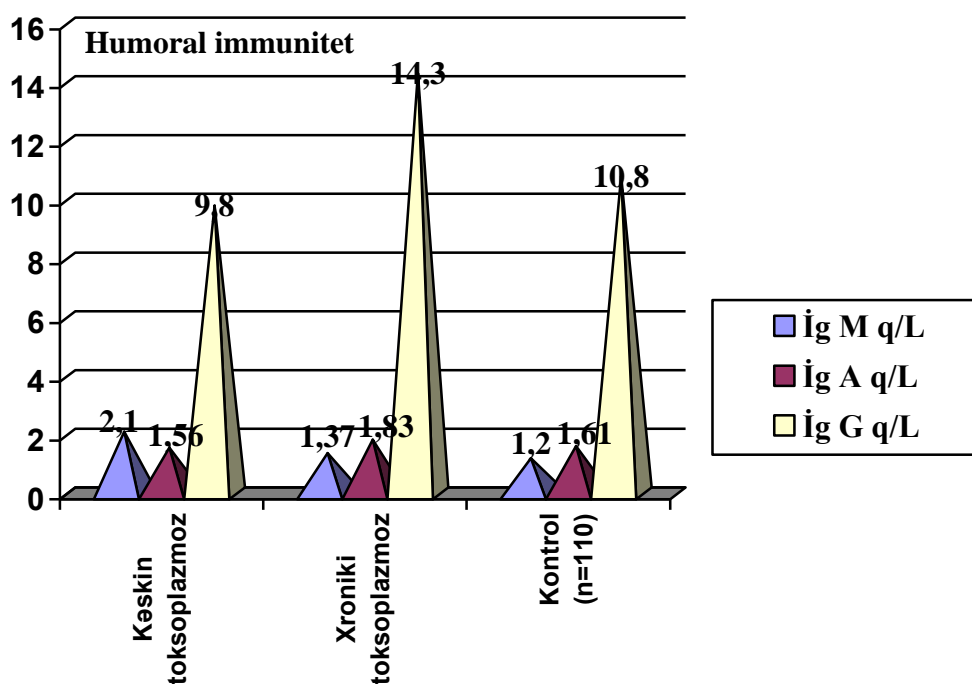
Kəskin toksoplazmozu olan hamilə qadınlarda İg M ($2,1 \pm 0,4$ q/L ; $P < 0,05$) toksoplazmozu olmayanlardan ($1,2 \pm 0,24$ q/L) və xroniki toksoplazmozu olanlardan ($1,37 \pm 0,24$ q/L) nisbətən çoxdur. Xroniki toksoplazmozu olan və toksoplazmozu olmayan qadınlarda İg M (müvafiq olaraq $1,37 \pm 0,24$ və $1,2 \pm 0,24$ q/L) qanda miqdarı təqribən eynidir.

İg A sinfinə aid əksisimciklər xroniki toksoplazmozu olan qadınlarda ($1,83 \pm 0,26$ q/L) ($P > 0,05$) toksoplazmozu olmayanlara ($1,61 \pm 0,24$ q/L) nisbətən çox rast gəlir. Bu göstərici kəskin toksoplazmozu olan və toksoplazmozu olmayan hamilə qadınlarda (müvafiq olaraq $1,56 \pm 0,26$ və $1,61 \pm 0,24$ q/L) təqribən eynidir.

İg G sinfinə aid əksisimciklər kəskin toksoplazmozu olan ($9,8 \pm 1,3$ q/L) və toksoplazmozu olmayan ($10,8 \pm 2,4$ q/L) ($P > 0,05$) qadınlarda təqribən eynidir. Lakin

İg G xroniki toksoplazmozu olan hamilə qadınlarda ($14,3 \pm 2,6$ q/L ; $P > 0,05$) kəskin toksoplazmozu olanlardan və toksoplazmozu olmayanlardan nisbətən çoxdur. (şəkil 2)

Şəkil 2. Toksoplazmozla yoluxmuş və yoluxmamış hamilə qadınlarda humoral immunitetin göstəriciləri



YEKUN

Aparılan analizlər göstərir ki, toksoplazmozun klinik formasından asılı olaraq hüceyrə və humoral immunitetin göstəricilərində dəyişikliklər baş verir. Xroniki toksoplazmozda T və B Limfositlərin sayının azalması toksoplazmozun orqanizmdə immunsupressiv vəziyyət yaratdığına bir daha dəlalət edir. Digər tərəfdən humoral immunitetin məhsulu olan İg M, İg G, İgA-nın qanda miqdarının hamilə qadınlarda da toksoplazmozun klinik formalarından asılı olaraq dəyişməsi onların da orqanizmində xəstəliyin immun sistemə təsirinin eyni qanunauyğunluqla idarə edildiyini göstərir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Васильев В.В, Васильева И.С, Тимченко В.Н. Основные недостатки ведения больных токсоплазмозом // Материалы 4 Рос. Съезда врачей инфекционистов.-СПб.-2003.-с.62-63.
2. Гладкова С.В. Изучение состава циркулирующих иммунных комплексов при остром токсоплазмозе // Мед. паразитол. и паразитарные болезни.- 2000.- №4-с. 15-18.
3. Гончаров Д.Б. Значение персистенции в клинической патологии человека //Журнал// микробиология, эпидемиологии и иммунобиологии.-2006.-№4.-с. 92-97.
4. Долгих Т.И. Оптимизация диагностики токсоплазмоза у детей // «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцино-профилактики у детей». Материалы 4 конгресса педиатров-инфекционистов России.-Москва.- 2005.-с.65-66.
5. Долгих Т.И. Современный подход к диагностике и лечению токсоплазмоза / -Омск: изд-во ОмГМА.-2005.-45 с.
6. Ермак Т.Н. Токсоплазмоз у больных ВИЧ-инфекцией // Эпидемиология и инфекционные болезни.-2001.-№1.-с.-28-31
7. Лобзин Ю.В.,Васильев В.В. Приобретённый токсоплазмоз: критерии диагностики и принципы лечения // Рос.мед.журнал.-2001.-№2.-с.43-45.
8. Лобзин Ю.В.Иммуномодуляция токсоплазмином в лечении хронического токсоплазма // Венерология.-2004.-№9.-с. 12-17.
9. Butcher V.A. p47 GTPases regulate *Toxoplasma gondii* survival in activated macrophages/ / *Infection and Immunity*. -2005.-Vol. 73.- №6.- P. 3278-3286.
10. Darrel O. A.No-Yen,AşJoss W.L. Human toxoplasmosis/- New York : University Press -1992.-432 p.
11. Denkers E.Y. Gazzinelli R.T. Regulation and function of T-cell-mediated immunity during *Toxoplasma gondii* infection/ // *Clin. Microbiol.Rev.* -1998.-Vol. 11.- № 4.-P. 569-588.
12. Gavrilescu L.C. Denkers E.Y. Interleukin-12 p40-and Fas apoptotic pathways involving STAT-1 phosphorylation are triggered during infection with a virulent strain of *Toxoplasma gondii* // *Infect.Immun.*-2003.-Vol.71.-№5.-P.2577-2583.
13. Halonen S.K. Taylor G.A. Weiss L.M. Gamma interferon-induced inhibition of *Toxoplasma gondii* in astrocytes is mediated by IGTP/ // *Infection and Immunity*.-2001.-Vol.69.-№9.-P.5573-5576.
14. Hunter C.A. Subauste C.S., Remington J.S. The role of cytokines in toxoplasmosis / // *Biotherapy*.-1994.- Vol. 7- №3-4.-P.237-247.
15. Jenum P.A. Diagnosis of congenital *Toxoplasma gondii* infection by polymerase chain reaction (PCR) on amniotic fluid samples.The Norwegian experience // *APMIS : acta pathologica, microbiologica, et immunologica Scandinavica*.-1998.- Vol.-106.-№7. -P.680-686.
16. Kang K.N. Cytokine and antibody responses of reactivated murine toxoplasmosis upon administration of dexamathasone // *The Korean Journal of Parasitology*.-2006.-Vol.44. - №3.-P.209-219.
17. Kim S.K. Boothroyd J.C. Stage-specific expression of surface antigens by *Toxoplasma gondii* as a mechanism to facilitate parasite persistence // *J. Immunol.*-2005. -Vol.174.-№ 12.-P. 8038-8048.
18. Lutjen S. Organ-and Disease –Stage-Specific Regulation of *Toxoplasma gondii*-Specific CD8 –T- Cell Responses by CD4 T Cells// *Infection and Immunity*-2006.-Vol.74. -№ 10.- p. 5790-5801.
19. Prigione I et al. *Toxoplasma gondii*-specific CD4+ T cell clones from healthy, latently infected humans display a Th0 profile of cytokine secretion // *Eur.J.Immunol.*-1995.-Vol.25.-№5.-P.1298-1305.

РЕЗЮМЕ**РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАРАЖЕННОЙ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ ЖЕНЩИН.**

Мусаева М.Х

Кафедра II Акушерство и гинекологии АЗ. Мед. Университета.

Результаты проведенных исследований показывают что, у зараженных токсоплазмозом беременных женщин в зависимости от клинических форм инфекции в показатели клеточного и гуморального иммунитета происходит значительное излечение. При хронической токсоплазмозе уменьшение числа Т- и В- лимфоцитов еще раз доказывает о супрессии вызываемой инфекции.

Изменение показателей гуморального иммунитета (Ig M, Ig G, Ig A) тоже зависит от формы клинического течения токсоплазмоза и регулируются общими закономерностями иммунной системы.

SUMMARY

THE ROLE OF CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY IN ASSESSING THE PREGNANCY OF WOMEN INFECTED BY TOXOPLASMOSIS.

Musaeva M.X.

II Department of Obstetrics and Gynecology, AZ . Medical University.

The results of these studies show that, in pregnant women infected by toxoplasmosis, depending on the clinical forms of the infection in the indices of cellular and humoral immunity is a significant recovery in chronic toxoplasmosis decrease in the number of T-and B- limfotsita another proof of the suppression caused by the infection. Change of humoral immunity (Ig M, Ig G, Ig A) also depends on the shape of the clinical course of toxoplasmosis and subject to the general laws of the immune system.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ у МУЖЧИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕТОДОВ

Гурженко Ю.Н., Гусейнов Е.Ф.

Национальная Медицинская Академия последипломного образования имени П.А. Шупика Минздрава Украины.

Хронические воспалительные заболевания половой системы (ХВЗПС) являются одной из самых распространенных групп заболеваний среди мужчин репродуктивного, то есть молодого и среднего возраста. Согласно данным, которые приводятся и часто цитируются специалистами, хроническим простатитом страдает около 30-45% всей популяции мужчин соответствующего возраста [1, 2, 3, 4, 5]. В последние годы возросла частота обнаружения развития хронического простатита у мужчин. Это связано, в первую очередь, с ростом заболеваемости различными типами уретрита, эпидидимоорхитом, снижением системной иммунореактивности организма, негативными воздействиями различных вредных факторов внешней среды [2]. В последнее время наблюдается тенденция к росту частоты ХВЗПС у лиц пожилого возраста с диагностированной ДГПЖ [1]. Благодаря исследованиям последнего десятилетия было осознано то, что только 5-10% клинически диагностированных случаев хронического простатита связаны с бактериальной природой, около 60-65% случаев развиваются как небактериальные простатиты и 30-35% случаев диагностируются как простатодиния [2,5]. При этом в диагностике воспалительного процесса существуют определенные объективные трудности, поскольку часто развитие даже значительных морфологических изменений в ткани предстательной железы может протекать клинически бессимптомно.

Учитывая полученные факты и существующие результаты лечения больных, вопросы своевременного диагностирования и лечения хронических воспалительных заболеваний половой системы считаются актуальными на современном этапе учения о половом здоровье мужчин.

Эффективность лечения хронического простатита во многом зависит от степени выраженности клинической симптоматики, продолжительности, заболевания, отсутствия или присоединения нарушений половых функций, их степени. Несмотря на значительное развитие современных медикаментозных технологий лечения, следует подчеркнуть, что эффективность фармакотерапии ХВЗПС на нынешнем этапе остается достаточно низкой. Подчеркивается, что у пациентов молодого возраста существует большой риск развития эректильной дисфункции, нарушений репродуктивной функции до полной потери, что может сопровождаться развитием половых психологических расстройств [2].

В связи с этим, в клинической урологии возникла необходимость практической и точной оценки развития и тяжести симптоматики и нарушений психического состояния пациентов с ХВЗПС, их объективизации путем использования параметров количественного выражения. Известно, что у большинства больных хроническим простатитом возникают и формируются различные клинические формы неврозов и неврозоподобных состояний. У 70% этого контингента больных отмечаются выраженные вегетативные нарушения, различные психо-невротические расстройства, и в частности, астенический, ипохондрический, астенодепрессивный и некоторые другие патопсихологические синдромы. Особенно важно подчеркнуть закономерность развития у больных соматически детерминированных нарушений психического статуса. У отдельных пациентов ХВЗПС может сопровождаться развитием синдрома навязчивого состояния, а в случае частых обострений заболевания наблюдается формирование ипохондрической личности. Это свидетельствует о важности применения углубленного индивидуализированного подхода к изучению состояния конкретного пациента, с обязательным учетом различных аспектов оценки вегетативного и психологического состояний больного.

Современные взгляды на патогенез и динамику развития ХВЗПС неоднозначны, существуют дискуссионные позиции, требующие дальнейшего глубокого изучения с использованием новейших методических подходов, заимствованных специалистами из других научных дисциплин (например психологии, клинической психологии, психиатрии, другие). Не менее дискуссионными и острыми это время остаются нерешенные остаются вопросы лечения больных с применением методов немедикаментозной терапии, а именно психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. ХВЗПС на сегодняшний день считаются социально значимой группой заболеваний со сложным патогенезом и полиморфной клинической картиной. Всестороннее изучение клинических проявлений этих заболеваний позволит их адекватную коррекцию и будет наполняться новыми современными лечебными подходами.

Материалы и методы В исследовании принимали участие 234 больных 42-56 лет. Применили следующие методы обследования: клиническое наблюдение, ультрасонографию предстательной железы, цветное доплеровское картирование, исследование нативного секрета простаты (простатического сока).

В дизайне исследования можно выделить два этапа. На первом, по результатам обследования диагностировали или уточняли нозологические

формы ХВЗПС, после этого формировали соответствующие группы больных с хроническим простатитом, хроническим уретритом, хроническим везикулитом. Отдельно была сформирована группа пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. На втором этапе все больные с соответствующей нозологией были разделены на подгруппы в зависимости от примененного в дальнейшем патогенетически обоснованного лечения. Назначение терапии зависело от результатов обследования пациентов, при этом учитывали обнаруженные патологические изменения. Например, патогенетическая терапия больных асимптомным хроническим воспалительным процессом включала мероприятия, направленные на устранение проявлений конгестии в малом тазу, улучшение образования и оттока застойного секрета из предстательной железы, улучшение тканевой микроциркуляции железы, а также на одновременное применение комплексной терапии простатопротекторами и антибиотиками. При обследовании учитывали особенности пациентов основной группы (возраст мужчин, осознание наличия у себя тяжелого заболевания, развитие определенных психологических нарушений и т.д.). С этой целью перед началом комплексного медикаментозного лечения было проведено разностороннее психодиагностическое обследование больных. На основе полученных данных было установлено, что все больные характеризовались психоэмоциональными расстройствами, негативно влияющими на мотивационное состояние мужчин относительно предложенных врачом схем лечения и объективно требовали проведения соответствующей психокоррекционной работы с использованием тренинговых групп (групповая психотерапия). В практическом плане использовался групповой тренинг, длившийся 9 занятий, а продолжительность всего курса колебалась от 12 до 72 часов. Цель тренинга заключалась в самостоятельном понимании пациентами их психологических и сексуальных нарушений, которые развились, вследствие хронизации основного соматического заболевания. Задачей психокоррекционной тренинга стала самокоррекция психоэмоциональных расстройств больных, которая достигалась путем самостоятельного выполнения упражнений пациентом на каждом занятии, а после него мужчины проводили закрепление знаний и умений этого тренингового дня.

Сексологическое тестирование проводилось на всех этапах исследования больного и строилось на основе доверительного, подробной беседы, которая проводилась в атмосфере психологического комфорта для пациента. При этом учитывалась сексологическая грамотность пациентов, уровень общего культурного развития, этническая принадлежность. Беседа была построена по плану выявления комплекса существующих проблем, уточнялся состояние и характер нарушений эрекции, изменение всех составляющих копулятивного цикла больного.

Принимая во внимание результаты клинических психодиагностических исследований других авторов [4,5] мы обратили особое внимание на динамику развития ХВЗПС, реакцию обоих сексуальных партнеров на нарушения сексуального поведения мужчины. Проводилась оценка психологического состояния и характера нарушений межличностных взаимоотношений, типа сексуального поведения больных и установок, учитывался их личный, общемедицинский и социальный анамнез. Большое значение уделялось мотивации больных, поскольку направленная мотивация на соответствующие, ожидаемые результаты лечения, волевое состояние относительно сотрудничества с врачом, являются ключевыми факторами

достижения успешного конечного результата комплексного лечения и психологической реабилитации больных мужчин.

Больные с диагностированными психопатологическими нарушениями были разделены на 3 подгруппы: I подгруппа получала традиционную, т.е. базисную терапию, II подгруппа пациентов - рекомендованную индивидуально подобранную схему комбинированного лечения (антибиотики, антипротозойные средства, простатопротекторы, иммунокоррекционные препараты, НПВС, ингибиторы-5 α -редуктазы, комплексные фитопрепараты α -адреноблокаторы). III подгруппа пациентов - комплексное лечение, включающее комбинированную фармакотерапию психокорректирующую терапию в тренинговых группах.

Причиной обращения больных за помощью во всех случаях, за исключением лиц с асимптомным течением воспалительного простатита, было обострение основного заболевания, которое большинством пациентов связывалось с предварительным переохлаждением или перенесенными острыми респираторными вирусными заболеваниями, что совпадает с данными, приведенными другими авторами [2,3].

Субъективные признаки клинически манифестированного хронического простатита у обследованных больных, согласно предъявленных жалоб, были разделены на общие, местные и функциональные. Общие симптомы включали снижение работоспособности, быструю утомляемость, общую слабость, нарушения сна, и высказывались практически всеми больными. Местные клинические симптомы свидетельствовали о наличии локального или сочетанного варианта болевых ощущений внизу живота (надлобковая участок), в крестцовом и паховом участках, в яичках, на что указывают и другие авторы.

Среди функциональных нарушений нами выделены частые позывы к акту мочеиспускания, боли при мочеиспускании, длительное ослабление эрекции и полового влечения, ускорение или задержка эякуляции, болевые ощущения при оргазме. Аналогичные клинико-функциональные изменения описаны в работах и других авторов.

При объективном обследовании наружных половых органов у больных мужчин была обнаружена умеренная гиперемия губок уретры, слизистые выделения из уретры. При бактериоскопическом исследовании мазков из уретры больных обнаружены бактерии и резко увеличенное количество лейкоцитов в поле зрения.

Результаты и их обсуждение Результаты проведенного психологического обследования больных показали, что исследуемые показатели тревожности (ситуативная и личностная) психоэмоционального состояния существенно выросли во всех обследованных: личностная тревожность возрастала на $132,9 \pm 14,8\%$ ($p < 0,05$), а ситуативная - на $148,4 \pm 15,4\%$ ($p < 0,05$), что, по нашему мнению, свидетельствует как о высокой личностную значимость развития негативных последствий заболевания, так и о важности, для прогноза и развития неблагоприятных последствий хронической и рецидивирующей соматической патологии. Увеличение тревожности объясняется, например, тем, что некоторые пациенты испытывали дискомфорт в связи с проведением соответствующих исследований, но это объяснение следует считать частичным, поскольку и во время проведения тренинговых занятий психологические расстройства у мужчин также проявлялись достаточно рельефно (четко). Следует также отметить, что наиболее выраженный рост показателей тревожности был установлен у больных, страдавших хроническим везикулитом, и в

значительно меньшей степени указанные нарушения наблюдались в психологическом портрете больных с ДГПЖ в сочетании с ХВЗПС, то есть развиваясь у пациентов значительно более позднего возраста, нежели при ХВЗПС.

Степень выраженности нарушения психоэмоционального состояния зависит и от личностных характеристик обследованных мужчин, однако, главным образом на обострение течения заболевания влияет клинически проявляющийся тип ХВПС. У пациентов с хроническим простатитом наблюдается постепенный рост уровня психической активности в 1,2 раза, одновременно с показателями конформности, напряженности и заинтересованности. При хроническом уретрите изменение психологических нарушений у мужчин имеет подобную тенденцию, но проявляется активнее у больных, которые страдают хроническим везикулитом, установлен резкий рост эмоционального напряжения (в 1,4 раза) и незначительное повышение персональной напряженности. Развитие психологических нарушений у мужчин с ХВЗПС подтверждается результатами исследований других специалистов. Снижение волевых характеристик личности вследствие развития и прогрессирования сексуальных расстройств способствует снижению таких психологических показателей, как личностная настойчивость и самообладание, что наблюдалось на протяжении проведения курса традиционно применяемого лечения. Наиболее выраженные нарушения наблюдаются у больных с хроническим простатитом, ДГПЖ в сочетании с ХВЗПС и хроническим везикулитом. Показатель настойчивости у пациентов этих групп снижался в среднем соответственно на 28%, почти 25%, а у пациентов с хроническим везикулитом - на 33,4%. При этом показатель самообладания одновременно также достоверно снижается в среднем на 22,0%, 27,0% и 19,5% ($p < 0,05$). Особенно резкое ухудшение волевых показателей наблюдалось у больных мужчин, эмоционально неустойчивых и психологически уязвимых, с выраженными признаками развития фобии.

Наиболее характерными чертами больных, выявленными во время прохождения тренинговых занятий по программе предоставления психокоррекционной помощи были: острая внутренняя напряженность, неудовлетворенность обстоятельствами социального и сексуальной жизни, которые сложились в результате развития ХВЗПС, т.е. основного заболевания, и их обострений или рецидивов, у пациентов обнаруживаются или доминируют депрессивные тенденции, отрицание наличия персональной половой или психологической слабости, тенденции избегания неудач, ограничивается круг существующих интересов, усиливается психоэмоциональная лабильность пациентов, повышается ситуативная демонстрация их маскулинного полового поведения. Больным свойственна низкая адаптивность и социальная адекватность, отрицание существования каких-либо сексуальных проблем в различной форме, повышенная тревожность, чувство вины, подчеркнуто демонстративный оптимизм и гипертимное поведение. Непосредственной причиной развития стойкой дезадаптации больных до и непосредственно во время проведения тренинговой работы мы считаем осознание и формирование в сознании больного резкого самокритичного отношения относительно собственного неудовлетворительного самочувствия, и постоянных сексуальных расстройств и неудач. Супружеская дезадаптация и отягчающие ее сопутствующие факторы способствуют формированию соответствующих социально-психологических составляющих существующих при ХВЗПС стабильных

нарушений, что способствует стабилизации психолого-эмоционального состояния мужчин. А учитывая, что интимная близость является четным поведенчески-половым актом, успешность которого зависит от дополняющей, т.е. кооперативного участия в нем каждого из обоих сексуальных партнеров.

Учитывая результаты предварительно проведенного психодиагностического исследования и учитывая результаты работ других авторов [5], нами было проведен соответствующий психокорректирующий тренинг. Участие пациентов в этой работе позволило уменьшить эмоциональный тонус больных с хроническими простатитом и уретритом в среднем на 11-14%, у больных с ДГПЖ в сочетании с ХВЗПС на 17,6%. Аналогичная тенденция и по изменению заинтересованности пациентов в ходе собственного соматического хронического заболевания, однако у мужчин с хроническим везикулитом достоверные изменения измененного эмоционального состояния личности не были установлены.

После применения у больных действенных терапевтических факторов групповой психокорректирующей системы были установлены изменения отдельных показателей психической активности, т.е. их частичное снижение у пациентов из всех групп. Наиболее существенно эти показатели снижались у больных лиц с хроническим простатитом и ДГПЖ в сочетании с ХВЗПС, что частично объясняет более выраженный терапевтический эффект лечения больных, включенных в эти группы при комбинированном применении препаратов традиционной фармакотерапии и факторов психокоррекции. Особенно важным показателем, по нашему мнению, стало исследование изменений психологического состояния, и в первую очередь, изучение психологического состояния напряженности, что характеризует текущее психоэмоциональное состояние личности до и в процессе лечения. После проведения курса тренинговой работы установлено, что напряженность больных снижалась в среднем на 21-24%, при этом наблюдается существенное повышение психоэмоционального состояния, растет оптимистичность намерений и волевые свойства личности. Наиболее выраженные положительные изменения у мужчин отмечали при определении состояния настойчивости и самообладания собой, например, при хроническом простатите наблюдался рост этих показателей на 23,8% и 35%, а при ДГПЖ в сочетании с ХВЗПС на 30,2% и 55,4% соответственно.

После дополнения лечебного действия препаратов, применяемых для традиционной терапии ХВПС, комплексом психологических коррекционных мероприятий обследованные нами больные в плане реализации и контроля применения лекарственных средств (комплаентности) пациенты стали более активными и ответственно относились к точному исполнению советов врача. При этом значительно быстрее и в более полном объеме наблюдается развитие позитивных изменений со стороны пациентов (уменьшается тревожность, депрессивность, скорее нивелируется симптоматика основного соматического (хронического) заболевания, повышается активность и социальная функциональность пациентов), чему соответствует и качественно более высокий уровень сексуальной активности пролеченных пациентов. Рациональное включение в практику клинической урологии психокоррекционных технологий позволяет преодолеть действие факторов деструктивного дезадаптирующего стресса, которым страдают больные с длительным (хроническим) течением заболевания мочевого пузыря (более 5-12 лет). Установлено, что психоэмоциональное состояние мужчин в таких случаях во многом зависит от производительности общения и межличностного взаимодействия в пределах соответствующих коллективов, в

которых и проводили соответствующую групповую психокорректирующую работу. Таким образом, применение нами психокоррекции в тренинговой программе не только удачно структурировано, но и эффективно для использования у больных ХВЗПС. В то же время, позитивные изменения, которые были достигнуты, необходимо закреплять не только в процессе стационарного лечения, но и, особенно, после его завершения, то есть в условиях семейного окружения. Следует отметить, что следующим этапом совершенствования и повышения эффективности лечения данной категории больных стало индивидуализированное и патогенетически обоснованное комбинированное лечение. Предложенный нами подход сопровождался высокими результатами лечения.

Анализ видового спектра бактерий, выделенных и идентифицированных, у больных ХВЗПС, позволил установить, что среди штаммов наточенных микроорганизмов чаще оказывалась *Escherichia coli* (47,9%). Другая комбинированная микрофлора представлена следующими копатогенами-микроорганизмами *Staphylococcus epidermidis* (21,9%), *Staphylococcus aureus* (17,8%), *Proteus vulgaris* (10,2%), *Enterobacter* (2,0%) и *Pseudomonas aeruginosa* (1,0 %). Полученные нами данные совпадают с результатами исследований, приведенных в соответствующей литературе [2].

Развитие хронического воспаления в половых органах больных часто ассоциирован с метаболическими нарушениями в тканях пораженных органов, в том числе, с активацией перекисного окисления липидов. Перекисное окисление липидов считается одним из мощных патогенетическим механизмом повреждения мембранструктурных внутриклеточных образований, играет важную роль в генезе ХВЗПС-ассоциированной эректильной дисфункции. У больных с хроническим простатитом концентрация малонового диальдегида, например, возрастает на 53-63%, это неопровержимо свидетельствует об активной роли процессов свободнорадикальных реакций и их метаболитов в развитии, прогрессировании и поддержании активности патологического процесса в соответствующих органах при ХВЗПС. В этот процесс также вовлечены и нерезидентные лейкоциты, которые вместе с патогенной микрофлорой вызывают развитие структурно-морфологических изменений не только в предстательной железе, но и окружающих тканях, сопровождаясь соответствующими значительными изменениями тканевой микроциркуляции и нарушением механизмов ее регуляции. При таких условиях развития заболевания отмечается резкое повышение секреции эндотелием молекул клеточных факторов и медиаторов, углубляющих процесс прогрессирования хронического воспалительного процесса, вызывающих длительный артериоспазм, снижение скорости кровотока и ишемизацию паренхимы органов половой системы мужчин. В связи с этим включение в терапевтических схем лечения ХВЗПС комплексных простатопротекторных лекарственных средств уменьшает вероятность развития обострений заболеваний. Внедрение в урологическую практику новейших методов диагностики и, в первую очередь, применение УЗД и цветной ультразвуковой доплерографии, позволяет провести прижизненную структурную оценку органа и особенности гемодинамики в предстательной железе. Так, при обследовании больных наблюдалось резкое обеднение сосудистого рисунка, иногда дезорганизация и значительное снижение пиковых линейных скоростей гемодинамики, нарушение плотности сосудистых сплетений, диаметра кровеносных сосудов, и объемного кровотока, что характерно тканям вследствие формирования воспалительного инфильтрата, или

возникновения участков гемодинамического застоя. Снижение плотности сосудистого сплетения также развивается в связи с формированием отдельных участков фиброза. Полученные результаты наших исследований соответствуют результатам ранее проведенных клинических наблюдений, которые нашли отражение в специальной литературе [2].

В последнее время в профессиональных изданиях активно рассматривается патогенетическая роль иммунопатологических реакций в развитии и хронизации воспалительных заболеваний половой системы [2]. Выраженные нарушения установлены у больных с хроническим бактериальным простатитом, у которых наблюдается значительное повышение уровня отдельных иммуноглобулинов (А, G). Одновременно было установлено резкое увеличение концентрации провоспалительных цитокинов. В связи с этим, представляется целесообразным изучение у больных с ХВПС иммунологических показателей для установления степени активности воспалительного процесса с целью дальнейшего применения в комплексном лечении больных иммунокоррекционных лекарственных средств [2].

Согласно плана проведенного клинического изучения, больные с ХВЗПС получали традиционное или предложенное нами комбинированное лечение при этом целью работы стало определение преимуществ и целесообразность применения последнего у больных.

Оценивали динамику изменений клинико-лабораторных показателей у больных хроническими формами простатита, уретрита или везикулита в процессе лечения по индивидуализированной схеме (антибиотики, антипротозойные средства, простатопротекторы, иммунокоррекционные препараты, НПВС, ингибиторы-5 α -редуктазы, комплексные фитопрепараты и α -адреноблокаторы) по сравнению с контрольной группой, получавшей традиционное базисное лечение (антибиотики-фторхинолоны в течение 7-10 дней). Следует подчеркнуть, что при разработке индивидуализированного комбинированного фармакотерапевтического лечения больных ХВЗПС мы учитывали и взяли за основу ранее полученные данные отечественных и зарубежных авторов, ведущих специалистов в области урологии и сексопатологии [2].

В процессе лечения больных первые положительные клинические результаты наблюдаются уже через 3-5 дня от его начала. Наблюдали снижение интенсивности альгического синдрома, уменьшение отека предстательной железы. У 75,5% больных отмечалось довольно быстрое прекращение выделений резкого характера из мочевого канала, исчезала гиперемия губок крайней плоти. Боль при диагностической пальпации предстательной железы исчезала после начала лечения у 85,7% пациентов, а выделения из мочевого канала – у 89,7% лиц. Анализ клинической картины свидетельствует, что в результате проведения лечения у всех мужчин альгический синдром был полностью устранен (нейтрализован). Курсовое назначение комбинированной терапии позволило установить, что клиническая эффективность использования схемы мультитаргетного лечения имеет существенные преимущества перед традиционным, т.е. базисным его вариантом. Такой эффект объясняется патогенетически обоснованным применением селективных лекарственных средств, влияющих на различные терапевтические мишени течения хронического патологического процесса, в то время как при использовании обычных схем лечения удается повлиять только на развитие отдельных патологических процессов, или симптомов. При использовании базового варианта лечения специалисты отмечают высокую частоту рецидивов и хронизации течения воспалительного

процесса, что в дальнейшем становится причиной развития социальной и супружеской дезадаптации. На преимущества индивидуализированного подхода в комплексном лечении бактериальных ХВЗПС указывают и другие врачи-урологи [3].

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что своевременное применение комплекса препаратов I линии позволяет достичь высокой эффективности лечения, значительного уменьшения ирритативных симптомов никтурия, устранить альгический синдром. Известно, что действие α -адреноблокаторов сопровождается уменьшением отека ткани предстательной железы и улучшением регионального кровообращения, способствует восстановлению у пациентов эрекции. Ингибиторы 5 α -редуктазы также положительно влияют на восстановление эректильной функции, ликвидируют проявления преждевременной эякуляции, эффективно восстанавливают копулятивный цикл и либидо. Полученные результаты исследования соответствуют данным, приведенным в работах других исследователей [2].

Анализ результатов клинической оценки проведенного индивидуализированного комплексного лечения дает основание утверждать, что терапия с включением таких лекарственных средств, как биофлавоноиды и простатопротекторы имеет существенное влияние на процессы функционального восстановления, что связано с полифункциональным фармакологическим характером их действия. Полученные данные свидетельствуют, что использование предлагаемых нами препаратов (простамед, правенор, канефрон) имеет существенные и определяющие преимущества именно на завершающем этапе терапии поскольку позволяет реализовать профилактическое и восстановительное направление лечения пациентов. При этом нормализуется или восстанавливается микроциркуляция ткани пораженной предстательной железы, устраняются дизуретрический синдром и отек ткани самой железы. Полученные данные в полной мере могут быть сопоставлены с результатами клинических наблюдений других авторов.

Индивидуально подобранная комбинированная схема фармакотерапии больных с ХВЗПС, которая применялась на фоне глубоких психоэмоциональных расстройств, позволила достичь достаточно высоких клинических результатов лечения, создав при этом соответствующее психологическое основание к продолжению начатого эффективного лечения и восстановления нарушенного и социально активного образа жизни мужчин. Вместе с тем следует подчеркнуть и отметить, что и при благоприятном, т.е. клинически эффективном варианте лечения ХВЗПС, и при отсутствии желаемой динамики, выявленные существенные психологические нарушения у мужчин объективно доказывают необходимость включения в комплексное лечение больных разработанных ранее групповых социоадаптивных психокоррективных тренинговых технологий и мероприятий. Анализируя полученные результаты проведенного комплексного лечения больных с ХВЗПС на фоне существующих психологических расстройств, были обнаружены статистически достоверные изменения и нормализация эмоциональных расстройств в зависимости от применяемой схемы лечения. У больных, лечившихся по схеме комплексного лечения, например, проявления комформность при хронических формах простатита, уретрита и везикулита достоверно увеличились в среднем соответственно на $14,2 \pm 2,9\%$, $14,6 \pm 5,1\%$ и $8,7 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$). В то же время, в ходе исследования было установлено, что эмоциональный тонус больных с хроническим везикулитом достоверно

снижался в среднем до $83,3 \pm 3,6\%$ от показателя пациентов, получивших традиционную, т.е. базисную фармакотерапию. Волевые свойства личности больных после проведения тренинговой работы на фоне курсового назначения комбинированной терапии также характеризовались позитивными сдвигами и преимуществами относительно контрольной группы. При этом у больных опытной группы с хроническими формами уретрита и везикулита отмечено повышение психоэмоционального состояния, оптимистичности намерений и рост волевых показателей обследования по методике [6], наблюдается достоверное повышение самообладания больных соответственно на $20,1 \pm 4,1\%$ и $26,6 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$), в то время как у больных контрольной группы наблюдали лишь тенденцию к нормализации психоэмоционального состояния реконвалесцентов.

Комплексное лечение пациентов на фоне выраженного тревожно-депрессивного состояния при развитии хронических уретритов и везикулитов сопровождалось постепенным восстановлением сексуального влечения и нормализацией эрекции. Одновременно с этим у 9,5% больных продолжал оставаться высокий уровень тревожности, отдельные проявления депрессивного состояния. Именно у таких больных, по мнению специалистов, возможно прогрессирование патологического процесса после прекращения или прерывания курса терапии. Подобные результаты были получены и другими специалистами.

При сравнительном анализе показателей, характеризующих реактивную и личностную тревожность, степень депрессивных проявлений, не было выявлено статистически значимых различий по сравнению с исходным уровнем у пациентов четырех групп, то есть до и после завершения комплексного лечения больных. После проведенного лечения у пациентов не наблюдается существенной разницы в показателях волевых расстройств у больных разных групп [6]. При этом значения суммарного показателя возросли у пациентов I-IV групп при комплексном лечении, соответственно на 43,4%, 40,9%, 157,5% и 42,3%, у мужчин последней клинической группы уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания и психоэмоциональные расстройства в отдельных пациентов с хроническим рецидивирующим простатитом сохранялись и наблюдались длительное время. Следует особо подчеркнуть, что все больные с ХВПС на момент диагностирования заболевания имели выраженные клиничко-психологические симптомы тревожных расстройств и депрессии. Во время и особенно после завершения курса комбинированной терапии установлено (по данным шкал и методик [6]) улучшение психологического состояния мужчин, но и к концу длительного курсового лечения у пациентов сохраняются субклинические проявления тревоги и депрессии. То есть, начало проведения адекватного лечения основного заболевания является важным благоприятным психологическим фактором на пути к эффективной терапии больных, но не обеспечивает их окончательного выздоровления и требует проведения дополнительных лечебно-профилактических курсов. Пациенты клинических групп вместе с психокоррективным тренингом получали индивидуальные назначенные схемы комплексного терапевтического лечения. На этом фоне восстановление психологического равновесия и статуса лиц по сравнению с группой пациентов, получавших (традиционное лечение) происходило лучше и эффективнее, о чем свидетельствовала нормализация показателей мужчин по шкале тревожности.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплексная фармако-и психореабилитация пациентов с ХВЗПС с долговременными

клиническими психоэмоциональными расстройствами достоверно улучшает или нормализует психологическое состояние больных, что, в свою очередь, влияет на мотивацию пациентов к проведению своевременного комплексного лечения и настройке на достижение положительного эффекта. К концепции комплексного лечения сексуальных расстройств на фоне ХВЗПС, сосудистых и неврологических расстройств склоняются и другие авторы [2, 3, 4]. Высокая частота выявления психопатологических проявлений, деструктивное влияние этих проявлений на качество жизни и течение основного заболевания позволяют сделать вывод, что в план диагностических и лечебных мероприятий у больных ХВЗПС необходимо обязательно включать шаги по выявлению и коррекции этих проявлений. Большинство авторов рассматривают психологические нарушения как отдельный и неосновной фактор развития ЭД (эректильная дисфункция). Но в настоящее время лечение психопатологических проявлений на фоне течения ХВЗПС необходимо рассматривать не только как необходимое профилактическую меру, но и как неотъемлемую составляющую активной комплексной терапии больных и важное направление восстановления социальной и супружеской адаптации пациентов.

Предложенные нами в схемах комбинированного лечения фармакологические препараты также позволяют повлиять на значительный спектр терапевтических звеньев и факторов каскада патогенетических изменений, при ХВЗПС, которые собственно обуславливают развитие данной группы заболеваний.

Вывод

Подытоживая изложенные результаты, необходимо указать, что предложенный подход к комплексному лечению больных различными формами ХВЗПС с включением в лечебный комплекс индивидуализированной комплексной фармакотерапии и психокоррекционной групповой тренинговой работы позволяет оптимизировать лечение и получить положительный лечебный и социoadaptивный эффект.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Возіанов С.О., Гжегоцький М.Р., Шуляк О.В., Петришин Ю.С., Мисаковець О.Г., Строй О.О. Урологія – Львів: Світ, 2003. – 304 с.
2. Горпинченко І.І., Гурженко Ю.М. Використання лазерної рефлексотерапії у хворих інтерорецептивно-психогенною статевою дисфункцією // Урологія. -1997.- №1.- С.60-64.
3. Гурженко Ю.Н. Использование препарата Актотевин для оптимизации метаболических процессов и улучшения микроциркуляции в предстательной железе у больных с хроническим простатитом // Здоровье мужчины. - 2005. - №1. - С. 14-18
4. Люлько О.О., Бурназ О.О., Чуб В.В. Проблеми рецидивів хронічного неспецифічного простатиту // Актуальні питання медичної науки та практики.-Запоріжжя.-2004.-С.54-58.
5. Nickel J.C. Chronic prostatitis: Current concepts and antimicrobial chemotherapy Text. / J.C. Nickel // Infect. Urol.- 2000.- №13.- P. 22-28.
6. Зверков А.Г., Эйдман Е.В. «Диагностика волевого самоконтроля опросник ВСК). Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции». М.: Изд-во МГУ. - 1990.- С.116-126

SUMMARY

TREATMENT EFFICACY IMPROVEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF MALE REPRODUCTIVE SYSTEM WITH APPLICATION OF PSYCHOCORRECTIVE METHODS

Gurzhenko Y.N., Huseynov E.F.

Approach to complex treatment of patients with different forms of chronic inflammatory diseases of male reproductive system (CIDMRS) was proposed in the study with inclusion of individualized complex pharmacotherapy and psychocorrective group training work into individual care that allows to optimize treatment and to achieve positive therapeutic and social effect.

Kew words: chronic inflammatory diseases of male genitals, combined therapy, psychocorrective methods.

XRONİKİ DAŞSIZ XOLESİSTİTİN MÜALİCƏSİNİN BƏZİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Bağirova A. R.

M. A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Qaraciyər və öd çıxarıcı yolların patologiyaları həzm orqanları xəstəlikləri arasında yayılmasına və ağırlaşmalarına görə qaraciyər və ödcıxarıcı yolların xəstəlikləri xüsusi yeri tutur (5). Onların miqdarı nəinki azalır, hətta durmadan artması ilə səciyyələnir (2, 12, 17).

Xroniki daşsız xolesistit biliar patologiya arasında mərkəzi yer tutaraq 55 – 63% hallarda diaqnozu qoyulur (18). Xroniki daşsız xolesistit daha çox gənc, əmək qabiliyyəti olan yaşlarda rast gəlir. Ona görə də nəinki tibbi, həm də sosial əhəmiyyət kəsb edir. Xroniki daşsız xolesistit kişilərə nisbətən qadınlarda daha çox rast gəlir. Bu nisbət 1:3, 1:4 təşkil edir (8,14).

Biliar patologiyaların müalicəsində birinci dərəcəli məsələ ödənin əmələ gəlməsini və axımını bərpa etməkdir. Məlum olduğu kimi ödənin əmələ gəlməsi fasiləsiz prosesdir. Sutka ərzində insan qaraciyəri 500 – 1200 ml öd hasil edir. Qaraciyərdə ödənin kifayət qədər hasil olmaması və ya onun bağırsağa daxil olmasının pozulması biliar çatışmamazlıq və həzmin pozulmasına gətirib çıxarır (9). Biliar sistem qaraciyərlə sıx anatomo – fizioloji əlaqədə olub vahid hepatobiliar sistemi təşkil etdiyi üçün öd kisəsində və öd yollarında baş verən xəstəlikləri çox vaxt qaraciyərdə patoloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Ona görə də xroniki daşsız xolesistitin müalicəsi kompleks xarakter daşmalıdır. Belə hallarda ödənin əmələ gəlməsini, ifrazını tənzimləyən və hepatoprotector təsir göstərən dərman vasitələri böyük əhəmiyyət kəsb edir. Klinik praktika göstərir ki bu istiqamətdə bitki mənşəli kombinə olunmuş dərman vasitələri daha effektivdir. Ədəbiyyatda bitki mənşəli dərman vasitələrindən qaraciyər və öd yolları xəstəliklərində istifadə edilməsi barədə geniş məlumatlar var (7, 10, 13).

Son zamanlar gastroenterologiyada qaraciyərin və biliar sistemin funksional vəziyyətini yaxşılaşdıran Hepabene dərman vasitəsi geniş tətbiq olunur (3). Bitki mənşəli kombinə olunmuş Hepabene dərman vasitəsi ödənin əmələ gəlməsini və ifrazını tənzimləyir, hepatoprotector təsir göstərir. Hepabenenin tərkibində adi

alaqanqal ekstraktı (*fructus silybi mariani*) və dərman şahtərəsi (*fumaria officialis*) ekstraktı var.

Dərman şahtərəsinin əsas tərkib hissəsi olan fumarin xoleretik, xolekinetik, spazmolitik təsir göstərir, ödün litogennyini, meteorizmi azaldır, ifraz olunan ödün miqdarını və yoğun bağırsağın tonusunu normallaşdırır (4). Dərman şahtərəsinin ödqovucu effekti fumarin turşusunun törəməsi olan protopin alkaloidi hesabına reallaşır. Protopin biliar sistemin drenaj funksiyasını bərpa edərək xroniki daşsız xolesistitin öd daşı xəstəliyinə transformasiyasının qarşısını alır. Beləliklə Hepabenenin tərkibinə daxil olan fumarinin xoleretik, xolekinetik, spazmolitik təsirləri, ödün fiziki – kimyəvi xüsusiyyətini və həcmi normallaşdırması xroniki daşsız xolesistitin müalicəsində preparatın effektivliyini əsaslandırır (6).

Bitki mənşəli, kombinə olunmuş dərman vasitəsi olan Hepabenenin digər komponenti adi alaqanqal ekstraktıdır. Hələ qədim Romada müxtəlif zəhərlənmələrin müalicəsi üçün adi alaqanqaldan istifadə edirdilər. Adi alaqanqalın əsas təsir edici maddəsi olan silimarin membran stabilləşdirici, antioksidant, iltihab əleyhinə, dezintoksikasion təsir göstərir. Qaraciyərin piy distrofiyasının ifadə olunmasını azaldır, qaraciyərdə neytral yağların miqdarını və qanda xolesterinin miqdarını azaldır (16). Sadalanan effektlər silimarinin hepatoprotektor təsirini əsaslandırırlar. Öd kisəsinin patologiyaları çox vaxt qaraciyərin funksiyasının pozulması ilə birgə müşayiət olunur və ya əksinə nəzərə alsaq bu çox vacib amildir. Silimarin orqanizmin hüceyrələrində təbii endogen antioksidant olan qlütationun ehtiyatını saxlamaqla qaraciyərdə sərbəst radikallarla qarşılıqlı təsirdə olaraq onları qeyri – toksiki formalara çevirir (3). Preparatın sitoprotektiv təsiri silimarinin DNT – dən asılı RNT – polimeraza – İ aktivləşdirməsi, ribosom RNT – nin sintezinin artırması, yetkin ribosomların əmələ gəlməsinin artırması hüceyrə membranının protein və fosfolipidlərinin biosintezinin stimulyasiyası hesabına mümkün olur (3). Silimarin həmçinin antitoksik təsire malikdir. Tərkibində a – amanitin və falloidin kimi iki güclü hepatotoksin olan Amanita cinsindən olan zəhərli göbələklərlə zəhərlənmələr zamanı silimarinin antitoksik təsiri ədəbiyyatda daha geniş təsvir edilmişdir. Ədəbiyyatda həmçinin silimarinin dərman və üzvi birləşmələrlə zəhərlənmələr zamanı terapevtik effekti təsvir edilmişdir (3, 19). Silimarinin iltihab əleyhinə effekti NF – kB nüvə faktorunun DNT – birləşdirmə aktivliyinin süstləşdirməsi, tosqun hüceyrələrin membranını stabilləşdirməsi, neytrofillərin hemotaksisini tormozlaması, Kupfer hüceyrələrinin aktivliyini söndürməsi, leykotrienlərin və prostoqlandinlərin sintezinin supressiyası kimi bir çox amillərin kompleks təsiri hesabına mümkün olur.

Beləliklə, bitki mənşəli kompleks dərman vasitəsi olan Hepabene qaraciyər xəstəlikləri və biliar patologiyalar zamanı geniş istifadə olunur (10, 11).

Ahıl yaşlı xəstələrdə qaraciyərin alkohol etiologiyalı xroniki zədələnmələri və metabolik dəyişikliklər zamanı Hepabenenin tətbiqi klinik – biokimyəvi aktivliyin azalmasına gətirib çıxarır. Bundan başqa preparat öd yollarının motor – evakuator funksiyasının pozğunluqlarını aradan götürür. Xolerezin artması və öd kisəsinin təqəllüs funksiyasının yaxşılaşması qeyd olunmuşdur (11). Hepabenenin uşaqlarda qaraciyərin toksiki – metabolik zədələnmələrinin müalicəsində istifadə olunmasının mümkünlüyü barədə klinik məlumatlar əldə olunmuşdur. Preparatın effektivliyi öz təsdiqini qaraciyərin metabolik funksiyalarının normallaşmasında və öd kisəsinin motor pozğunluqlarının bərpa olunmasında tapmışdır (15).

Tədqiqatlar göstərmişdir ki, Hepabene biliar slac zamanı tətbiq etmək olar 7 – 14 gün ərzində xəstələrin əsas hissəsində ağrı və dispepsik sindrom aradan götürülür, 1 aydan 2 aya qədər müalicə zamanı isə 60 – 100% hallarda biliar slac

itir. Bu effekt bir tərəfdən preparatın öd yollarının sfinkter aparatının fəaliyyətinin yaxşılaşdırması, digər tərəfdən isə hepatositlərin funksiyasının normallaşdırması nəticəsində ödün litogen xüsusiyyətlərinə təsiri ilə əlaqədardır (1).

Hepabene dərman vasitəsinin təsvir edilən bu xüsusiyyətlərinə əsaslanaraq onu öd kisəsinin deformasiyaları və biliar disfunksiyalarla birgə müşayiət olunan xroniki daşsız xolesistitin kompleks müalicə tədbirlərinə daxil etmək qərarına gəldik.

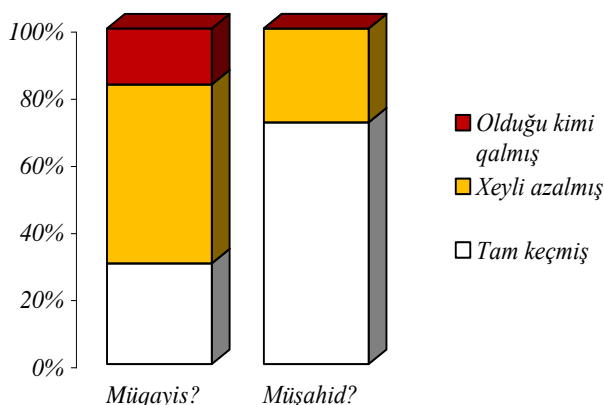
Tədqiqatımızın məqsədi: Xroniki daşsız xolesistitin müalicəsində bitki mənşəli Hepabene preparatını tətbiq etməklə terapiyanın effektivliyini tədqiq etməkdir.

Material və metod: Tədqiqatımızı xroniki daşsız xolesistiti olan 80 (44 qadın, 36 kişi) xəstə (əsas qrup) üzərində aparmışıq. Yanaşı xəstəliklərdən həzm sistemi xəstəlikləri üstünlük təşkil etmişdir. Ultrasəs müayinəsi zamanı öd kisəsinin boynunun deformasiyası 37 (46,3±5,6%), cisminin deformasiyası 33 (41,3±5,5%) xəstədə və dibinin deformasiyası 10 (12,5±3,7%) xəstədə qeyd edilmişdir. Bu məqsədlə biz əsas qrupda olan xəstələri 2 yarım qrupa bölmüşük: 1 – ci yarım qrupa 50 xəstə bizim təklif etdiyimiz metodla: bazis terapiyasına *H.pylori* – ni eradikasiyaya yönəlmiş antibiotikoterapiya + Hepabene 2 tablet x 3 dəfə əlavə etməklə yerinə yetirilən müalicə; 2 – ci yarım qrupa isə yalnız indiyə qədər praktiki hepatologiyada hamılıqla qəbul edilmiş bazis terapiyası alan (*H.pylori* – nin eridikasiyası da daxil olmaqla) 30 xəstə daxil idilər. Xəstələr qruplara bölünərkən bütün klinik əlamətlər üzrə randomizasiya prinsiplərinə əməl olunmuşdur.

Xəstələrin müayinə planına anamnezin toplanması, obyektiv müayinə, laborator – instrumental metodlar daxil edilmişdir. Müalicədən əvvəl və sonra xəstələrin əsas şikayətlərinin, laborator – instrumental müayinələrinin göstəricilərinin nəticələri analiz olunmuşdur. Statistik analiz məqsədilə Pirsonun tetraxorik və polixorik əlaqə meyarlarından istifadə edilmişdir.

Bazis terapiyasına daxil edilən dərman vasitələri bunlar idilər: antibiotiklər, spazmolitiklər, öd qovucular, prokinetiklər. Biliar sistemin patologiyalarında əsas klinik təzahürlərdən biri ağrı sindromudur.

Müvafiq olaraq, istənilən terapiyanın effektivliyinin vacib meyarı ağrının aradan götürülməsidir. Ona görə də hər 2 yarım qrupda (müşahidə və müqayisə



qrupu) aparılan müalicədə ilk növbədə diqqəti xəstələrin ağrı sindromunda müşahidə olunan dəyişikliklərin dinamikasına yönəlmişik.

Şəkl. Tədqiqat qruplarında MS ağrı sindromu.

Əvvəlcə aparılan müalicənin ağrı sindromuna necə təsir etdiyini analiz etmək məqsədi ilə hər 2 yarım qrupda müalicədən əvvəl və sonra ağrı sindromu müşahidə edilmişdir. Qeyd

etdiyimiz kimi bütün xəstələrdə ağrı simptomu mövcud olmuşdur. Müşahidə qrupunda bütün xəstələrdə ağrı sindromunda müsbət dəyişiklik qeyd edilmişdir. Belə ki, müalicədən sonra 36 (72,0±6,3%) xəstədə ağrı tam itmişdir, 14 (28,0±6,3%) xəstədə isə ağrı xeyli azalmışdır. Müqayisə qrupunda müalicədən sonra yalnız 9 (30,0±3,4%) xəstədə ağrı tam aradan götürülmüşdür ($\chi^2=100$;

$p_0 < 0,001$), 16 (53,3±9,1%) xəstədə ağrı azalmışdır, 5 (16,7±6,8%) xəstədə isə ağrı olduğu kimi qalmışdır ($\chi^2=42,9$; $p_0 < 0,001$; $\chi^2=17,4$; $p < 0,001$) (şək.).

Müalicənin gedişində xəstəliyin obyektiv simptomlarında da müsbət dinamika qeyd olunmuşdur. Müalicədən əvvəl müşahidə qrupunda xəstələrin 35 (70,0±6,5%) – də Merfi simptomu, 26 (52,0±7,1%) – da Ker, 37 (74,0±6,2%) – də Lepene, 27 (54,0±7,0%) – də Ortner, 15 (30,0±6,5%) – də Zaxarin simptomları qeyd edilmişdir. Müalicədən sonra isə xəstələrin 6 (12,0±4,6%) – də Merfi, 4 (8,0±3,8%) – də Ker, 7 (14,0±4,9%) – də Lepene, 4 (8,0±3,8%) – də Ortner, 2 (4,0±2,8%) – də Zaxarin simptomları qeyd olunmuşdur. Müqayisə qrupunda müalicədən əvvəl xəstələrin 21 (70,0±8,4%) – də Merfi, 14 (46,7±9,1%) – də Ker, 20 (66,7±8,6%) – də Lepene, 16 (53,3±9,1%) – da Ortner, 11 (36,7±8,8%) – də Zaxarin simptomları qeyd olunmuşdur. Müalicədən sonra isə xəstələrin 10 (33,3±8,6%) – da Merfi, 9 (30,0±8,4%) – da Ker, 9 (30,0±8,4%) – da Lepene, 7 (23,3±7,7%) – də Ortner, 4 (13,3±6,2%) – də Zaxarin simptomları qeyd edilmişdir.

Müşahidə qrupunda öd kisəsinin təqəllüs funksiyasının normallaşması 74 % xəstədə qeyd olunmuşdur. Müqayisə qrupunda isə 53 % xəstədə qeyd edilmişdir. Aparılan kompleks konservativ müalicənin 1 – ci və 2 – ci yarımqruplarda olan xəstələrin şikayətlərinin dinamikasına olduqca fərqli təsir göstərməsini biz Hepabene dərman vasitəsinin formakoterapevtik təsiri ilə əlaqələndiririk.

Öd kisəsinin deformasiyaları və biliar disfunksiyalarla birgə müşayiət olunan xroniki daşsız xolesistit zamanı bazis terapiyasına *H. pylori* – ni eradikasiya edici terapiyanı (*H.pylori* aşkar olduqda) və Hepabene dərman vasitəsinə daxil etməklə kompleks müalicənin effektivliyini yaxşılaşdırmaq mümkündür.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Вихрова Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение. Дисс...канд. мед. наук. М.: 2003; 115.
2. Волевич Л.В. Оценка факторов риска, способствующих развитию заболеваний желчевыводящих путей / Л.В. Волевич, Г.А. Павлова, Я.Ю. Планида // Российский гастроэнтерологический журнал.-2001.-№2.-С.1 18
3. Гепатопротекторы в клинической практике: рациональные аспекты использования. Пособие для врачей. С.В. Морозов, Ю.А. Кучерявый. Клиническая гепатология. М.: 4ТЕ Арт, 2011.
4. Губергриц Н.Б. Хроническая абдоминальная боль. Билиарная боль. Боль при заболеваниях печени. М.: Медпрактика-М, 2007.
5. Ермолов А.С. Острый холецистит: современные методы лечения / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев // Лечащий врач. 2005. - № 2. - С. 16-18.
6. Звенигородская Л.А., Овсянникова О.Н., Самсонова Н.Г. Применение Гепабене в лечении холестероза желчного пузыря и стеатогепатита у больных с метаболическим синдромом. Трудный пациент. 2007; № 6–7: т.5 с. 9-12.
7. Иванченкова Р.А. Лечение хронических заболеваний жечевыводящих путей//Врач .-2004.-8.-С.52-55.
8. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М.: Издательство «Атмосфера», 2006. 416 с.: ил.
9. Ильченко А.А., Морозов И.А., Хомерики С.Г., Орлова Ю.Н. Холестероз желчного пузыря. М.: Гэотар-Медиа, 2007; 232с.
10. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Применение гепабене у больных хроническим холециститом // Материалы 3-го Рос. науч. Форума «Санкт-Петербург Гастро-2001». Гастробюллетень. 2001. № 2. С. 39.
11. Ильченко Л.Ю. Гепабене в лечении патологии гепатобилиарной системы у пожилых // Российский медицинский журнал. Приложение: Болезни органов пищеварения. 2003; 1: 24-27.).
12. Майорова Е.М. Взаимосвязь аномалий желчного пузыря и желчевыводящих путей с клинической картиной холецистита / Е.М. Майорова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.-2002.-№5.-С. 103
13. Ногаллер А.М. Влияние фитотерапии на желчеобразовательную функцию печени моторику желчных путей / . А.М. Ногаллер, В.Б. Ардатова, В.Ф. Гончаренко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2000.-№1.-с. 39

14. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 1. Диагностика болезней органов пищеварения: - М.: Мед. Лит., 2000. – 560 с.
15. Соболева Н.Г., Сутовская Д.В., Варнавская Ю.А. Опыт применения Гепабене при билиарной патологии у детей. Материалы VII конгресса педиатров России: «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». 2002; 284–285.
16. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитофармакология. Руководство для врачей. М.: МИА, 2000; 976.
17. Тучина Л.М. Распространенность болезней желчного пузыря и желчевыводящих путей / Л.М. Тучина, М.А. Берлина // Российский гастроэнтерологический журнал.-2000.-№2.-С. 124
18. Циммерман Я.С. Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний. Клинические очерки. – Пермь. – 2003. – С.170 – 215.
19. Ennecker-Jans SA, van Daele PL, Blonk MI et al. Amatoxin poisoning due to soup from personally picked deathcap mushrooms (*Amanita phalloides*). Ned Tijdschr Geneesk 2007; 151 (13): 764–8.
20. Pradhan SC, Girish C. Hepatoprotective herbal drug, silymarin from experimental pharmacology to clinical medicine. Indian J Med Res 2006; 124 (5): 491–504.

РЕЗЮМЕ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Багирова А.Р.

Исследование было проведено на 80 пациентах с хроническим некалькулезным холециститом. Из них 44 пациентов составляли женщины, 36 – мужчины. При УЗИ деформация желчного пузыря в шейке имела место у 37 больных, в теле пузыря у 33 больных и в дне пузыря у 10 больных. При лечении больных хроническим бескаменным холециститом добавление в базисную терапию *H.pylori* эрадикационную терапию (при выявлении *H.pylori*) и препарата гепабене улучшает эффект терапии.

SUMMARY

SOME PECULIARITIES OF TREATMENT OF CHRONIC STONELESS CHOLECYSTITIS

Baqirova A.R.

Research was conducted on 80 patients with stoneless cholecystitis. 44 patients were women, 36 men. USM examination showed deformation in the neck of gallbladder in 39 patients, deformation in the body of gallbladder in 35 patients and deformation of the bottom of gallbladder in 10 patients. In *H.pylori* associated stoneless cholecystitis if the *H.pylori* eradication therapy and Hepabene preparation is included to the basic therapy, it will be possible to improve effectiveness of the treatment.

PROQRAM HEMODİALİZ MÜALİCƏSİ ALAN METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ QİDALANMA STATUSUNUN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ VƏ ONUN KORREKSİYASI

Sərdarlı F.Z., Əhədov R.F.

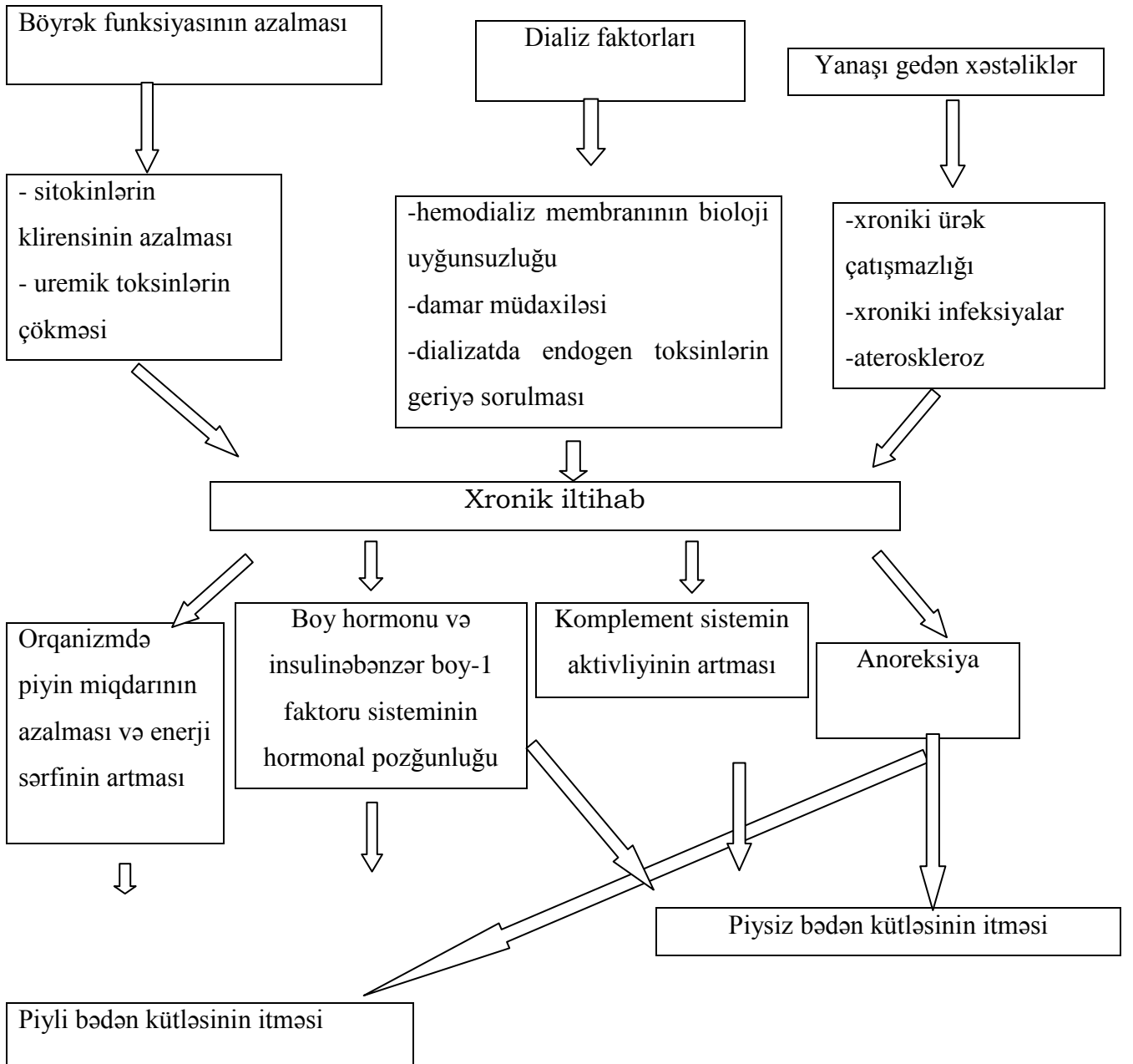
Akademik Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Nefrologiya kafedrası, Bakı

Tədqiqatın aktuallığı. Xronik böyrək çatışmazlığının (XBC) terminal mərhələ-sində proqram hemodializi (PH) alan xəstələrin 10-70%-də ən aktual və tez-tez rast gəlinən problemlərdən biri də metabolizm nəticəsində yaranan qidalanma pozulmaları və onların törətdiyi fəsadlardır [1]. Proqram hemodializ alan xəstələrdə bu pozulmalara səbəb olan faktorlar: -dializlə əlaqədar olmayan: kalorili qida və zülal tələbatının azalması, anoreksiya, hormonal pozulmalar (insulinrezistentlik, hiperparatioidizm), metabolik asidoz, yanaşı xəstəliklər, şəkərli diabet, mədə-bağırsaq xəstəlikləri; -dializlə əlaqədar olan: qeyri-adekvat dializ dozası, dializ membranının bio-uyğunsuzluğu, əsas mübadilənin artması, aminturşu və proteinlərin itkisi, hiperhidratasiya və s. səbəb olur. Digər tərəfdən bu xəstələr immunitetin aşağı düşməsi ilə əlaqədar tez-tez interkurrent infeksiya xəstəliklərdən əziyyət çəkirlər. Mövcud olan iltihabi proses (iltihabonu sitokinlərin konsentrasiyasını artırmaqla) öz növbəsində katabolizmi gücləndirməklə iştahanın itirilməsinə [2] gətirib çıxarır. Uremiya zamanı yaranan endokrin pozulmalar, xüsusilə qlükaqon və paratiroid hormonun səviyyəsinin artması həmçinin katabolizmin artmasına səbəb olur [3]. XBC ilə müşayiət olunan hiperparatiroidizm, mədəaltı vəzinin insulin hasilatını azalmasına səbəb olaraq qlükogenezi artırır. Yaranan səbəblər qidalanma pozulmalarına [4] gətirib çıxarır ki, bu da zülalın katabolizmini gücləndirilməsi ilə xarakterizə edilir.

Hemodializ müalicəsi alan, ağır forma “uremik qidalanma çatışmazlığı” olan digər qrup xəstələrdə isə iltihabın əsas markerlərinin, qidalanma pozulmaları olma-yan xəstələrə nisbətən daha yüksək səviyyədə olması aşkar edilmişdir. Xronik iltihabi proses zamanı iltihabonu sitokinlər metabolizmə aktiv təsir göstərərək boy hormonu və insulinəbənzər hormonlar arasında qarşılıqlı əlaqəni pozaraq, enerji sərfini artırmaqla orqanizmdə piy ehtiyatının azalmasına gətirib çıxarır. Bu kimi metabolik pozulmalarla müşayiət olunan dəyişikliklər “uremik qidalanma çatışmazlığının” metabolik pozulmalarla müşayiət olunan dəyişikliklər “uremik qidalanma çatışmazlığının” inkişafının aparıcı faktorlarından birinə çevrilmişdir. Qeyd edilən qarşılıqlı əlaqə mexanizmi şəkil 1-də öz əksini tapmışdır:

Bu kimi dəyişikliklər müalicə nəticələrinə təsir göstərərək dializin adekvatlığını azaldır, xəstələrin yaşam keyfiyyətini, fiziki aktivliyini minimuma endirir, həyati vacib funksiyalara malik orqanların fəaliyyətinə mənfi təsir kimi effektlər yaradaraq, ölüm hallarının artmasına təkan verir.

Tədqiqatın məqsədi. Proqram hemodializ (PH) müalicəsi qəbul edən, metabolik sindrom (MS) diaqnostik kriteriyaları kimi Amerika Ürək Assosiasiyası/Ağciyər və Qan İnstitutunun tövsiyələri (2005) istifadə edilmişdir) aşkar edilən xəstələrdə qidalanma statusunun qiymətləndirilməsi, həm aparıcı, həm də köməkçi faktorlarla, “uremik qidalanma çatışmazlığı” arasında qarşılıqlı əlaqə mexanizmini araşdırmaq, müalicə nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək və aradan qaldırmaq (korreksə etmək) tədqiqatın məqsədi seçilmişdir.



Şək. 1. Proqram hemodializ alan xəstələrdə xronik iltihab və "uremik qidalanma çatışmazlığı" arasında qarşılıqlı əlaqə mexanizmi.

Tədqiqatın material və müayinə metodları. Tədqiqata PH alan 180 xəstədən (100 kişi, 80 qadın) 18-75 yaşlarında (orta yaş $52,8 \pm 9,4$ il), MS aşkar olunan 85 xəstə (57 kişi, 38 qadın) cəlb edilmişdir. Xəstələrdən 35 nəfəri mərkəzi venalara (daxili vidaci vena və körpücükaltı vena-iltihabi prosesin artmasına təkan verir) yerləşdirilmiş ikimənfəzli AV kateterlə proqram hemodializ alanlardır (18-78 yaşlarında, orta yaş $54,3 \pm 8,1$ il, 23 kişi və 12 qadın). Birinci qrupa metabolik sindromu (YFS < 15 ml/dəq) aşkar olunan, qidalanma pozulması olmayan, 50 xəstə (18-78 yaşlarında, orta yaş $54,3 \pm 8,1$ il, 27 kişi və 23 qadın) aid edilmişdir. İkinci qrupa proqram hemodializ (PH) müalicəsi alan (YFS < 15 ml/dəq) metabolik sindromlu, qidalanma pozulması aşkar edilən 35 xəstə (18-75 yaşlarında, orta yaş $54,3 \pm 8,1$ il, 20 kişi və 15 qadın) daxil edilmişdir. Hər iki qrupa daxil olan xəstələrin çox qismi 5 il və daha uzun müddətdə proqram hemodilaiz müalicəsi qəbul edirlər. Xəstələrə hemodializ seansları standart

proqram əsasında (həftədə 3 dəfə, 4 saat) olmaqla Fresenius 4008 H və 4008 S süni böyrək cihazlarında, sidik cövhərinin klirensi $196 \pm 9,0$ ml/dəq olan polisulfon F6-F7 (seriya HPS, Fresenius-Almaniya) və Diacap (Braun-Almaniya) dializatorlarında aparılmışdır. Hemodializ zamanı dializator da qanın cərəyan sürəti 280 ± 26 ml/dəq, dializ məhlulunun cərəyan sürəti 500 ml/dəq., T.Dauqirdasın loqarifmik formulasına əsasən dializin dozası (spKT/V indeksi) 1–1,2 arasında olmuşdur [5]. Böyrəklərin xronik xəstəliyinin (BXX) səbəbi, xəstələrin 39,5 %-də şəkərli diabet, 24,5 %-də xronik qlomerulonefrit, 12 %-də xronik pielonefrit, 14%-də hipertoniya xəstəliyi, 6%-də uroloji, 2%-də böyrəklərin polikistozu, 2%-də digər etioloji səbəblərlə əlaqədar xəstəliklər olmuşdur. YFS Cockcroft D. W. Gault M. N. (1976) metodu ilə hesablanmışdır. Qanın ümumi və biokimyəvi göstəriciləri ABŞ-ın Bekman Couter şirkətinin istehsalı olan “DC* 600”, “LH*500” laboratoriya cihazlarında aparılmışdır. Qanın dairəsi ölçüsü ləntə, dərialtı piy qatının qalınlığı kaliper cihazı ilə ölçülmüş, bədən kütləsi indeksi dəri büküşünün qalınlığına görə (Kətlə əmsali) hesablanmışdır. Bədən kütləsi indeksi (BKİ) [6]: $BKİ = \text{bədən çəkisi} / \text{boy}^2$ (Tövsiyyə edilmiş bədən çəkisi -TBC (kişi) = $B - 100 - [(B - 152) \times 0,2]$; TBC (qadın) = $B - 100 - [(B - 152) \times 0,4]$, B–boy (sm). Müayinə zamanı əldə edilmiş nəticələr 50 nəfər digər xəstələrlə (nəzarət qrupu) müqayisə edilmişdir. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi Statistika for Windows 6.0 kompyuter proqramı paketi ilə aparılmışdır. Studentin t və Manna-Uitni meyarından istifadə edilmişdir. Tədqiqat nəticələri orta kəmiyyətlər şəklində verilmiş ($M \pm m$), $p < 0,05$ olduqda fərq etibarlı hesab edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Tədqiqatın nəticələrinə əsasən aşkar edilmişdir ki, xronik iltihab faktoru özlüyündə hemodializ müalicəsi ilə əlaqədar olsa da, digər tərəfdən onsuz müşahidə olunur. Xronik iltihabi proses zamanı iltihab medi-atorları metabolizmə aktiv təsir göstərərək, enerji sərfini artırmaqla orqanizmdə piy ehtiyatının azalmasına gətirib çıxarır.

Cədvəl 1.

PH müalicəsi alan MS olan, qidalanma statusunun pozulması müşahidə edilən və edilməyən xəstələrin klinik-laborator göstəricilərinin müqayisəli xarakteristikası.

Göstəricilər	Ölçü vahidi	Qruplar			
		I qrup <i>n=50</i>	p	II qrup <i>n=35</i>	p_1
BKİ	kg/m ²	33,9±8,4	< 0,05	27,4±1,5	>0,05
Sistolik AT	mm.c.s	151±3,1	< 0,05	145±4,2	>0,05
Diastolik AT		90,4±1,3	< 0,05	86±2,4	>0,05
Orta AT (SAT-DAT):3+DAT		üt.	110,6±3,5	< 0,05	105±3,5
Triqliseridlər	mq/dl	278± 27,9	<0,01	269±9,72	>0,05
Ümumi xolesterin	mmol/l	6,3±1,6	<0,01	6,0±1,0	>0,05
XS YSLP	mq/dl	278,5±25,72	<0,05	238,1±12,4	>0,05
Qanda qlükoza (acqarına)	mmol/l	8,2±2,1	<0,05	5,9±0,6	>0,05
Qlikəolunmuş hemoqlobin (HbA1C)	%	2,4±2,1	<0,05	3,2±1,6	>0,05
Hemoqlobin (Hb)	q/dl	9,4±1,63	<0,05	10,3±1,6	>0,05
Kreatinin	mmol/l	850±130	<0,05	630±9,4	>0,05
Sidik cövhəri	mmol/l	28,1±11,1	<0,05	23,3±3,8	>0,05
Ümumi zülal	q/l	71,0±0,3	<0,05	76±3,1	>0,05
Albumin	q/l	45,1±5,1	<0,05	47,7±3,3	>0,05
Ferritinn	nq/ml	210±19,2	<0,05	228±22,2	>0,05
Qələvi fosfataza	U/l	234±9,4	<0,05	238±12,2	>0,05

Qeyd: p – nəzarət qrupu göstəricilərinə nisbətən fərqin statistik dürüstlüyü – qruplar arasında fərqin etibarlılığı.

Bu kimi metabolik pozulmalarla müşayət olunan dəyişikliklər “uremik qidalanma çatışmazlığının” inkişafının aparıcı faktorlarından biri-nə çevrilməsi artıq sübuta yetirilmişdir. Tədqiqatın nəticələrinə əsasən xronik iltihabi proseslərlə “uremik qidalanma çatışmazlığı” arasında qarşılıqlı əlaqə mexanizmi mövcud olsa da, onlarla yanaşı qidalanmaya təsir göstərən digər faktorlar aradan qaldırılmaqla daha qənaətbəxş müalicə nəticələri əldə edilmişdir (cədvəl 1).

BKİ-bədən kütləsi indeksi, AT-aretrial təzyiq, SAT-sistolik, DAT-diastolik aretrial təzyiq, XS YSLP-xolesterinin yüksək sıxlıqlı lipoproteidləri

Cədvəldəki nəticələrə əsasən, I qrupa daxil olan xəstələrdə II qrupa daxil olanlarla müqayisədə kliniki və biokimyəvi göstəricilərdə normadan kənara çıxmaqlar olsa da, yüksək bədən kütləsi və qanda albuminin, ümumi zülalın hədəf göstəricilər səviyyəsində olması xəstələrin hemodializ seanslarının qənaətbəxş keçirməsi-nə müsbət təsir göstərərək, dializin adekvatlığını stabil səviyyədə saxalayır və onların yaşam tərzini yaxşılaşdırır. Müayinənin nəticələrinə əsasən, qanda C-reaktiv zülalın səviyyəsinin artması və ümumi zülal və albuminin miqdarının aşağı düşməsi kateterlə bağlı infeksiya-lı (septiki vəziyyət-12 xəstə-6 kişi, 6 qadın), hepatit “C” (14 xəstə-8 kişi, 6 qadın), “B” (2 xəstə) virusunun daşıyıcıları olan xəstələrdə daha ağır forma qidalanma çatışmazlığı aşkar edilmişdir. Bu tip xəstələrdə medikamentoz müalicəyə qarşı rezistentlik yaranmış, dializin adekvatlığı (dializ indeksi- $spKT/V < 1-1,2$) qeyri-qənaətbəxş nəticələr vermişdir. Metabolik sindromu olan xəstələrdə qidalanma statusunun əsas göstəriciləri sayılan ümumi zülal, albuminin və iltihab mediatoru olan S-reaktiv zülalın, Kettle əmsalının normadan kənara çıxma hallarında, onların bir-birilə korrelyasiyası cədvəl 2-də daha aydın göstərilmişdir.

Cədvəl 2.

Dializ alan xəstələrdə 3 əsas prediktorun BKİ-dən (Kettle əmsalı) asılı müqayisəli xarakteristikası

Göstəricilər	Kettle əmsalı ≥ 20 kq/m ² 39 xəstə (22 kişi, 17 qadın)	Kettle əmsalı 20-25 kq/m ² 60 xəstə (36 kişi, 24 qadın)	Kettle əmsalı 25-30 kq/m ² 51 xəstə (29 kişi, 22 qadın)	Kettle əmsalı ≤ 30 kq/m ² 30 xəstə (13 kişi, 17 qadın)
Ümumi zülal (q/l)	↓	↑	↑	↑
Albumin (q/l)	↓	↑	↑	↑
C-reaktiv zülal (q/l)	↑	↓	↓	↓

Alınmış nəticələrin müqayisəli korrelyasiyası bu göstəricilər arasında düz, orta sıxlıqlı korrelyasiya əmsalı aşkar edilmişdir ($r=+4$). Bu göstəricilər bir daha onu sübut edir ki, hemodializ müalicəsi zamanı albuminin qanda normal səviyyəsi xəstələrdə ölüm riskini azalmasını təmin edir. Qidalanma statusuna təsir göstərən yuxarıda sadalananlarla yanaşı köməkçi faktorların da əhəmiyyəti böyükdür (cədvəl 3).

Qidalanma statusunun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün növbəti müayinə üsullarından istifadə edilir: anamnez və fizikal baxış; antropometriya; laborator göstəricilər; immunoloji və funksional göstəricilər. XBC olan xəstələrdə daha çox növbəti parametrlər təyin edilir: -boy-bədən çəkisi-dəri-piy qatının qalınlığı (kürəkaltı nahiyə, biseps və triseps üzərində və, çiyin əzələsi və s.)

Cədvəl 3.

Hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə qidalanma çatışmazlığının yaran-masına səbəb olan köməkçi faktorlar.

1.	Dializə qədər müddətdən daha aydın nəzərə çarpan anoreksiya
2.	Qeyri-adekvat dializ
3.	Daha aydın nəzərə çarpan uremik sindrom
4.	İltihabi proses, dializ zamanı katabolizmin aktivliyinin artması
5.	Aminturşuların, vitaminlərin və karnitinin itkisi

Xəstələrin qidalanma statusunu əks etdirən inteqral göstəricilər bədən kütləsi indeksi (BKİ və ya Kettle indeksi) ilə hesablanmışdır. Bu göstərici bədən kütləsinin (kiloqramla), boyun (metrlə) kvadratına nisbəti ilə ölçülür (ÜST-1997-ci il: $BKİ = kq/m^2$). Avropa məsləhətləşməsinə görə dializ xəstələrində BKİ 23 kq/m^2 -dan yuxarı olmalıdır [7], daha aşağı BKİ letallığı artırır [8].

Nəticələr

1. Hemodializ müalicəsi alan MS olan xəstələr üzərində aparılan tədqiqat işinin nəticələrinə əsasən qidalanma statusuna təsir göstərən faktorlar (alimantar və qeyri alimantar) düzgün və məqsədyönlü aradan qaldırmaqla, qənaətbəxş müalicə nəticələri əldə etməklə həyat (və ya yaşam) keyfiyyətinin yaxşılaşmasına, ölüm riskini azalmasına nail olmaq mümkündür.

2. MS sərbəst halda daha ağır fəsadlarla nəticələnməsinə baxmayaraq, onun məqsədyönlü və düzgün korreksiyası, qidalanmanın pozulmasına şərait yaradan əsas və köməkçi parametrlərini vaxtında araşdırıb, düzgün və məqsədyönlü korrek-siya etməklə müalicə nəticələrini daha da yaxşılaşdırmaq mümkündür.

3. Məhz bu səbəbdən nəzərə almaq lazımdır ki, XBÇ (həm konservativ, həm də dializ müalicəsi zamanı) olan xəstələr yüksək kolorili qidalar qəbul etməlidirlər. Əzələ kütləsinin itirilməsi zamanı sutkalıq qəbul edilən zülalın miqdarı 0,8 q/sut/kq-dır. Göstərişə əsasən onların defisitini aradan qaldırmaq məqsədilə əvəz olunmayan keto/aminturşular təyin etmək lazımdır.

4. Dializdə olan xəstələrdə maye qəbulunu 1000 ml+sutkalıq sidiyin həcmi qədər hesablamaq tələb olunur. Onların qidalanması üçün axırncı Avropa tövsiyələri ilə razılaşdırılmış, tələb olunan vitaminlər: tiamin hidroxlorid (B_1)-1,1-1,2 mq, fol turşusu-1 mq, riboflavin (B_2)-1,1-1,3 mq, piridoksin (B_6)-10 mq, askorbin turşusu (C)-75-90 mq, vitamin B12- 2,4 mq, biotin-30 mq, vitamin B5-5 mq, vitamin A-700-900 mq, vitamin E-400-800 ME, vitamin K-90-120 mq/sut. təşkil edir. Belə qida rejiminin tətbiqi uzun müddət ərzində ariq bədən kütləsinin stabilliyini və neytral zülal balansını təmin edir [9].

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Stenvinkel P., Lindholm B., Lonqvist F. et al. Increases in serum leptin levels during peritoneal dialysis are associated with inflammation and decrease in lean body mass. J Am Soc Nephrol 2000; 11: 1303–1309.
2. Jones C., Akbani H., Croft D. et al. The relationship between serum albumin and hydration status in hemodialysis patients. J Ren Nutr 2002; 12: 209–212.
3. Sherwin R.S., Bastl C., Finkelstein F. et al. Influence of uremia and hemodialysis on the turnover and metabolic effects of glucagons. J Clin Invest 1976; 57: 722–731.
1. Dauqirdas J. T., Blake P. G., Ong T. S.–Handbook of Dializis. (ingilis dilindən tərcümə). M.: Центр диализа – Тверь: 000 Издательство «Триада» 2003. – 744 стр.
2. Aparicio M., Chauveau P., de Precigout V., et al. Nutrition and outcome on renal replacement therapy of patients with chronic renal failure treated by a supplemented very low protein diet. J Am Soc Nephrol 2000; 11: 719–727.
3. Enia G., Sicuso C., Alati G., Zoccali C. Subjective global assessment of nutrition in dialysis patients. Nephrol Dial Transplant 1993; 8: 1094–1098.

4. Fontan M.P., Rodrigues-Carmona A. et al. Hyperleptinemia in uremic patients undergoing conservative management, peritoneal dialysis and hemodialysis: A comparative analysis. Am J Kidney Dis 1999; 34: 824–831.
5. Mitch W.E. Requirements for protein, calories, and fat in the predialysis patients. In: Handbook of Nutrition and the Kidney. Ed. by W.E. Mitch, S. Klahr. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2002: 144–165.
6. Chauveau P., Barthe N., Rigalleau V., et al. Outcome of nutritional status and body composition of uremic patients on a very low protein diet. Am J Kidney Dis 1999; 34: 500–507.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Сардарлы Ф.З., Ахадов Р.Ф.

Оценка питательного статуса питания у больных с метаболическим синдромом (МС), получающих лечение программным гемодиализом (ПГ), дает информацию для исследовательской работы изучения механизмов взаимной связи между «уремической недостаточностью питания» с основными, а также вспомогательными факторами, оценивания влияния на результаты лечения и возможностями коррекции. К исследованию привлечены 180 человек получающих ПГ (100 мужчин, 80 женщин) в возрасте 18-75 лет (средний возраст 52,8±9,4 года), 85 больных (57 мужчин и 38 женщин) у которых выявлено МС. В первую группу отнесены больные с выявленным синдромом метаболизма, в количестве 50 человек (27 мужчин и 23 женщины, без нарушения питания. Во вторую группу включены 35 больных (20 мужчин и 15 женщин) с выявленным нарушением питания. Уже доказано что, такие изменения, сопровождаемые с метаболическими нарушениями, превращаются в один из ведущих факторов развития «уремической недостаточности питания». На основании результатов исследовательской работы проведенной над больными МС, получающих лечение диализом, правильно и целенаправленно устраняя факторы влияющие на статус питания (взаимная связь процессов хронического воспаления с «уремической недостаточностью питания», алиментарные и не алиментарные), добиваясь приемлемых результатов лечения, можно добиться улучшения жизненных качеств, уменьшения рисков летального исхода.

Несмотря на тяжелые последствия свободного МС, его целенаправленная и правильная коррекция, своевременное исследование основных и вспомогательных параметров создающих условия для нарушения питания, правильной и целенаправленной их коррекцией можно еще улучшить результаты лечения. Исследовательская работа в этом направлении еще продолжается. *Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, программный гемодиализ*

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS ASSESSMENT AND ADJUSTMENT IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME UNDERGOING CHRONIC HEMODIALYSIS

Sardarli F.Z., Ahadov R.F.

Given information concerns the research work conducted for the purpose of nutritional status assessment in the patients with detected metabolic syndrome (MS) undergoing chronic hemodialysis (CH), study of the mechanism of interconnection between key and accessory factors and "uremic nutrition deficiency", assessment of the impact on response to the treatment and adjustability. 85 patients (57 males and 38 females) with detected MS aged from 18 to 75 (mean age: 52.8 ± 9.4) undergoing chronic hemodialysis were get involved in the research. The first group was composed of 50 patients (27 males and 23 females) with detected metabolic syndrome and no nutritional disorder. The second group was composed of 35 patients (20 males and 15 females) with detected metabolic syndrome and nutritional disorders. It was proved that changes followed by metabolic disorders turn into one of the key factors of the development of "uremic nutrition deficiency". According to the results of the research work conducted on patients with MS undergoing hemodialysis, it is possible to achieve positive result of therapy, enhance quality of life and reduce the risk of death among patients by proper targeted elimination of the factors influencing on the nutrition status (interconnection between chronic inflammatory processes and "uremic nutrition deficiency", alimentary or non-alimentary). Although metabolic syndrome in a free state results in severe complications, its targeted and proper correction, well-timed study of key and accessory parameters creating favourable conditions for nutrition disorder, and proper and well-directed adjustment make it possible to improve results of the therapy. At present the research work is in progress in this field.

СЛЕПОТА И СЛАБОВИДЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Агаева Р.Б.

***Национальный Центр Офтальмологии
имени академика Зарифы Алиевой, г.Баку, Азербайджан***

Ключевые слова: *молодой и подростковый возраст, слепота и слабовидение, показатели впервые выявленной заболеваемости и распространенности*

Снижение остроты зрения и слепота по праву считается одной из важнейших проблем нашего общества. Наблюдаемое в последние годы увеличение числа незрячих людей и низкие показатели качества их жизни позволяют рассматривать эту проблему не только как медицинскую, но и как социально-значимую. Общую распространенность слепоты в мире оценить очень трудно. По приблизительным подсчетам Международного агентства профилактики слепоты эта цифра в настоящее время достигает 37 миллионов человек, а лиц с ослабленным зрением насчитывается более 161 миллиона [1, 3, 5, 2, 4].

Слепота и слабовидение у молодых людей (18-29 лет) и подростков (14-17 лет) наблюдается относительно редко. Для уточнения частоты возникновения данной патологии было проведено изучение показателей заболеваемости у этого контингента за 5-летний период.

Распространенность заболеваемости слепотой и слабовидением характеризуется незначительным увеличением числа больных молодого возраста на 3,9% (от 1345 человек в 2007 г. до 1397 человек в 2010 г.), в том числе в городе Баку – на 114,6% (от 89 человек до 191 человека), Сумгаит - на 86,7% (от 128 чел. до 239 чел.), районы Кахский – на 70,4% (от 27 чел. до 46 чел.), Кюрдамирский – на 358,3% (от 12 человек до 55 человек), Саатлинский – на 122,6% (от 31 чел. до 69 чел.) и уменьшение в Хачмазском районе на 51,3% (от 74 до чел. до 36 чел.).

Показатель распространенности заболеваемости при слепоте и слабовидению на 100000 населения молодого возраста характеризуется снижением показателя на 6,2% (от 69,4 в 2007 г. до 65,1 в 2010 г.). В ряде территорий отмечается увеличение показателя: Нахичеванская АР – на 89,2% (от 9,3 до 17,7), города Баку – на 87,4% (от 20,7 до 38,8), Сумгаит – на 69,5% (от 190,0 до 322,0), районах Гаджигабульский – на 172,7% (от 13,9 до 37,9), Геранбойский – на 100,7% (от 28,4 до 57,0), Имишлинский - на 1094,7% (от 11,9 до 142,1), Кахский – на 64,7% (от 219,8 до 362,0), Кюрдамирский – на 319,8% (от 52,6 до 220,8), Саатлинский – на 103,1% (от 151,9 до 308,6) и уменьшение показателей в районах Апшеронский – на 55,1% (от 73,5 до 33,0), Хачмазский – на 54,9% (от 209,2 до 94,4), Шекинский - на 51,7% (от 65,8 до 31,8).

Наиболее высокие показатели при слепоте и слабовидению на 2010 г. отмечены в следующих территориях: город Мингечаур – 919,1, Шемахинский район – 376,4, Кахский район – 362,0, Агджабединский – 328,8, город Сумгаит – 322,0, Саатлинский район – 308,6 на 100 тысяч соответствующего населения.

Женщины в структуре общей заболеваемости вследствие слепоты и слабовидения у лиц молодого возраста в 2010 г. составили 50,0%.

Впервые выявленная заболеваемость при слепоте и слабовидению у молодых людей характеризуется в целом по республике уменьшением на 18,5% (от 504 чел. в 2007 г. до 412 чел. в 2010 г.); в ряде территорий – увеличением: город Сумгаит – на 131,8% (от 66 чел. до 153 чел.) и уменьшением – Саатлинский район – на 80,6% (от 31 чел. до 6 чел.), Хачмазский – на 50,0% (от 58 чел. до 29 чел.), Шекинский – на 65,0% (от 20 чел. до 7 чел.).

Показатель впервые выявленной заболеваемости при слепоте и слабовидению на 100000 населения молодого возраста характеризуется уменьшением на 26,1% (от 26,0 в 2007 г. до 19,2 в 2010 г.), при этом увеличением в городе Сумгаите на 110,3% (от 98,0 до 206,1), районах Имишлинский – в 7 раз (от 11,9 до 83,8), Кюрдамирский – в 16 раз (от 8,8 до 140,5) и уменьшением показателей в районах Бейлаганский – на 53,8% (от 31,4 до 14,5), Кахский – на 43,6% (от 97,7 до 55,1), Саатлинский – на 82,3% (от 151,9 до 26,8), Хачмазский – на 53,7% (от 164,0 до 76,0), Шекинский – на 67,5% (от 52,6 до 17,1), Шемахинский – на 30,4% (от 104,3 до 72,6).

Наиболее высокие показатели в 2010 г. отмечены в следующих территориях: Сумгаит – 206,4, Кюрдамирский район – 140,6 на 100 тысяч соответствующего населения.

В целом по республике распространенность заболеваемости слепотой и слабовидением подростков 14-17 лет изучалась за 5-летний период (2006-2010 гг.) и характеризовалась увеличением на 33,1% (от 779 человек в 2006 г. до 1037 человек в 2010 г.). Больше всего больных слепотой отмечалось в городе Баку - увеличение на 179,5% (от 78 человек в 2006 г. до 219 человек в 2010 г.), Саатлинском районе – на 32,6% (от 43 человек до 57 человек),

Шекинском районе – на 45,7% (от 42 человек до 61 человека) и уменьшение в городе Сумгаите – на 9,1% (от 384 человек в 2006 г. до 349 человек в 2010г.), Кахском районе – на 42,5% (от 80 чел. до 46 чел.).

Динамика показателей распространенности заболеваемости слепотой и слабовидением у подростков на 100 тысяч населения также изучалась за 5-летний период и характеризовалась увеличением на 10,5% (от 138,3 до 152,9), в том числе в Баку – на 125,5% (от 62,4 до 140,7), Кюдамирском районе – на 121,2% (от 120,5 до 266,6), Лерикском – на 100,7% (от 105,3 до 211,4), Огузском – на 157,3% (от 114,6 до 294,9), Саатлинском – на 11,0% (от 726,2 до 806,4), Ханларском – на 113,0% (от 108,0 до 230,0), Хачмазском – на 71,1% (от 19,4 до 33,2), Шекинском – на 24,3% (от 379,4 до 471,8) и уменьшением в Мингечауре – на 73,0% (от 915,4 до 246,8), Сумгаите – на 24,0% (от 1955,8 до 1487,1), районах Астаринском – на 57,8% (от 194,4 до 82,0), Кахском – на 48,7% (от 2232,0 до 1145,0).

Наибольшие показатели общей заболеваемости слепотой отмечены: город Сумгаит – 1487,1, районы Кахский – 1145,0, Саатлинский – 806,4, Зардобский – 748,9, Бейлаганский – 639,9 на 100 тысяч соответствующего населения.

Впервые выявленная заболеваемость слепотой у подростков характеризовалась увеличением на 42,4% (от 295 человек в 2006 г. до 420 человек в 2010 г.). Больше всего больных слепотой отмечалось в городе Баку – увеличение на 129,6% (от 27 человек в 2006 г. до 62 человек в 2010 г.) и в городе Сумгаите – на 68,1% (от 113 человек в 2006 г. до 190 человек в 2010г.), в Саатлинском районе – на 32,6% (от 43 человек до 57 человек), Шекинском – на 45,2% (от 42 человек до 61 человека).

Показатели первичной заболеваемости слепотой на 100 тысяч подростков характеризовались в целом по республике увеличением на 18,1% (от 52,4 до 61,9), в том числе Баку – на 84,2% (от 21,6 до 39,8), Сумгаит – на 40,7% (от 575,5 до 809,6), Огузском районе на 42,9% (от 114,6 до 163,8), Хачмазском – на 71,1% (от 19,4 до 33,2) и уменьшением в районах Бардинский – на 65,7% (от 54,3 до 18,6), Кахский – на 68,8% (от 558,0 до 174,2), Саатлинский – на 61,0% (от 726,2 до 282,9), Шекинский – на 40,9% (от 379,4 до 224,3).

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости слепотой выявлены в 2010 г.: Сумгаит – 809,6, Зардобский – 549,2, Шекинский – 224,3 на 100 тысяч населения соответствующего возраста.

Анализ динамики заболеваемости вследствие слепоты и слабовидения лиц молодого возраста и подростков свидетельствует об увеличении числа лиц молодого возраста и росте показателей впервые выявленной заболеваемости и ее распространенности у подростков, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях динамики этого заболевания, необходимости тщательного изучения причин данного явления и принятия необходимых мер по профилактике дальнейшего прогрессирования заболеваемости.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Либман Е.С., Шахова Е.В.. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / / VII съезд офтальмологов России. VIII Съезд офтальмологов России: Тез. Докл. часть 2.- М., 2000.- С.209-214.
2. Либман Е.С. Становление социальной офтальмологии в ЦИЭТИНе, ФЦЭРИ // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной реабилитации и реабилитационной индустрии, 2005, 3, 27-30

3. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в РФ // Вестник офтальмологии, 2006, 35-37
4. Фокин В. П. Влияние технологий МНТК «Микрохирургия глаза» на показатели слепоты и слабовидения, инвалидности по зрению и перспективы развития офтальмологической помощи населению // Дисс. Д.м.н., Волгоград, 2006. – 349 с.
5. Хватова А.В. Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в РФ // Материалы Российского межрегионального симпозиума, Уфа, 2003, 55-59

X Ü L A S Ə

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA CAVAN YAŞLI ŞƏXSLƏRDƏ VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ KORLUQ VƏ ZƏİFGÖRMƏ

Ağayeva R.B.
Akademik Zərifə Əliyeva adına
Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı ş., Azərbaycan.

Açar sözlər: cavan yaşlı şəxslər və yeniyetmələr, korluq və zəifgörmə, ilk dəfə aşkar olunan xəstəliyin və onun yayılmasının göstəriciləri

Cavan yaşlı şəxslərdə (18-29 yaş) və yeniyetmələrdə (14-17 yaş) 5-illik dövr üzrə (2006-2010 illər) korluq və zəifgörmənin göstəricilərinin təhlili aparılmış, həmin kontinqentdə xəstəliyin progressivləşməsi aşkar edilmişdir.

S U M M A R Y

BLINDNESS AND LOW VISION IN YOUNG ADULTS AND ADOLESCENTS IN THE AZERBAIJAN REPUBLIC

Aghayeva R.B.
National Centre of Ophthalmology named
after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan.

Keywords: young and teens, blindness and low vision, indicators of newly diagnosed incidence and prevalence

There has been made the analysis of the incidence due to blindness and low vision in young people (18-29) and adolescents (14-17) for the 5-year period (2006-2010) indicating the progression of the morbidity in this group.

TÜPÜRCƏK VƏZİLƏRİNİN XRONİKİ İLTİHABİ VƏ DİSTROFİKXƏSTƏLİKLƏRİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ OZONOTERAPİYANIN EFFEKTİVLİYİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.

Yusubov Y.Ə., Qurbanov V.A., Sabrin A.A., Əhmədov S.Q.

***Azərbaycan Tibb Universiteti
Ağız və üz-çənə cərrahiyyə kafedrası.***

Tüpürcək vəziləri sekretor orqanlar içərisində xüsusi qrup təşkil etməklə orqanizmin bu və ya digər orqanlar sistemin fəaliyyəti ilə sıx əlaqədardır (1; 2; 3) Bu səbəbdən hər hansı bir orqanda, xüsusilə endokrin sistemdə, ürək qan dammar sisteminin mikrosirkulyator səviyyədə baş verən xəstəliklərində, həmçinin

autoimmün xəstəliklərində nəzərə çarpacaq dəyişikliklər özünü tüpürcək vəzilərin funksiyasında göstərir (2,3)

Bütün stomatoloji xəstəliklərin 3-24% tüpürcək vəzilərin xəstəliklərin payına düşür. Üz-çənə cərrahi xəstəliklərin 3-7% ni tüpürcək vəzinin xəstəlikləri təşkil edir. Tüpürcək vəzilərin xroniki xəstəlikləri tüpürcək vəzi xəstəliklərinin $24.8 \pm 1\%$, distrofik xəstəlikləri isə $12,2 \pm 0,76\%$ -ni təşkil edir. (4:5)

Tüpürcək vəzilərin xroniki xəstəliklərini müalicəsi tək stomatologiya da deyil, bütün tibbdə vacib problem sayılır. Belə ki, tüpürcək vəzilərinin xroniki xəstəlikləri orqanizmin müxtəlif orqanlarının xəstəlikləri fonunda meydana çıxması problemin praktik səhiyyədə aktualığı artırır.

Xroniki və distrofik sialodenitlərin müalicəsi çox çətin məsələdir. Bir çox müəlliflərin fikrincə müalicə kompleks xarakter daşmalıdır, müalicənin seçimi patologiyanın forması, mərhələsi və aktivliyindən asılıdır. (6:7). Buna görə də yeni müasir qeyri-invaziv metodların işlənilib hazırlanması günün vacib problemlərindən biri hesab edilir. Tətbiq olunan müalicə bilavasitə etiopatogenetik xarakter daşmalıdır. Tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı proseslərin əmələ gəlməsində vəzi daxili mikrosirkulyasiyanın pozulması, orqanizmin müdafiə funksiyalarının immunitetin zəifləməsi orqanizmdə maddələr mübadiləsi, hormonal pozğunluğu və digər amillər xəstəliyin etiopatogenezdə aparıcı rol oynamaqdadır. Eksperimental və klinik araşdırmalarda sübut olunubki, tüpürcək vəzilərdə xroniki iltihab proseslərin meydana gəlməsinə vəzinin toxumasında lipidlərin peroksidləşməsi (LPO) ilə antioksidant müdafiə sistemin (AOM) arasında balansın pozulması rol oynamaqdadır.

Tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı xəstəliklərində xəstələrin həm qanında, həm də ağız suyunda Dien (DK) konyuqantlarının, Malon dialdehidinin (MAD) aktivliyinin artması ilə yanaşı AOM sisteminin göstəricilərinin aktivliyinin aşağı düşməsi aşkar ediblər. Tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı xəstəliklərində -də LPO göstəricilərinin artması onların xəstəliyin ağrılıq dərəcəsində asılı olması, remissiya mərhələsində LPO prosesinin intensivliyinin zəifləməsi hüceyrə membranının zədələnməsi ilə gedən oksidləşmə reaksiyaların bu xəstəliyin patogenezdə aktiv iştirakını təsdiqləyib. Məlumdur ki, lipidlərin peroksidləşməsi (LPO) prosesi ilə antioksidant mühafizə (AOM) arasında pozulmuş müvazinəti tez müddətdə bərpa etmək lazımdır. (7:8) LPO metabolitlərinin zədələyici təsiri nəticəsində birləşdirici toxuma dezorqanizasiyaya uğrayır və orqanlarda dərin struktur-funksional dəyişikliklər baş verir. Lipoperoksidləşmə prosesinə məruz qalan zülallar deqradasiyaya uğradığından, bir sıra toksik məhsullarla yanaşı, yüksək toksikliyə malik və immundepressiya halı törədə dahada dərinləşməsinə səbəb olur.

Bir sıra müəlliflərin apardıqları tədqiqatlar göstərmişdir ki, tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı və distrofik zamanı orqanizmdə inkişaf edən endogen intoksikasiyanın və mikrohemodinamik dəyişikliklərin böyük əhəmiyyət vardı. Tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı və distrofik xəstəlikləri zamanı müşahidə edilən mikrosirkulyator dəyişikliklər xəstəliyin erkən mərhələlərində başlayaraq, qan axının xətti sürətinin azalması , qanın formali elementlərinin aqreqasiyası və stazı, dammar divarının keçiriciliyinin artması ilə xarakterizə olunur. Mikrosirkulyasiyada baş verən dəyişikliklər toxumalarının hipoksiyasına, maddələr mübadiləsinin pozulmasına, endotoksikozun dərinləşməsinə və bununla da xoşagəlməz nəticələrinə səbəb olur. (8)

Məhz bu etiopatogenetik amillər nəzərə alaraq T.V.X.İ xəstəliklərin müalicəsində ümumi qəbul olunmuş kompleks müalicə ilə yanaşı mikrosirkulyasiyaya yaxşılaşdırıcı ən başlıcası antioksidant mexanizminə malik müalicə metodundan istifadə edilir. Bəzi müəlliflər, bir sıra cərrahi və terapevtik

xəstəliklərin müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün əlavə təsir metodlarından (hiperbarik oksigenasiya, ultrasəs vasitəsilə kavitasiya, krioterapiya, lazeroterapiya) istifadə edilməsini məqsədə uyğun hesab edirlər.

Kompleks müalicədə antimikrob, iltihab əleyhinə hiposensibilə edici preparatlar mikrosirkulyasına yaxşılaşdırmaqcun müxtəlif dərman preparatlarla yanaşı antioksidant təsirə malik preparatların istifadə olunması tüpürcək vəzilərin xroniki iltihab və distrofik xəstəliklərin müalicəsində aparıcı rol oynamaqdadır. (2:3)

Müasir təbabətdə yeni tibbi texnologiyada inkişafı və təkmilləşdirilməsi sahəsində aparılan işlərin nəticəsi olaraq son illər çox cərrahı və terapevtin xəstəliklərin müalicəsində, o cümlədən üz-çənə cərrahiyyə patologiyalarda antioksidant təsirə malik preparatlardan geniş istifadə olunur biz tədqiqatlarımızda tüpürcək vəzilərin xroniki və distrofik xəstəliklərində antioksidant təsirə malik ozonoterapiya istifadə etmişik.

Çünki LPO probleminə marağın artması və hüceyrələrin zədələnməsi və ölümü ilə nəticələnən “idarə olunmayan” sərbəst radikalların əmələ gəlməsinin qarşısını alan ən effektiv təbii vasitə ozon hesab edilir.

Ozonoterapiya zamanı orqanizmə oksigen aktiv formalar düşdüyündən, ozonun lipidlərinin peroksidləşmə yolu ilə oksidləşmə (LPO) prosesinə nəzər yetirmək lazımdır. Çox saylı tədqiqatlar göstərib ki terapevtik dozada ozon antioksidant sistemi stimül edərək Lipid peroksidləşmə reaksiyalarının intensivliyini azaldır. LPO prosesləri və antikosidant aktivliyinin nizamlanması ozonoterapiyanın müalicəvi effektinin mexanizmlərindən biridir. Beləliklə ozonoterapiyanın müalicəvi effekti yüksək ekoloji və iqtisadi cəhətdən sərfəli usul olduğuna nəzərə alaraq bu usulu tüpürcək vəzilərin xroniki iltihab və distrofik xəstəliklərin müalicəsi üçün tətbiqini səmərəli ola biləcəyini ehtimal edə bilərik.

Bununla əlaqədar olaraq biz aşağıda haqqında məlumat verilən tədqiqat işində tüpürcək vəzilərin xroniki iltihab və distrofik xəstəliklər müalicəsində ozonoterapiyanın effektivliyini araşdırmağı məqsəd qoyduq.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqatımız iki istiqamətdə aparılır. Tədqiqatın eksperimental hissəsi elmi-tədqiqat institutunda yerinə yetirilir. Tədqiqatın kliniki materialları 2011 – 2013 ci ilin ərzində ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrasına müraciət edən pasientlər üzərində öyrənilib. Tüpürcək vəzi xəstəliklərin təsnifatına uyğun olaraq xəstələr 3 qrupda öyrəndi. Hər qrupda olan xəstələr kontrol və əsas qruplara bölməklə 2 qrupa ayırd. Tətbiq olunan müalicə effektivliyinin öyrənilməsi üçün xəstələr həmçinin 3 qrupa öyrənildi: (cədvəl 1)

Cədvəl № 1.

Tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı və distrofik patoloji prosesləri ilə xəstələrin cinsi və yaşa görə bölünməsi.

Yaş	8-21	21-40	41-60	61 çox	kişi	qadın	Cəmi
Xəstəlik							
Parenximatöz parotit	-	5	15	2	8	9	17
İnterstitial parotit	3	12	10	6	17	19	36
Distrofik Xəstəlikləri	-	-	5	2	2	5	7
Cəmi		7	0	0	7	3	0

Qarşıya qoyulan məsələnin həlli üçün tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı və distrofik xəstəliklərində kliniki-borator instrumental müayinələrlə yanaşı qanda və ağız suyunda LPO və AOM sistemində gedən biokimyəvi dəyişikliklər öyrənilmişdir. Lipid peroksidləşmə proseslərinin intensivliyi eritrositlərdə dien konyuqantları (DK), Malon diadehidi (MDA) kimi göstəricilər öyrənilib. AOM –sistemin intensivliyi reduksiya olunma qlutation (ROQ) və katalazanın aktivliyinə görə öyrənilib.

Qan plazmasında MDA miqdarı analızı Qavrilova V.B və başqaları tərəfindən təklif olunan metoda əsaslanır. Reduksiya olunmuş qlutation (Q-SH) miqdarı Elman metodu ilə öyrənilib. T.V xəstəlikərin xroniki iltihabı vəz distrofik xəstəliklərin müayinəsində “qızıl standart” hesab edilən sialoqrafiya üsulu ilə xəstəliyin remissiya dövründə öyrənilib. Bunun üçün contrast maddə. Uroqrafinin 360 dan istifadə edildi. İlk dəfə ölkəmizdə sialoqrafiyanın yeni üsulu olan rəqəmsal sialoqrafiyadan istifadə etmişik. Bundan əlavə tüpürcək vəzi xəstəliklərində USM, KT, MRT müayinələr aparıldı. 20 xəstə üzərində ağız suyunun mikrobioloji müayinəsi aparıldı.

Tüpürcək vəzilərin xroniki və distrofik xəstələrin kompleks müalicəsində ümumi təyin olunmuş standart müalicə aparıldı, mikroflora həssas antibiotik dezintoksikasion müalicə, axacağın sekretsiyasını yaxşılaşdırmaq üçün ödemi götürən fermentlər vəzi yuyuldu simptomatik ümumi qüvvətləndirici müalicə aparıldı. Vəzi ətrafı nahiyə mikrosirkulyarsiyanı yaxşılaşdıran dimeksid 30% məhlulu ilə kompres qoyuldu. Əsas qrupa daxil olan xəstələrimizdə yuxarıda təklif olunan müalicə ilə yanaşı 2 qrupa bölünməklə xəstələrə həm yerli və yerli venadaxili ozonoterapiya tətbiq etdik. Ozonoterapiya bu cür xəstələrdə ilk dəfə istifadə etdiyimizdən əvvəlcədən xəstələr müalicə gedişindən xəbərdarlıq edildi. Müalicə müddətində ozonoterapiyanın əlvə təsiri aşkar edilmədi. Tətbiq etdiyimlə tibbi ozonu “Medezon” aparatı müddətində aparatı vasitəsi ilə frazeoloji məhlulun 9% 200 ml 200 tezliklə ozonlaşdırılmış nəticəsində əldə olunub, 30 dəqiqə müddətində xəstələrə tətbiq olunub.

Müayinələr nəticəsi və müzakirəsi: Kliniki diaqnostik müayinəsi 60 xəstə 8-55 yaşadək aparıldı, bunlardan 24 qadın (40%) 26 kişi (40,33%) 10 uşaq (10,66%) olmuşdur. Müraciət zamanı aydın olduki bunlardan 33 nəfəri (55%) düzgün diaqnozla müraciət edib 28 nəfər (45%) klinikamıza müxtəlif diaqnozlarla göndərilib (uşaqlarda qulaqaltı vəzinin 16 nəfər (57%) Deyilənlərdən aydın olurki tüpürcək vəzilərin diaqnoz qoymaq paktik həkimlər arasında çətinlik törədir.

Tüpürcək vəzi xroniki iltihabı və distrofik xəstəliklərin kəskinləşmə dövründə qanda biokimyəvi müayinəsi zamanı LPO-nun I-li və II-li məhsulları DK,MDA miqdarı kəskin artır AOM sisteminin göstəricilərinin miqdarı azalır. Yerli və ümumi venadaxlili ozonoterapiyadan sonar I,III,VII sutkada yuxarıda qeyd olunan göstəricilər qanda öyrənilib. Laborator müayinələrin cavablarına əsasən qeyd etmək olar ki, yerli ozonoterapiyadan sonra ağız suyunda LPO-un məhsullarının və AOM göstəriciləri VII sutkadan sonra normaya yaxın olduğu halda ümumi venadaxili ilə birlikdə istifadə olunan xəstələrdə V sutkadan sonra göstəricilər normaya yaxınlaşıb.(Cədvəl 2,3)

Buna əsasən təklif edirik ki, Tüpürcək vəzilərin xroniki iltihabı və distrofik xəstəliklərin müalicəsində standart qəbul olunmuş müalicə ilə yanaşı yerli və venadaxili ozonoterapiyadan istifadə etməklə xəstələrdə sağalma müddətini qısaltmaq sonrakı ağırlaşmaların qarşısını almaq həmçinin residiv halların qarşısını almaq olar.

Cədvəl № 2.

Tüpürcək vəzinin xroniki iltihabı xəstəliklərində qanın biokimyəvi göstəriciləri: Yerli ozonoterapiyadan sonra LPO və AOM göstəriciləri.

	I sutka	III sutka	V sutka	VII sutka	Norma
Dien konyuqant	4,8±0,02	4,9±0,01	4,2±0,01	3,8±0,01	3,3-3,5
Malon Dialdehid mkM/ml	28,8±0,01	26±0,02	20±0,01	1,4±0,01	8-10 Mk M/ml Eritositlərdə
Reduksiya Olunmuş Qlutation MkM/ml	1,49±0,01	1,52±0,02	1,58±0,01	1,6±0,01	1,6-2,2 mkM/ml
Katalaza	40,1±0,02	40,1±0,02	52±0,02	59±0,01	73,8-77,4

Cədvəl № 3.

Tüpürcək vəzinin iltihabı xəstəliklərində LPO və AOM göstəriciləri yerli və ümumi venadaxili müalicədən sonra göstəriciləri.

	I sutka	III sutka	V sutka	VII sutka	Norma
Dien konyuqant	4,8±0,02	4,5±0,01	4,2±0,01	3,4±0,01	3,3-3,5 Şerti vahid
Malon Dialdehid mkM/ml	27,8±0,01	25±0,02	18±0,01	13±0,01	8-10 Mk M/ml Eritositlərdə
Reduksiya Olunmuş Qlutation MkM/ml	1,38±0,01	1,48±0,02	1,58±0,01	1,6±0,01	1,6-2,2 mkM/ml
Katalaza	33,9±0,02	45,1±0,02	58±0,02	65±0,01	73,8-77,4% Eritositlərdə

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Афанасьев В. В. «Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение: экспериментально-клинического исследование) «Дис... докт.мед.наук, Москва, 1993, 372 С.
- 2.Афанасьев В.В. « Хронический сиаладенит: (Этиология и патогенез) Пробл. нейростоматологии и стоматологии, 1997,№ 1,с 16-20
- 3.Денисов А.Б Слюнные железы. Слюна Москва , 2000,246 С.
- 4.Колесов В.С Хронический сиаладениты, сиалозы, синдромы с поражением слюнных желез : (Патогенез, клиника, дифференц, диагностика и лечения) Авторев.Дис...докт.мед.наук,Киев,1987,43 С.
- 5.Щипский А.В., Афанасьев В.В. Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез Пробл. Нейростоматологии и стоматологии, 1997,№ 2 с 58-62
- 6.Щипский А.В., Афанасьев В.В. Дифференциальная диагностика сиаладеноза и хронического сиаладенита Стоматология, 2001, т . 80, №3 с.31-35
- 7.Hdrisson J.D.? Barid M.S Chronic submandibular sialadenitis ultrastucture and phosphatase histchemistry Ultrastuct/pathol/? 1998? 22(6)?p 431-437
- 8.Neverhagen J.T.Kalinowski M. Rehberg E., Prospective comparision of magnetic resonance sialography and digital subtraction sialography Journ.Mfgn.Reson. Imaging., 2000, 11 (5), p 518-524
- 9.Fahmy the appliciation of ozone therapy in rhenmatology pg18-19

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ И ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮНЕННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Юсубов Ю., Гурбанов В., Сабрин А.А., Ахмедов. С.Г
Азербайджанский Медицинский университет.

Лечение хронических воспитательных заболеваний слюнных желез до настоящего времени является довольно сложной задачей. Выбор метода терапии определяется формой и стадией заболевания, активностью процесса и наличием сопутствующих заболеваний, воздействие на патологический процесс в слюнных железах.

В клинике опыт проводилось на 40 больных. Больные были подразделены на 2 группы. В первой группе пациентам была назначено местно и внутривенно озонотерапии. Во II группе пациентам в клинике было проведено лечение традиционным методом.

В обеих группах были изучены и даны сравнения показания ПОЛ и АОЗ в крови до и после лечения.

АВТОНОМНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАРДИОНЕЙРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА II

Рустамова Н. Р., Курбанов Я.З., Мирзазаде В.А.

Азербайджанский медицинский университет, VM Центр Эндокринологии, Диабета и Метаболизма, Баку, Азербайджанская Республика.

Кардиоваскулярная автономная диабетическая нейропатия (КВАДН) является одним из проявлений автономной диабетической нейропатии (АДН). Исследованиями, проведенными В.А.Мирзазаде [1], АДН – несомненно генерализованный процесс, то есть наличие обусловленных диабетом поражений в одном отделе автономной нервной системы предполагает наличие подобных изменений и в других отделах. Однако выраженность процесса может быть неодинаковой в различных отделах автономной нервной системы.

В частоте выявления КВАДН отмечаются значительные колебания по причине неточных и неоднозначных определений, методов исследования и отбора пациентов. По сообщениям разных авторов, частота КВАДН варьирует от 30 до 90% всех случаев СД. В 1992 г. для исследования Zinger et al. были отобраны 524 пациента с СД типа 2 в 22 центрах Австрии, Германии и Швейцарии [7]. В этом трайле распространенность КВАДН составила 34,3%. По данным других авторов, автономную кардиоваскулярную дисфункцию выявили у 90% пациентов, стоящих в очереди на трансплантацию поджелудочной железы [8, 9].

Целью данного исследования явилось исследование выявляемости КВАДН у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2) при применении различных диагностических тестов.

Материалы и методы Обследовано 139 больных СД2 (87 мужчин и 52 женщины), обратившихся в VM Центр Эндокринологии, Диабета и

Метаболизма. У всех больных, принимавших участие в исследовании, проводилось стандартное клиничко-лабораторное обследование. Клиническое обследование обязательно включало в себя получение информации по возрасту и полу больных, давности заболевания сахарным диабетом. При объективном обследовании определялись рост, масса тела, пульс, артериальное давление.

Наличие или отсутствие КВАДН выявлялось в результате проведения трех тестов для диагностики этого осложнения СД:

- Пробы Вальсальвы;
- Теста «глубокое дыхание»;
- ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы.

Проба Вальсальвы проводилась по следующей методике: регистрировалась ЭКГ во время форсированного выдоха в течение 15 секунд с поддержанием давления в манометре не ниже 40 мм.рт.ст. и прекращения выдоха. [1,5]. По результатам пробы вычислялся индекс Вальсальвы, представляющий собой отношение максимального интервала RR после пробы к минимальному интервалу RR во время пробы (во время 15 секунд форсированного выдоха). Оценка результатов пробы Вальсальвы осуществлялась следующим образом: величины индекса Вальсальвы 1,2 и более считали нормальными и оценивали в 0 баллов; величины индекса Вальсальвы от 1,11 до 1,19 считали пограничными и оценивали в 1 балл; величины индекса Вальсальвы менее 1,11 считали патологическими и оценивали в 2 балла.

Тест «глубокое дыхание» проводился следующим образом. Больному после соответствующей адаптации к положению «лежа» предлагали делать в течение 5 секунд медленный вдох, а затем в течение 5 секунд делать медленный выдох. Всего в течение теста проводилось 6 последовательных циклов вдохов и выдохов. Результаты теста фиксировались на ЭКГ. По данным интервалов RR, полученным в ходе теста вычислялся индекс E/I,

который представляет собой отношение средней из шести максимальных интервалов RR во время вдохов к средней из шести минимальных интервалов RR во время выдохов [6]. Оценка результатов теста «глубокое дыхание» осуществлялась следующим образом: величины индекса E/I более 1,14 считали нормальными и оценивали в 0 баллов; величины индекса E/I от 1,10 до 1,14 считали пограничными и оценивали в 1 балл; величины индекса E/I менее 1,10 считали патологическими и оценивали в 2 балла.

ЭКГ-вариант активной ортостатической пробы проводился следующим образом [1,5]: больному, адаптированному к положению «лежа» предлагали быстро встать. Во время теста фиксировалась ЭКГ. По результатам теста определяли величину индекса «30:15», представляющего собой отношение величины 30-го интервала RR после вставания к 15-му интервалу RR.

Оценка результатов ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы осуществлялась следующим образом: величины индекса «30:15» более 1,04 считали нормальными и оценивали в 0 баллов; величины индекса «30:15» от 1,00 до 1,04 считали пограничными и оценивали в 1 балл; величины индекса «30:15» менее 1,00 считали патологическими и оценивали в 2 балла.

Результаты и их обсуждение В таблице III.1.1. представлены данные по результатам пробы Вальсальвы, теста «глубокое дыхание», ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы у 139 больных СД2, находившихся на лечении пероральными сахароснижающими средствами.

Таблица III.1.1.

Результаты пробы Вальсальвы, теста «глубокое дыхание», ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы у 139 больных СД2.

Индекс	Минимум	Максимум	$M \pm m^*$
Вальсальвы	0,99	8,63	$2,28 \pm 0,138$
Е/І	1,00	1,65	$1,15 \pm 0,011$
30/15	0,94	4,75	$1,21 \pm 0,044$

* Средняя величина \pm ошибка средней.

Как видно из таблицы III.1.1., величины индекса Вальсальвы у обследованных больных СД2 находились в

диапазоне от 0,99 до 8,63 и в среднем были равны $2,28 \pm 0,138$.

Величины индекса Е/І в среднем равнялись $1,15 \pm 0,011$ при минимуме в 1,00 и максимуме в 1,65.

Величины индекса 30/15 располагались в пределах от 0,94 до 4,75 при средней величине в $1,21 \pm 0,044$.

В таблице III.1.2. представлены данные о выявляемости случаев КВАДН, «пограничных» случаев и случаев нормы по результатам пробы Вальсальвы, теста «глубокое дыхание» и ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы.

Таблица III.1.2.

Выявляемость случаев КВАДН, «пограничных» случаев и случаев нормы по результатам пробы Вальсальвы, теста «глубокое дыхание» и ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы..

Как видно из таблицы III.1.2., выявляемость случаев КВАДН была минимальной по индексу 30/15 и составляла 11,5% (16 больных). Максимальная выявляемость случаев КВАДН имела место при

Индекс	Норма n (%)	Пограничный n (%)	КВАДН n (%)
Вальсальвы	95 (68,3)	20 (14,4)	24 (17,3)
Е/І	50 (36,0)	25 (18,0)	64 (46,0)
30/15	68 (48,9)	55 (39,6)	16 (11,5)

применении индекса Е/І – 46,0% (64 больных). При применении индекса Вальсальвы в качестве КВАДН оценено 17,3% случаев (24 больных). Причем анализ с помощью метода углового преобразования Фишера показал, что выявляемость КВАДН по результатам теста «глубокое дыхание» была статистически значимо выше, чем по другим тестам (в обоих случаях $p < 0,001$). В то же время выявляемость КВАДН по пробе Вальсальвы и по ЭКГ-варианту активной ортостатической пробы статистически значимо не различались между собой ($p > 0,05$).

Максимальное число случаев было оценено в качестве «пограничных» при применении индекса 30/15 – 55 случаев или 39,6% обследованных. При применении индекса Е/І в качестве «пограничных» было оценено 25 случаев (18,0% от общего числа обследованных). Минимальное число «пограничных» случаев было выявлено при применении пробы Вальсальвы и, соответственно оценке величины индекса Вальсальвы: 20 случаев, что составляет 14,4% от общего числа обследованных. Различия в частоте выявляемости «пограничных случаев по ЭКГ-варианту активной ортостатической пробы и другим методам диагностики было статистически значимым (в обоих случаях $p < 0,001$). Различия в выявляемости «пограничных случаев по результатам пробы Вальсальвы и по результатам теста «глубокое дыхание» не были статистически значимы ($p > 0,05$).

Максимальное число случаев «нормы» имело место при применении индекса Вальсальвы: 95 или 68,3%. Минимальное число случаев «нормы» было

выявлено при применении индекса E/I: 50 или 36,0%. При использовании индекса 30/15 68 случаев были оценены как “нормальные”, что составило 48,9% от общего числа обследованных, Различия в выявляемости случаев «нормы» по пробе Вальсальвы и по тесту «глубокое дыхание» были статистически значимы ($p < 0,001$), как и различия в выявляемости «нормы» по результатам пробы Вальсальвы и ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы ($p < 0,001$). Различия в выявляемости “нормы” между тестом “глубокое дыхание” и ЭКГ-вариантом активной ортостатической пробы также были статистически значимы ($p < 0,001$).

В таблице III.1.3. представлены данные по соответствию оценки “нормальных” и “патологических” (КВАДН + “пограничные тесты”) по данным пробы Вальсальвы и теста “глубокое дыхание”.

Таблица III.1.3.

Индекс (+/-)	Глубокое дыхание -	Глубокое дыхание +
Вальсальва -	40	55
Вальсальва +	10	34

Как видно из таблицы III.1.3., результаты тестов были оценены как “нормальные” и по пробе Вальсальвы и по тесту “глубокое дыхание” в 44 случаях. В 55 случаях тесты, оцененные как “нормальные по индексу

Вальсальвы, по индексу E/I оценивались как патологические. В 10 случаях тесты, оцененные как патологические по индексу Вальсальвы получили оценку «норма» по индексу E/I. В 34 случаях “патологические” по данным индекса Вальсальвы случаи оценивались как патологические и по индексу E/I. Таким образом, при сравнении результатов диагностики по пробе Вальсальвы и по тесту “глубокое дыхание” совпадение диагнозов имело место в 74 случаях из 139 (53,2% случаев), а несовпадение диагноза – в 65 случаях из 139 или у 46,8% обследованных.

Использование коэффициента ассоциации для выяснения насколько результаты диагностики по различным тестам соответствуют друг другу показало, что результаты диагностики по данным индекса Вальсальвы и индекса E/I все же следует считать коррелирующими между собой ($p < 0,05$).

В таблице III.1.4. представлены данные по соответствию оценки “нормальных” и “патологических” (КВАДН + “пограничные тесты”) по данным пробы Вальсальвы и теста “глубокое дыхание”.

Таблица III.1.4.

Как видно из таблицы III.1.4., результаты тестов были оценены как “нормальные” и по индексу Вальсальвы и по индексу 30/15 в 52 случаях. В 43 случаях тесты, оцененные как “нормальные по индексу Вальсальвы, по индексу 30/15 оценивались как патологические. В 16 случаях тесты, оцененные как патологические по индексу Вальсальвы получили оценку «норма» по индексу 30/15. В 28 случаях “патологические” по данным индекса Вальсальвы случаи оценивались как патологические и по индексу 30/15. Таким образом, при сравнении результатов диагностики по пробе Вальсальвы и по индексу 30/15 совпадение диагнозов имело место в 80 случаях из 139 (57,6% случаев), а несовпадение диагноза – в 59 случаях из 139 или у 42,4% обследованных. В целом совпадение диагнозов поставленных по двум тестам было выше, чем при сравнении результатов индекса Вальсальвы и индекса E/I. Тем не менее применение коэффициента ассоциации для выяснения насколько результаты диагностики по двум тестам соответствуют друг другу

Индекс (+/-)	30/15 -	30/15 +
Вальсальва -	52	43
Вальсальва +	16	28

показало, что результаты диагностики по данным индекса Вальсальвы и индекса 30/15 статистически значимо не коррелируют между собой ($p > 0,05$).

В таблице III.1.5. представлены данные по соответствию оценки “нормальных” и “патологических” (КВАДН + “пограничные тесты”) по данным теста “глубокое дыхание” и ЭКГ-варианта активной ортостатической пробы.

Таблица III.1.5.

Индекс (+/-)	30/15 -	30/15 +
E/I -	50	0
E/I +	18	71

Как видно из таблицы III.1.5., результаты тестов были оценены как “нормальные” и по индексу E/I и по индексу 30/15 в 50 случаях. Ни в одном

случае тесты, оцененные как “нормальные по индексу E/I, не оценивались как патологические по индексу 30/15. В 18 случаях тесты, оцененные как патологические по индексу E/I получили оценку «норма» по индексу 30/15. В 71 случае “патологические” по данным индекса E/I тесты оценивались как патологические и по индексу 30/15. Таким образом, при сравнении результатов диагностики по E/I и по индексу 30/15 совпадение диагнозов имело место в 121 случае из 139 (87,1% случаев), а несовпадение диагноза – в 18 случаях из 139 или у 12,9% обследованных. Применение коэффициента ассоциации для выяснения насколько результаты диагностики по двум тестам соответствуют друг другу показало, что результаты диагностики по данным индекса E/I и индекса 30/15 статистически значимо коррелируют между собой ($p < 0,001$).

В связи с тем, что, как это было показано выше, результаты диагностики КВАДН по различным теста не всегда совпадают, нами была применена система баллов для оценки результатов тестов для выявления КВАДН. При оценке результатов данного теста как нормальных баллы не присваивались. При «пограничных» значениях результатов теста присваивался 1 балл. При результатах теста, характерных для КВАДН, присваивались 2 балла. Таким образом результаты каждого обследованного больного могли быть оценены как минимум в 0 баллов и как максимум в 6 баллов.

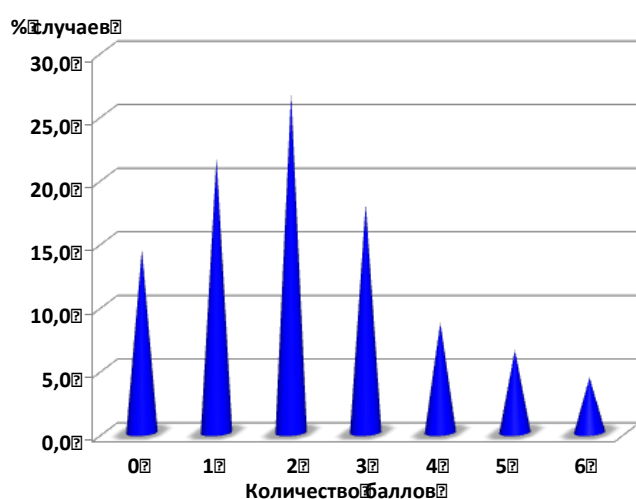


Рис. III.1.1. Частота встречаемости результатов в 0, 1, 2, 3, 4, 5 и 6 баллов среди лиц обследованной популяции больных СД2.

На рис. III.1.1. представлена частота встречаемости результатов в 0, 1, 2, 3, 4, 5 и 6 баллов в обследованной популяции больных СД2.

Как видно из рис. III.1.1., результаты лишь 14,4% обследованных по всем трем индексам оценивались как

“нормальные”. Оценку в 1 балл получили результаты 21,6% обследованных. Оценка “2 балла” имела место у 26,6% больных. У 18 : больных результаты обследования оценивались в 3 балла, у 8,6% - в 4 балла, у 6,5% - в 5 баллов и у 4,3% - в 6 баллов.

Нами было принято решение за случаи КВАДН принимать результаты обследования лишь тех лиц, у которых диагноз, поставленный по данным одного индекса, подтверждался результатами одного или двух других индексов. Так, при количестве баллов 4 возможны следующие варианты:

1. По одному из тестов результаты оценены в 2 балла, а по двум другим – в 1 балл;

2. По одному из тестов результаты оценены в 2 балла, по другому – также в 2 балла, а по третьему – в 0 баллов.

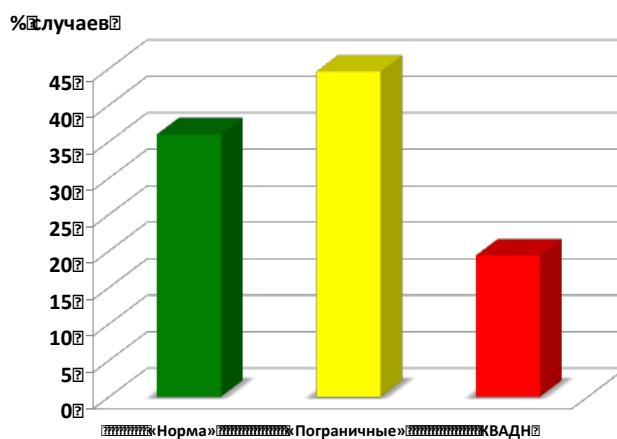
За «нормальные», в соответствии с принятым решением принимали результаты больных, получивших в результате комплексной оценки 0 баллов и 1 балл.

Результаты больных, получивших в результате комплексной оценки 2 и 3 балла оценивались как «пограничные».

На рис. III.1.2. представлены результаты комплексной оценки тестов на КВ АДН у 139 больных СД2.

Рис. III.1.2. Частота встречаемости «нормальных», «пограничных» случаев и КВАДН при комплексной оценке состояния автономной иннервации по трем кардиотестам.

Как видно из рис. III.1.2., проведенное исследование показало, что случаи нормального состояния автономной иннервации имели место у 50 больных (36,0% обследованных). «Пограничные» результаты отмечены у 62 больных (44,6% обследованных). КВАДН была выявлена у 27 больных (19,4% обследованных).



ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Мирзазаде В.А. Автономная диабетическая нейропатия (патогенез, клиника, диагностика, лечение). Дисс. д.м.н. Баку, 1991.
2. Ziegler D., Dannehl K., Mühlen H. et al. Prevalence of cardiovascular autonomic dysfunction assessed by spectral analysis, vector analysis, and standard tests of heart rate variation and blood pressure responses at various stages of diabetic neuropathy. *Diabet Med*, 1992, 9:806-814.
3. Kennedy W.R., Navarro X., Goetz F.C. et al. Effects of pancreatic transplantation on diabetic neuropathy. *N Engl J Med*, 1990, 322:1031-1037.
4. Kennedy W.R., Navarro X., Sutherland D.E. Neuropathy profile of diabetic patients in a pancreas transplantation program. *Neurology*, 1995, 45:773-780.
5. Clarke B.F., Ewing D.J., Campbell I.W. Diabetic autonomic neuropathy. *Diabetologia*, 1979, 17:195-212.
6. Sundkvist G., Almer L.-O., Lilja B. Respiratory influences on heart rate in diabetes mellitus. *Br. Med. J.*, 1979, 1:924-925.

X Ü L A S Ə

II TIP ŞƏKƏRLİ DİABET XƏSTƏLƏRİNDƏ AVTONOM DİABETİK
KARDİONEYROPATİYA

Rüstəmovə N.P., Qurbanov Y.Z., Mirzə-zadə V.A.

Aparılmış elmi tədqiqatın məqsədi 2 tip şəkərli diabet xəstələrində müxtəlif diaqnostik testləri tətbiq etməklə kardiovaskulyar avtonom diabetik neyropatiyanın aşkar edilməsindən ibarət olmuşdur.

Bunun üçün VM Endokrinologiya, Diabet və Metabolizm mərkəzinə müraciət edən 139 2 tip ŞD (87 kişi və 52 qadın) xəstə müayinə edilmişdir. Kardiovaskulyar avtonom diabetik neyropatiyanı diaqnoz üçün EKQ testlər tətbiq edilmişdir. Bunlara Valsalva sınağı, “dərin tənəffüs”, aktiv ortostatik sınaq aiddir. Göstərilən sınaqların hər birinin normal göstəriciləri “0” balla, “sərhəd göstəricisi”- 1 bal və patoloji hal-2 balla qiymətləndirilmişdir. Müayinə olunanların yalnız 14,4% bütün üç indekslərlə “normal” hal kimi qiymətləndirilmişdir. “2” balla qiymətləndirilmə 26,6% xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. 18% xəstələrdə müayinənin nəticələri “3” bal, 8,6% xəstələrdə-“4” bal, 6,5% xəstələrdə-“5” bal və 4,3% xəstələrdə - “6” bal kimi qiymətləndirilib.

Kompleks şəkildə qiymətləndirərkən “normal” göstərici kimi müxtəlif sınaqlar aparılarkən “0” və “1” almış xəstələrin nəticələri nəzərə alındı. Kompleks şəkildə qiymətləndirilmə nəticəsində “2” və “3” bal “sərhəd” göstəricisi kimi qiymətləndirilib. Digər göstəricilər kardiovaskulyar avtonom diabetik neyropatiya üçün səciyyəvidir. 50 xəstədə (müayinə olunanların 36,0%) avtonom innervasiyanın normal olması halı müşahidə olunub. Nəticələrin “sərhəd” göstəriciləri 62 xəstədə (müayinə olunanların 44,6%) müşahidə olunub. Kardiovaskulyar avtonom diabetik neyropatiya (KVADN) 27 xəstədə (müayinə olunanların 19,4%) aşkar olunub.

S U M M A R Y

AUTONOMIC DIABETIC KARDIONEUROPATHY PATIENTS WITH TYPE II
DIABETES.

Rustamova N.R., Qurbanov Y.Z., Mirzazade V.A

The aim of this study was to investigate the detection of cardiovascular autonomous diabetic neuropathy in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM), using a variety of diagnostic tests.

The study involved 139 patients with type 2 diabetes (87 men and 52 women) who applied to the VM Center of Endocrinology, Diabetes and Metabolism. For the diagnosis of cardiovascular autonomous diabetic neuropathy applied ECG tests : Valsalva maneuver , the test "deep breath", the active orthostatic test . Normal results of each of these tests is estimated at 0 points , "borderline" - 1 point , and the pathological - 2 points . The results of only 14.4 % of the patients in all three indices were evaluated as "normal ." Evaluation at 1 point received the results 21.6 % of the patients. Score " 2 points " occurred in 26.6 % of patients. In 18 % of cases the results of the survey were evaluated at 3 points, at 8.6% - 4 points , from 6.5% - 5 points and 4.3% - in 6 points.

An integrated assessment of "normal" we have taken the results of patients treated with the various tests 0 points and 1 point. The results of

patients who have received as a result of a comprehensive evaluation of 2 and 3 points were assessed as "borderline". All the other - as characteristic of cardiovascular autonomous diabetic neuropathy. Cases of the normal state of autonomic innervation occurred in 50 patients (36.0 % of the patients). "Borderline" results were observed in 62 patients (44.6 % of the patients). KVADN was detected in 27 patients (19.4 % of the patients).

ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА НА ДОКЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II

Бахтиярова Л.Б., Эминбейли Х.Р.

Аз.ГИУВ им. А.Алиева, кафедра нефрологии.

Ранние, доклинические стадии диабетической нефропатии (ДН) при сахарном диабете 2 (СД 2) находятся в сфере интенсивных исследований нефрологов всего мира. Одним из перспективных направлений в этом плане является ранняя констатация внутриклубочковой гипертензии методом ультразвукового сканирования с цветным доплеровским картированием внутрипочечного потока. Привлекательность данного метода заключается прежде всего в его неинвазивности, доступности и информативности. Тем не менее, сведения об использовании ультразвукового метода оценки ренальной гемодинамики до настоящего времени весьма ограничены (4, 7, 12, 15): отсутствуют данные о клиническом значении и особенностях доплерографических показателей внутрипочечного кровотока у больных с СД 2 на ранних стадиях почечного поражения. Учитывая вышесказанное, актуальность проблемы изучения внутрипочечной гемодинамики на доклинических стадиях ДН с целью предотвращения нефросклероза становится очевидной. Было обследовано 132 человека, в том числе 102 больных с ранними стадиями ДН, обусловленной СД 2, и 30 практически здоровых лиц. Диагноз СД 2 ставился на основании критериев ВОЗ (1999) (2). Под ранними, доклиническими стадиями, как известно, понимают наличие признаков заболевания, которые могут быть выявлены только с помощью инструментальных, лабораторных методов исследования. По классификации Mogensen С.Е. (1983) к ранним стадиям ДН относят стадии гиперфльтрации, начальных структурных изменений, микроальбуминурии (МАУ).

Обследованные нами больные с СД 2 не предъявляли каких-либо жалоб, самочувствие больных было хорошим, трудоспособность и жизненная активность больных не претерпевала каких-либо существенных изменений, то есть обследованный нами контингент больных был вполне адаптирован к современному ритму жизни. Именно на такой стадии развития СД 2, когда общее состояние больных расценивается, как вполне удовлетворительное, необходимо начинать исследование функционального состояния почек, чтобы «уловить», не пропустить самые ранние признаки почечного страдания. Необходимо отметить, что все обследованные больные были с компенсированными формами диабета. У больных был тщательно собран и изучен анамнез заболевания, проведено стандартное клинико-лабораторное обследование, включающее исследование анализов крови, мочи,

биохимический анализ крови (общий белок, уровень альбуминов, глобулинов, остаточный азот, билирубин, холестерин, триглицериды, мочевая кислота, мочевины, креатинин) С-реактивный белок. Из инструментальных методов исследования применяли электрокардиографию, рентгеноскопию, органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек. Обследованные больные согласно полученным данным были распределены на 3 группы:

1 группу составили больные СД 2 типа с нормоальбуминурией – 42 человека

2 группу составили больные СД 2 типа с микроальбуминурией – 28 человек

3 группу составили больные СД 2 типа с микроальбуминурией и артериальной гипертензией – 32 человека. Изучение почечной гемодинамики ими проводилось с помощью ультразвукового сканера Combizon -320-5 (фирмы Kretztechnik, Австрия) с доплеровской приставкой Doppler-300 и датчиком с частотой в 2,25 МГц для импульсной флоуметрии. Дуплексное сканирование проводили при стандартном, поперечном и продольном положении датчика. Опрашиваемый «объем» устанавливали вблизи ворот почки а также проксимальнее ворот на 1,5-2 см. Пациент располагался на животе и боку. Все исследования проводились натощак. Определялись следующие параметры максимальная скорость кровотока (V_{max}), минимальная скорость кровотока (V_{min}), индекс резистентности (RI), индекс пульсационности (PI). Количественный анализ спектрограммы проводили на экране системы с использованием компьютерных программ. Параметры, характеризующие внутривисцеральную гемодинамику определяли на уровне магистральных и сегментных артерий.

Статистическая обработка проводилась с помощью непараметрических критериев: критерий U для независимых групп при сравнении группы больных и группы здоровых лиц. Как видно из таблицы, показатели внутривисцеральной гемодинамики у больных I группы оказались достоверно отличимы от контрольной группы исследуемых. Так, показатели, характеризующие периферическую сосудистую резистентность, RI и PI, были достоверно сниженными и составили 0,60 ($p < 0,001$); 0,91 ($p < 0,001$) соответственно, а V_{max} была достоверно повышенной и составила 0,89 ($p < 0,001$). Здесь необходимо отметить, что вышеуказанные изменения параметров внутривисцеральной гемодинамики имели место на уровне сегментарной артерии, тогда как на уровне магистральной артерии V_{max} , RI, PI не отличались от контрольных значений и составили здесь 0,62 ($p > 0,05$); 0,93 ($p > 0,05$) соответственно. Процент больных с нарушенными показателями внутривисцеральной гемодинамики составил 64%. Таким образом, у больных с нормоальбуминурической стадией ДН имело место увеличение почечного кровотока при снижении периферической резистентности сосудов. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что имеющаяся в почках гиперфилтрация способствует периферической вазодилатации, что является компенсаторным механизмом, предохраняющим почку от усиленного почечного кровотока.

Показатели, характеризующие ренальную гемодинамику, у больных II группы также достоверно отличались от контроля, причем выявленная картина нарушений в распределении почечного кровотока оказалась прямо противоположной той, которая была выявлена у больных I группы. А именно, V_{max} в этой группе оказалась достоверно сниженной по отношению к контролю и составила здесь 0,89 против 0,97 в контроле ($p < 0,001$), индексы

резистивности и пульсационности, оказались достоверно повышенными по отношению к контрольной группе и составили 0,6; 1,36 соответственно против 0,58; 1,1 соответственно в контроле ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Процент больных с нарушением внутрипочечного распределения крови составил в этой группе – 65,5%. Таким образом, у больных II группы имела место вазоспастическая реакция, в отличие от вазодилатационной реакции, которая имела место у больных I группы. Данные изменения параметров V_{\max} , PI, RI были зафиксированы на уровне сегментарной артерии, тогда как на уровне магистральной почечной артерии вышеуказанные показатели достоверно не отличались от контроля и составили здесь 0,96; 0,57; 1,0 соответственно ($p > 0,05$). Повышение периферической резистивности сосудов при сниженной скорости кровотока можно объяснить с позиций теории саморегуляции почки. То, что почка обладает уникальной способностью саморегулировать почечный кровоток и клубочковую фильтрацию подтверждается многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями (8,9). По всей вероятности, имевшая место у больных I группы периферическая вазодилатация с течением времени под влиянием каких-то факторов перестает выполнять компенсаторную функцию, защищая почку от гиперфильтрации. Возможно, с течением времени в клубочках и интратрениальных сосудах, чему способствуют гипергликемия, происходит гипертрофия, изменение структуры почечных элементов, в том числе почечных сосудов, что приводит к срабатыванию другого компенсаторного механизма почки – открытию шунтов между афферентной и эфферентной артериолами (8, 9). Подключение этого механизма сопровождается снижением почечного кровотока, но одновременно клубочек начинает существовать в условиях ишемии, что усугубляет его склерозирование (3, 8). То есть, у больных II группы по сравнению с I группой функциональное состояние почек ухудшается: появление МАУ свидетельствует об уже имеющихся структурных изменениях как почечных клубочков, также и мезангиума, внутрипочечное распределение крови происходит по типу вазоспастической реакции, которая также приводит к структурным изменениям многих элементов почки, а имеющая место кажущаяся «нормализация» СКФ у данной группы больных объясняется уже начинающимся склерозированием почечной паренхимы. Таким образом, полученные в ходе исследования данные о вазодилатационном типе гемодинамики позволяют сделать вывод о том, что на стадии МАУ у больных СД 2 уже начинаются процессы формирования фиброза. На сегодняшний день роль артериальной гипертензии в развитии и прогрессировании любого почечного заболевания, в том числе и при ДН, не вызывает сомнений и подтверждена в многочисленных крупномасштабных исследованиях (7, 5, 10, 13, 15). В то же время в эти исследования не включались больные с так называемым нормально повышенным АД 130/85 – 139/89 мм.рт.ст. по классификации ВОЗ (1999). Однако доказано, что предупредить прогрессирование сосудистых осложнений при СД возможно только при поддержании уровня АД не более 130/80 мм.рт.ст. (European Diabetes Policy Group, 1998-1999) (12). В III группу исследования были включены больные СД 2 типа с уровнем АД выше, чем 130/80 мм.рт.ст., но ниже, чем 140/90 мм.рт.ст. Показатели внутрипочечной гемодинамики на уровне сегментарных артерий у больных III группы были однонаправленными с такими же показателями у больных II группы, а именно PI; RI оказались повышенными: 0,57; 1,19 соответственно ($p < 0,001$), а V_{\max} – сниженной 0,89 ($p < 0,01$). При этом степень повышения индексов резистивности и пульсационности и

степень снижения V_{max} у больных III группы была выше, чем у больных II группы 0,51; 1,19; 0,89 в III группе против 0,6; 1,36; 0,77 соответственно во II группе; ($p < 0,001$). Показатели внутривисочечной гемодинамики на уровне магистральных артерий у больных III группы в отличие от аналогичных показателей у больных I и II групп были достоверно отличимы от контроля. Так RI и PI оказались повышенными 0,71; 1,01 соответственно ($p < 0,001$), а V_{max} - сниженной 0,89 ($p < 0,001$). Процент больных с вазоспастическим типом гемодинамики у больных III группы составил 78,4%. Системная гипертензия, даже, если она не превышала цифры 140/90 мм.рт.ст., усугубляла периферическую вазоконстрикцию, внутриклубочковую гипертензию у больных III группы. Таким образом, основываясь на данные, полученные в ходе исследования больных III группы, можно говорить о том, что нормально повышенный уровень АД создает благоприятные условия для беспрепятственной передачи (трансмиссии) системной гипертензии на сосуды клубочков. Согласно миогенной гипотезе саморегуляции почечного кровотока при повышении давления в афферентной артериоле растягиваются ее гладкомышечные волокна, что тотчас увеличивает их тонус, возрастает напряжение, сосуд суживается и повышается сопротивление току крови (8, 9). Пожалуй, этот механизм может обеспечивать на какое-то время относительную стабильность кровотока в более мелких периферических сосудах и препятствовать нарастанию внутриклубочковой гипертензии. Именно так можно объяснить повышение резистивности магистральных сосудов почки при относительно сохранной резистивности междольковых (периферических) почечных сосудов, которая имела место у больных III группы и которая действительно может выполнять компенсаторную функцию на данном этапе развития ДН при СД 2 типа. Однако у больных III группы имеет место дисбаланс между вазоконстрикторами и вазодилататорами, отчего сосуды становятся ригидными к воздействию гемодинамического фактора.

Отчасти наши данные согласуются с данными G.M. London и соавт.(10), изучавших структуру и функцию артерий у больных с терминальной почечной недостаточностью (ТПН). Они доказали, что у больных этой категории сосуды подвержены не только атеросклеротическому повреждению, но и неатероматозному ремоделированию, под которым авторы подразумевают нарушение растяжимости, эластичности и податливости артерий при воздействии гемодинамических факторов. О выраженных изменениях функции эндотелия у больных III группы говорит и факт достоверного увеличения у них уровня МАУ в суточной моче.

Таким образом, в ходе нашего исследования у 72% больных были выявлены изменения параметров внутривисочечной гемодинамики. Уже в доальбуминурическую стадию у больных с СД 2 повышается скорость кровотока, которая на начальных этапах компенсируется периферической дилатацией. С появлением же МАУ адаптационные механизмы становятся несостоятельными, тип гемодинамики меняется с вазодилатационного на вазоспастический, который способствует повышению гидростатического внутриклубочкового давления, приводящая в свою очередь, к изменениям структуры базальных мембран капилляров, пролиферации мезангиума, гиперфилтрации почечных сосудов, к открытию шунтов между афферентной и эфферентной артериолами и в итоге – к фокальному и сегментарному гиалинозу (4, 6, 8, 9, 11, 14). С появлением у больного СД 2 нормально повышенного уровня АД тип внутривисочечной гемодинамики сменился с вазодилатационного на вазоспастический, то есть стал по своему

характеру таким же, как у больных с нормоальбуминурией и нормально повышенным уровнем АД. Однако степень выраженности нарушений внутрипочечного распределения крови у гипертензивных больных с МАУ была значительно выше, чем у нормотензивных больных с МАУ. Так, индексы RI; RI в III группе больных были выше, а Vmax – ниже, чем у больных II группы ($p < 0,001$; $p < 0,01$; $p < 0,01$ соответственно). Таким образом, анализ полученных в ходе исследования данных, позволяет настаивать на том, что при СД 2 типа почки активно вовлекаются в патологический процесс уже в самом дебюте заболевания, что появление МАУ или нормально повышенного АД у больного СД 2 типа свидетельствуют уже о далеко зашедшем патологическом процессе в почках, с точки зрения возможности его обратного развития, что значимые изменения функционального состояния почек имеют место уже в доальбуминурическую стадию развития ДН и что дуплерография почечных сосудов является неценным методом диагностики таких нарушений. В связи с этим необходимо сделать следующий вывод: всем больным, у которых выставляется диагноз СД 2 необходимо исследовать почечный кровоток методом доплерографии с измерением таких показателей, как максимальная скорость кровотока, пульсационный индекс, резистентный индекс. Наличие вазодилатации или вазоконстрикции у таких больных является показанием к проведению коррегирующей терапии. Только такой подход к почечным проблемам при СД 2 типа, на наш взгляд, позволит остановить эпидемию ДН в мире на сегодняшний день, только так можно добиться уменьшения экономических затрат, которые испытывают бюджеты развитых стран, безуспешно пытаюсь лечить больных с далеко зашедшими стадиями ДН.

Таблица № 1

Показатели внутрпочечной гемодинамики

показатели	нормативы	I группа (n=42)	II группа (n=28)	III группа (n=32)
RI сегм. арт.	0,58 (0,51-0,64)	0,5 * (0,47-0,55)	0,6 * (0,57-0,68)	0,57 ** (0,51-0,63)
PI сегм.арт.	1,1 (0,6-1,4)	0,72 * (0,5-0,9)	1,36 * (1,1-1,6)	1,19 ** (1,07-1,3)
Vmax сегм.арт.	0,89 (0,83-0,96)	0,95 * (0,89-1,01)	0,77 * (0,73-0,83)	0,89 ** (0,82-0,93)
RI маг.арт.	0,63 (0,57-0,68)	0,60 ** (0,57-0,69)	0,62 ** (0,56-0,68)	0,71 ** (0,66-0,77)
PI маг.арт.	0,94 (0,87-0,99)	0,91 ** (0,83-1,04)	0,93 ** (0,86-0,98)	1,01 ** (0,91-1,06)
Vmax маг.арт.	0,97 (0,93-1,01)	0,96 ** (0,92-1,0)	0,98 ** (0,94-1,02)	0,89 ** (0,81-0,95)

* $p < 0,001$ ** $p > 0,05$ **ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:**

1. Агапов Е.Г., Лучанинова В.Н. Влияние оксида азота на функционирование гломерулярного мезангиума и его значение в патогенезе гломерулонефрита. //Нефрология, 2002, Т.6, №1. с. 23-27
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его сосудистых осложнений (руководство для врачей)// Медицина-Москва-2005, с. 511
3. Дадова Л.В. Клиническое значение ультразвуковых доплерографических методов исследования у больных атеросклерозом различных сосудистых бассейнов и сахарным диабетом 2 типа. //Диссертация доктора медицинских наук. //Москва. 2008, 321 с.
4. Карпов Р.С., Кошельская О.А. Особенности внутрпочечного кровотока у больных СД 2 типа и артериальной гипертензией в доклинической стадии нефроангиопатии. Сахарный диабет, //№3, 2001, с. 35-39

5. Карпов Ю.А. предупреждение макрососудистых осложнений у больных сахарным диабетом с артериальной гипертензией. //РМЖ, Т.11, №27, 2003. с. 23-27
6. Комитет экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. //Российские рекомендации (третий пересмотр). М., 2008
7. Кузмин О.Б., Пугаева М.О. Почечные механизмы нефрогенной артериальной гипертензии. // Нефрология. 2008, Т.12, №2. с. 39-46
8. Пермитина В.М., Белоусов Ю.В. Возможности ультразвукового метода исследования в выявлении диабетического поражения почек у детей и подростков. //Эхография: Научно-практический медицинский журнал. Т.4, №2, 2003, с. 159-164
9. Сивоус Г.И., Труфанова А.В., Пыков М.И. Ультразвуковое исследование почечного кровотока у детей и подростков с диабетической нефропатией. //Журнал «Ультразвуковая и функциональная диагностика», №4, 2003, с. 60-66
10. Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия: фатальное или предотвратимое осложнение? //Русский медицинский журнал: независимое издание для практикующих врачей, Т.9, №24, 2001, с. 1095-1096
11. Шулутко Б.И. Нефрология, 2002. с. 780
12. Felix I Tellez-Avila, Francisco Sanchez-Avila. Prevalence of metabolic syndrome, obesity and diabetes type 2 in cryptogenic cirrhosis. //World J Gastroenterol 2008.
13. Mary Burden, RGN, MPH and A.C.Burden, MD, FRCP. Blood Pressure and the U.K. Prospective Diabetes Study. //American diabetes Association, 2001.
14. Mogensen CE, William F. Keane, Peter H. Bennett. Предупреждение диабетического поражения почек путем тщательного контроля микроальбуминурии. Prevention of diabetic renal disease with special reference to microalbuminuria. //РМЖ, Т.3, №5, 1996, с. 15-19
15. Ralph Rabkin, MD. Diabetic Nephropathy. //Clin Cornerstone 5(2):1-11, 2003.

SUMMARY

INTRARENAL HEMODINAMIC IN PATIENTS WITH PRECLINICAL STAGES OF DIABETIC NEPHROPATHY WITH TYPE II DIABETS

Baktiyarova L.B., Eminbayli Kh.R.

Department of Nefrology, Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Baku

Summary. Early stages of diabetic nephropathy due to type 2 diabetes not been adequately studied. But we know that early detection of diabetic nephropathy in type 2 diabetes is a radical method to prevent irreversible renal changes in these patients. Review of literature data proves conclusively that the only method that would help stop a silent epidemic of diabetic nephropathy due to type 2 diabetes – is an intensive treatment for pre-clinical stages of diabetic renal disease.

ORTA ÜMUMTƏHSİL MƏKTƏBLƏRİNİN MÜXTƏLİF YAŞLI ŞAĞİRDƏLƏRİNİN PSİXİ İNKİŞAFININ GİGİYENİK QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

Balayeva Ş.M., Süleymanzadə N.Q., Həsənova S.A., İsmayılova Z.Q.

Uşaq və yeniyetmələr gigiyenası, əmək gigiyenası kafedrası.

Ətraf mühit amillərinin sağlamlığa təsirini qiymətləndirərkən riyazi üsulların tətbiqi, uşaq kollektivlərinin və ayrı-ayrı fərdlərin sağlamlıq vəziyyətlərini qiymətləndirməyə imkan verir. Kütləvi müayinələr zamanı fiziki (somatik) sağlamlıq

vəziyyətini qiymətləndirmək üçün müxtəlif müayinə üsulları işlənib hazırlanmış, sınaqdan keçirilmiş və müvafiq metodik tövsiyələr tərtib edilmişdir. Son zamanlar uşaq əhalisinin psixi sağlamlığının pisləşməsi, çox saylı xəstəliközü və aralıq vəziyyətlərin yaranması, bu sahədə analoji axtarışların aparılmasını tələb edir.

Hazırda psixi sağlamlıq səviyyəsini qiymətləndirmək üçün sağlamlıq qruplarından istifadə edilir.

1-ci qrupa tam sağlam, optimal uyğunlaşa bilən, psixi xəstəlikləri və normadan kənara çıxmaları olmayan, psixi inkişaf yaşlarına uyğun və harmonik olan uşaqlar daxildir. Bunların əqli iş qabiliyyəti yüksək və ya ortadır, emosional vəziyyəti müsbətdir.

2-ci qrupa bəzi funksional dəyişiklikləri müxtəlif intensivlikli, müsbət dinamikalı uşaqlar daxildir. Belə uşaqların psixi inkişafı yaşa uyğun, harmonik və ya xasiyyətlərində ictimai uyğunlaşmanı gərginləşdirə bilən cüzi aksentuasiyaları ilə səciyyələnilir.

3-cü qrupa intellekti səciyyələndirən bəzi göstəriciləri aşağı səviyyədə olan, şəxsiyyət keyfiyyətlərinin premorbid (xəstəliközü) vəziyyəti hesabına disharmonik inkişafı, əqli iş qabiliyyəti orta və ya aşağı səviyyədə, emosional vəziyyəti aşağı olan uşaqlar aiddir.

4-cü qrupa psixi xəstəlikləri subkompensə mərhələsində olan uşaqlar daxildir. Onların uyğunlaşma mexanizmləri pozulmuş, əqli inkişafı geri qalmış, psixopatiyalar hesabına disharmonikdir. Əqli iş qabiliyyətləri və emosional vəziyyətləri aşağıdır.

5-ci qrupa dekompensasiya mərhələsində olan xəstələr daxildir. Onların uyğunlaşma mexanizmləri sıradan çıxmış, əqli inkişafı kəskin geri qalmışdır. Əqli iş qabiliyyətləri çox aşağı olub, emosional vəziyyətində patoloji dəyişikliklər mövcud olur.

Təsnifatdan göründüyü kimi, uşaqların psixi sağlamlıq qruplarını təyin etmək üçün klinik müayinələrlə yanaşı psixi inkişafın harmonikliyi və yaşa uyğunluğu, zehni iş qabiliyyəti, emosional vəziyyəti müayinə olunmalıdır.

Uşaq və yeniyetmələrin psixi inkişafın harmonikliyi (intellektual inkişafın yaşa uyğunluğu) şəxsiyyət sorğuları (Ayzenk, Kettel, Leçko) vasitəsi ilə təyin edilir. Əqli iş qabiliyyəti- psixikanın və mərkəzi sini sisteminin funksional vəziyyətinin integral göstəricilərini təyin etmək üçün korrektor cədvəllərindən istifadə olunur. Emosional vəziyyət kiçik yaşlı uşaqlarda Lyuşerin rəng seçimi testi, yeniyetmələrdə isə standartlaşdırılmış fəallıq, hal, əhval (FHƏ), sorğu cədvəli vasitəsi ilə təyin edilir.

Uşaq və yeniyetmələrin psixi və fiziki inkişafının, əqli iş qabiliyyətinin və emosional vəziyyətinin harmonikliyinə qiymətləndirmək üçün biz Bakı şəhərinin bir sıra ümumtəhsil məktəblərində müxtəlif yaşlı şagirdlər arasında müayinələr apardıq. Müayinələrdə 400 məktəbli əhatə olunmuşdur.

Kettel sorğusu psixi xəstəliklərin inkişafında psixoloji risk amilinə aid olan xasiyyətin bəzi cizgilərini qabarıq aşkar etməyə imkan verir. Müayinə zamanı şagirdlərə suallar bir-bir oxunur və cavablar müayinə protokolu qeyd olunur. Sorğu qurtarandan sonra cavablar açar ilə müqayisə edilir və balla qiymətləndirilir. Apardığımız müayinələrin təhlili göstərdi ki, kiçik yaşlı məktəblilərin 27,8%-də hərəkət narahatlığı, diqqətin yayınması, fikrini cəmləşdirə bilməmək, yüksək həyəcanlılıq əlamətləri vardır.

Müayinə etdiyimiz ibtidai sinif şagirdlərinin 42,3%-də Kettel sorğusunun O və Q4 şkalalarında yüksək, C şkalasında aşağı göstəricilər aşkar edilmişdir. Bu, belə uşaqlarda dezadaptasiyanın əmələ gəlməsinə, emosional gərginliyin yaranmasına dəlalət edir. Bu məktəblilər məktəb psixoloquna müayinəyə göndərildi.

Yuxarı sinif şagirdləri ilə aparılan Kettel sorğusu nəticələri təhlili göstərdi ki, ümumiyyətlə yeniyetmələrin 83,8%-də psixi inkişaf yaşa uyğun və harmonikdir. 11-ci sinif şagirdlərinin 54,6%-də gərginlik, həyəcanlılıq əlamətləri aşkar edildi ki, bu da onların buraxılış sinfi olmaları, qarşıda çətinliklərlə üzləşəcəkləri səbəbindən olması güman edilə bilər.

Lüşerin rəng seçimi sinir-psixiki sahənin əsas funksional göstəricilərindən birinin- emosional vəziyyətin (stress vəziyyətinin) diaqnostikası üçün istifadə edilir. Testin aparılması 8 müxtəlif rəngin seçilib düzülməsinə əsaslanır. Alınan nəticələr protokolda qeyd olunur və buna əsasən stress göstəricisi- "C" hesablanır. Əgər "C">15,0 olarsa, stress vəziyyəti hesab edilir və uşaq risk qrupuna (2-ci ; psixi sağlamlıq qrupu) aid olunur. Lüşerin rəng seçimi testini biz 1-ci sinif şagirdləri arasında apardıq. Bu zaman 51% uşaqda stress vəziyyəti aşkar olunmuşdur. Bu onu göstərdi ki, uşaqların məktəbə daxil olması onların yaşayış tərzində xeyli dəyişiklikləri əmələ gətirir, bu da orqanizm qarşısında yüksək tələblər qoyur. Məktəb şəraitinə uyğunlaşma orqanizmin fizioloji funksiyaların gərginləşməsinə səbəb olur.

Fəallıq, hal, əhval (FHƏ) testi məktəblilərin orqanizminin funksional vəziyyətini subyektiv olaraq qiymətləndirir. Bu testi biz 14 yaşdan etibarən istifadə etdik. Cavablar balla qiymətləndirilir. Hesablanmalar aparıldıqda "özümü hiss etmə", "fəallıq", "əhval" kateqoriyalar təyin olunur. Fəallıq, hal, əhval (FHƏ) testini keçirdikdə 11-ci sinif şagirdlərinin 35% "özünü hiss etmə" kateqoriyasında cavablar 2,5-4 bal təşkil etdi ki, bu da normadan aşağıdır. "Əhval" 42% şagirdlərdə 1,8-3,2 bal təşkil etdi, bu göstərici də normadan xeyli aşağı sayılır. "Fəallıq"- bütün siniflərdə eyni "norma" səviyyəsində olmuşdur. 8-10-cu sinif şagirdləri arasında "özünü hiss etmə" və "əhval" göstəriciləri 82% hallarda "normal", 18%-də isə normadan bir qədər aşağı olub, 3-3,5 ball təşkil etmişdir.

Psixi inkişafına görə ümumi müayinə olunan uşaqların 47,4% I qrup, 45,9% isə II qrup uşaqlar təşkil edir. 6,77% uşaqda isə psixi inkişafın geri qalması müəyyən edilmişdir. Ümumiyyətlə, normal fiziki inkişafı uşaqların 98,8%-ni psixiki inkişafına görə tam sağlam uşaqlar təşkil edir.

Məktəblilərdə fiziki inkişafın öyrənilməsi göstərdi ki, normal fiziki inkişafı uşaqlar 68,4% təşkil edir. Uşaqlar arasında fiziki inkişafın normadan kənara çıxmalarından çəki defisiti və alçaqboyluluq rast gəlir ki, bu da hər iki halda 15,8% təşkil edir. Ümumiyyətlə, normal fiziki inkişafı uşaqların 69,2%-ni psixi inkişafına görə tam sağlam uşaqlar təşkil edir.

Beləliklə, apardığımız tədqiqatların nəticəsi göstərdi ki, müayinə olunan məktəblilərin 31,6%-də fiziki, psixi inkişafındakı çatışmazlığı ilə əlaqədar məktəb dezadaptasiyasının baş vermə ehtimalı yüksəkdir. Bununla əlaqədar olaraq nəinki məktəbə hazırlıq dövründə, həmçinin tədris prosesində, xüsusilə də I və XI siniflərdə psixi-gigiyenik nəzarətin təşkili və müvafiq tibbi-pedaqoji sağlamlaşdırıcı tədbirlərin aparılması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Balayeva Ş.M. Uşaq və yeniyetmələrin psixi sağlamlığının gigiyenik qiymətləndirilməsi üsulları. // Bakı, 2005. 29 səh
2. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и в патологии. // М.: МЕД пресс-информ, 2003.с.368
3. Доскин В.А., Келлер Х., Мураенка Н.Н., Тонкова-Ямпольская Р.В. // Морфо-функциональные константы детского организма. М. 1997
4. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы. М. 1993

SUMMARY

HYGIENIC TEST OF THE PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF THE STUDENTS OF DIFFERENT AGES OF THE SECONDARY SCHOOLS.

Balayeva SH.M., Suleymanzade N.Q., Hasanova S.A., Ismaylova Z.Q.
The hygiene of children and teenagers, labor hygienic department

Recently, the deterioration of children's psychological health, the arising of predeceases and intermediate positions requires analogical researches on this branch.

In order to evaluate the psychological health level of the students are created healthy groups.

Some tests were held among the students of different ages of some Baku secondary schools for evaluating the children's and teenagers' psychological and physical development, the harmony of their mental ability, their emotional features.

The results of the holding tests proves that 27,8% of junior students have the symptoms of not concentrating their attention, have the high level of excitement, the exciting behavior. It was found out that 42,3% of testifying junior students have the symptoms of disadaptation, emotional intension. The psychological development of 83,8% of testifying teenagers is appropriate for their ages. 54,6% of the students have the symptoms of excitement, intension. 51% of the former students (1 form) have the stress symptoms according to the psychological development.

According to the psychological test 47,7% of the testifying students are considered to be the I group, 45,9% are considered to be the II group. It was found out that 6,77% of the children are fallen back for their ages. So, not only at the preparation period for school, but also during the whole school year especially in the 1 and 11 form it is important to arrange the controlling of psychological-hygienic appropriate medical pedagogical healthy event.

YENİDOĞULANLARDA PROBIOTİKLƏRİN ANADANGƏLMƏ BAĞIRSAQ İMMUNITETİNİN SƏVIYYƏSİNƏ TƏSİRİ.

Hacıyeva A.S.

K.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu.

Son illər gastroenterologiyada anadangəlmə immun sistemin sağlam və xəstə orqanizmdəki rolunun öyrənilməsinə böyük əhəmiyyət verilir və bu aspektdə tədqiqat işləri aparılır. Məlumdur ki, mədə-bağirsaq traktı selikli qişasının səthi daimi müxtəlif potensial patogen mikroorqanizmlərlə təmasda olur və anadangəlmə antimikrob sistemi ilə müdafiə olunur. Bu sistem epitelial baryer funksiyasını yerinə yetirən çoxsaylı peptidlərdən təşkil olunmuşdur [1, 2].

Antimikrob peptidlərin geniş spektrli müdafiə mexanizminə malik nümayəndəsi olan defensinlər insan bədəninin bütün səthlərində, həmçinin neytrofil, monosit və limfositlərdə lokalizə olunur. Defensinlər kiçik kation aktiv peptidlər olub arginin, sisteinlə zəngindir. Defensinlər qram-mənfi və qram müsbət bakteriyalara, göbələklərə qarşı antimikrob fəallığı ilə yanaşı qişalı virusların inkişafının qarşısını alır [3,4].

Müəyyən edilmişdir ki, bağırsağ selikli qişasının müxtəlif mikrob və molekulyar strukturlara qarşı ekspressiyası anadangəlmə immunitetin

induksiyası və antimikrob peptidlərin stimulyasiyasına səbəb olur [5,6]. Defensinlərin artması kəskin bağırsağ disfunksiyası zamanı selikli qişanın andangəlmə müdafiəsinin aktivləşməsini göstərir. Ədəbiyyatda defensinlərin mühüm sinfi olan β -defensin-2-nin [HBD-2] klinik informativliyi haqqında məlumatlar tək-təkdir [7,8].

Yenidoğulanlarda β -defensinin ekspressiyası haqqında F.Campeotto və həm tədqiqat işi istisna olmaqla heç bir ədəbiyyat məlumatı yoxdur.

Perinatal asfiksiya keçirmiş yenidoğulanlarda mədə - bağırsağ traktı tərəfindən müxtəlif antigenlərə qarşı cavab reaksiyalarının xüsusiyyətləri kifayət qədər öyrənilməmişdir; bu kontingent yenidoğulanlarda bağırsağın müdafiə sisteminin vəziyyəti, lokal müdafiədə antimikrob peptidlərin, xüsusilə fekal β -defensinlərin səviyyəsi öyrənilməmiş qalır. Sonuncunun laktoral fonunda dinamikada öyrənilməsi xüsusi maraq doğurur.

Tədqiqatın məqsədi perinatal asfiksiya keçirmiş yenidoğulanlarda laktoral fonunda fekal β -defensin-2-nin [HBD-2] səviyyəsini öyrənməkdən ibarətdir.

Müayinənin material və metodları. Tədqiqata 86 yenidoğulan uşaq cəlb edilmişdir. Onların 60-ı perinatal asfiksiya keçirmiş (əsas qrup), 26-ı (14 vaxtıdan əvvəl doğulan, 12 vaxtında doğulan) sağlam yenidoğulanlar nəzarət qrupunu təşkil etmişdir. Əsas qrupa daxil olan uşaqlarda MSS-nin struktur patologiyası [hipoksik-işemik, hipoksik-hemorragik zədələnmələr], ilə yanaşı bağırsağ disfunksiyası [intestinal distres] qeyd edilmişdir. MSS-nin struktur patologiyası fonunda bağırsağ disfunksiyası olanların 32-i vaxtıdan əvvəl doğulmuş [30-37 hestasiya həftəsi], 28-i vaxtında doğulmuşdur [38-40 hestasiya həftəsi].

Perinatal asfiksiya UST-nin [2007] aşağıdakı kriteriyalarına əsasən müəyyən edilmişdir.

- Apkar şkalası ilə 5-ci dərəcədə 0-3 bal,
- Göbək ciyəsinin arterial qanında metabolik asidoz [pH < 7,0],
- Yenidoğulanların ensefalopatiyası [qıcolma, hipoksiya və s. sindromlar],
- Poliyorqan zədələnmələrinin əlamətləri.

Yenidoğulanlarda müəyyən edilmiş poliorqan zədələnmələrinin ağırlığı NEOMOD şkalasına əsasən təyin edilmişdir.

Tədqiqata xromosom anomaliyası olan, neonatal dövrdə letallıqla nəticələnən uşaqlar daxil edilməmişdir.

Tədqiqat 3 mərhələdə yerinə yetirilmişdir. 1-ci mərhələdə sağlam yenidoğulanlarda [nəzarət qrupu] erkən neonatal adaptasiyanın klinik xüsusiyyətləri və β -defensin-2-nin kinetikasi öyrənilmişdir. Sağlam və ya şərti sağlam yenidoğulanlar Apkar şkalası ilə 6-8 bal qiymətində doğulmuş, onların hestasiya yaşı 32-40 həftə, bədən kütləsi 1800-4600q arasında tərəddüd etmişdir. 2-ci mərhələdə intestinal distres sindromu olan yenidoğulanlarda [əsas qrup]

HBD-2-nin konsentrasiyası tədqiq edilmişdir.

3-cü mərhələdə əsas qrup yenidoğulanlarda laktoralın antimikrob peptidin ekskresiyasına təsiri öyrənilmişdir. Müalicənin xarakterindən asılı olaraq əsas qrup yenidoğulanlar 2 yarımqrupa bölünmüşdür. A-yarımqrupuna bazis terapiya alan 26, B-yarımqrupuna bazis terapiya + laktoral alan 34 yenidoğulan [6 vaxtıdan əvvəl və 28 vaxtında doğulanlar] aid edilmişdir. Laktoral yarım paket gündə bir dəfə 10 gün müddətində 3-5-ci gündən başlayaraq təyin edilmişdir.

Müayinə üçün nəcis uşağın həyatının 3, 7, 15 və 30-cu günləri götürülmüşdür. İmmunferment analizi β -defensin-2 üçün xüsusi [ELİSA Kit İmmundiaqnostik, Bensheim, Germany] dəst ilə aparılmışdır. Fekal sınaqları 1:50 nisbətində ekstraksiyon buferdə durulaşdırılmışdır; homogenizasiya sentrifüqasiya edildikdən sonra həlledici buferdə həll edilmiş, mikropləştdə yerləşdirilmiş və

HBD-2 üçün xarakterik antitellərlə örtülmüşdür. Nəticə miqdarı nq/q-la hesablanmışdır.

Statistik analiz qeyri –parametrik üsullardan [Manna- Uitni, Vilkoksan testləri, Spirmen korrelyasiyası] istifadə etməklə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Sağlam yenidoğulanlarda [nəzarət qrupu] klinik adaptasiya qənaətbəxş olmuşdur. Belə ki, ilkin bədən kütləsinin itirilməsi 4-10% arasında olmuş və 7-12-ci gün bərpa olmuş, göbək ciyəsi qalığı 3-5-ci gün düşmüşdür, fizioloji sarılıq 6[23%] uşaqda qeyd edilmiş, tənəffüs, ürək-damar, sinir sisteminin adaptasiyasında qabarıq kənaracımalar qeyd edilməmişdir. Bütün qeyd olunanlar bu yenidoğulanların sağlam uşaq və nəzarət qrupu kimi götürməyi şərtləndirmişdir.

2-ci mərhələdə əsas qrupa daxil olan yenidoğulanlarda HBD-2 neonatal dövrün dinamikasında tədqiq edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, həm vaxtında və həm də vaxtıdan əvvəl doğulmuş uşaqlarda HBD-2-nin konsentrasiyası neonatal dövrün dinamikasında [3, 7, 15, 30-cu gün] nəzarət qrupunun eyni adlı göstəricilərindən dürüst yüksək olur, daha qabarıq fərq 3-cü gün qeyd edilir [cədvəl 1]

Cədvəl № 1.

Yenidoğulanlarda β -defensinin səviyyəsi

Qruplar		Göstəricilər					
		Hestayi sa yası, həftə	Çəkisi, q	β -defensin			
				3 gün	7 gün	15 gün	30 gün
Vaxtıdan əvvəl doğulanlar	Nəzarət qrupu n=14	35,7±1,1 (30-37)	2071,4±83,7 (1400-2400)	40,4±4,8 (16,2-54,4)	39,1±4,6 (16,1-51,9)	34,2±3,5 (16-46,9)	28,2±3,1 (15,6-39,2)
	Əsas qrup n=32	35,8±0,7 (30-37)	2080,0±156,0 (4260-2200)	116,4±18,0** (25,5-250)	94,5±13,2** (42,5-189)	82,6±11,4** (28-172)	65,2±9,6* (24,2-156)
Vaxtında doğulanlar	Nəzarət qrupu n=12	39,2±0,3 (38-40)	3433,3±155,5 (3000-4600)	44,6±5,7 (18,6-72,2)	42,1±5,5 (17,7-67,2)	37,5±5,1 (16,9-65,5)	33,0±4,8 (15,4-60,9)
	Əsas qrup n=28	38,8±0,1 (38-40)	3280,4±85,0 (2680-3890)	109,5±12,5** (20,1-265)	86,4±9,8* (15,8-241)	75,6±8,4* (15,2-229)	70,6±8,1* (15,6-201)

Qeyd: nəzarət qrupu göstəriciləri ilə müqayisədə dürüstlük: *- $p < 0,05$, **- $p < 0,01$

Fərdi prospektiv analiz nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, HBD-2-nin konsentrasiyası vaxtıdan əvvəl doğulmuş uşaqlarda 3-cü gün 250nq/q, 7-ci gün 188nq/q, 15-ci gün 172,0 nq/q, 30cu gün 156,0 nq/q-dan çox olduqda; vaxtında doğulanlarda 3-cü gün 265nq/q-dan, 7-ci gün 241nq/q-dan, 15-ci gün 229nq/q-dan, 30-cu gün 201ng-dan çox olduqda nekrotik enterokolitin inkişaf riski böyükdür. Tədqiqatın 3-cü mərhələsində əsas qrup yenidoğulanlarda MSS-nin struktur patologiyası fonunda intestinal distres sindromu inkişaf etmiş uşaqlarda müalicənin səmərəliliyi qiymətləndirilmişdir.

Probiotiklərin antimikrob peptidlərin ekspresiyasına stimuləedici təsirini nəzərə alıb laktoral fonunda HBD-2-nin dinamikada səviyyəsi öyrənilmişdir. Nəticələr 2-cü cədvəldə verilmişdir.

Laktoral fonunda HBD-2-nin dinamikası

Qruplar		β-defensin			
		H ə y a t ı n g ü n l ə r i			
		3 gün	7 gün	15 gün	30 gün
Əsas qrup (n=60)	A yarımqrupu (n=26)	104,2±12,8** (21,5-256)	89,8 ± 9,6** (16,2-238)	78,9±9,2** (14,4 - 235)	74,0±7,6** (121,9-231)
	B yarımqrupu (n=34)	102,4±11,4** 20,8-249	84,5 ±8,8** 18,0-225	69,1±7,6* 16,4-96,8	42,5±5,4 16,0-72,5
Nəzarət qrupu (n=16)		42,8±3,8 (16,2-72,2)	40,8±3,6 (16,1-67,2)	36,0±3,2 (16,0-65,5)	30,9±3,0 (15,4-60,9)

Nəzarət qrupu göstəriciləri ilə müqayisədə dürüstlük; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Müəyyən edilmişdir ki, B yarımqrupuna daxil olan yenidoğulanların (laktoral alan) 1-də (2,9%), A yarımqrupuna daxil olan yenidoğulanların (laktoral olmayan) 3-də (11,5%) NEK inkişaf etmişdir. Göstərilən klinik nəticələr laktoral fonunda β-defensin-2-nin neonatal dövrün sonu –30-cu gün normallaşması ilə müşahidə edilmişdir (cədvəl-2). Qeyd etmək lazımdır ki, laktoralın belə farmokoloji səmərəliliyi onun tərkibinə daxil olan bakteriyaların bağırsağın təbii müdafiə baryerinin fəaliyyətinin artırması, xüsusilə antimikrob peptidin- HBD-2-nin səviyyəsinin normallaşması ilə müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, perinatal asfiksiya keçirmiş yenidoğulanlarda fekal β-defensin-2-nin dinamikada təyin edilməsi praktik həkimə onun klinik təcrübəsindən asılı olmayaraq nekrotik enterokolitin inkişafının başlanğıc mərhələsində aşkar etməklə diaqnozunun qoyulmasına və müalicəsini vaxtında başlamağa kömək edir.

Intestinal distress sindromu olan yenidoğulanlarda kompleks müalicəyə laktoralın əlavə edilməsi klinik yaxşılaşma ilə bərabər fekal β-defensin-2-nin səviyyəsinin normallaşmasına səbəb olur. Sonuncu effekt laktoralın antimikrob təsirinə malik olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Buhimschi CS, Dulay AT, Abdel-Razeq S, et al. Fetal inflammatory response in women with proteomic biomarkers characteristic of intra-amniotic inflammation and preterm birth. // B JOG. 2009 Jan;116(2):257-67
2. Kai-Larsen Y., Bergsson G., Gudmundsson G.H., et al. Antimicrobial components of the neonatal gut affected upon colonization. //Pediatr Res 2007; 61: 530–536.
3. Mondel M., Schroeder B.O., Zimmermann K., et al. //Probiotic E.Coli treatment mediates antimicrobial human -defensin synthesis and fecal excretion in humans. //Mucosal Immunol 2009; 2: 166–172.
4. Kapel N., Benahmed N., Morali A., et al. Fecal -defensin-2 in children with inflammatory bowel diseases. // J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48: 117–120.
5. Challis J.R., Smith S.K. Fetal endocrine signals and preterm labor Biol Neonate. 2001;79(3-4): 163-7
6. Zanetti, M. Cathelicidins, multifunctional peptides of the innate immunity. J. Leukoc. Biol.2004; 75 39-48(175) Zasloff M. Antimicrobial peptides of multicellular organisms. // Nature. 2002. Jan 24;415(6870):389-95
7. Liu L, Wang L, Jia HP, et al. (1999). "Structure and mapping of the human beta-defensin HBD-2 gene and its expression at sites of inflammation." //Gene 222 (2): 237–44.
8. Takahashi A, Wada A, Ogushi K, et al. (2001). "Production of beta-defensin-2 by human colonic epithelial cells induced by Salmonella enteritidis flagella filament structural protein." //FEBS Lett. 508 (3): 484–8.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF PROBIOTICS IN NEWBORNS TO THE LEVEL OF CONGENITAL INTESTINAL IMMUNITY

Hajiyeva A.S.

Scientific-Research Pediatrics Institute named after K.Farajova.

The aim of research is to learn the level of fecal β -defensin-2 in lactoral background in newborns underwent to perinatal asphyxia.

86 newborn infants were drawn to research. 60 of them underwent to perinatal asphyxia (main group), 26 were included to healthy newborn control group (14 were born prematurely, 12 were born in time]. Structural pathology of CNS, also intestinal dysfunction was observed in children entered into main group.

Research was conducted in 3 stages. Clinic characteristics of early neonatal adaptation in healthy newborns and kinetics of β -defensin-2 was learned at the 1st stage. HBD-2 in newborns entered into main group was investigated in dynamics of neonatal period in the 2nd stage. The influence of lactoral in main group newborns to excretion of antimicrobial peptide was learned in the 3rd stage.

It was determined in the result of individual prospective analysis that, if concentration of HBD-2 is 250ng/g for 3rd day, 188ng/g for 7th day, 172,0 ng/g for 15th day and more than 156,0 ng/g for 30th day in infants born prematurely; if more than 265ng/g for 3rd day, 241ng/g for 7th day, 229ng/g for 15th day, 201ng/g for 30th day in infants born in time, the risk of development of necrotizing enterocolitis is high..

Addition of lactoral to complex treatment in newborns having proper intestinal distress syndrome causes to normalization of the level of fecal β -defensin-2 with clinical improvement.

**MÜXTƏLİF MATERIALLARDAN HAZIRLANMIŞ HİSSƏVİ ÇIXAN
PROTEZLƏRİN TƏTBİQİ ZAMANI AĞIZ BOSLUGUNUN
VƏZİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ****Şahmuradov R.R., Mehmani I.H.*****Ortopedik Stomatologiya kafedrası.***

Müxtəlif ədəbiyyat məlumatlarına əsasən çıxan protez istifadə edən şəxslərin təqribən 65%-də selikli qışada dəyişikliklər müşahidə olunur. Ağız boşluğunun protez yatağının xroniki iltihabı prosesi anqulyar xeylilər, lichen planus, dişətinin fibromatozu və s. formada təzahür oluna bilər. Çıxan protezlərin istifadəsi zamanı travmatik, toksiki, toksiki-allergik stomaitlər və qlossalgiyalar kimi hallar təzahür olunur. Hissəvi çıxan akril protezlərin tətbiqi zamanı ağızda itirilməmiş dişlərin ətində 99% hallarda kataral gingivit və 19% hallarda isə protezin altında lokal hiperemiyalı selikli qışa sahələri müşahidə olunmuşdur. Hissəvi çıxan protez istifadəçilərinin isə qalmış dişlərində 77% hallarda parodont patologiyalarına rast gəlinir. Jorgensonun araşdırması zamanı çıxan protezin tətbiqindən 3-7 gün keçdiyi müddətdə epitelin bazal qatında dəyişiklik olmur və o normal şəxslərdən fərqlənmir. Protezin istifadəsinin 6 aylığında isə protez yatağında sadə leykoplagiya inkişaf edə, parakeratoz, epitelin deskvamasiyası

müşahidə oluna bilər (1.2.3.4). Protez yatağının patologiyalarının yaranmasında travmatik, termiki, toksiki və allergik amillər rol oynayır, lakin yaranmış patologiyaların yaranmasında hansı amilin dominant olduğunu müəyyənləşdirmək bəzən çətinlik törədir. Düzgün hazırlanmamış akril protez bazisi özündən daima monomerlər ifraz edərək protez yatağının yumşaq toxumalarını qıcıqlandıraraq toksiki-allergik reaksiyalara gətirib-çıxarır. Ədəbiyyat məlumatlarını analiz etdikdə bəlli olur ki, yaşı 16-dan az olan uşaqlarda akril tərkibli ortodontik protezlər və aparatlar tətbiq edilərkən daha çox toksiki-allergik reaksiyalar baş verir (5.6.7). Diş əti də selikli qişa kimi orqanizmdə baş verən bir çox dəyişikliklərin ağız boşluğunda təzahürünün obyektidir. Protezləmə zamanı ağız boşluğunda qalan dişlərin diş ətləri müxtəlif dəyişikliklərə məruz qalır. Akril protezlərin tətbiqi zamanı baş verən gingivitlər çox vaxt klammerlər təmas edən dayaq dişlərinə travma və protezin bazisinin diş ətlərinə selikli qişada olduğu kimi allergik və toksiki təsirləri ilə əlaqədar yarana bilər. Diş ətlərinin dəyişikliklərinin meydana çıxmasında əsas amillərdən biri də ağız boşluğunun toxumalarının yerli müdafiə, antioksidant və mikrobiosenozunun dəyişilməsidir. Ağız boşluğunun yerli müdafiə yaxud immun sistemi dedikdə selikli qişanın səthindəki immunoqlobulinləri, ağız suyunun lizosim fermenti, buynuzlaşma prosesinin normal getməsi və s. amillər aiddirlər. Antioksidant sistemi dedikdə isə patoloji oksidləşmə məhsullarının neytrallaşdırılması, tənəffüs fermentlərinin epitel hüceyrələrində normal fəaliyyəti daxildir ki, diş ətləri də daha çox travmatik və digər əlavə təsirlərə məruz qaldığından onların qeyd olunan müdafiə və antioksidant sistemlərinə ehtiyacları daha çoxdur. Mikrobiosenozun dəyişilməsinə gəldikdə isə akril tərkibli protezlərin lövhələri ağız boşluğu selikli qişasında yuxarıda qeyd olunan antioksidant və yerli müdafiə sistemlərinə təsir göstərən dəyişikliklər törətdiyinə görə mikroorqanizmlərin kəmiyyət və keyfiyyət dəyişiklikləri baş verir (8.9). Qeyd etdiyimiz dəyişikliklər çıxan protezlərlə müalicə zamanı nəinki protez yatağını təşkil edən selikli qişanı həm də ağız boşluğunda qalan dişlərin diş ətlərini də əhatə edir. Bu zaman diş ətlərində baş verən dəyişiklikləri aradan qaldırmaq üçün müxtəlif sintetik profilaktik və gigiyenik vasitələrdən istifadə olunur. Müasir dövrümüz bir çox xarici və yerli alimlər ağız boşluğunda baş verən patologiyalar zamanı mikroorqanizmlərə təsir etməklə bərabər ağız boşluğunun yerli antioksidant və müdafiə sistemini də yaxşılaşdıran dərman vasitələrinin tətbiq olunması vacibdir. Qeyd olunan müsbət əlamətləri tərəfimizdən təklif olunan *T. Transcavcazicus* bitkisinin yağda və spirtə efirləri özlərində saxlayırlar. Bu bitki əsaslı vasitələrin çıxan protezlərin istifadəsi zamanı diş ətlərinin vəziyyətinə təsir tendensiyası özünü diş ətlərinin sağlamlığını göstərən indekslərdə göstərməlidir

İşin məqsədi: Müxtəlif materiallardan hazırlanmış hissəvi çıxan protezlərin tətbiqi zamanı diş ətlərinin vəziyyətinə *T. Transcavcazicus* bitkisinin efir yağının təsirinə indekslər üzrə öyrənilməsi.

Tədqiqatın material və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən hissəvi çıxan lövhəli akril protez düzəldilmiş 43 xəstə üzərində Ramferd və PMA indeksləri üzrə hesablamalar aparılmışdır. Bu xəstələr tərəfimizdən 15 nəfəri nəzarət, 15 nəfəri ağız boşluğunu *T. Transcavcazicus* bitkisinin efir yağı ilə işlənməsi və 13 nəfəri isə ağız boşluğunu Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalayan olmaqla 3 qrupa bölünmüşdür. Nəzarət qrupunda olan şəxslərə müşahidələr ərzində fərdi gigiyena tədbirlərini intensivləşdirmək tapşırılmışdır. Sonra hər qrup xəstələr üzərində müalicə və müşahidələrə başlamazdan qabaq, 14 gün və 1 ay sonra olmaqla Ramford və PMA indeksi üzrə hesablamalar aparılmışdır. Ramford indeksinin əsasında iki göstərici dayanır: diş ətinin iltihabı və parodontal ciblərin dərinliyi. Bu zaman parodontal ciblərinin dərinliyini ölçərkən diş əti məməciyinin zirvəsi səviyyəsindən cibin dibinə qədər olan məsafə ölçülür. Diş ətinin çəkilməsi

nəticəsində diş kökünün açılmasını isə mina-sement sərhəddindən diş əti məməciyinin zirvəsinə qədər olan məsafə ölçülür. Bu indeks əsasən 16, 21, 24, 36, 41 və 44 cü dişlərin parodontunda aparılır. PMA indeksi isə diş ətində iltihabın yayılması və intensiv dərəcəsini müəyyən edir. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 6.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır, nəticələr cədvəlləşdirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri: Nəzarət qrupunu təşkil edən çıxan lövhəli akril protez istifadə edən 15 nəfərdə müşahidələrə başlamamışdan əvvəl PMA indeksinin göstəricisi $24,8 \pm 0,39$ olduğu halda, müşahidələrin 14-cü günü $21,5 \pm 0,30$ -a, müşahidələrin 1 aylığında isə $20,9 \pm 0,25$ -ə düşmüşdür. Bu qrup üzrə Ramford indeksinin göstəricisi isə müşahidələrə başlamamışdan $2,03 \pm 0,037$ olduğu halda, fərdi gigiyenik tədbirlər intensivləşdirildikdən 14 gün sonra $1,68 \pm 0,041$ -ə, müşahidələrin 1 aylığında isə $0,87 \pm 0,018$ -ə qədər enmişdir.

Ağız boşluğunu T.Transcavcazicus bitkisinin efir yağı işlənən 15 nəfərdən ibarət şəxslər qrupunda isə PMA indeksinin göstəricisi müalicəyə başlamamışdan əvvəl olduğu $24,7 \pm 0,27$ halda, dərman tətbiq edilməyə başladıqdan 14 gün sonra $17,8 \pm 0,27$ -ə, 1 ay sonra isə $17,1 \pm 0,15$ -ə enmişdir. (Cədvəl 1).

Bu qrup üzrə Ramford indeksinin göstəricisi isə müalicələrə başlamamışdan əvvəl $2,06 \pm 0,045$ olmasına baxmayaraq, bitki əsaslı preparatı tətbiq etdikdən 14 gün sonra bu göstərici $1,57 \pm 0,022$ -ə, 1 ay sonra isə $1,38 \pm 0,026$ -a qədər düşmüşdür.

Cədvəl 1

Papilyar-marginal-alveolyar (PMA) indeksinin qruplar üzrə göstəriciləri

Müalicə qrupları	Müalicə etaplari				
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 14 gün sonra	P<	Müalicədən 1 ay sonra.	P<
Nəzarət qrupu (n = 15)	$24,8 \pm 0,39$	$21,5 \pm 0,30$	0,001	$20,9 \pm 0,25$	0,001
T.Transcavcazicus (n = 15)	$24,7 \pm 0,27$	$17,8 \pm 0,27$	0,001	$17,1 \pm 0,15$	0,001
Xlorheksidin0,02% (n = 13)	$25,1 \pm 0,32$	$18,2 \pm 0,26$	0,001	$18,7 \pm 0,31$	0,001

Cədvəl 2

Ramford indeksinin qruplar üzrə göstəriciləri

Müalicə qrupları	Müalicə etaplari				
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 14 gün sonra	P<	Müalicədən 1 ay sonra.	P<
Nəzarət qrupu (n = 15)	$24,7 \pm 0,27$	$17,8 \pm 0,27$	0,001	$17,1 \pm 0,15$	0,001
T.Transcavcazicus (n = 15)	$25,1 \pm 0,32$	$18,2 \pm 0,26$	0,001	$18,7 \pm 0,31$	0,001
Xlorheksidin0,02% (n = 13)	$24,8 \pm 0,39$	$21,5 \pm 0,30$	0,001	$20,9 \pm 0,25$	0,001

Ağız boşluğunu Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalayan 13 nəfərdən ibarət şəxslər qrupunda PMA indeksinin göstəricisi müalicəyə başlamamışdan əvvəl $25,1 \pm 0,32$ olmasına baxmayaraq, ənənəvi antiseptik tətbiq olunmağa başladıqdan 14 gün sonra $18,2 \pm 0,26$ -a, 1 ay sonra isə $18,7 \pm 0,31$ -ə qədər enmişdi

(Cədvəl 2). Bu qrupda Ramford indeksinin göstəricisinin hesablanması zamanı isə müalicəyə başlamamışdan qabaq $2,05 \pm 0,055$ olduğu halda, Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu tətbiq olunduqdan 14 gün sonra $1,54 \pm 0,038$ -ə, 1 ay sonra isə $1,41 \pm 0,024$ -ə qədər az olmuşdur.

Alınan göstəricilər T.Transcavcazicus bitkisinin efir yağının tərkiblərində antioksidant tipli makro- və mikromolekullar olduğundan onlar protez yatağı toxumalarının, o cümlədən dişətlərinin yerli müdafiə sistemlərinin, epitel təbəqəsinin toxuma oksidləşməsi fermentlərinin funksiyalarını tənzim edir, onları hipoksiyadan qoruyur. Bu tədqiqat zamanı indekslərin göstəriciləri bunu bir daha sübut edir. Xlorheksidin ənənəvi antiseptik olub, əsasən qeyri spesifik mikrobəleyhinə təsir göstərir. Onun mikrob əleyhinə təsiri olsa da özü də protez yatağı və dişəti toxumalarına oksidləşdirici, hipoksiyaedici təsir göstərir, akril protezin toksiki və allergik təsirlərini aradan qaldırmır. T.Transcavcazicus bitkisinin efir yağı isə Xlorheksidinlə müqayisə olunacaq qədər müsbət terapevti təsirlərə malikdir, hətta bəzi hallarda ondan daha effektivdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Мамедов Ф.Ю., Гаджаров И.Т., Профилактика патологических изменений в органах и тканях полости рта при несъемном зубном протезировании с применением растительных препаратов // БИОМЕДИЦИНА, №4, 2011. стр.15-18
2. Еремин, О.В. Влияние зубных протезов из различных материалов на состояние тканей пародонта у пациентов с заболеваниями кишечника. // Инновации в медицинском образовании и науке: докторантские и аспирантские чтения: Сб. трудов: – Саратов, 2010. - С.76-79.
3. Шевченко О.В. Состояние слизистой оболочки полости рта под влиянием частичных съемных пластиночных протезов. Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Полтава, 2004, 138 стр.
4. Щербаков А.С., Иванова СБ., Кудрин А.Н. и др. Клиническое изучение эффективности очищения и дезинфекции съемных протезов // Стоматология. - 2001. - 34. - 55 - 58.
5. Яранцев Д.И. Применение композитного материала «Эстерфилл-Фото» для ортопедического лечения больных с дефектами короноковой части зубов фронтальной группы // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., -2001.-22 с.
6. Girard B., Jr., Landry R.G., Giasson L. Denture stomatitis: etiology and clinical considerations // J.Can. Dent. Assoc., 1996, vol.62, No10, p. 808-812.
7. Nagai E., Otani K.5 Satoh Y., Suzuki S. Repair of denture base resin using woven metal and glass fiber: effect of methylene chloride pretreatment // J. Prosthet. Dent. - 2001 - №85(5). - P. 496 - 500.
8. Uzun G., Hersek N., Tincer T. Effect of five woven fiber reinforcements on the impact and transverse strength of a denture base resin // J. Prosthet. Dent. - 1999. - №5 (81). - P. 616 - 620.
9. Gegauff A.G, Holloway J.A. Provisional restorations. Contemporary fixed prosthodontics, 3rd ed. Missouri: Mosby Inc; 2001. p. 380-416

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ORAL CAVITY IN THE APPLICATION OF PARTIAL DENTURES MADE OF DIFFERENT MATERIALS

Sahmuradov R.R., Mehmani I.H
Department of orthopedic dentistry

Use of full and partial dentures, made of different basic materials, lead to the development in the oral cavity tissues of side effects, in particular inflammation traumatic and allergic genesis. At the use of removable prostheses in the lining of the prosthetic bed are revealed pathological changes in the form of erosion, hypertrophy and hyperkeratosis. In modern medicine, there are many therapeutic agents possess antimicrobial activity. As a result of the comparative

evaluation of the results, it was found that the essential oil of *T. Transcaucasicus* has a more pronounced anti-inflammatory effect than chlorhexidine

FİZIOLOJİ HAMİLƏLİKDƏ KARIESİN YAYILMA İNTENSİVLİYİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Əliyev T.Y., Bağirova H.F.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatologiya kafedrası.

Müasir stomatologiyanın aktual problemlərindən biri də hamilələrdə karies prosesinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir. Çoxsaylı tədqiqatlara baxmayaraq hamilələrə stomatoloji yardımın keyfiyyətli göstərilməsi problem olaraq qalır. Bu problemin aktuallığı dölün və hamiləliyin inkişafının əlverişli şəraitin yaradılması zəruriliyi, döldə infeksiolaşma riskinin, hamiləliyin vaxtından qabaq pozulma tezliyinin yüksəkliyi, xroniki odontogen infeksiya ocaqlarının kəskinləşmə və hamiləlik zamanı karies prosesinin artma ehtimalı, hamiləliklə əlaqədar ağız boşluğunda patoloji prosesin tezliyinin artması müəyyən edir (3, 4, 6).

Elmi tədqiqatlara əsasən hamilələrdə kariesin yayılma ehtimalı $-91,4 +0,7\%$ təyin edilir, 38% hamilələrdə isə hamiləlikdən qabaq sağlam dişlərin kariesi qeyd olunur, kariesin yayılması hamiləliyin yaşı və doğuşların sayı ilə artır: 15-18 yaşda - 80%-də, 19-30 yaşda isə 100% hamilələrdə dişlərin müalicəsinə və dişlərin cəkilməsi zəruriyyəti yaranır (2,7).

Ədəbiyyatda olan məlumatlara görə ikincili karies, prosesinin artması, dişin sərt toxumaların hiperesteziyası 79% hamilələrdə aşkar edilir (1,5,7).

Müxtəlif inkişaf etmiş ölkələrdə hamilələrin antenatal yardımına stomatoloji yardım daxil edilib. Təyin edilib ki, hamilələrin 74,5%-də ağız boşluğunun sanasiyasına ehtiyac var (3,4,6).

Cədvəl № 1.

Kecirilən somatik xəstəliklərin tezliyi

Xəstəliklər	Müt.	%	Xəstəliklər	Müt.	%
Su çiçəyi	130	14	Hipertonik tipli VDD2	18	1,9
Epidimik parotit	65	7,0	Toksoplazmoz	39	1,2
Qızılca	121	13	Anemiya	85	9,1
Məxmərək	75	8,1	Hepatit A	19	2,0
KRVİ 1	170	18,3	Pnevmoniya	6	0,6
Appendisit, appendektomiya	20	2,2	Miopiya	27	2,9
Tonzillit, tonsilektomiya	31	3,3	Şəkərli diabet	7	0,8
Xroniki pielonefrit	28	3,0	Xroniki otit	9	1,0
Xroniki Qastrit	40	4,3	Aşağı ətrafların va-rikoz genişlənməsi	8	0,9
Revmatizm	19	2,0	Xroniki bronxit	12	1,3

Qeyd: 1. KRVİ-Kəskin Respirator Virus İnfeksiyası; VDD-Vegeto-Damar

Qeyd etmək lazımdır ki, karies prosesin intensivliyi hamiləliyin patoloji gedişatı ilə artır. Belə ki, hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərində kariesin yayılması $94,0+0,2\%$ təyin edilir (1,2).

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq apardığımız tədqiqatın məqsədi fizioloji hamiləlikdə kariesin intensivliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq 180 hamilə müayinə edilmişdir. Onlardan- 50 (27, 8%) qadında hamiləliyin fizioloji gedişatı təyin edilmişdir.

Hamiləlin 27-də birinci, 23- də isə təkrar hamiləlik təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqatda müayinə olunan hamilələrin orta yaşı 28,9+0,26 (19-39) yaş olmuşdur. Bu qadınların keçirilən xəstəliklərinin tezliyi, reproduktiv funksiyanın xüsus-siyyətləri öyrənilmişdir.

Keçirilən xəstəliklərin tezliyi cədvəl 1-də öz əksini tapmışdır.

Distoniyası;

2.100% ümumi xəstəliklərin sayı götürülür.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi hamilələrdə yüksək tezliklə uşaq infeksiyon xəstəlikləri, KRVİ və anemiya təyin edilir. Ginekoloji xəstəliklərin tezliyi cədvəl 2 - də təqdim edilir.

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi, hamilə qadınlarda yüksək tezliklə reproduktiv orqanların iltihabı xəstəlikləri və dishormonal proseslər təyin edilir.

Cədvəl № 2.

Ginekoloji xəstəliklərin tezliyi

Xəstəliklər	Müt.	%	Xəstəliklər	Müt.	%
Xroniki kolpit	106	31,5	Endometrioz	16	4,7
Xroniki Salpingo-oforit	42	12,5	Yumurtalıqların sisti	21	6,2
Xroniki Endometrit	39	11,6	Bartolinit	3	0,9
Uşaqlığın Mioması	21	6,2	Servusit	25	7,4
Yumurtalıqların Polikitoz Sindromu	19	5,6	Uşaqlıq boynunun erroziyası	8	2,4
Sonsuzluq	31	9,2	Servikal kanalın polipi	6	1,8

Müayinə olunan hamilələrin reproduktiv funksiyanın xüsusiyyətləri cədvəl 3-də verilmişdir.

Cədvəl № 3.

Hamilələrin reproduktiv funksiyanın xüsusiyyətləri

Reproduktiv sistemin vəziyyəti	Göstəricələr
Hamiləliyin sayı	5,2+0,21
Doğuş	2,8+0,25
Süni abortlar	2,4+0,31
İlk doğanların sayı	45 (25%)
Təkrar doğanların sayı	135 (75%)

Cədvəl 3-də göründüyü kimi, müayinə olunan qadınlarda hamiləliklərin sayı yüksək olmuşdur, eyni zamanda doğuşların və süni abortların sayı dürüst fərqlən-məmişdilər ($P > 0,05$).

Qeyd etmək lazımdır ki, aparılan tədqiqatda təkrar doğan hamilələrin sayı üstünlük təşkil etmişdir (75%).

Bütün müayinə olunan hamilələrə stomatoloji müayinə aparılmışdır. Baxış zamanı kariyesin yayılması və ağırlıq dərəcəsi təyin edilmişdir. Eyni zamanda karies (K), plomblanmış (P), çəkilmiş (Ç), çəkilməyə məruz qalan (Ç1) dişlərin və köklərin orta sayı- KPÇÇ-nin indeksi və intakt dişlərin sayı təyin edilmişdir. Bunlarla yanaşı tüpürcəyin də PH-1 təyini aparılmışdır. Ağız boşluğunda ekspress metodla universal indikator kağızlarından istifadə edərək (Universal indicator Paper PH 0-12) üulu ilə PH təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqata əsasən hamiləliyin fizioloji gedişatı olan qadınlarda dişlərin vəziyyətini təhlil edərkən təyin olunmuşdur ki, intakt dişlərin sayı-19,17+0,02(17-29), tūpürçəyin PH-1 -9+0,01(3,5-6), kariesli dişlərin sayı-4,7+0,02(1-7), plomblanmış-3,6+0,06 (0-5), çəkilməmiş-2,66+0,04(0-3), çəkilməyə məruz qalmış dişlərin sayı-1,4+0,05(0-3), KPÇÇ indeksi isə -12,36+0,03 olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki ilk və təkrar hamiləliyi olan qadınlarda ağız boşluğun vəziyyəti müqayisəli öyrənilməlidir. Alınan nəticələr cədvəl 4-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl № 4.

Fizioloji hamiləlikdə karies prosesinin intensivliyinin xüsusiyyətləri

Dişlərin vəziyyəti	Hamiləliklərin sayı		P
	İlk hamiləlik (n=27)	Təkrar hamiləlik (n=23)	
Kariyesli	4,5+0,02(1-6)	4,9 +0,03(1-7)	< 0,05
Plomblanmış	3,7+0,04 (1-5)	3,5+0,09(0-5)	>0,05
Çəkilməmiş	2,21+0,06(1-3)	3,1++0,02(0-3)	<0,05
Çəkilməyə məruz Qalmış	1,13+0,01(0-2)	1,67+0,09(0-3)	<0,05
KPÇÇ-nin indeksi	11,54+0,05	13,17+0,06	<0,05
Intakt dişlər	20,5+0,03(18-29)	17,83+0,07 (17-26)	<0,05
Tūpürçəyin PH-1	5,1+0,01 (4,5-5,3)	4,7+0,02 3,5-6,0)	<0,05

Cədvəl 4-dən göründüyü kimi, ilk doğan hamilələrdə kariesli, çəkilməmiş, çəkilməyə məruz qalmış dişlərin sayı təkrar hamilələrlə müqayisədə statistik dürüst dərəcədə az olmuşdur ($P < 0,05$).

Təyin edilmişdir ki, ilk doğan qadınlarda sağlam dişlərin sayı təkrar hamiləliyi olan qadınlardan yüksək olmuşdur ($P < 0,05$).

Müayinə olunan qadınların tūpürçəyinin PH-nın göstəricilərini təhlil edərkən təyin edilmişdir ki, ilk hamilələrdə təkrar hamilələrlə müqayisədə bu göstərici yüksək olmuşdur ($P < 0,05$).

Beləliklə fizioloji hamiləliyi olan qadınlarda karies prosesinin intensivliyini təyin edərkən məlum olmuşdur ki, kariesli, çəkilməmiş, çəkilməyə məruz qalmış və bununla əlaqədar KPÇÇ1 -nin indeksi ilk hamiləliyi olan qadınlarda nəzərə cərpacaq dərəcədə az, PH-ın göstəriciləri isə yüksək olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Кариес зубов и беременность. // Сб. трудов научно-практической конференции, посвященной 40-летию Дербентской городской стоматологической поликлиники. // Дербент, 2012, стр.100-104.
2. Бахмудов Б.Р., Муртазалиев Г.М.Г., Бахмудов М.Б., Изабакарова Г.И. Влияние некоторых характеристик социального статуса беременных женщин на поражаемость кариесом. // Сб. трудов научно-практической конференции, посвященной 40-летию Дербентской городской стоматологической поликлиники. // Дербент, 2012, стр.114-119.
3. Кравченко О.В., Мазуркевич М.В. Комплексная профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин с учетом особенностей адаптационных реакций фетоплацентарного комплекса // Dental Forum. -2006/- № 2. -С.22-30.
4. Gaffield M.L., Gilbert B.J., Malvitz D.M., Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. // J. Am. Dent. Assoc. 2001, N132, p.1009-1016.
5. Honkala S., Al-Ansari J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. // J. Clin. Periodontal., 2005, N 32, P.809-814.
6. Morgan M.A., Crall J., Goldenberg R.L., Schulkin J. Oral health during pregnancy // J. Matern. Fetal Neonatal. Med., 2009, N 22, p.733-739.

7.Silk H., Douglass A.B., Douglass J.M., Silk L. Oral health during pregnancy// J.Am. Fam. Physician., 2008, N 77, p.1139-1144.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КАРИЕСА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Алиев Т.Я., Багирова Х.Ф.

Целью настоящего исследования явилось изучение интенсивности распространения кариёзного процесса при физиологической беременности.

Было обследовано 50 женщин с физиологическим течением беременности. Обследование включало определение числа кариёзных (К), запломбированных (П), удалённых (У) и (ПУ) подлежащих удалению зубов, с последующим определением индекса КППУ. Проводилось также определение PH слюны.

Было установлено, что у первобеременных отмечалось существенное снижение числа кариёзных, запломбированных, удалённых и подлежащих удалению зубов, а также высокий уровень PH по сравнению с повторнобеременными.

SUMMARY

PARTICULAR OF ORAL HEALTH DURING FIZIOLOGY OF PREGNANCY

Aliyev T.Y., Bagirova H.F.

Stomatological Department Azerbaijan Medical University

Purpose of investigation: To investigate condition of oral health from 50 women with fiziological pregnancy

Methods & material of investigation: The investigation of intensivity of karies and the definition of number of intact, loose and artificial teeth. At the same time to define PH of saliva

Results of investigation: Women with multiple pregnancy had more teeth with karies than nullipara pregnant

PEŞƏKAR İDMANÇILARDA PARODONTOLOJİ MÜALİCƏYƏ EHTİYACIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Babayev E.E., Səfərliev F.R.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Ortopedik stomatologiya kafedrası.

İdmançılar fiziki və psixo-emosional həyat tərzini keçirən sosial qrupa da aid olunurlar. Fiziki və psixo-emosional gərginlik zamanı orqanizmin yaşından, həyat tərzindən və genetik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq müxtəlif xəstəliklər və çatışmazlıqlar inkişaf edə bilər (2.3.4.5.6.7.8). Belə gərgin həyat tərzini nəinki, ümumi orqanizm səviyyəsində eləcə də ağız boşluğu orqanları, o cümlədən parodont toxumalarını da patoloji proseslərə cəlb edir. İdmançıların bədənində o cümlədən parodont toxumalarında baş verən dəyişikliklər onların yaşlarından və

peşəkarlıq dərəcəsiindən asılıdır. Yeniyetmə yəni yaşı 32-ə qədər olan idmançılarda bədən qurulması və cinsi-hormonal inkişaf dövrü baş verdiyinə görə onlarda dəyişikliklər əsasən qeyd olunan hallarla əlaqədar olur (1.9). Parodont xəstəliklərinin ilk əlaməti diş ətindən qanaxma hallarının aşkarlanması hesab olunur. Damaqlardan qanaxma diş ətlərinin ödemi və hiperemiyasının nəticəsidir. Hiperemiya və ödem iltihabın alterasiya mərhələsinin əlamətidir. Diş ətlərinin və damağın iltihablı olması çox vaxt diş çökmüntülərinin mövcudluğu ilə birlikdə rast gəlinir. Diş çökmüntülərinə diş ərpi və diş daşları aiddirlər. Diş ərpinin parodont xəstəliklərinin yaranmasında mühüm rol vardır. Diş ərpinin tərkibindəki mikroorqanizmlərin həyat fəaliyyəti nəticəsində yaranan maddələr və onların özlərinin təsiri ilə diş ətləri qıcıqlanaraq iltihabi proseslərə cəlb olunurlar. Daha sonra isə diş ərpi tədricən mineralaşaraq diş daşlarına çevrilirlər. Parodont xəstəlikləri inkişaf etdikcə dişin, bağ-dayaq aparatı itirilir və nəticədə parodont cibləri dərinləşir. Parodontitin yüngül formasında parodontal ciblərin dərinliyi 2-4 mm olduğu halda, orta dərəcəli parodontitdə ciblər 4-6 mm və xəstəliyin ağır formasında isə 6 mm və daha dərin olurlar. Dərin parodontal ciblər mikroorqanizmlər və qida qalıqları üçün mənbə rolunu oynayaraq, orqanizmin zəhərlənməsi və antigenlərlə daima sensibilizasiya olunmasında rol oynayır. İdmançılarda orqanizm gərginliyə məruz qaldığı üçün onlarda da belə parodont xəstəlikləri baş qaldıra bilər ki, bu zaman da onlara parodontoloji yardım təşkil olunmalıdır. Parodontoloji yardım dedikdə parodont toxumalarındakı xəstəliklərin aradan qaldırılması və bir sıra tədbirlər aiddirlər. Veteran idmançılar həyatları boyu fiziki və emosional gərginlikdə qaldıqlarına görə baş verən dəyişikliklər toplanaraq nəinki orqanizmdə o cümlədən də parodont toxumalarında patologiyalara səbəb olurlar. Amma bütün parodontoloji yardım tədbirlərindən qabaq idmançıların parodont toxumalarının müalicəyə ehtiyac dərəcəsinə müəyyənləşdirmək lazımdır.

Tədqiqatın məqsədi: İdmançılar arasında parodont toxumalarının müalicəyə ehtiyac dərəcəsinin öyrənilməsi.

Material və metodlar: Bu məqsədlə tərəfimizdən 115-i yaşı 23-ə qədər olan yeniyetmə, 220-si yaşı 24-32 arası olan yetkin və 140-ı 32 yaşdan yuxarı olan veteran idmançılar qrupları olmaqla cəmi 475 idmançı müayinələrə cəlb olunmuşdur və onlar arasında hər qrup üzrə neçə % şəxslərdə sağlam parodont toxumalarının, diş ətlərindən qanaxma, diş daşları, 4-5 mm-lik parodontal ciblər və 6mm daha dərin patoloji parodontal ciblərin rast gəlinməsi hesablanmışdır. Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə müayinələrin nəticələrinə əsasən qeyd olunan yaş qrupları üzrə idmançıların parodontal müalicəyə ehtiyac dərəcəsi CPİTN indeksilə hesablanmışdır. ÜST tərəfindən təklif olunan bu indeks epidemioloji tədqiqatlar zamanı parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyini müəyyənləşdirməyə və tələb olunan müalicə-profilaktika işlərinin əsaslandırılmasına xidmət edir. İndeksi hesablayarkən çənə şərti olaraq 3 hissəyə bölünür, 1 frontal və 2 yan hissələr, 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36,37, 46 və 47 dişlərə baxış keçirilir və çənənin hər hissəsindən bir dişin ən ağır kliniki durumu olan dişin göstəricisi götürülür. 20 yaşdan kiçik pasientlərdə isə cəmi 6 diş (16,11,26,36,31 və 46) götürülür. Bu zaman ikinci molyar diş götürülmür, çünki bu yaş dövründə ağıl dişinin çıxması ilə əlaqədar həmin dişlərdə yalnız ciblər yarana bilər. Hesablamalar % və sekstantlar üzrə aparıla bilər.

CPİTN indeksi üçün göstəricilər kodlarla aşağıdakı kimi qiymətləndirilir.

- 1 –xəstəlik əlaməti yoxdur
- 2 –zondlama zamanı 10-30 saniyə ərzində qanaxma
- 3 –diş əti üstü və –altı daşlar
- 4 –dərinliyi 4-5mm olan patoloji parodontal ciblər

5 –dəriniyi 6mm daha çox dəriniyə malik patoloji parodontal ciblər

X –çənənin uyğun hissəsində ya 1 diş var, yaxud heç diş yoxdur

CPİTN – indeksini hesablayarkən çənələrin ayrı-ayrı hissələrinin göstəricilərinin orta qiyməti tapılır və bir fərd üçün nəticə əldə olunur. Əldə olunan ayrı-ayrı fərdlərin orta qiymətini ayrı-ayrı müayinə edilən qruplar üçün də hesablamaq mümkündür. Parodontun profilaktika-müalicə tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsinin kodlarla qiymətləndirilməsi aşağıdakı kimi olar:

0 –müalicəyə ehtiyac yoxdur

1 –ağız boşluğunun fərdi gigiyenasına düzəliş və nəzarət

2 –ağız boşluğu peşəkar təmizlənir və gigiyenik qulluq qaydaları öyrədilir

3 –küretaja ehtiyac var

4 –parodont xəstəliyi kompleks müalicə edilməlidir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: CPİTN indeksi üzrə faizlə müayinə və hesablama nəticəsində 475 nəfər idmançıdan 115-dən ibarət yaşı 23-ə qədər olan idmançılar qrupunda şəxslərin 53,0±4,65%-ində sağlam parodont toxumalarına, 20,9±3,79%-ində diş ətlərindən qanaxma və 26,1±4,09% -ində diş daşlarına rast gəlinməyə də bu qrupda parodontal ciblərin patoloji xarakter daşıyaraq 4-5mm və 6-mm dərin olması hallarına rast gəlinməmişdir. 220 nəfərdən ibarət yaşı 24-32 arası olan idmançılar qrupunda isə 16,4±2,49% hallarda sağlam parodont toxumalarına rast gəlinməyə də, 34,5±3,21% idmançılarda diş ətindən qanaxma, 29,5±3,08% hallarda diş daşlarının mövcudluğu, 14,1±2,35% hallarda isə proses inkişaf edərək patoloji diş əti cibləri 4-5 mm-ə çataraq artıq qanaxma və iltihabı dəyişikliklərin ilkin mərhələlərini keçmişdir, 5,5±1,53% hallarda isə parodont toxumalarının əhəmiyyətli dərəcədə itməsi və patoloji ciblərin dərinləşərək 6 mm və daha dərin olması müşahidə olunmuşdur.

140 nəfərdən ibarət yaşı 32-dən yuxarı olan veteran idmançılar qrupunda isə cəmi 6,4±2,07% şəxslərdə sağlam parodont toxumalarına rast gəlinməyə də, 3,6±1,57% hallarda diş ətindən qanaxma və 35,0±4,03% şəxslərdə diş daşlarının olması aşkar olunmuşdur. Bu qrupda 37,1±4,08% hallarda parodontal ciblərin 4-5mm və 17,9±3,24% hallarda isə 6mm və daha dərin patoloji parodontal ciblər aşkarlanmışdır, son iki halda artıq parodontun iltihabı qanaxma və hiperemiya mərhələlərini keçərək destruktiv proseslərin intensivləşməsilə müşayiət olunmuşdur. Yuxarıda qeyd olunan bütün yaş qruplarını özündə birləşdirən ümumi 475 nəfər idmançıda isə ümumilikdə 22,3±1,91% hallarda sağlam parodont, 22,1±1,90% hallarda dişətdən qanaxma halları, 30,3±2,11% idmançılarda diş daşlarının yaranması, 17,5±1,74% şəxslərdə parodontal ciblərin 4-5 mm olması və 7,8±1,23 % idmançılarda isə parodontal ciblərin daha da dərinləşərək 6 mm və daha dərin olmas müşahidə olunmuşdur (Cədvəl 1). Əldə olunan rəqəmsal göstəricilərə əsaslanaraq qeyd edə bilərik ki, yeniyetmə yaşı 23-ə kimi olan idmançılar qrupunda parodont patologiyaları əsasən diş ətini əhatə etsə də, qruplar üzrə yaş artdıqca parodontun daha destruktiv xarakterli patologiyaların inkişafı nəzərə çarpır. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, yeniyetmələrdə parodontun yüngül patologiyalarının əsas səbəbi əsasən hormonal və konstitusion səbəblərlə əlaqədar olduğu halda, yaşlı, təcrübəli və daha çox gərginliyə məruz qalan idmançılarda meydana gələn parodontu destruktiv patologiyaları əsasən orqanizmdə kumulyasiya olunan dəyişikliklərin kompensasiya olunmamasıyla əlaqədar meydana çıxırlar.

CPİTN indeksi üzrə sekstantlar üzrə hesablama nəticəsində yaşı 23-ə qədər olan 115 yeniyetmə idmançılar qrupunda sağlam parodont 5,1±0,08 hissədə sağlam parodontla rast gəlinməsinə baxmayaraq, 0,5±0,06 hissədə diş ətindən qanaxma halı və 0,3±0,05 hissədə isə diş daşları müşahidə olunmuşdur. Bu qrup üzrə patoloji parodontal ciblərin mövcudluğu müşahidə olunmamışdır. 220

nəfərdən ibarət yaşı 24-32 arası olan yetkin idmançılar qrupunda isə sekstantlar üzrə $1,2 \pm 0,07$ hissədə sağlam parodont toxumalarına, $1,8 \pm 0,08$ hissədə diş ətindən qanaxma, $1,3 \pm 0,07$ hissədə diş daşlarının intensiv olması, $1,0 \pm 0,07$ hissədə parodontal ciblərin 4-5mm və cəmi $0,1 \pm 0,02$ hissədə isə 6mm və daha dərinə inkişafı müşahidə olunmuşdur. Yaşı 32 və daha artıq olan 140 nəfərlik idmançılar qrupunda isə sekstantlar üzrə hesablamalarda $1,1 \pm 0,08$ hissədə sağlam parodont, $0,3 \pm 0,04$ hissədə diş ətlərindən qanaxma, $1,7 \pm 0,09$ hissədə diş daşlarının intensiv çökməsi, $2,3 \pm 0,10$ hissədə parodontal ciblərin 4-5mm-ə dərinləşməsi və $0,7 \pm 0,06$ hissədə isə parodontal ciblərin 6mm və daha da dərinləşməsi aşkarlanmışdır. Yuxarıda qeyd olunan bütün yaş qruplarını özündə birləşdirən ümumi 475 nəfər idmançıda isə ümumilikdə sekstantlar üzrə $2,1 \pm 0,05$ hissədə sağlam parodont toxumaları, $1,1 \pm 0,04$ hissədə diş ətindən qanaxma halları, $1,2 \pm 0,05$ hissədə diş daşlarının mövcudluğu, $1,2 \pm 0,05$ hissədə diş əti ciblərinin destruksiya nəticəsində 4-5mm-ə çatması və cəmi $0,2 \pm 0,02$ hissədə isə parodontal ciblərin 6mm və daha dərin olması aşkarlanmışdır (Cədvəl 2).

Cədvəl № 1.

CPITN indeksinə əsasən idmançılarda müxtəlif parodontopatiyaların %-lə rast gəlinməsi.

Yaş qrupları	Qruplar üzrə müayinə olunanların sayı	Müayinə olunanlar, %-lə				
		Sağlam parodont	Dişətindən qanaxma	Diş daşları	Parodontal ciblər	
					4-5 mm	6 mm və daha dərin
Yaşı 23-ə kimi	115	$53,0 \pm 4,65$	$20,9 \pm 3,79$	$26,1 \pm 4,09$	0	0
Yaşı 24-32 arası	220	$16,4 \pm 2,49$	$34,5 \pm 3,21$	$29,5 \pm 3,08$	$14,1 \pm 2,35$	$5,5 \pm 1,53$
32 yaş və daha artıq	140	$6,4 \pm 2,07$	$3,6 \pm 1,57$	$35,0 \pm 4,03$	$37,1 \pm 4,08$	$17,9 \pm 3,24$
Ümumi	475	$22,3 \pm 1,91$	$22,1 \pm 1,90$	$30,3 \pm 2,11$	$17,5 \pm 1,74$	$7,8 \pm 1,23$

Cədvəl № 2.

CPITN indeksinə əsasən idmançılarda müxtəlif parodontopatiyaların sekstantlar üzrə rast gəlinməsi.

Yaş qrupları	Qruplar üzrə müayinə olunanların sayı	Sekstantlar üzrə				
		Sağlam parodont	Dişətindən qanaxma	Diş daşları	Parodontal ciblər	
					4-5 mm	6 mm və daha dərin
Yaşı 23-ə kimi	115	$5,1 \pm 0,08$	$0,5 \pm 0,06$	$0,3 \pm 0,05$	-	-
Yaşı 24-32 arası	220	$1,2 \pm 0,07$	$1,8 \pm 0,08$	$1,3 \pm 0,07$	$1,0 \pm 0,07$	$0,1 \pm 0,02$
32 yaş və daha artıq	140	$1,1 \pm 0,08$	$0,3 \pm 0,04$	$1,7 \pm 0,09$	$2,3 \pm 0,10$	$0,7 \pm 0,06$
Ümumi	475	$2,1 \pm 0,05$	$1,1 \pm 0,04$	$1,2 \pm 0,05$	$1,2 \pm 0,05$	$0,2 \pm 0,02$

Qeyd olunan qruplar üzrə CPPITN indeksinə əsasən ümumi şəxslərin gigiyenik və müalicə tədbirlərinə tədbirlərə ehtiyac dərəcəsini müəyyənləşdirərkən yaşı 23-ə qədər olan yeniyetmələrdə gigiyenik tədbirlərə ehtiyac $20,9 \pm 3,79\%$ şəxs əhatə etdiyi halda, $26,1 \pm 4,09\%$ şəxslərdə parodontal müalicə tədbirlərinə ehtiyac

yanmışdır. Bu qrupda diş daşlarının kənarlaşdırılmasına ehtiyac $26,1 \pm 4,09\%$ xəstələri əhatə etdiyi halda kompleks müalicəyə ehtiyac qalmamışdır.

220 nəfərdən ibarət 24-32 yaşlı idmançılardan təşkil olunmuş qrupda isə gigiyenik tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi $34,6 \pm 3,21\%$, parodontal yardıma ehtiyac $49,1 \pm 3,37\%$, diş daşlarının təmizlənməsi $43,6 \pm 3,34\%$ və ümumi kompleks müalicə tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi isə $5,5 \pm 1,53\%$ idmançıları əhatə etmişdir.

40 idmançıdan ibarət yaş 32-dən yuxarı, veteranlar qrupunda isə gigiyenik tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi $3,6 \pm 1,57\%$, parodontal yardıma $90,0 \pm 2,54\%$, diş daşlarının kənarlaşdırılmasına $72,1 \pm 3,79\%$ və ümumi kompleks müalicə tədbirlərinə ehtiyac isə $17,9 \pm 3,24\%$ şəxsləri əhatə etmişdir. Ümumilikdə 475 idmançının yaşından asılı olmayaraq hamısını götürdükdə isə onlarda gigiyenik tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi $22,1 \pm 1,90\%$, parodontal müalicələrə ehtiyac $55,6 \pm 2,28\%$, diş daşlarının təmizlənməsinə $47,8 \pm 2,29\%$ və ümumi kompleks tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi isə $7,8 \pm 1,23\%$ olmuşdur (Cədvəl 3).

Cədvəl № 3.

CPITN indeksinə görə idmançıların yaş qrupları üzrə müalicə tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsi.

Yaş qrupları	Qruplar üzrə müayinə olunanların sayı	Gigiyenik tədbirlərə Ehtiyac %-lə	Parodontal tədbirlərə Ehtiyac %-lə	O cümlədən	
				Diş daşlarının təmizlənməsi	Kompleks müalicə tədbirlərinə ehtiyac
Yaşı 23-ə kimi	115	$20,9 \pm 3,79$	$26,1 \pm 4,09$	$26,1 \pm 4,09$	-
Yaşı 24-32 arası	220	$34,6 \pm 3,21$	$49,1 \pm 3,37$	$43,6 \pm 3,34$	$5,5 \pm 1,53$
32 yaş və daha artıq	140	$3,6 \pm 1,57$	$90,0 \pm 2,54$	$72,1 \pm 3,79$	$17,9 \pm 3,24$
Ümumi	475	$22,1 \pm 1,90$	$55,6 \pm 2,28$	$47,8 \pm 2,29$	$7,8 \pm 1,23$

Alınmış nəticələr göstərir ki, aşağı yaş qrupundakı yeniyetmə idmançıların əsasən gigiyenik və diş əti patologiyaları ilə əlaqədar müalicə tədbirlərinə ehtiyacı olsa da, yuxarı yaş qrupları üzrə hesablamalar zamanı isə onların əsasən parodontal yardıma ehtiyaclarının olması ortaya çıxır. Ümumi idmançılar üzrə göstəriciləri götürdükdə isə aydın olur ki, idmançılar arasında parodont xəstəliklərinin yaranması üçün nisbətən şərait yaranmış olur və onların aradan qaldırılması üçün kompleks müalicə tədbirlərinə də şərait yaranır. Ona görə də idmançıların ağız boşluqlarının sanasiyası və parodont toxumalarındakı problemləri aradan qaldırılması istiqamətində aparılan tədqiqatlar aktual mövzunu əhaə edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Антонова И.Н., Розанов Н.Н., Софронов Б.Н., Косицкая Л.С. Хронический стресс у спортсменов, заболевания пародонта и перестройка в иммунной системе // Медицинская иммунология. – 2007. – Т. 9. – №2-3. – С. 294-295.
2. Вировец О. А. О повышенных потерях макро- и микроэлементов при занятиях спортом и целесообразности их компенсации биологически активными добавками // Вопросы питания. 2009. Т.78, вып.2. С. 67-73.
3. Мокеева Е. Г. Иммунные дисфункции и их профилактика у высококвалифицированных спортсменов. // Автореф. дисс. ... докт.мед. наук. СПб., 2009. 40 с.

4. Перхуров, А.М., Кулиненко, О.С. // Опыт использования амплитудных характеристик ЭКГ при оценке текущего функционального состояния спортсменов в циклических видах спорта II Спортивная медицина: теория и практика. - 2012. - №3(8). - С. 7-11.
5. Рожкова Е. А. Фармакологическая коррекция процессов восстановления физической работоспособности при моделировании спортивных нагрузок. // Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2009. 47 с.
6. Lannergard A., Fohlman J., Wesslen L. et al. Immune function in Swedish elite orienteers // Scand. J. Med. Sci. Sports. 2001. № 11 (5). P. 259–266.
7. Maron Barry J., Pelliccia A. The Heart of Trained Athletes Cardiac Remodeling and the Risks of Sports, Including Sudden Death // Circulation. 2006. Vol.114. P. 1633–1644.
8. Moss A. What duration of the QTc interval athletes from competitive sports? // European Heart Journal. 2007. Vol.28. P. 2825–2826.
9. West N. P., Pyne D. B., Kyd J. M. The effect of exercise on innate mucosal immunity // Br. J. Sports. Med. 2008. № 5. P. 22–28.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ В ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Бабаев Е.Е., Сафаралиев Ф.Р.
Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра ортопедической стоматологии

С целью определения уровня потребности спортсменов в санации полости рта, гигиеническом обучении и пародонтологической помощи была осуществлена оценка состояния тканей пародонта с использованием индекса CPITN. Процентные и показатели по секстантам определялись при обследовании 475 спортсменов. Согласно полученным результатам, потребность в гигиенических мероприятиях составила $22,1 \pm 1,90\%$, в пародонтологическом лечении - $55,6 \pm 2,28\%$, в удалении зубных камней - $47,8 \pm 2,29\%$ и в комплексном лечении - $7,8 \pm 1,23\%$. Таким образом, анализ индексных показателей свидетельствует о наличии благоприятных условий для развития воспаления в тканях пародонта в полости рта у спортсменов, что привело к увеличению потребности обследуемых спортсменов в комплексном лечении.

SUMMARY

ASSESSING THE NEED OF ATHLETES FOR PERIODONTAL TREATMENT

Babaev E.E., Safaraliev F.R.
Azerbaijan Medical University, Department of Prosthodontics

In order to determine the level of need of athletes in dental health training, hygiene and periodontal care was conducted assessment of periodontal tissues using an index CPITN. Ratios and indicators on the sextants were determined by examination of 475 athletes. According to the results, the need for hygiene activities amounted to $22,1 \pm 1,90\%$, in the periodontal treatment - $55,6 \pm 2,28\%$, to remove tartar - $47,8 \pm 2,29\%$ and in complex treatment - $7,8 \pm 1,23\%$. Thus, the analysis of index numbers indicates the presence of favorable conditions for the development of inflammation in periodontal tissues in the oral cavity in athletes, which led to an increased demand of surveyed athletes in treatment.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САМООТРАВЛЕНИЯ ПУТЕМ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ РТУТИ

Кобидзе Т. С.¹, Эфендиев И. Н.², Азизов В. А.², Максудов А. С.³

¹Центральная Университетская клиника «Республика», Тбилиси, Грузия

²Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

³Клинический Медицинский Центр МЗ, Баку, Азербайджан

Введение. Металлическая ртуть является потенциально опасным для здоровья веществом при ингаляции паров, однако ее пероральное применение редко сопровождается значимым риском для здоровья [1].

В литературе имеются единичные сообщения о случаях инъекционного введения металлической (элементарной) ртути [2; 3; 4].

Вместе с тем клиническая картина инъекционных отравлений элементарной ртутью, течение интоксикации и ее исход являются недостаточно изученными.

В данном сообщении мы представляем подробную информацию о клиническом течении случая суицидального самоотравления путем внутривенной инъекции металлической ртути.

Описание клинического случая. Больной М.С., 22 года, холост, безработный, обратился в Центральную Университетскую Клинику г. Тбилиси (Грузия) 19 ноября 2012 года с жалобами на слабость, быструю утомляемость, бессонницу, чувство тревоги, одышку, потливость, потерю вкуса, онемение конечностей, дрожь пальцев рук, боли и мышечные подергивания в области голени, головную боль.

Анамнестические данные: Со слов родителей, больной замкнутый, необщительный, легко раздражается. К психиатру не обращался, в течение одного года проводил лечение «невроза» по назначению невропатолога. В июне 2012 года с суицидальной целью ввел внутривенно 20,0 мл антифриза (этиленгликоль). Со слов больного и его родителей, никаких ощущений не возникало, последствий не отмечалось.

В июле 2012 г. он повторно совершил попытку самоубийства, введя себе внутривенно 20,0 мл домашней виноградной водки (чачи). И в данном случае никаких видимых последствий не отмечалось.

Еще через месяц, в августе 2012 года, совершил очередную (третью по счету) попытку самоубийства. Собрал в шприц ртуть от 5 или 6 термометров (точное количество не помнит), смешал ее с водкой и ввел внутривенно. На следующий день он повторно делал себе в/в инъекцию неустановленного количества ртути – на сей раз, ртуть была смешана с водой. После этого у больного отмечался озноб и лихорадка (до 39-40⁰ С) в течение двух дней. Затем температура спала и в течение следующих двух месяцев субъективных изменений в самочувствии не было.

Через 2 месяца у больного стали отмечаться нарушение сна, бессонница, постоянное чувство тревоги, быстрая утомляемость, одышка, потливость, потеря вкуса, головная боль, быстрая утомляемость, дрожь пальцев рук, онемение конечностей, боли и мышечные подергивания в области голени, кожная сыпь. К врачу в течение данного периода времени не обращался. Был впервые госпитализирован в токсикологический стационар только спустя 3 месяца после внутривенной инъекции металлической ртути.

Объективно: Сознание ясное, больной несколько заторможен, на вопросы отвечает односложно. Кожа бледная, сухая. Тоны сердца приглушены, Ps 92 уд.в мин, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, АД 125/70 mmHg. В легких аускультативно билатерально выслушиваются – единичные сухие хрипы на фоне везикулярного дыхания. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот в дыхании участвует, пальпаторно мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки билатерально не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Рентгенография левого локтевого сустава: отмечаются тени – инородные тела металлической плотности.

Рентгенография грудной клетки: с обеих сторон, на всем протяжении легких, отмечаются множественные мелкие тени металлической интенсивности – инородные тела. Границы сердца в пределах нормы (рис. 1).

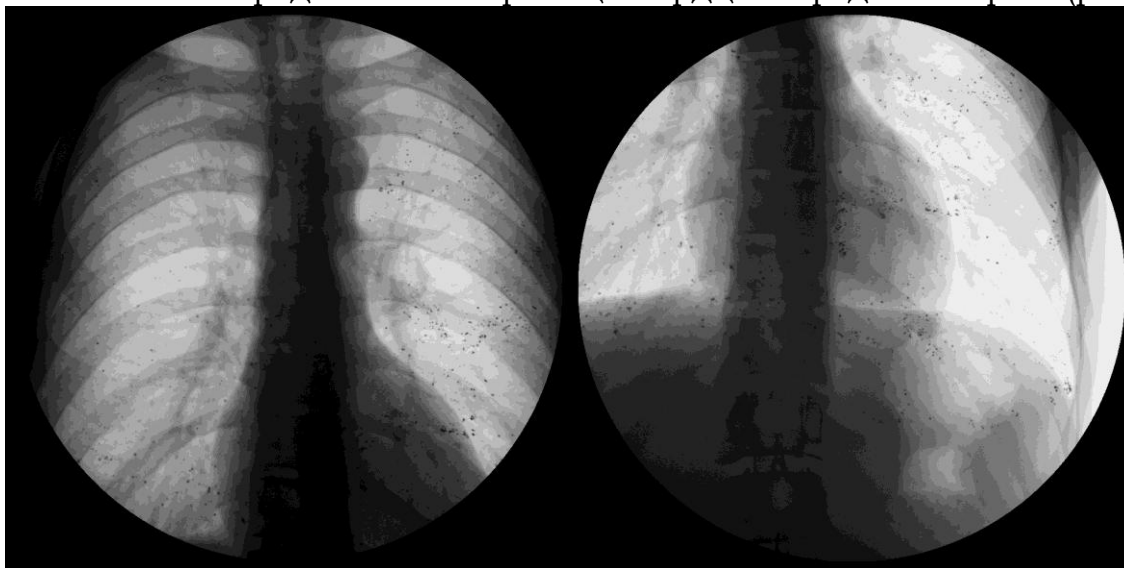


Рис. 1. Больной М. С., 22 года. Рентгенограмма грудной клетки.

Многослойная спиральная компьютерная томография: грудная клетка без деформации, средостение не смещено, диаметр трахеи без изменений. Увеличенные лимфатические железы в средостении не выявляются. В обеих плевральных полостях воздух и жидкость не выявляется, в полости перикарда свободная жидкость не отмечается.

В паренхиме обоих легких, преимущественно на уровне левых базальных сегментов, в стенке правого желудочка, в стенке правого предсердия, на диафрагмальной поверхности и медиальном крае печени, а также в кортикальном слое правой почки выявляются множественные округлые включения малого размера с высокой (металлической) плотностью (рис. 2).

Консультация невропатолога: Черепно-мозговые нервы без патологии, ширина движений в конечностях сохранена. Координационные тесты выполняет удовлетворительно. Все виды чувствительности сохранены. Выражены двухсторонние фасцикуляции в нижних конечностях. Коленные и сухожильные рефлексы в нижних конечностях вялые.

Электронейромиография: Скорость проведения возбуждения в моторных волокнах исследуемого периферического нерва в пределах нормы. Регистрация потенциала из сенсорных волокон невозможна из-за постоянного гиперкинеза.

Лабораторные показатели: ALT 34,3; AST– 71,9; LDH– 552; Холестерин – 4,8 mmol/dl; Креатинин – 73; FreeT3 0,329 ng/dl; TSH 2,89 MicU/ml; FreeT4 1,94 ng/dl.

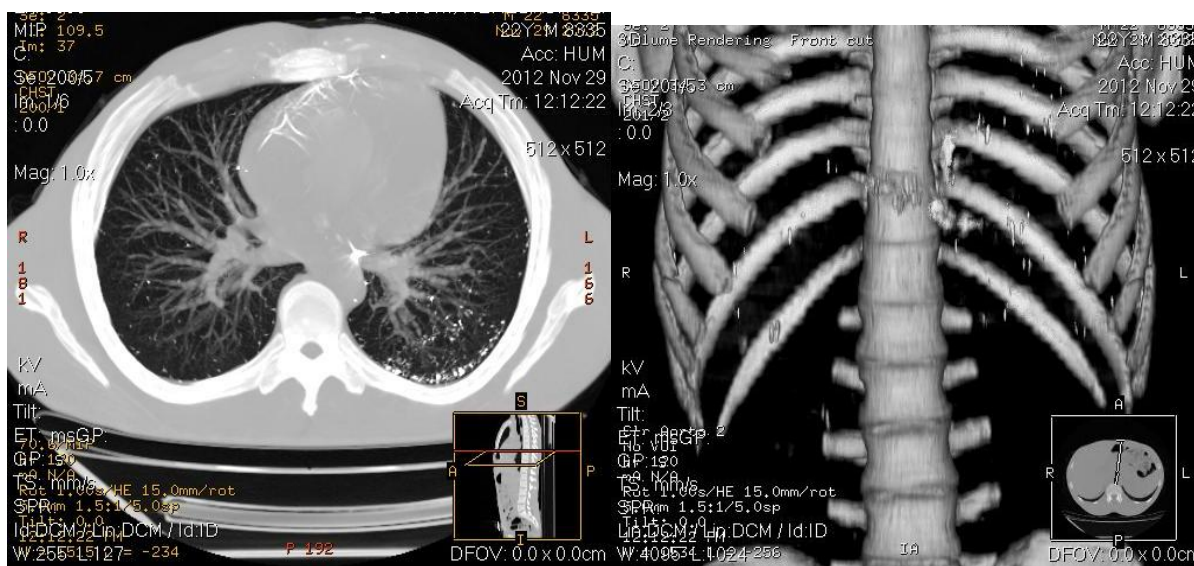


Рис. 1. Больной М. С., 22 года. Компьютерная томография.

Titanium 0,2654; Manganese 0,0631; Nickel 0,0101; Copper 1,1494 mkg/ml; Zincum 0,5190 mkg/ml; Selenium 0,0340 mkg/ml; Arsenicum 0,0476 mkg/ml; Stroncium 0,0332; Lead 0,1090 mkg/ml.

Содержание ртути в крови составило 134 microgram/L, что значительно превышает нормальный уровень (4-5 microgram/L).

Диагноз: Токсический эффект ртути и ее соединений (T56.1). Токсическая полинейропатия (G.62.2).

Больной был также проконсультирован в Институт Психического здоровья, взят на учет, назначено лечение: нейролептики хлорпротиксен (труксал) 5 мг/сут; паротиксен (рексетин) 20 мг/сут; анксиолитик медазепам – 50 мг/сут.

Больной был проконсультирован Главным токсикологом г. Москвы (Россия) доц. Ю.Н. Остапенко и Главным токсикологом г. Баку (Азербайджан) доц. И. Н. Эфендиевым, определена стратегия лечения: специфическая антидототерапия: DMPS (унитиол) в суточной дозе 20 мг/кг в течение 1 месяца, после перерывав 2 недели, второй курс антидототерапии – тиосульфат натрия 30 % суточная доза 20 мг/кг длительностью в 1 месяц, затем сукцимер в таблетках – по схеме.

Инфузиотерапия: Реамберин 400 мл в/в капельно: 5 % р-р глюкозы; солевые растворы, в/в инъекции тиогаммы, актовегина; в/м инъекции нивалина; общая укрепляющая терапия.

Для проведения андототной (хелирующей) терапии больной был переведен в Республиканский токсикологический центр МЗ Азербайджана (г. Баку). При поступлении в токсикологический стационар в Азербайджане (декабрь 2012 г.) при дополнительном обследовании не было выявлено биохимических отклонений в функции печени и почек, а также клинических легочных проявлений отравления, несмотря на наличие симптомов повышенной возбудимости, тремора, обусловленного интоксикацией ртутью, артралгии коленных суставов и слабости в нижних конечностях.

Пациенту была начата хелирующая антидотная терапия путем введения унитиола в дозе 20 мг/кг/сут. После месяца хелирующей терапии уровень ртути в крови стал медленно снижаться и составил 105 мкг/л. Наблюдалось значительное улучшение общего состояния больного, нормализация сна, снижение астенизации, нормализация физической активности.

Поскольку хелирующая терапия позволяет удалить из организма человека всего около 1 мг ртути в день пациенту было рекомендовано продолжить долгосрочное применение унитиола под контролем уровня ртути в крови.

Больной был направлен домой в Грузию с необходимым запасом антидотных средств. На продолжение антидотной терапии в стационаре больной не явился, однако продолжал выполнять остальные назначения в домашних условиях.

Заключение: Клинические проявления интоксикации элементарной (металлической) ртутью при внутривенном введении может быть отсрочено во времени, несмотря на значительное увеличение содержания уровня ртути в крови.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Əzizov V. Ə., Əfəndiyev İ. N., Maqsudov A. S. Kliniki toksikologiya. Bakı: Azərbaycan Tibb Universitetin nəşriyyatı, 2004, 284 s.
2. Friesenbichler J., Maurer-Ertl W, Sadoghi P, Wolf E, Leithner A. Auto-aggressive metallic mercury injection around the knee joint: a case report // BMC Surg. 2011, V. 11, p. 31.
3. Lamas C., Proubasta I., Majó J. Management of metallic mercury injection in the hand // J. Surg. Orthop. Adv. 2006, V. 15, N. 3, p. 177-180
4. Vallant B, Deutsch J, Muntean M, Goessler W. Intravenous injection of metallic mercury: case report and course of mercury during chelation therapy with DMPS // Clin. Toxicol. (Phila). 2008, V. 46, N. 6, p. 566-569

X Ü L A S Ə

ELEMENTAR CİVƏ İLƏ İNTRAVENOZ QƏSDLƏ ZƏHƏRLƏNMƏ - KLİNİK HADİSƏ

Kobidze T.S.¹, Əfəndiyev İ.N.², Əzizov V.Ə.², Maqsudov A.S.³

¹ "Respublika" Mərkəzi Universitet xəstəxanası, Tbilisi, Gürcüstan

² Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan

³ SN-nin Kliniki Tibbi Mərkəz, Bakı, Azərbaycan

Giriş: Metallik (elementar) civənin vena daxili inyeksiyası çox nadir rast gəlmə hadisəsidir, civə duzlarının qəbulu və ya civə buxarları ilə inhalyasion zəhərlənməyə nisbətən həyat üçün az təhlükəlidir. Biz aşağıda suicidal məqsədlə metallik civəni venadaxilinə vurulması hadisəsinin klinik şəhrini təqdim edirik.

Klinik hadisə: 22 yaşlı kişi əvvəlki anamnezində suicidal məqsədlə etilən qlikolla zəhərlənmiş 22 yaşlı şəxs Gürcüstanda Tbilisidə toksikologiya şöbəsində 4 aydan sonra dirsək venasına bir neçə termometrədən toplanmış naməlum miqdarda metallik civə vuruşdur. 3 aylıq simptomuz dövrədən sonra xəstədə ətraflarında ağrı, titrəmə olmuş, tez yorulma, dəridə səpçilər əmələ gəlmişdir. Döş qəfəsində və qarın boşluğunun kompyuter tomoqrafiyasında hər iki ağciyərdə, qaraciyərdə və sağ böyrəkdə bir neçə metallik sıxlıqda olan kölgələrinin olması müəyyənləşdirildi. Sonra xəstə Bakıya toksikoloji mərkəzə antidot heliterapiya aparmaq üçün və müayinə üçün göndərilmişdir. Bakıda əlavə müayinələrdə qaraciyər və böyrəyin biokimyəvi analizlərində ciddi dəyişiklər aşkar olunmadı.

Xəstədə oyanıqlıq, əsmə, diz oynaqlarında artralqiya və aşağı ətraflarda zəiflik kimi civə intoksikasiyasına xas simptomlar olsa da ağciyərlərdə klinik dəyişikliklər aşkar olunmadı.

Xəstəyə 20 mg/kg/sutka dozada Unithiol heliantidot terapiya aparılmışdır. Bu müalicədən 1 ay sonra qanda civənin 134 mkq/l-dən 105 mkq/l-ə enmişdir.

Müzakirə: Bu hadisə metallik civəni vena daxilinə vurulmasının az toksikliyi göstərir. Antidot heliterapiya orqanizmdən hər gün təxminən 1 mq civəni cixardığına görə unithiol qanda civənin səviyyəsində nəzarət etdikdə uzunmüddət istifadə olunması məsləhət görülmüşdür.

Yekün: Qanda civənin miqdarı xeyli artıq olsa da vena daxili zəhərlənmədə klinik əlamətlər xeyli gec özünü biruzə verə bilər.

Açar sözlər: civə, zəhərlənmə

SUMMARY

SELF-POISONING BY INTRAVENOUS INJECTION OF ELEMENTAL MERCURY – CASE REPORT

Kobidze T. S.¹; Afandiyev I. N.², Azizov V. A.², Maqsudov A. S.³

¹“Republic” Central University Hospital, Tbilisi, Georgia;

² Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan;

³ Clinical Medicine Center MoH, Baku, Azerbaijan

Background: Poisonings by injection of metallic mercury is uncommon and considered relatively harmless in contrast to mercury salts or inhalation of mercury vapor. We report a case of intentional self-injection of metallic mercury.

Casereport: A 22 years old man with a pastmedicalhistory of ethyleneglycol suicidal poisoning was admitted to a toxicological hospital in Tbilisi, Georgia four months after deliberate intravenous injection of an unknown quantity of metallic mercury from several thermometers into his antecubital vein.

After three months of asymptomatic period, the patient began to complain of pain and tremor in limbs, fatigue and skin rash. CT scan of the thorax and the abdomen confirmed multiple small opacities of metallic density in both lungs, liver and right kidney. After the procedure the patient was transferred to the toxicology center in Baku, Azerbaijan for chelation therapy.

On arrival no biochemical abnormalities in hepatic or renal function or clinical pulmonary malfunction were detected, despite presence of slight symptoms of erethism, tremor mercurialis, knee joints arthralgia and lower extremities weakness.

Chelation therapy with intramuscular injection of Unithiol (DMPS) was started in dose of 20mg/kg/day. After one month of chelation therapy, mercury blood concentration slowly decreased from initially 134 microgram/L to 105 microgram/L.

Case Discussion: This case report demonstrates mild acute toxicity following intravenous administration of unknown amounts of elemental mercury. Because of chelation therapy can remove approximately 1 mg of mercury per day the patient was recommended further long-term DMPS treatments under the control blood mercury levels.

Conclusion: Clinical manifestations of intravenous elemental mercury intoxication may be delayed despite significant increase in blood mercury level.

Key words: mercury, poisoning

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ СУХОГО ЭКСТРАКТА БРОККОЛИ

Щукина Н.Н., Гладченко О.М., Малоштан Л.Н., Гладченко Е.О.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Ключевые слова: сухой экстракт с надземной части капусты брокколи, антимикробная активность.

Язвенная болезнь желудка является полиэтиологическим заболеванием. Одним из запускающих факторов, способствующих возникновению и развитию язвы в слизистой оболочке желудка могут быть различные инфекционные агенты, среди которых значительное место занимает *Helicobacter pylori*. Язвенная болезнь протекает с периодами рецидивов и ремиссий, тяжесть и продолжительность которых зависит от состояния иммунной системы инфицированного человека. Влияние *Helicobacter pylori* на слизистую оболочку желудка зависит от состояния иммунной системы человека. При снижении защитных сил организма возможно развитие язвенной болезни.

Учитывая химический состав действующих веществ сухого экстракта капусты брокколи (СЭКБ) в состав которого входит индол-3-карбинол, останавливающий рост опухолевых клеток инфицированных вирусом папилломатоза человека, а также то, что СЭКБ содержит сульфорафан, которому присущи противораковые и антибактериальные свойства против *Helicobacter pylori*, можно предположить наличие у СЭКБ антибактериальной активности, которая является одним из положительных критериев эффективности фармакотерапии язвенной болезни желудка.

Антимикробную активность СЭКБ изучали на кафедре микробиологии НФаУ методами принятыми в микробиологической практике: методом диффузии в агар в модификации «колодцев». Последний основан на способности активнодействующих веществ диффундировать в питательную среду, заранее засеянной изучаемой тест- культурой микроорганизма.

В качестве референс- штаммов использовали эталонные штаммы из Американской коллекции типовых культур (ATCC): *Escherichia coli*, *Shigella Flexneri*, *Salmonella typhi murium*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*.

Установлено, что СЭКБ имеет широкий спектр антимикробной активности включающий четыре вида бактерий желудочно - тифозной группы: *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae*, *Salmonella typhi murium*, *Pseudomonas aeruginosa*, Золотистый стафилококк, дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Результаты исследования приведены на рис. 1. Согласно данным эксперимента степень чувствительности других культур, а именно *Pseudomonas aeruginosa*, к СЭКБ и «Альтану» была значительно ниже, о чем свидетельствует менее выраженная зона задержки роста этих микроорганизмов. У микроорганизмов культуры *Candida albicans* чувствительность к СЭКБ и «Альтану» была одинаковой и весьма умеренной.

Антихеликобактерную активность СЭКБ изучали на культуре *Helicobacter pylori* музейного штамма № 11 (из коллекции лаборатории медицинской микробиологии с музеем патогенных для человека микроорганизмов Киевского научно-исследовательского института

эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского) и на свежих выделенных клинических штаммах *H. pylori*.

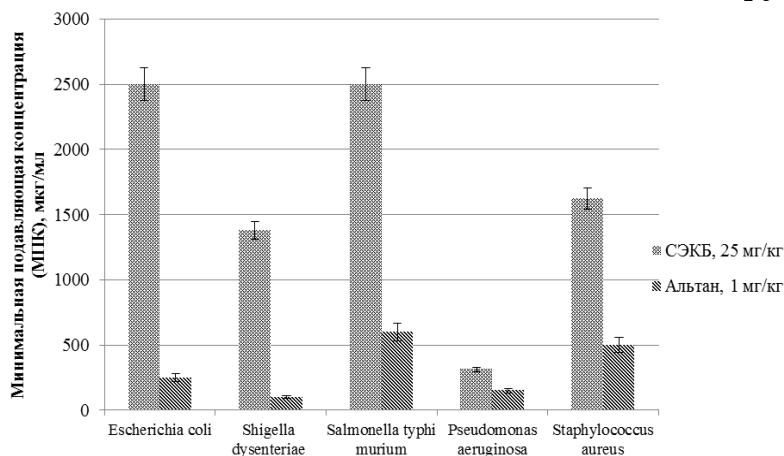
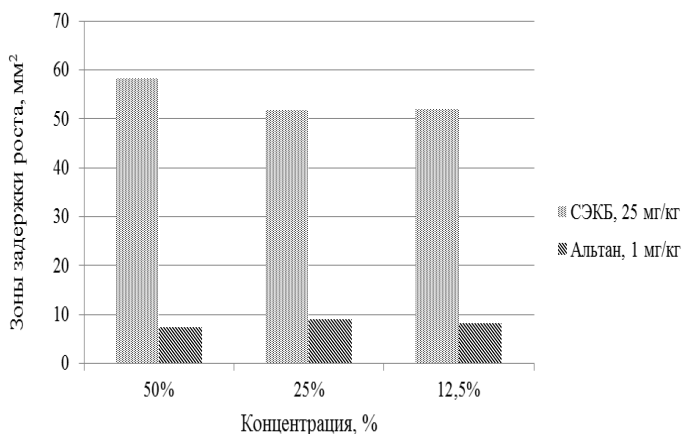


Рис 1. Влияние СЭКБ и Альтана на возбудителей воспалительных процессов желудочно-кишечного тракта

Также была изучена антимикробная активность препарата сравнения «Альтана» в отношении штаммов *Helicobacter pylori*. Результаты исследования приведены на рис 2. Проверку антимикробного действия проводили

методом серийных разведений в полужидкой тиогликолевой среде с добавлением эритро-агара и методом «колодцев» на плотном шоколадном агаре. Были испытаны водные растворы в СЭКБ и препарата сравнения «Альтана» в концентрациях 50, 25 и 12,5 %.

Рис. 2 Антимикробное действие СЭКБ и Альтана по отношению к *Helicobacter pylori* (музейный штамм)



В результате проведенного микробиологического тестирования установлено, что образцы СЭКБ при испытании методом серийных разведений задерживают рост штаммов *Helicobacter pylori* во всех исследованных концентрациях.

Таким образом, испытуемые образцы СЭКБ имеют антихеликобактерную активность, которая была наиболее выражена при 50% концентрации СЭКБ, где зона задержки роста достигала 55,6 - 58,2 мм. Под влиянием «Альтана» тоже наблюдались зоны задержки роста *Helicobacter pylori* при максимальной (50%) концентрации, которые составляли 7,5 - 9,9 мм, но чувствительность препарата сравнения была в 5 раз меньше, чем у исследуемого СЭКБ.

Таким образом, установлено, что СЭКБ влияет на исследуемых возбудителей воспалительных процессов в пищеварительном тракте - бактерий желудочно - тифозной группы: *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae*, *Salmonella typhi murium*, *Pseudomonas aeruginosa*, Золотистый стафилококк, дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Также испытуемые образцы СЭКБ имеют выраженную антихеликобактерную активность, наиболее выраженную при 50% концентрации, превышающую таковую препарата сравнения «Альтана» в 5 раз.

Учитывая, что антимикробная активность является одним из положительных критериев эффективности фармакотерапии язвенной болезни желудка, можно сделать вывод, что применение СЭКБ позволит снизить риск возникновения инфекционных процессов и осложнений, а

также повысить успешность терапии воспалительных заболеваний слизистой оболочки желудка.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Волянський Ю.А. Вивчення специфічної активності протимікробних засобів: метод. рек. / Ю.А. Волянський, І.С. Гриценко, В.П. Широбоков. - К., 2004. - 38 с.
2. Владимірова І. М., Кисличенко В. С. Вивчення амінокислотного та елементного складу капусти брокколі та її використання в медичній практиці // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики. Збірник наукових статей.— Вип.15.— Т. 1.— Запоріжжя: вид-во ЗДМУ.— 2006.— С. 186–191.
3. Владимірова І. М., Кисличенко В. С. Капуста брокколі — *Brassica oleracea* L. var. *italica* Plenck. // Провізор. — 2007. — № 11. — С. 38–42.
4. Владимірова І. М., Кисличенко В. С., Демьохін В. Б., Махотіна О. О. Фітохімічне вивчення листя капусти брокколі // Створення, виробництво, стандартизація, фармакоекономічні дослідження лікарських засобів та біологічно активних добавок. Матеріали 2-ї Міжнародної науково-практичної конференції (12–13 жовтня 2006 р.).— Х.: вид-во НФаУ.— 2006.— С. 42–43.
5. Гриневиц В.Б., Саблін О.А., Губоніна І.В. и др. Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний: эффективность, безопасность, фармакоэкономичность. Эксперим. и клин. гастроэнтерол. 2005; 2: 1–4.
6. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции. Рекомендации третьей конференции Европейской группы по изучению *H. pylori*, 2005г. // Клиническая фармакология и терапия. — 2006. Т. 15. - №1. -С. 32-35.
7. Лазебник Л.Б., Морозов И.А., Ильченко А.А. и др. Проблемы и перспективы исследований инфекции *Helicobacter pylori* // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2006. -№1,-С. 4-14.
8. Algood, H.M. *Helicobacter pylori* Persistence: an Overview of Interactions between *H. pylori* and Host Immune Defenses / H.M. Algood, T.L. Cover // *Clin Microbiol Rev.* 2006. - Vol.9, N4. - P.597-613.
9. Alteration of histological gastritis after cure of *Helicobacter pylori* infection / M. Hojo, H. Miwa, T. Ohkusa et al. // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002. - Vol.16. - P. 1923-1932.
10. Amieva, M.R. Host-bacterial interactions in *Helicobacter pylori* infection / M.R. Amieva, E.M. El-Omar // *Gastroenterology.* 2008. - Vol.34, N1. - P.306-323.
11. Blaser M.J., Atherton J.C. *Helicobacter pylori* persistence: biology and disease // *J. Clin. Invest.* 2004. - Feb. -N. 113(3). - P. 321-33.
12. Campo S.M.A., Zullo A., Hassan C., Morini S. Antibiotic treatment strategies for *Helicobacter pylori* infection. - *Recent Patents Anti-infect. Drug.Dis.*, 2007, v.2, p.11-17.
13. Clyne, M. Bacterial factors that mediate colonization of the stomach and virulence of *Helicobacter pylori* / M. Clyne, B. Dolan, E.P. Reeves // *FEMS Microbiol Lett.* 2007. - Vol.268, N2. - P.135-143.
14. Correa, P. Natural history of *Helicobacter pylori* infection / P. Correa, M.B. Piazuelo // *Dig Liver Dis.* 2008. - Vol.40, N7. - P.490-496.
15. *Helicobacter pylori* and its involvement in gastritis and peptic ulcer formation / S.J. Konturek, P.C. Konturek, J.W. Konturek // *J Physiol Pharmacol.* 2006. - Vol.57, N3. -P.29-50.
16. *Helicobacter pylori*, T cells and cytokines: the "dangerous liaisons" / M.M. D'Elis, A. Amedei, M. Benagiano et al. // *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2005. -Vol.44, N2. -P.113-119.
17. Hirayama, T. Virulence mechanism of *Helicobacter pylori* VacA / T. Hirayama // *Nippon Saikingaku Zasshi.* 2007. - Vol.62, N4. - P.387-396.
18. Histological changes of gastric atrophy and intestinal metaplasia after *Helicobacter pylori* eradication / Y. Lee, Y.C. Jeon, T.Y. Koo et al. // *Korean J Gastroenterol.* 2007. - Vol.50, N5. - P.299-305.
19. Maeda, S. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection / S. Maeda, A.F. Mentis // *Helicobacter.* -2007. Vol.12, Suppl.1. -P.10-14.
20. Thong-Ngam D., Chatsuwat T. Antibacterial activity of Aloe vera, circumin, garlic and plaunotol against *Helicobacter pylori* - *Helicobacter*, 2006, v.11, s.2, p.44.
21. Vaira D., Zullo A., Vakil N., Gatta L., Ricci C., Perna F. et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized trial // *Ann. Intern. Med.* - 2007. - Vol. 146, № 8. - P. 556-563.

SUMMARY

INVESTIGATION OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF A DRY EXTRACT BROCCOLI

Shchukina N., Gladchenko O., Maloshtan L., Gladchenko J.
National Pharmaceutical University, Kharkov

Keywords: dry extract from the aerial parts of broccoli, antimicrobial activity.

One of the triggering factors contributing to the emergence and development of ulcers in the lining of the stomach may be a variety of infectious agents, among which an important place Helicobacter pylori. The chemical composition of the dry extract of broccoli suggests the presence of his anti-bacterial activity.

H. pylori activity was studied in a culture of Helicobacter pylori strain and the museum dedicated to fresh clinical strains of H. pylori. Found that the dry extract of broccoli has a wide range of antimicrobial activity: investigated influences inflammatory agents in the digestive tract - gastrointestinal bacteria - typhus group, and the test samples are expressed the dry extract of broccoli activity of H. pylori, most pronounced at 50 % concentration exceeding that of the reference preparation "Altan" 5 times. Studies have shown that the use of the dry extract of broccoli will reduce the risk of complications and infection processes, and improve the success of treatment of inflammatory diseases of the mucous membrane of the stomach.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КЕРАТОКОНУСА.

Абдулалиева Ф.И.

**Национальный Центр Офтальмологии имени академика
Зарифы Алиевой, Азербайджан, г. Баку.**

Ключевые слова: кератоконус

Кератоконус – дистрофическое заболевание роговицы невоспалительного характера, изменение биохимической стабильности роговицы, приводимой к истончению её к конусовидному выпячиванию.

Прогрессирующий характер заболевания, двухсторонний процесс, протекающий со значительным снижением зрения, делают проблему лечения кератоконуса очень актуальной.

В клинической практике пользуются различными классификациями кератоконуса. Предложенная Амслером более 60 лет назад классификация кератоконуса, в определенной степени остается актуальной и сегодня. Амслер описал четыре стадии заболевания, попытался охарактеризовать и разграничить их, используя весь арсенал имеющихся методов исследования [1]. По классификации Титаренко на I и II стадиях наблюдаются небольшие изменения роговицы (так называемые участки "разжижения", утолщенные нервные волокна); на III стадии отмечается снижение остроты зрения до 0,1, помутнение роговицы на вершине конуса, линии Фогта. IV стадия характеризуется резким снижением остроты зрения (до 0,02), истончением и помутнением роговицы, трещинами в десцеметовой оболочке. V стадия - запущенный кератоконус с почти тотальным помутнением роговицы.

Недостаток классификации состоит в том, что определяемые по разным методикам стадии кератоконуса не совпадают, и, используя все предложенные методы исследования, вообще не удастся установить стадию заболевания [2]. Главное преимущество классификации предложенной Абуговой заключается в определении стадии кератоконуса по данным биомикроскопии роговицы, что позволяет офтальмологам широкого профиля ставить диагноз «кератоконус», учитывать динамику процесса и рекомендовать метод реабилитации, то есть направить пациента на консультацию к специалисту по контактной коррекции зрения или офтальмохирургу. На основании исследования топографии роговицы при кератоконусе автор выделяет шесть достоверно различимых типов кератоконуса: островершинный (ОС), туповершинный (ТУ), пикообразный (ПИ), никовершинный (НИ), пикообразный атипичный (ПА) и низковершинный атипичный (НА) типы.

В нашей клинической практике мы пользуемся дополненной классификацией кератоконуса по Амслеру (1961). Характерными признаками первой стадии автор называет неправильный астигматизм, корригируемый цилиндрическими стеклами, при остроте зрения от 0,5 до 1,0. При второй стадии, астигматизм также корригируется, но острота зрения не превышает 0,4 – 0,1. В третьей стадии отмечается выпячивание и истончение роговицы, при остроте зрения от 0,12 до 0,02, контактная коррекция затруднена. При четвертой стадии отмечается помутнение роговицы, острота зрения не превышает 0,02-0,01.

Диагностика кератоконуса в начальных стадиях очень трудна. В поликлинических подразделениях, куда первично обращаются пациенты с жалобами на снижение зрения, имеется очень маленький арсенал методов обследования. В подавляющем большинстве случаев ставится диагноз миопии и миопического астигматизма, которые хорошо корригируются очками или контактными линзами. Пациентам предлагают хирургическое лечение: склеропластику и ЛАЗИК, после которых недиагностированный кератоконус быстро прогрессирует.

Определение остроты зрения и биомикроскопия не дают возможности диагностировать кератоконус на начальных стадиях, и только когда при биомикроскопировании врач видит истончение роговицы и её конусообразное выпячивание, он ставит диагноз кератоконуса, но заболевание уже вышло из начальной стадии и перешло в развитую, при которой часто единственным методом лечения является кератопластика.

Применение современных методов диагностики кератоконуса позволяет выявить начальные изменения при субклинических стадиях заболевания, что повышает возможности реабилитации пациентов. Термин «субклинический кератоконус» соответствует ранней стадии заболевания, при которой нет признаков снижения корригированной остроты зрения и нарушения рефракционных свойств роговицы по данным рутинных методов исследования. Кроме того, в настоящее время широко применяют эксимер-лазерную хирургию роговицы, как метод коррекции рефракционных нарушений, что требует точной диагностики начальных проявлений кератоконуса, которая в ряде случаев представляет определенные трудности.

При начальных стадиях заболевания рефракционные изменения удастся корригировать с помощью очков и контактных линз.

В настоящее время становится доступным ряд новых технологий для лечения прогрессирующего кератоконуса в ранних стадиях: перекрестное связывание коллагена роговицы (кросслинкинг) и интростомальная

кератопластика с имплантацией сегментов кольца. Эффект этих операций повышается при лечении пациентов на ранних стадиях заболевания.

При далекозашедших стадиях заболевания глубокая передняя послонная или сквозная кератопластика остаются единственными методами лечения. Главным препятствием на пути проведения кератопластики являются хроническая и катастрофическая нехватка донорского материала.

Всё вышеизложенное показывает, насколько трудна и важна диагностика кератоконуса на ранних стадиях заболевания, и часто встречающиеся ошибки диагностики ведут к непредсказуемым последствиям или к упущенному времени для более щадящих и эффективных методов лечения кератоконуса.

Таким образом, **целью** предложения рекомендаций является составить алгоритм диагностики кератоконуса на ранних стадиях заболевания.

Материал и методы исследования. Результаты предложенных рекомендаций основаны на клинических исследованиях, проведенных на базе эксимер-лазерного отдела Национального Центра Офтальмологии имени академика З.Алиевой. В исследования вошли 179 пациентов (358 глаз).

Для адекватной диагностики кератоконуса в самых начальных стадиях заболевания необходим комплекс диагностических методов и оценка их результатов в совокупности.

Материально-техническое обеспечение методики:

1. Биомикроскоп Tomey (Japan).
2. Автокераторефрактометр (Tomey RC-5000, Japan).
3. Ультразвуковой пахиметр PacScan 300P (Sonomed, USA).
4. Ультразвуковая эхобиометрия E-Z Scan AB5500+ (Sonomed, USA).
5. Конфокальный микроскоп EM-3000 (Tomey, Japan).
6. Шеймфлюг-камера Pentacam HR (Oculus, Germany).
7. Оптический когерентный томограф (ОКТ) для переднего отдела глазного яблока Visante OCT (Carl Zeiss Meditec, Germany).

Методика обследования пациентов с кератоконусом:

1. **Анамнез.** Заподозрить кератоконус помогают характерные жалобы пациентов: двоение, возникающее перед одним глазом (моноккулярная диплопия), многоконтурность видимых предметов и букв при чтении, круги светорассеяния вокруг источников света. Пациенты с кератоконусом обычно чаще других больных посещают окулиста. Это связано с относительно быстрым падением остроты зрения при прогрессировании заболевания, и в только что изготовленных новых очках больной уже не видит так хорошо, как в процессе их подбора. При повторных попытках подбора очков можно обратить внимание на резкое, часто несимметричное увеличение оптической силы линз, необходимость для получения высокой остроты зрения перехода от сферических очков к цилиндрическим, а также на изменение оси цилиндрического стекла в процессе их повторного подбора. Анамнестическое исследование показало, что у большинства пациентов первые признаки кератоконуса возникают в возрасте 15-30 лет. Обычно пациентам сначала ставится диагноз «миопия», или «миопический астигматизм».

2. **Биомикроскопия.** К наиболее ранним проявлениям кератоконуса при биомикроскопическом исследовании относятся появление в центральной зоне роговицы нервных окончаний, нарушение правильности расположения пластин стромы (так называемое "разряжение" стромы), изменение клеток эндотелия. Последний признак особенно хорошо выявляется при использовании метода зеркальной микроскопии - отмечается нарушение

правильности клеточных рядов, появление зон крупных и мелких клеток, изменение их формы. На ранних стадиях заболевания могут появляться помутнения и в боуеновой оболочке. В более поздних стадиях наблюдаются линии кератоконуса (линии Фогта), обусловленные разьединением роговичных пластин при растяжении стромы. Обычно они имеют вид вертикальных или косых, параллельно расположенных, линий. Следующим этапом развития патологического процесса в роговице, выявляемого при биомикроскопии, является рубцевание и истончение стромы, чаще в области вершины кератоконуса. В далеко зашедших стадиях заболевания видны изменения десцеметовой оболочки в виде трещин, разрывов, утолщений. Патогномичным для кератоконуса является кольцо Фляйшера - субэпителиальное пигментное кольцо желто-коричневого или зеленого цвета или отдельные его дуги вокруг вершины конуса - это отложения гемосидерина. Примерно в 6% случаев наблюдаются эпителиопатии.

3. *Скиаскопия.* Одним из способов ранней диагностики кератоконуса является скиаскопия - на ранних стадиях болезни обнаруживается своеобразное движение тени, обусловленное неправильным астигматизмом ("пружинящая", "створчатая" тень). Однако это может наблюдаться и при неправильном астигматизме другой этиологии (например, посттравматическом).

4. *Кераторефрактометрия* на аппарате Tomeu. При данном исследовании по специально рассчитанным показателям (радиус, эксцентриситет, торичность, асимметрия) дает возможность определить наличие конической деформации роговицы уже на ранних стадиях заболевания. Кератометрия указывает на наличие неправильного астигматизма, когда угол между основными меридианами не равен 90 и не поддается измерению. При первой стадии кератоконуса она не превышает 48,0Д, при II стадии находится в пределах 48,0Д-50,0Д.

5. *Пахиметрия* роговицы. Особым и более значимым признаком кератоконуса является изменение толщины роговицы. Как правило, толщина роговицы в центре была меньше 500 мкм. По нашим наблюдениям толщина роговицы в центральной зоне была в среднем 468 мкм и в зоне 5-7 мм - 571 мкм уже при I стадии кератоконуса. С увеличением сроков наблюдения уменьшалась толщина роговицы во всех точках измерения. Пахиметрия роговицы проводится тремя методами: ультразвуковым пахиметром, на шеймфлюг-камере Pentacam HR, на оптическом когерентном томографе Visante OCT (Рис. 1).

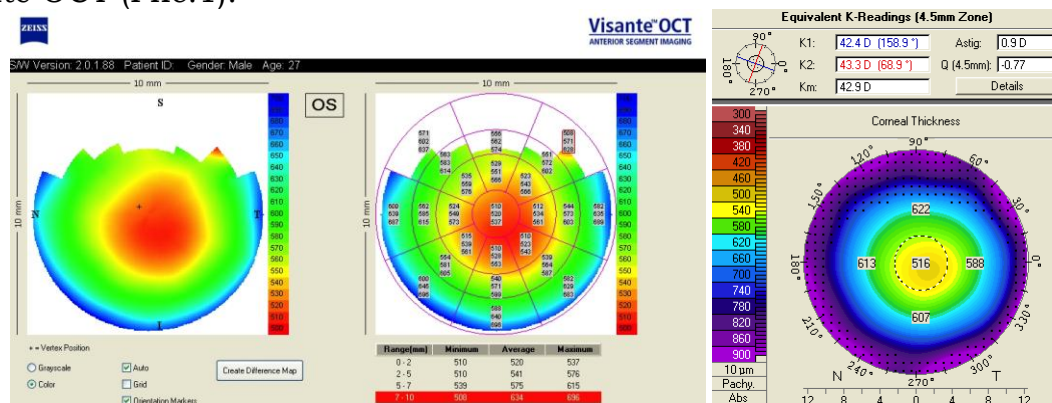


Рис. 1. Пахиметрические данные пациента с 1 стадией кератоконуса по Амслеру на Visante OCT (слева) и Pentacam HR (справа).

6. Компьютерная топография роговицы на топографе ATLAS® 9000 corneal topographer, основанную на изучении поверхности роговицы по анализу дисков Плачидо. Сбор информации о конфигурации роговицы и параметрах рефракции происходит с помощью компьютерной кератотопографии. Аппарат обрабатывает цветные карты, полученные при сканировании поверхности роговицы световыми лучами, используя компьютерную программу. На карте отображается следующая информация: направление и изменение сильного и слабого меридианов, среднее значение рефракции, величина цилиндрического компонента. Стандартная карта отображает силу рефракции по параллелям, отображает кривизну роговицы с использованием различных цветов: от синего (плоские области) до красного (выпуклые области) (Рис. 2,3).

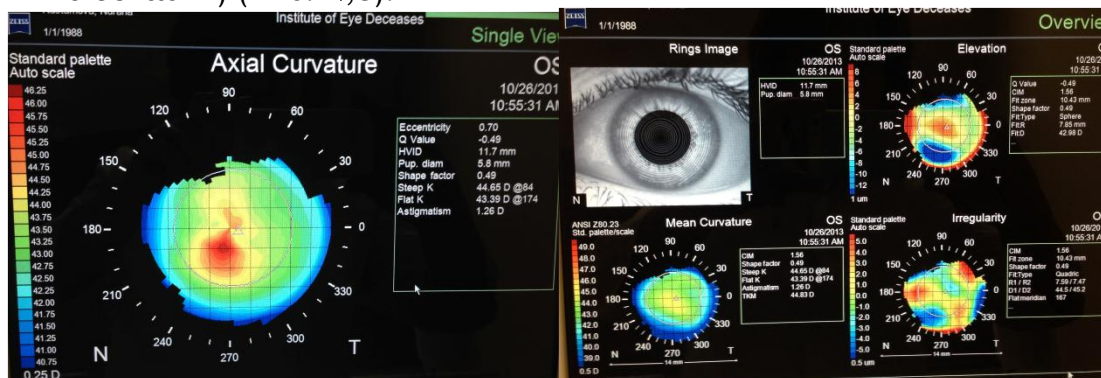


Рис. 2. Кератотопограмма пациента с подозрением на кератоконус.

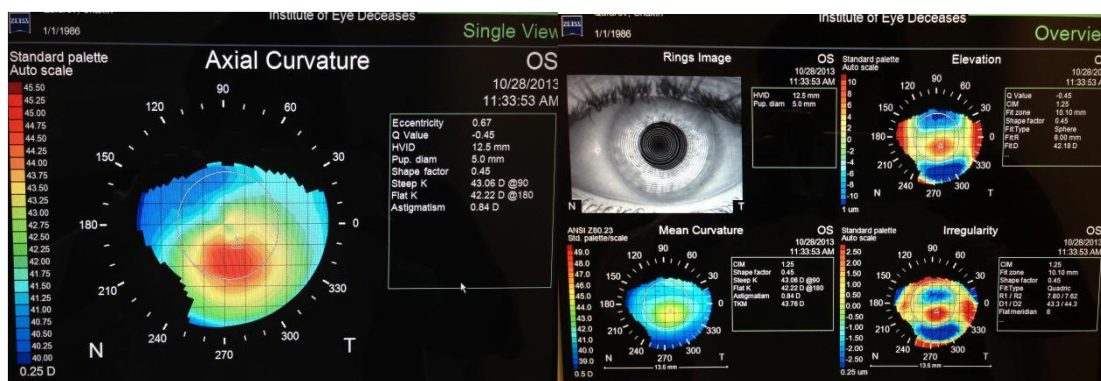


Рис. 3. Кератотопограмма пациента с с кератоконусом 1 степени по Амслеру.

Кератотопограммы классифицируют следующим образом: круглая, овальная, симметричная бабочка (галстук-бабочка), асимметричная бабочка, иррегулярная [4]. Существует 3 основных критерия, которые позволяют выявить ранний кератоконус и отдифференцировать его от различных форм астигматизма: большая рефракция центральной зоны роговицы, разница в оптической силе центра роговицы в парных глазах, разница рефракции роговицы в противоположных точках одного меридиана. При различных стадиях кератоконуса существуют различия на каратотопограммах: так при I стадии кератоконуса область сильной рефракции располагается в пределах 3 мм оптической зоны. При II стадии область сильной рефракции располагалась уже в 5 мм зоне, смещаясь больше в нижнюю и в нижневисочную сторону. При III стадии крутая зона роговицы распространяется в 7 мм зону, а при IV стадии - в 7-9 мм зону. По мере распространения крутой зоны от центра к лимбу прослеживается

уменьшение рефракции (уплощение) роговицы в противоположной половине. Компьютерное обеспечение прибора позволяет получить данные нескольких математических величин – индексов кератоконуса, изменение значений которых в сравнении с нормальными величинами является признаком нарушения регулярности роговичной поверхности. Изменение хотя бы одного из индексов кератоконуса было выявлено в 78,46% случаев.

7. *Сканирующая топография* роговицы на шеймфлюг-камере Pentacam HR, который рассчитывает 3-мерную модель переднего сегмента глаза на основании анализа 138 000 истинных точек. Аппарат анализирует переднюю и заднюю поверхности роговицы от края до края на основе реальных измерений. Каждая отдельная точка в любом месте может быть определена при помощи наведения на нее курсора. Автоматически на экран выводятся данные анализа индексов асферичности роговицы в диаметре 8 мм: ISV - Index of surface variance (отклонение преломления передней поверхности роговицы по радиусам); IVA (Index of vertical asymmetry) - степень симметрии радиусов роговицы по отношению к горизонтальной оси; KI (Keratoconus index) индекс кератоконуса по всей роговице); SKI (Central Keratoconus Index) - индекс кератоконуса в центре роговицы; IHA (Index of height Asymmetry) - степень симметрии сильного меридиана по отношению к горизонтальному меридиану; IHD (Index of height decentration) – показывает степень распространения кератоконуса по вертикали; Rmin – показывает наименьшее изменение в патологической области роговицы; TKS – классификация кератоконуса по Амслеру, по показателям передней поверхности роговицы. Кроме того, программное обеспечение названное дисплеем для мониторинга эктазии Белина/Амброзио (Belin/Ambrósio Enhanced Ectasia Display - BAD) в приборе позволяет выявлять ранние стадии кератоконуса и субклинические кератоконусы. Программное обеспечение BAD анализирует данные кривизну передней и задней поверхностей роговицы, а также пахиметрию и строит трехмерное графическое изображение роговицы, тем самым преодолевается ряд ограничений классической Плачидо-топографии и ультразвукового анализа толщины роговицы [6, 7]. Программа анализирует целый ряд факторов, определяет степень риска эктазии для конкретной роговицы. Исследуются при этом такие показатели, как отклонения от средних значений передней и задней поверхностей, пахиметрическая прогрессия, локализация наиболее тонкой точки и степень ее смещения от центра (Рис. 4, 5, 6).

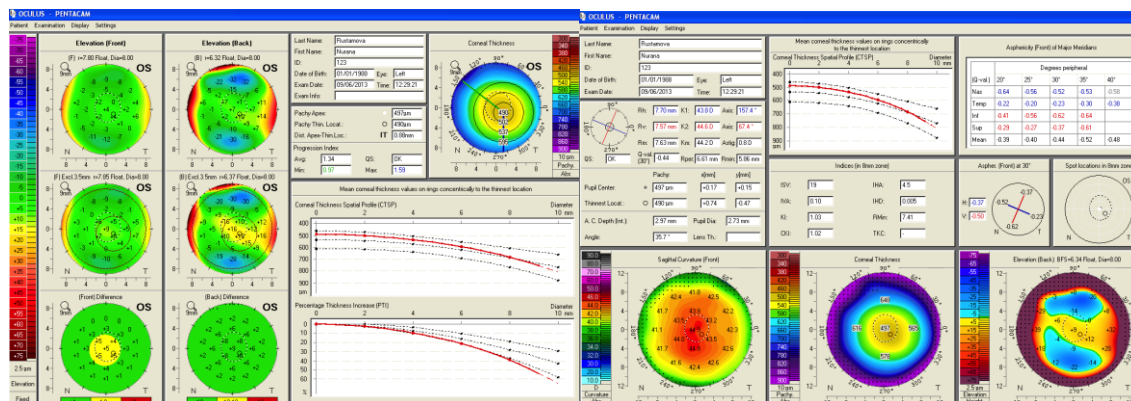


Рис. 4. Топографическая карта BAD и рефракционная карта пациента с подозрением на кератоконус на Pentacam HR.

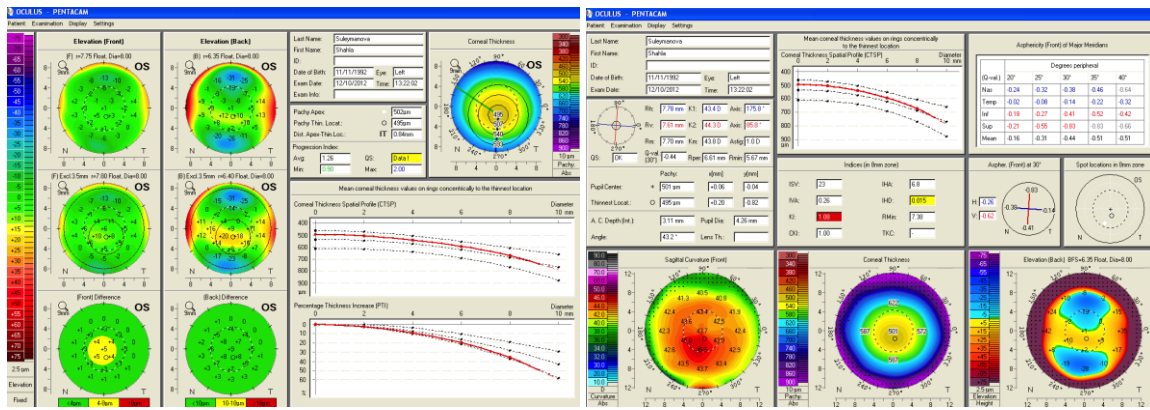


Рис. 5. Топографическая карта ВAD и рефракционная карта пациента с субклинической стадией кератоконуса на Pentacam HR.

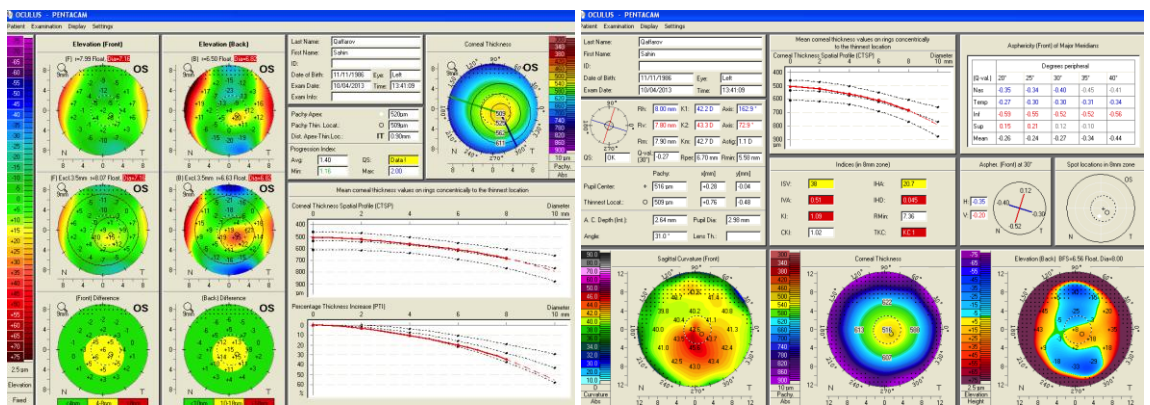


Рис. 6. Топографическая карта ВAD и рефракционная карта пациента с кератоконусом 1 степени по Амслеру на Pentacam HR.

Показателем степени изменений толщины роговицы от ее центра к периферии является индекс пахиметрической прогрессии и в норме не должна превышать 1-1,2. Увеличение индекса при субклиническом кератоконусе выявляются на 14,48 %, подозрении на кератоконус на 9,84% ($p < 0,05$), субклинической стадии пеллюцидной дегенерации на 26,54% ($p > 0,05$). При анализе значений показателя relative pachimetry (относительная пахиметрия) в центре роговицы выявляется его превышение от средней величины. Величина показателя превышала значения нормы при субклиническом кератоконусе в 2,3 раза, в группе пациентов с подозрение на кератоконус в 1,9 раза, с субклинической стадией пеллюцидной дегенерации в 1,6 раз.

При субклинической стадии кератоконуса выявляется увеличение расстояния от точки геометрической вершины роговицы до точки с минимальной ее толщиной на 12,4%.

Выявляется достоверное увеличение элевации передней поверхности роговицы у пациентов с субклиническим кератоконусом и при подозрении на кератоконус на 36,74% и 58,56% соответственно по сравнению с нормой. Превышение средних значений элевации задней поверхности у пациентов с СКК составляет в среднем 29,42%.

На основе проведенных исследований определены основные виды паттернов, характерных для субклинической стадии кератоконуса, и частота их встречаемости: локальный участок укручения роговицы ниже центра, роговичный астигматизм с асимметрией по отношению к горизонтальной и

вертикальной оси с укручением в нижней половине соответственно.

8. *Аберрометрия* проводилась на аппарате WASKA (CRS-Master) и Pentacam HR. Для характеристики оптических аберраций используются полиномы Zernike, позволяющие получить пространственное изображение формы волнового фронта при каждом виде аберраций. Наиболее значимыми оптическими аберрациями, влияющими на функции глаза, являются такие аберрации, как кома, трейлол и сферическая аберрация. Кома - это сферическая аберрация косых пучков света, падающих под углом к оптической оси глаза. В основе этого вида аберраций лежит асимметрия оптических элементов глаза, при котором оптический центр роговицы не совпадает с оптическим центром хрусталика и центром фовеолы. Трейлол - оптическая аберрация, возникающая в основном из-за нерегулярности поверхности преломляющей среды на ее периферии, в результате чего возникает различное линейное оптическое увеличение на разных участках изображения. Сферическая аберрация возникает вследствие различия в степени преломления параллельных лучей, проходящих вблизи оптической оси и на периферии [8]. В зависимости от изменения положения фокуса лучей, проходящих через оптическую систему, аберрация данного вида может иметь как положительные, так и отрицательные значения (Рис. 7, 8).

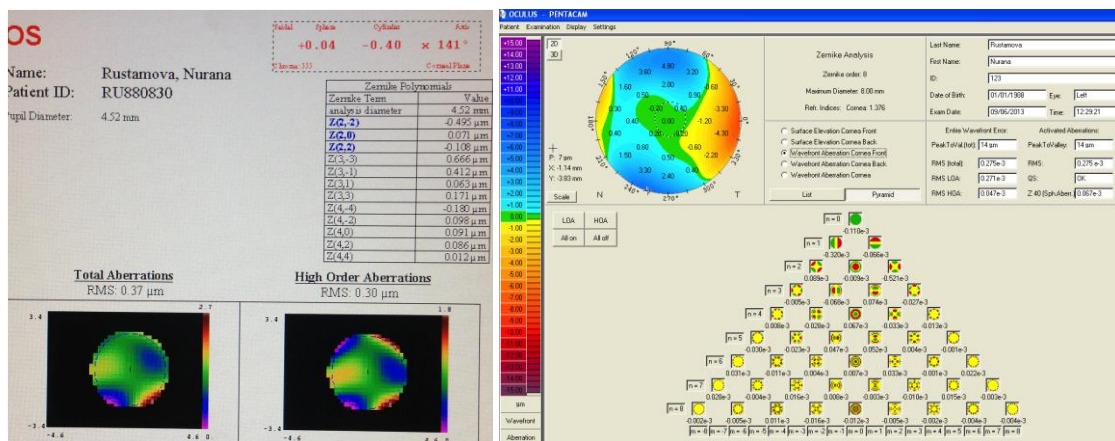


Рис. 7. Аберрометрические данные пациента с подозрением на кератоконус на аппарате WASKA (слева) и Pentacam HR (справа).

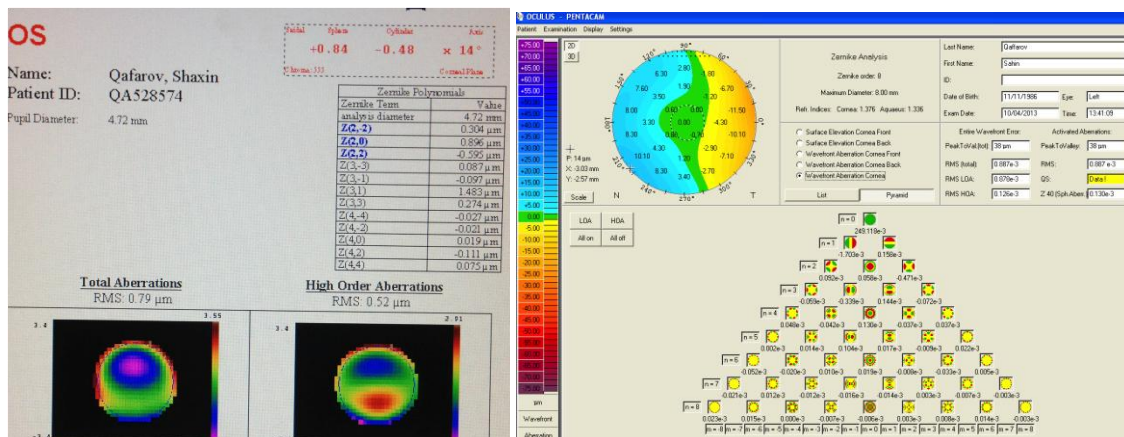


Рис. 8. Аберрометрические данные пациента с 1 стадией кератоконуса по Амслеру на аппарате WASKA (слева) и Pentacam HR (справа).

У пациентов с кератоконусом выявлена четкая тенденция к

повышению уровня аберраций волнового фронта глаза при субклинической стадии: уровень суммарных аберраций превышает средние значения на 11,64%, аберраций высших порядков на 22,53%, аберраций типа кома на 49,67%, трейлоид на 48%, сферических аберраций на 16,67%. Наибольшим изменениям подвержен показатель горизонтальной комы, описываемый полиномом Zernike Z (3;1) и превышающий в 3,74 раза уровень этого параметра в эметропичных глазах. Наблюдается резкое возрастание аберраций высших порядков в основном за счет вертикальной комы и, отчасти, вертикального трейлоида.

9. *Конфокальная микроскопия* на ранних стадиях заболевания выявляет отклонения от нормальной морфологической картины при субклиническом кератоконусе, которые, однако, не являются строго специфичными для данного заболевания в начальной его стадии и могут встречаться при других видах патологии роговицы. Окончательный диагноз должен быть поставлен на основании комплексного обследования пациента.

Заключение.

Анализ результатов комплексного обследования показал, что в 98,0% случаев диагноз субклинического кератоконуса был подтвержден или выявлен впервые. На ранних стадиях заболевания кератоконус был выявлен у 56% больных.

Для адекватной диагностики кератоконуса в самых начальных стадиях заболевания необходим комплекс диагностических методов и оценка их результатов в совокупности. Систематизация диагностических критериев представляет интерес и практическую значимость в диагностике кератоконуса на ранних стадиях. Это позволяет остановить прогрессирование кератоконуса, применяя своевременные хирургические методы, и улучшить функциональные результаты. Современное оснащение нашего центра, располагающее всем спектром обследования позволяет выявить большой процент кератоконуса на ранних стадиях заболевания.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Amsler M. La notion du k eratoc one // Bull. Soc. franc. ophtalmol., 1951, v.64, p.272-275.
2. Титаренко З.Д. О классификации кератоконуса // Офтальмол. журн., 1982, №3, с.169-171.
3. Абугова Т.Д. Клиническая классификация первичного кератоконуса // Современная оптометрия, 2010, №5, с.17-20.
4. Bogan S.J., Waring G.O., Ibrahim O. et. al. Classification of normal corneal topography based on computer-assisted videokeratography // Arch. Ophthalmol., 1990, v.108, №7, p.945-949.
5. Егорова Г.Б., Рогова А.Я. Кератоконус. Методы диагностики и мониторинга // Вестн. офтальмол., 2013, №1, с.61-66.
6. Li X., Rabinowitz Y.S., Rasheed K. et. al. Longitudinal study of the normal eyes in unilateral keratoconus patients // Ophthalmology, 2004, v.111, p.440-446.
7. Bu hren J., Ku hne C., Kohnen T. Defining subclinical keratoconus using corneal first-surface higher-order aberrations // Am. J. Ophthalmol., 2007, v.143, p.381-389.
8. Gobbe M., Guillon M. Corneal wavefront aberration measurements to detect keratoconus patients // Cont. Lens Anterior Eye, 2005, v.28, p. 57-66.

X Ü L A S Ə

KERATOKONUSUN MÜASİR DİAQNOSTİKA ÜSULLARI.

Abduləliyeva F.İ.

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan
Açar sözlər: keratokonus

Məqsəd: xəstəliyin erkən mərhələlərində keratoplastikanın diaqnostika alqoritmini tərtib etmək.

Tədqiqatın material və metodları. Təklif edilmiş tövsiyələrin nəticələri akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin eksimer-lazer şöbəsinin bazasında aparılmış kliniki tədqiqatlarına əsaslanır. Tədqiqata 179 pasiyent (358 göz) daxil olunub.

Metodikanın maddi-texniki təminatı: Biomikroskop Tomey (Japan); avtokeratorefraktometr (Tomey RC-5000, Japan); ultrasəs paximetr PacScan 300P (Sonomed, USA); ultrasəs exobiometriya E-Z Scan AB5500+ (Sonomed, USA); konfokal mikroskop EM-3000 (Tomey, Japan); şeymflüq-kamera Pentacam HR (Oculus, Germany); optik koherent tomoqraf (OKT) Visante OCT (Carl Zeiss Meditec, Germany).

Keratokonusun ilə pasiyentlərin müayinə metodikası: anamnez, biomikroskopiya, skiaskopiya, Tomey aparatında keratorefraktometriya, buynuz qişanın paximetriyası, ATLAS® 9000 corneal topographer topoqrafında buynuz qişanın kompüter topoqrafiyası, şeymflüq-kamera Pentacam HR aparatında buynuz qişanın skanedici topoqrafiyası, WASKA (CRS-Master) və Pentacam HR aparatlarında aberrometriya aparılmışdır, konfokal mikroskopiya

Yekun. Kompleks müayinə nəticələrinin təhlili 98,0% hallarda subklinik keratokonus diaqnozunun ilk dəfə təsdiqini və ya aşkarlanmasını göstərmişdir. Xəstəliyin erkən mərhələlərində keratokonus 56% pasiyentdə aşkar edilmişdir.

Keratokonusun adekvat diaqnostikası üçün xəstəliyin ən başlanğıc mərhələlərində kompleks diaqnostik üsullarının və onların nəticələrinin qiymətləndirilməsinin birgə keçirilməsi vacibdir. Diaqnostik meyarların sistemləşdirilməsi keratokonusun erkən mərhələlərində diaqnostikası üçün maraqlı doğurur və təcrübi cəhətdən əhəmiyyətlidir. Bütün bunlar, müasir cərrahi metodları tətbiq edərək, keratokonusun inkişafını saxlamağa və funksional nəticələri yaxşılaşdırmağa imkan yaradır. Tam müayinə spektrinə malik bizim mərkəzin müasir təchizatı xəstəliyin erkən mərhələlərində keratokonusun böyük faizini aşkar etməyə imkan verir.

SUMMARY

MODERN METHODS OF DIAGNOSING KERATOCONUS.

Abdulaliyeva F.I.

National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku,
Azerbaijan.

Key words: keratoconus

Objective: To create a diagnostic algorithm of keratoplasty in the early stages of the disease.

Material and methods. The results of the proposed recommendations are based on clinical studies conducted on the basis of an excimer laser of the National Center of Ophthalmology Academician Aliyeva. The study included 179 patients (358 eyes).

Logistics techniques: Biomicroscopy Tomey (Japan); Avtokeratorefraktometr (Tomey RC- 5000, Japan); Ultrasonic pachymeter PacScan 300P

(Sonomed, USA); Ultrasonic ehobiometriya EZ Scan AB5500 + (Sonomed, USA); confocal microscope EM- 3000 (Tomey , Japan); Sheymflyug camera Pentacam HR (Oculus, Germany); Optical coherence tomography (OCT) for the front of the eyeball Visante OCT (Carl Zeiss Meditec, Germany).

Technique of examination of patients with keratoconus: history, biomicroscopy skiascopy keratorefraktometriya on the unit Tomey, corneal pachymetry, computerized corneal topography topography on ATLAS ® 9000 corneal topographer, corneal topography scanning on - camera sheymflyug Pentacam HR, aberrometry carried out on the unit WASKA (CRS-Master) and Pentacam HR, confocal microscopy.

Conclusion. Analysis of the results of complex examination showed that in 98.0% of cases the diagnosis of subclinical keratoconus was confirmed or revealed for the first time. In the early stages of the disease keratoconus was detected in 56 % of patients.

To adequately diagnose keratoconus in the earliest stages of the disease requires a set of diagnostic tests and evaluation of their results together. Systematization of the diagnostic criteria of interest and practical importance in the diagnosis of keratoconus in the early stages. This allows you to stop the progression of keratoconus, applying timely surgical techniques, and improve functional outcomes. Modern equipment of our centers with the entire spectrum of the survey reveals a large percentage of keratoconus in the early stages of the disease.



EKSPERİMENTAL TƏVABƏT
EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA
EKSPERİMENTAL MEDICINE

NAFTALAN YATAĞININ MÜXTƏLİF QUYULARINDAN OLAN YOD-BROMLU SUYUN QANIN PRŐKOAQULYASIYA GŐSTƏRİCİLƏRİNƏ TƏSİRİ

Əmrahova L.Q.

ATU-nun II Daxili xəstəliklər kafedrasının dosenti

Naftalan neftini müşayiət edən yod-bromlu su ortaminerallaşmış, yod-bromlaşmış və xloridli-hidrokarbonatlı-natriumlu olub d.b.VIII.I və d.b.VII.I təsnifat indeksinə malikdir (6,7)

Naftala yatağının müxtəlif quyularından olan yodbromlu suların fiziki-kimyəvi xassələri aşağıdakı kimidir:

39N₀-li quyuy $\dot{I}_{0,011}Br_{0,029}M_{11,0} \times C_{178}(HCO_3+CO_3)_{22} : (Na+K)96Mg_3$ pH 8,1; T 26°C .

54N₀-li quyuy $\dot{I}_{0,011}Br_{0,031}M_{9,3} \times C_{180}(HCO_3+CO_3)_{18} : (Na+K)93Mg_5$ pH 7,8; T 28°C .

88N₀-li quyuy $\dot{I}_{0,012}Br_{0,028}M_{11,0} \times C_{172}HCO_3_{28} : (Na+K)95Mg_3$ pH 7,3; T 26°C .

Orqanizmdə fibrinogenin metabolizminin yollarından biri də onun molekulunun plazminin təsiri altında 4 fraqmentə parçalanmasıdır. Bunlar da bütöv molekulun antigen determinantını daşıyır. Fibrinogenin parçalanması zamanı əmələ gələn məhsullara fibrinogenin deqradasiyası məhsulları deyirlər (FDM)(5). Fibrinin makro- və mikrosirkulyator hövzədə çökməsi ilə müşaiyət olunan patologiyalar zamanı FDM miqdarı artır(8). Bunların qanda təyini böyük klinik əhəmiyyətə malikdir.

Müxtəlif quyulardan olan naftalan neftinin qanın laxtalanma sisteminə təsiri müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir (4). Bu tədqiqatda biz naftalan neftini müşaiyət edən yodbromlu suların qanın prokoagulyasion testlərinə təsirini müqaisəli öyrənəcəyik.

Tədqiqatın obyektı və metodları Eksperiment 108 sağlam ağ siçovullar üzərində 6 qrupda və hər qrupda 18 obyekt olmaqla aparılmışdır: 1-ci qrupda 39, 2-ci qrupda 54, 3-cü qrupda 88№-li quyulardan olan yodbromlu su, 4-cü qrupda ümumi rezervuardan, 5-ci qrupda kurortologiya institutundan olan yodbromlu su və 6 qrupda adi kran suyu tətbiq edilmişdir. Tətbiq edilən 10 vannadan sonra eksperimental heyvanların qanında protamin sulfat testi, etanol testi, fibrinogen B *Баркаган З.С., Кузник Б.И.* üsulu ilə təyin edilmişdir (2).

Nəticələr

Alınan nəticələr cədvəldə öz əksini tapmışdır.

Cədvəldən görüldüyü kimi 39№-li quyudan olan yodbromlu suyun təsiri altında protamin sulfat testi yalnız bir heyvanda zəif müsbət olmuşdur. Etanol testi bir obyektə zəif müsbət, digər bir obyektə isə müsbət nəticə göstərmişdir. Fibrinogen B bu suyun təsirindən yalnız bir obyektə zəif müsbət olmuşdur.

54№-li quyudan olan yod-bromlu suyun təsiri altında protamin sulfat testi bir obyektə müsbət olmuşdur. Etanol testi iki halda zəif müsbət nəticə göstərmişdir. Fibrinogen B testi bir obyektə müsbət olmuşdur.

88№-li quyudan olan yodbromlu suyun təsiri altında prokoagulyasiya göstəriciləri belə dəyişmişdir: protamin sulfat testi bütün hallarda mənfi, etanol testi iki halda, fibrinogen B isə bir halda zəif müsbət olmuşdur.

Naftalan yatağının ümumi rezervuarından olan yodbromlu suyun təsiri altında protamin sulfat testi bir obyektə müsbət, fibrinogen B testi də həmçinin bir halda zəif müsbət olmuşdur. Etanol testi bütün hallarda mənfi nəticə göstərmişdir.

Kurortologiya institutunun həyatindəki quyudan olan yodbromlu suyun təsiri altında etanol testi və fibrinogen B yalnız bir obyektə zəif müsbət olmuşdur.

Kran suyunun təsiri altında isə yalnız etanol testi və fibrinogen B bir obyektə zəif müsbət, protamin sulfat testi isə bütün hallarda mənfi nəticə göstərmişdir.

Beləliklə, naftalan yatağının müxtəlif quyularından olan yodbromlu suyu qanın prokoagulyasion göstəricilərində mənfi təsir törətmir, yəni, plasebo (adi kran suyu) ilə müqayisədə pis nəticə göstərmir. Buna görə də bu balneoloji faktor digər yodbromlu sular kimi geniş tətbiq edilə bilər.

Cədvəl.

Müxtəlif yodbromlu su və adi kran suyunun qanın prokoagulyasion göstəricilərinə təsiri.

39№-li quyuyu (n=18)																		
Testlər	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Protamin sulfat	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etanol testi	-	-	-	-	-	Zəif +	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrinogen B	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54№-li quyuyu (n=18)																		
Testlər	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Protamin sulfat	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etanol testi	-	Zəif +	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrinogen B	-	-	-	-	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
88№-li quyuyu (n=18)																		
Testlər	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Protamin sulfat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etanol testi	-	-	-	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrinogen B	Zəif +	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ümumi rezervuar suyu (n=18)																		
Testlər	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Protamin sulfat	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etanol testi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrinogen B	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kurortologiya institutunun quyusunun suyu (n=18)																		
Testlər	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Protamin sulfat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etanol testi	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrinogen B	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kran suyu (n=18)																		
Testlər	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Protamin sulfat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etanol testi	-	-	-	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrinogen B	-	Zəif +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Аскеров А.Г. Особенности геологии и гидрогеологии месторождения нафталан. Сборник трудов Азербайджан. //НИИ курортол.и физиотер.1959;3:15-22.
2. Баркаган З.С., Кузник Б.И. О целесообразности модификации современной схемы свертывания крови . //Тер Архив 1990;7:81-86
3. Верещагина В.С.К механизму действия хлоридных бромйодных ванн на систему свертывания крови у больных атеросклеротическим кардиосклерозом. //Атеросклероз и его бромйодная бальнеотерапия. 1974;75-80.

4. Гулиева С.А., Амрахова Л.Г. Изменение коагуляционного потенциала крови экспериментальных животных под воздействием лечебной нефти из различных скважин нафталанского месторождения. // Азмеджурнал 1991;8:30-35.
5. Ермолин Г.А., Люсов В.А., Панченко Е.П. Количественный иммуоферментный метод определения продуктов распада фибриногена и фибрина крови. // Лаб Дело 1984;1:11-15
6. Кадыров А.А., Ахундов А.Р., Алиханов Г.Г. К гидрогеологии нафталанского месторождения. Сборник трудов Азервайджан. // НИИ курортолог. и физиотер. 1973;14:130-134.
7. Кадыров А.А., Курбанова Л.И., Красилова Л.М. // Азмеджурнал 1991;8:16-23.
8. Кузник Б.И., Патеюк В.Г. Гипер-гипокоагуляционный синдром: Актуальные проблемы гемостазиологии. // Молекулярно-биологические и физиологические аспекты 1981:73-76.
9. Миронова И.В., Кучева А.К., Голод И.С. Влияние искусственных бромйодных ванн на некоторые показатели гемостаза у больных атеросклеротическим кардиосклерозом: // Вопросы курортологии и физиотерапии на Урале; 1970:19-23.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ЙОДОБРОМНОЙ ВОДЫ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ СКВАЖИН НАФТАЛАНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ НА ПРОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ

Амрахова Л.Г.
Кафедра Внутренние болезни II АМУ

Цель исследования. Изучение влияния йодобромной воды из различных скважин нафталанского месторождения на прокоагуляционные показатели крови

Материалы и методы. Использованы 108 экспериментальных крыс, у которых применены йодобромные воды из различных скважин нафталанского месторождения. Исследованы протамин сульфатный тест, этаноловый тест, фибриноген В

Результаты. Тесты в большинстве случаев отрицательны.

Заключение. Разница во влиянии йодобромной воды из различных скважин нафталанского месторождения, нет, одинаково положительно влияют на прокоагуляционные тесты.

Ключевые слова: йодобромная вода нафталана, прокоагуляция

SUMMARY

THE INFLUENCE OF IODINE-BROMIDE WATER FROM THE DIFFERENT WELLS OF NAFTALAN ON THE PROCOAGULATION INDEXES OF BLOOD

Amrahova L.Q.

The aim is the study of iodine-bromide water from the different wells of naftalan from the different wells of naftalan on procoagulation tests of blood

Material and methods: 108 rats taking iodine-bromide water from the different wells of naftalan were inspected protamine sulphate, ethanol tests, fibrinogen B were checked

Findings: Tests in the most of the cases were negative

Conclusion: There is no difference the influence between the different samples of the iodine-bromide water, all of them showed positive results on the procoagulation tests.

Key words: iodine-bromide water, procoagulation

Naftalan yatağının yodbromlu suyu müalicəvi əhəmiyyətə malikdir(1). Yodbromlu suyun qanın laxtalanma sisteminə təsiri barədə çoxsaylı işlər vardır (3, 9).

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Алиева А.Дж.

*Азербайджанский медицинский университет, кафедра
патологической физиологии*

Ключевые слова: плаферон, иммуномодуляция, лимфа отток

В настоящее время имеется огромное количество данных указывающих на важную роль иммунной системы организма в развитии различных осложнений заболеваний. Иммунный дисбаланс в крови держится спустя длительное время после полного клинического выздоровления и нормализации показателей, что указывает на продолжение патологического процесса и возможность развития хронических форм заболевания [1, 2].

Молекулярные подходы к изучению патогенеза различных заболеваний пользуются все большей популярностью. Особый интерес представляют универсальные для всех клеток переносчики внеклеточных сигналов - вторичные мессенджеры или посредники. Несмотря на огромное разнообразие факторов осуществляющих ауто-, пара- и эндокринную регуляцию клеточных функций, сами клетки обладают сравнительно ограниченный набор внутриклеточных мессенджеров.

Направленное изменение метаболизма вторичных мессенджеров изменяет уровень пролиферации и дифференциации в тканях, что в свою очередь, приводит к изменению функций эндокринной, нервной, иммунной и других систем организма [3,4]. Закономерный интерес представляет влияние лечебных препаратов на регуляцию иммунной системы и метаболизма, а также на систему лимфа - образования, лимфа - циркуляцию в норме и патологии [5-8].

Плаферон-ЛБ был выделен из амниотической мембраны плаценты человека, в институте медицинской биотехнологии Академии наук Грузии под руководством академика В.И. Бахуташвили. Плаферон-ЛБ нативный пептид обладающий противовоспалительным, иммуномодулирующим, рецептормодулирующим и антиоксидантным эффектами. Плаферон-ЛБ зарегистрирован Фармкомитетом Министерства здравоохранения Грузии для клинического применения в педиатрии (регистрационный №MP-003304). Изучено *in vitro* действие препарата плаферон ЛБ (ПЛФ) в микрокультуральной среде моноклеарных клеток. В настоящее время в клинике препарат широко применяется в новой модификации, который в процессе подготовки проходит термическую обработку, и содержит физиологически активные субстанции: интерферон, эндорфины, энкефалины и цитокины которые определяют многообразные фармакологические эффекты плаферона ЛБ: противовирусные, антигипоксические, дезинтоксикационные при различных патологических состояниях [9,10]. Плаферон осуществляет свое влияние на функцию клеток посредством взаимодействия со специфическими рецепторами. Последние цитоплазматической частью связаны с ферментами осуществляющими контроль за метаболизмом вторичных мессенджеров. Таким образом изучение иммуномодулирующего действия препарата представляется актуальной для исследований. Иммуномодулирующее действие препарата плаферон на клеточном уровне, установление его действие на иммунокомпетентные клетки, а так же оценка его влияния на иммунный статус представляет большой интерес для экспериментов [11].

Ранее было установлено что иммуномодулирующее действие препарата плаферон заключается в подавлении в иммунокомпетентных клетках

активности протеинкиназы С (ПКС) и повышении концентрации внутриклеточного цАМф. При остром воспалении обнаруживается нарушение метаболизма внутриклеточного цАМф в мононуклеарных клетках периферической крови что свидетельствует о патологических сдвигах в функциональной деятельности этих клеток. Субпопуляционный анализ мононуклеарных клеток периферической крови при остром воспалении показал повышение числа клеток Т-киллеров и супрессоров и уменьшение содержания Т-хелперов [1, 12,]. Включение препарата плаферон в общепринятую схему лечения острого воспаления легких сопровождается коррекцией иммунологических и биохимических нарушений и соответственно, более быстрым клиническим выздоровлением. Вместе с тем, у групп животных, леченных плафероном, не отмечались рецидивы и переход заболевания в хронические формы. Иммунологические и биохимические нарушения при традиционном методе лечения сохраняются практически без изменений и в период клинического выздоровления, но быстро (спустя 12-15 дней) нормализуются под влиянием плаферона.

Таблица № 1

Показатели иммунной системы в крови до и после лечения плафероном (M, min-max)

Показатели	До лечения (n=6)	После лечения (n=6)	
		15 дней	30 дней
Лейкоциты (10 ⁹ /л)	6,0 (4,9 – 6,7)	7,67 (7,2 – 8) *	6,63 (6 – 7,1)
Лимфоциты (%)	66,67 (60 – 72)	65,83 (58 – 68)	72,17 (66– 76) *
Моноциты (%)	11,67 (11 –13)	14,33 (11 –1 8) *	12,0 (9-14)
Нейтрофилы (%)	68,0 (66 – 74)	71,17 (68 – 74)	62,33 (60 – 68)
Т-лимфоциты (%)	22,5 (19 – 24)	31,8 (29 – 34) *	33,8 (28 – 35) *
Т-лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,86 (0,75-1,06)	1,47(1,30-1,54) *	1,62 (1,33-1,68) *
В-лимфоциты (%)	4,0 (3,0-5,0)	5,67 (4,0-6,0) *	5,33 (3,0-5,0) *
В-лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,17 (0,12-0,20)	0,24 (0,20-0,29) *	0,22 (0,16-0,27) *
Фагоцитарный индекс	2,87 (2,3 – 3,2)	4,0 (2,7 – 4,8)	2,68 (2,5 – 2,8)
ЦИК (у.е.)	9,33 (7 – 11)	13,33 (9 – 21) *	17,17 (15 – 19)
Комплемент (г.е.)	49,33 (46 – 54)	57,83 (55 – 61) *	47,33 (45 – 50) *

*Примечание: * p<0,01 по сравнению с контролем (Манна -Уитни)*

Наши исследования проводились на 56 кроликах, массой 2,5-3,0 кг. Модель острого воспаления легких воспроизводили интратрахеальным введением 0,3 мл осмоленного скипидара, методом Korpas, Tomori (1972) [13]. В динамике изучали показатели иммунной системы, перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной системы (АОС) в крови и лимфе, скорость лимфа оттока (СЛО) [5,6,14], Контроль составляли 36 кроликов, которую разделили на 3 группы. Опытную группу составляли 20 кроликов. В I-контрольной группе модель воспаления легких не воспроизводили, изучали влияние интратрахеального введения 0,3 мл изотонического раствора NaCl на изученные показатели крови и лимфы. Выявленные незначительные изменения в иммунной системе, ПОЛ и АОС носили кратковременный характер. Во II-контрольной группе через 3-4 дня после введения раствора скипидара появились первые признаки воспалительного процесса в легких, которые в течении 7 суток достигли своего пика, наблюдалось ослабление иммунной системы, изменения ПОЛ и лимфодренажа. В III-контрольной группе проводили лечение по традиционной схеме (антибиотико- и витаминотерапия). Несмотря на некоторые улучшения, до конца

исследования не наблюдалась инволюция воспалительного процесса, изученные показатели ухудшались и существенно не отличались от соответствующих показателей у групп животных, не получавших традиционное лечение. Животным опытных групп в комплекс терапии включали плаферон.

Клинические проявления острой пневмонии у этих животных исчезли быстрее чем в других группах. Рентгенологические, бактериологические, а также макро- и микроскопические исследования легких подтвердили вышесказанное. Показатели иммунной системы значительно улучшились и в крови и в лимфе.

Таблица № 2

Показатели иммунной системы в лимфе до и после лечения плафероном (M, min-max)

Показатели	До лечения (n=6)	После лечения (n=6)	
		15 дней	30 дней
Лейкоциты (10 ⁹ /л)	3,8 (3,4-4,2)	4,1 (2,7-6,2)	3,6 (2,9-4,2)
Лимфоциты (%)	88,0 (84-90)	80,0 (75-84) *	73,0 (68-76)
Нейтрофилы (%)	7,5 (6-9)	7,0 (3-12)	13,33(6-32) *
Т-лимфоциты (%)	25,67 (24-28)	48,7 (47-51) *	39,5 (37-42) *
Т-лимфоц.(10 ⁹ /л)	0,86 (0,71-0,94)	1,69 (1,05-2,08) *	1,08 (0,93-1,26) *
В-лимфоциты (%)	8,33 (8-9)	12,3 (10-16) *	12,0 (9-14) *
В-лимфоцит.(10 ⁹ /л)	0,27 (0,21-0,31)	0,40 (0,23-0,57)	0,31 (0,22-0,41)
Фагоцитарный индекс	3,33 (3,1 – 3,6)	3,23 (2,7 – 4)	4,72 (4,5 – 4,9) *
ЦИК (у.е.)	16,33 (15 – 17)	14,0 (13 – 15) *	19,0 (18 – 20)
Комплемент (г.е.)	41,0 (37 – 45)	48,0 (45 – 50) *	45,33 (42 – 47) *

*Примечание: * p<0,01 по сравнению с контролем (Манна -Уитни)*

Динамика улучшения показателей иммунной системы в крови и в лимфе представлены в вышеуказанных таблицах 1 и 2. Установили что проведенное традиционное лечение не способствовало полной нормализации иммунной системы, ПОЛ и АОС, а также морфологических изменений легких, которые сохраняют в себе опасность возникновения различных осложнений. Исследования показали, что для получения наилучшего лечебного эффекта целесообразно применение изученных иммуномодулирующих средств - как плаферон. В таблицах 3 и 4 представлены динамика изменений показателей ПОЛ и АОС до и после включения в комплекс традиционной терапии плаферона.

Таблица № 3

Показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в крови до и после лечения плафероном (M, min-max)

Показатели	До лечения	После лечения	
		15 дней	30 дней
АК (мкат/л)	158,33 (127 – 192)	183,05* (157,3 – 213)	171,0 (103 – 259)
GSH (мкМ/мл)	4,58 (3,9 – 5)	5,5* (5,1 – 5,8)	5,33* (4,2 – 6,2)
МДА (нмол/мл)	6,65 (4,9 – 9,1)	8,58* (7,5 – 9,4)	7,68 (6,9 – 8,9)
ДК ₂₃₃ (1/мл)	1,92 (1,5 – 2,5)	0,56* (0,4 – 0,7)	0,63* (0,6 – 0,68)

*Примечание: * p<0,01 по сравнению с контролем (Манна -Уитни)*

Наши исследования показали, что включение плаферона в комплекс базисной терапии благоприятно влияет на показатели ПОЛ и АОС. В качестве показателей АОС определяли активность каталазы (АК) и глутатион-SH, и показателей системы ПОЛ- количество диеновых конъюгатов (ДК) и малоновых диальдегидов (МДА). А также измеряли скорость оттока лимфы (СЛО) за единицу времени. Динамику изменений этих показателей изучали как в крови, а так же и в лимфе.

Таблица № 4

Показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в лимфе до и после лечения плафероном (M, min-max)

Показатели	До лечения	После лечения	
		15 дней	30 дней
АК (мкат/л)	160,83 (151 – 184)	178,78* (156 – 195,3)	217,33 (180 – 290)
GSH (мкМ/мл)	3,6 (3,2 – 3,9)	3,91* (3,25 – 4,43)	3,68* (2,1 – 6,8)
МДА (нмол/мл)	6,22 (5,2 – 7,4)	6,58* (5,1 – 7,4)	6,87* (6,4 – 7,1)
ДК ₂₃₃ (1/мл)	1,05 (0,87 – 1,21)	0,6* (0,48 – 0,69)	0,68 (0,65 – 0,75)
СЛО (мл.min/кг)	0,165 (0,14 – 0,19)	0,192* (0,16 – 0,2)	0,182* (0,14 – 0,18)

*Примечание: * p<0,01 по сравнению с контролем (Манна -Уитни)*

Таким образом, установили что плаферон благоприятно действует на процессы выздоровления, стимулирует иммунную систему организма, ускоряет отток лимфы и этим способствует избавлению организма от вредных, промежуточных, продуктов метаболизма образованных в ходе основного заболевания и улучшает антиоксидантную защиту. Поэтому считаем целесообразным включение в комплекс традиционной терапии воспаления легких различных по механизмам действия лимфотропных средств - в частности плаферона для получения полного выздоровления и предотвращения вторичных иммунодефицитных состояний, а также различных осложнений.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- Schmutzler W., Zwadbo-Klarwasser G., Bent S. Pharmacological control of regulation mechanisms in immune system. Inter. Congress of pathophysiology, // Moscow, 1991, p.179.
- Wallaert B., Aerts C., Gressier B. Oxidative inactivation of - proteinase inhibitor by alveolar epithelial type II cells. // J. appl. Physiol, 1993, vol.75, p.2376-2382.
- Жмуров В.А., Лакин С.В., Попова Т.В. Состояние окислительного метоболизма и антиоксидантной защитной системы в альвеолярных макрофагах у больных бронх. // астмой. Пульмонология, 1995, №4, с.60-63.
- Корсантия Б.М. Изучение некоторых биологических свойств плаферона. В кн.: Новый препарат – плаферон ЛБ, под редакцией // Б.И.Бахуташвили, Тбилиси, 1996.
- Алиев С.Д. Изменение элементного состава лимфы в условиях патологии и его коррекция. // Дис. на соиск. докт. мед. наук, 1992, 251с.
- Алиев М.Х., Мамедов Я. Д., Кулиева А.А., Алиева Т.Р. Лимфостимуляция, как эффективное дополнение в терапии постреанимационной патологии. Мат. II Рос. конгресса по патологической физиологии, // Москва, 2000, с.285.
- Мамедов Я.Д., Алиев С.Д., Алиев М.Х. Экспериментально-клинические аспекты современ. лимфологии. // Азмеджурнал, Баку, 2000, №2, с.101-103.
- Мамедов Я. Д. Единство системы САФ крови и лимфы. // Азмеджур, 1981, №12, с.73.

9. Бахуташиили А.В., Кватаншвили Г.И., Бахуташвили В.И. Иммунокорректирующий эффект препарата плаферон при остром вирусном гепатите В. Материалы Всесоюз. симп. "Реабилитация иммунной системы." - // Дагомыс - 1990 - с.87.
10. Бахуташвили А.В., Чиковани Т.И., Бахуташвили В.И. Иммуномодулирующее действие препарата плаферон. Мат. междуна. симп. // "Имунофармакология" - 1990 г., с.153.
11. Гусейнова Н.М., Мамедова В.М., Курбанов М.К. Неспецифические факторы резистентности при 2-х сторонней бронхопневмонии в связи с лечением плафероном, Тезисы II Рос. Конг. // по патофизиол., М- 2000, с.144.
12. Воробьев А.П., Бусарова Г.А. Факторы, влияющие на исходы острой пневмонии. // Пульмонология, 1997, №1, с. 18-24.
13. Кулик А.М. Регуляция дыхания и легочного кровообращения при эксперимент. пневмонии // Бюлл. экс. биол. и мед., 1986, №2, с.144-146.
14. Алиев М.Х., Мамедов В.К. Метод получения центральной лимфы в хроническом эксперименте у кроликов. // Аз.мед.журн. 1990, №11, с.48-50.

X Ü L A S Ə

PLAFERONUN EKSPERİMENTAL PNEVMONİYANIN MÜALİCƏ KOMPLEKSİNDƏ İSTİFADƏ EDİLMƏSİ

Aida C. Əliyeva

Açar sözlər: plaferon, immun modulyasiya, limfanın axın sürəti

Eksperimental şəraitdə dovşanlar üzərində kəskin ağciyər iltihabı yaradılmış və bu heyvanların qanında və limfasında immun sistemin, LPO-nun və AOS-un göstəricilərinin dəyişmə dinamikası öyrənilmişdir. Kəskin ağciyər iltihabının ənənəvi müalicə kompleksinə immun moduləedic, limfatrop dərman maddəsi – plaferon əlavə edilmişdir. Tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, effektiv müalicə aparmaq üçün kəskin ağciyər iltihabının ənənəvi müalicə kompleksinə plaferon kimi immunstimuləedic, limfotrop dərman maddəsi daxil edildikdə sağalma prosesləri daha tezliklə baş verir, ikincili immun defisitli vəziyyət, digər fəsadların baş verməsinin qarşısı alınır.

S U M M A R Y

COMBINED USE OF PLAFERON IN THE COMPLEX THERAPY OF EXPERIMENTAL PNEUMONIA

Aida J. Aliyeva

Key words: plaferon, immun modulation, lymphcirculation

Plaferon was included into the complex therapy (antibiotics and vitamin therapy) of experimental pneumonia on rabbits. Our researches showed that the applied traditional treatment did not promote complete normalization of the immune system, POL and AOS, as well as morphological changes in lungs. The effective action in the complex therapy of the acute lung inflammation was exerted by combined use of traditional therapy and immune stimulating preparation as plaferon.



*SƏNİYYƏNİN TƏŞKİLİ *
*ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *
* HEALTH ORGANIZATION *

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПОТРЕБНОСТЬ В
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЕНСИОНЕРОВ МВД**

Кафаров К.К.

***Азербайджанский Государственный Институт
Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, г. Баку.***

Государство постоянно заботится о состоянии здоровья личного состава силовых структур [1;7]. Ярким проявлением этой заботы является гарантированное бесплатное медицинское их обеспечение после ухода на пенсию. Стоматологическая помощь пенсионерам является важнейшей частью их медико-санитарного обслуживания, имеет особенности в плане структуры требуемых услуг и трудности в плане обеспечения этих услуг [2-4;6]. Учитывая отмеченное мы, оценили возможности реального удовлетворения потребностей пенсионеров из числа работников МВД Азербайджанской Республики.

Материалы и методы исследования. Для получения репрезентативной характеристики стоматологического статуса мы обследовали 95 пенсионеров, отобранных для наблюдения при стационарном лечении в центральном госпитале МВД. Максимальный размер ошибки выборки составляет 10%, которая более чем в 5 раз ниже вероятной частоты стоматологических патологий среди населения. Выбор госпитализированных пенсионеров был связан с тем, что они представляют контингент из всех регионов страны. Все пациенты были обследованы с участием стоматологов терапевтов, ортопедов и ортодонтотв по программе ВОЗ. Полученные результаты были статистически разработаны методами анализа качественных признаков [6].

Полученные результаты и их обсуждение. При обследовании пенсионеров пораженность пародонта и твёрдых тканей зубов была констатирована у всех. Признаки пораженности пародонта (кровоточивость, над и под десневой камень, патологический зубодесневой карман размером более 3 мм) встречались разной интенсивностью. Из-за отсутствия зубов или наличия зубов менее 2-х, большинство секстантов были исключены при оценке состояния пародонта. Среднее количество здоровых и исключённых секстантов составляло $2,74 \pm 0,15$. Среднее количество секстантов с признаками кровоточивости ($1,28 \pm 0,11$), зубным камнем ($1,20 \pm 0,15$) и зубодесневым карманом ($0,78 \pm 0,13$) друг от друга достоверно не отличалось.

Локализация поражённых секстантов соответствовала общим закономерностям: на верхней челюсти больше поражались крайние секстанты, а на нижней челюсти – средний секстант.

Характеристика состояния зубов у пенсионеров приведена в таблице 1. Среднее количество зубов составляло $8,87 \pm 0,35$, из числа которых преобладающее большинство ($5,27 \pm 0,22$) были запломбированы. В небольшом количестве зубов ($0,45 \pm 0,09$) были выявлены признаки кариеса. Среднее количество интактных зубов составляло $3,45 \pm 0,18$. Привлекает внимание количество удалённых и восстановленных зубов протезами ($6,20 \pm 0,31$), которое в 2 раза было меньше среднего количества удалённых и не восстановленных протезами зубов ($12,50 \pm 0,42$). В среднем у обследованных были выявлены $2,13 \pm 0,26$ зубов (включая корни), подлежащих удалению.

Известно, что количество запломбированных, удаленных и восстановленных протезами зубов характеризует стоматологическую активность. Сравнение числа таких зубов с числом КПУ позволяет оценивать уровень стоматологической помощи. Для пенсионеров МВД величина уровня стоматологической помощи составляет 51,2%, что в соответствии с классификацией ВОЗ соответствует удовлетворительной оценки (50-74%). Очевидно, что в целом стоматологическое обеспечение пенсионеров МВД удовлетворительно. Однако, в среднем на одного пенсионера приходится $12,50 \pm 0,42$ удаленных и не восстановленных зубов.

Таблица № 1*Состояние зубов у пенсионеров МВД*

Характеристика зубов	Количество зубов	Количество зубов на 1 пациента	Удельный вес (%)
Интактные	328	$3,45 \pm 0,18$	$11,5 \pm 0,60$
Кариозные	43	$0,45 \pm 0,09$	$1,5 \pm 0,23$
Запломбированные	501	$5,27 \pm 0,22$	$17,6 \pm 0,71$
Удаленные и восстановленные протезом	589	$6,20 \pm 0,31$	$20,7 \pm 0,76$
Удаленные и не восстановленные протезом	1187	$12,50 \pm 0,42$	$41,7 \pm 0,92$
Зубы и корни, подлежащие удалению	202	$2,13 \pm 0,26$	$7,0 \pm 0,48$
Итого	2850	$30,0 \pm 0,51$	100,0

Кроме того в среднем у каждого пенсионера $2,13 \pm 0,26$ зубы или корни зубов подлежат удалению. Эти характеристики состояния зубов свидетельствуют о большом объеме неудовлетворенной потребности пенсионеров в стоматологической помощи.

Таблица № 2*Распределение пенсионеров МВД по численности, утраченных, восстановленных и не восстановленных протезами зубов.*

Характеристика потери зубов	Число пациентов	В % к итогу
Все удаленные зубы, восстановленные протезами	15	$15,8 \pm 3,74$
Удаленные зубы частично или полностью не восстановлены протезами, в том числе количество утраченных зубов:	80	$84,2 \pm 3,71$
3 и менее	5	$5,3 \pm 2,29$
4 – 6	10	$10,5 \pm 3,15$
7 – 9	10	$10,5 \pm 3,15$
10 – 12	15	$15,8 \pm 3,74$
13 и более	40	$42,1 \pm 5,06$

Объем потребности в стоматологической помощи зависит не только от количества потерянных зубов, на него существенное влияние оказывает топография, протяженность и частота дефектов зубных рядов. Распределение наблюдаемых пенсионеров МВД по численности, утраченных и не восстановленных протезами зубов приведено в таблице 2. Из этих данных, очевидно, что у преобладающего большинства пенсионеров имеются проблемы в связи с утраченными и восстановленными протезами зубов ($84,2 \pm 3,74\%$). У 8 пенсионеров ($8,4 \pm 2,85\%$) полностью были удалены зубы на верхней челюсти и были восстановлены протезами. Только у одного пенсионера отмечалось отсутствие зубов на обеих челюстях, которые были восстановлены протезами.

Протяженность дефектов зубных рядов, обусловленная утратой 1-3 и 4-6 зубов, отмечалось соответственно у 5,3±2,29 и 10,5±3,15% обследованных пенсионеров. Отсутствие 7-9, 10-12, 13 и более зубов отмечалось соответственно у 10,5±3,15; 15,8±3,74 и 42,1±5,06% пенсионеров.

Таким образом, для пенсионеров МВД характерна частичная утрата зубов, которые не восстановлены протезами. В случаях полной потери зубов у всех пенсионеров были протезы. Пенсионеры с частичной утратой зубов (80 пациентов) были распределены на подгруппы в соответствии с классификацией Кеннеди:

–пациенты с двусторонними концевыми дефектами – 15 или 15,8±3,74% всех пенсионеров (класс I);

–пациенты с односторонними концевыми дефектами – 20 или 21,1±4,19% пенсионеров (класс II);

–пациенты с включенными дефектами – 35 или 36,8±4,95% пенсионеров (класс III);

–пациенты с дефектами передних зубов – 10 или 10,5±3,15% пенсионеров (класс IV).

Суммарная доля пенсионеров с частичной утратой зубов составляла 84,2±3,74%.

Известно, что частичная утрата зубов ассоциируется с различными деформациями зубных рядов и прикуса. По нашим данным деформация зубных рядов была отмечена у 65 (68,4±4,76%) пенсионеров. Деформация прикуса и патология височно-нижнечелюстного сустава имела место соответственно у 22,1±4,25% (21 пациента) и 24,2±4,39% (23 пациента) обследованных. Общая характеристика патологий полости рта и зубов у пенсионеров МВД представлена в таблице 3.

Таблица № 3

Частота (%) патологий, подлежащих ортопедическому лечению среди пенсионеров МВД

Наименование патологий	Число больных	Частота
Кариес и его осложнения (дефекты твердых тканей зубов)	95	100,0±4,04
Не кариозные поражения	5	5,3±2,29
Повышенное стирание тканей зубов	12	12,6±3,40
Полная утрата зубов	1	1,05±1,05
Частичная утрата зубов	94	98,95±1,05
Заболевание тканей пародонта	94	98,95±1,05
Зубочелюстно-лицевые патологии и деформации	28	29,5±4,68

Для планирования ортопедической стоматологической помощи важное значение имеет обеспеченность зубными протезами и качественная характеристика этих протезов.

Среди наблюдаемого контингента зубные протезы тех или иных конструкций были у 87 (98,6±3,85%) пенсионеров. Удельный вес лиц

с коронками, мостовидными, бюгельными, частично съёмными и со съёмными протезами соответственно составлена: 15,8±3,7; 29,5±4,6; 4,2±2,1; 23,2±4,3 и 18,9±4,0%. Преобладающее большинство протезов были со сроком пользования 5 лет и более (53,3% коронок; 53,6% мостовидных протезов; 50% бюгельных протезов; 63,6% частично съёмных протезов и 61,1% съёмные протезы).

Несъёмные протезы были у 43 пенсионера (45,3±9,1%). Экспертной оценкой были выявлены следующие дефекты несъёмных протезов:

–потёртость коронок у 5 пациентов (11,6±4,88%);

–наличие механических дефектов коронки у 4 пациентов (9,3±4,4%);

- неплотность прилегания штифтовой конструкции к краям полости (2 случая, $4,6 \pm 3,2\%$);
- несоответствие конструкции протеза клинической ситуации (11 случаев, $25,6 \pm 1,01\%$);
- несоответствие анатомической формы зуба и искусственной коронки (5 случая, $11,6 \pm 4,88\%$);
- неестественность цвета и блеска облицовки (12 случаев, $27,9 \pm 8,8\%$);
- нарушение целостности облицовки (1 случай, $2,3 \pm 2,3\%$);
- нарушение окклюзионного взаимоотношения во всех фазах артикуляции (2 случая, $4,7 \pm 3,2\%$);
- не соответствие края коронки края десны (2 случая, $4,7 \pm 3,2\%$);
- ретракция десны (3 случая, $6,9 \pm 3,8\%$);
- функциональная травматическая перегрузка пародонта (4 случая, $9,3 \pm 4,4\%$);
- вторичный кариес (1 случай, $23,2 \pm 2,3\%$);
- неудовлетворенность пациента (10 случаев, $23,2 \pm 8,4\%$).

По итогам экспертной оценки было установлено, что большинство не съёмных протезов имеют дефекты и требуется их замена (у 23 пациентов, $53,5 \pm 7,6\%$).

Съёмные протезы были у 44 ($46,3 \pm 9,1\%$) пенсионеров. При экспертной оценке качества этих протезов было установлено:

- несоответствие конструкции протеза клинической ситуации (2 случая, $4,5 \pm 3,1\%$);
- неправильное восстановление окклюзионных взаимоотношений челюстей (1 случай, $2,3 \pm 2,3\%$);
- несоответствие анатомической формы коронки, свойственной одноименному зубу (2 случая, $4,5 \pm 3,1\%$);
- неестественность цвета и блеска искусственных зубов (8 случаев, $18,2 \pm 9,8\%$);
- недостаточность фиксации протеза (10 случаев, $22,7 \pm 8,3\%$);
- патология слизистой оболочки протезного ложа (3 случая, $6,8 \pm 3,8\%$);
- отклонения (по форме и цвету) от нормы базиса протеза (15 случаев, $34,1 \pm 7,1\%$);
- выпадение искусственных зубов до протеза (3 случая, $6,8 \pm 3,8\%$);
- переломы базисов и дуг (2 случая, $4,5 \pm 3,1\%$);
- неудовлетворенность пациента (22 случая, $50,0 \pm 7,5\%$).

По итогам экспертной оценки 20 съёмных протезов ($59,1 \pm 7,4\%$) были признаны негодными.

Таким образом, большинство несъёмных и съёмных протезов негодны для использования, что следует учитывать при обосновании потребности пенсионеров в ортопедической помощи. С учетом негодных протезов и потребности дополнительного контингента в зубном протезировании экспертным путем был установлен объём общей потребности пенсионеров МВД в протезах различных конструкций. Наши расчеты показали, что на 100 пенсионера следует планировать: $33,7 \pm 4,8$ коронки, $36,8 \pm 5,0$ мостовидные, $10,5 \pm 3,1$ бюгельные, $71,6 \pm 4,6$ частично съёмные и $58,9 \pm 9,0$ полные съёмные протезы. В целом на одного пенсионера приходится 2,1 протеза различных конструкций.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Əsədov A. Polis işçilərinin tibbi təminatı (bu günü və gələcəyi) / Bakı, "Mütərcim", 2011. 200 s.
- 2.Галкина Р.А., Богатова А.И. Организация стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в Самарской области / Сборник статей, тезисов, докладов и лекций III Международного семинара. Самара. 1998. с. 128-129

3. Лебеденко И.Ю., Воронов А.П., Арутюнов С.Д., Перегудов А.Б. и др. Протезирование при полном отсутствии зубов протезами с двухслойными базами. Современный взгляд на проблему // Клиническая имплантология и стоматология. 2001. № 1-2. с. 102-106
4. Никольский В.Ю., Петров Ю.В. Съёмное протезирование зубов в пожилом возрасте / Сборник статей, тезисов, докладов и лекций III Международного семинара. Самара. 1998. с. 140-142
5. Садыков М.И. Клинико-функциональная оценка эффективности протезирования больных при полном отсутствии зубов // Российский стоматологический журнал. 2001. № 5. с. 22-29
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. // Москва. 1999. 459 с.
7. Черный Ю.В. Состояние здоровья пенсионеров МВД и совершенствование их санаторно-восстановительного лечения. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2004. – 21 с.

X Ü L A S Ə

DAXİLİ İŞLƏR NAZİRLİYİNİN TƏQAÜDÇÜLƏRİNİN STOMATOLOJİ STATUSU VƏ MÜVAFİQ YARDIMA TƏLƏBAT

Qafarov K.Q.

Tədqiqatın məqsədi təqaüdçü polis işçilərinin stomatoloji yardımını yaxşılaşdırmaq üçün tövsiyələrin hazırlanması olmuşdur. DİN-nin hospitalında müalicə alan təqaüdçülərin kompleks stomatoloji müayinəsi təşkil edilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, 100 təqaüdçüyə $33,7 \pm 4,8$ diş qapağı, $36,8 \pm 5,0$ körpüvari, $10,5 \pm 3,1$ byugel protezləri düşür. Orta hesabla bir təqaüdçünün 2,1 müvafiq növ protezə ehtiyacı vardır.

Açar sözlər: təqaüdçü, stomatoloji, yardım

S U M M A R Y

STOMATOLOGIC STATUS AND NEED FOR APPROPRIATE ASSISTANCE OF PENSIONERS OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS

Gafarov K.G.

The purpose of research consisted of development improvement of the stomatologic help to pensioners of police employees. Complex stomatologic surveys of the pensioners treated in Ministry of Internal Affairs hospital were organized. It was established that for 100 pensioners $33,7 \pm 4,8$ tooth covering, $36,8 \pm 5,0$ bridges, $10,5 \pm 3,1$ byugel prostheses are necessary. On the average each pensioner needs 2.1 corresponding prostheses.

Key words: pensioner, stomatologic, assistance

GƏNC ƏLİLLƏRİN PEŞƏ VƏ İXTİSAS SEÇİMİNƏ DAİR METODİKİ TÖVSIYƏLƏR

Tahirov H.

Respublika tibbi-sosial ekspertiza mərkəzinin direktoru.

Dərin sosial islahatlar dövrünü yaşayan ölkəmizdə sosial qayğıya ehtiyacı olan yeniyetmə və gənc əlillərlə bağlı ciddi tədbirlər həyata keçirilir. Ölkəmizdə əsas ümummilli lider Heydər Əliyev tərəfindən qoyulan, bu gün də uğurla həyata keçirilən və mütəxəssislər tərəfindən digər MDB ölkələrinə nümunə olacaq qədər yüksək qiymətləndirilən mükəmməl sosial siyasət hazırda öz məntiqi və qanunauyğun nəticələrini verməkdədir. Qeyd edək ki, bu siyasətdə gələcəkdə ölkəmizin və dövlətçiliyimizin ən aparıcı qüvvəsi olacaq gənclərə qayğı, onların

sağlam və kamil bir şəxsiyyət kimi yetişdirilməsi həmişə prioritet məsələ kimi ön planda dayanmışdır. Ulu öndər tərəfindən 9 aprel 2002-ci il tarixdə imzalanmış “Gənclər siyasəti haqqında Qanun” da deyilir: “Azərbaycan Respublikasında gənclər siyasətinin əsas məqsədi gənclərin fiziki, əqli və mənəvi inkişafına şərait yaratmaq, onların imkan və bacarıqlarının reallaşdırılmasına kömək etməkdir.”¹

Odur ki, ölkəmizin dövlət siyasətində gənclərə, xüsusilə sağlamlıq imkanları məhdud gənclərə qayğı göstərilməsi daim diqqət mərkəzindədir. Onların işlə, münasib peşə və ixtisasla, mənzillə təmin olunmalarına, bir sözlə, digər insanlar kimi yaşamalarına və cəmiyyətə inteqrasiyasına təkan verəcək tədbirlər həyata keçirilir. Lakin, bəzən işləmək üçün müvafiq məşğulluq mərkəzlərinə müraciət edən əlilin heç bir peşə və ya ixtisas sahibi olmaması, seçdiyi və bəlkə də dərinləndirən mənimsədiyi bu peşəyə əmək bazarında ehtiyac duyulmaması, ən nəhayət, böyük çətinliklərlə əldə etdiyi peşə ilə məhz sağlamlıq imkanları məhdud olduğundan məşğul ola bilməməsi kimi, həll edilməsi çox çətin olan problemlər meydana çıxır. Odur ki, bu istiqamətdə tövsiyə xarakterli məqalə və yazıların böyük əhəmiyyəti vardır.

Qeyd edək ki, peşə diaqnostikası və peşə oriyentasiyası fəhlə peşələrinin seçilməsində xüsusi önəm daşıyır. Bundan əlavə peşə oriyentasiyasının metodları və proseduru müxtəlifdir və unutmamaq olmur ki, bu proseduru keçən hər bir şəxs sonda həyati əhəmiyyətli seçimi –peşə seçimini yalnız özü etməlidir. Unutmamaq olmur ki, bütün metod və üsullar məsləhətverici və maarifləndirici mahiyyət daşımalıdır.²

Mütəxəssislərin fikrincə, əmək fəaliyyəti ilə məşğul olmaları mümkün olan psixi və ortoped-travmatik xəstəliklərdən əziyyət çəkənlərin, o cümlədən, eşitmə və görmə orqanlarında patoloji olan gənclərin məsləhətlərə və metodiki tövsiyələrə daha çox ehtiyacı vardır. Sosial psixoloji baxımdan əlillik insan qarşısında ciddi problem varır. Bu sahədə uğurların əldə edilməsi həm də əlilin bir şəxsiyyət kimi özünün əhval-ruhiyyəsi, dünyagörüşü və hazırlıq dərəcəsi ilə asılıdır. Bundan əlavə, onlarla peşəyönümlü işin aparılması yalnız diaqnostik təhlillərlə kifayətlənməməlidir, psixoloji məsləhətlərin də daim aparılması zəruridir.³

Bütün bunları nəzərə alaraq qeyd olunan xəstəliklərdən əziyyət çəkən gənclər və yeniyetmələr üçün aşağıdakı metodiki tövsiyələrə əməl olunması faydalı olardı:

1. Psixi xəstəliklərdən əziyyət çəkən yeniyetmə gənclər üçün tövsiyə olunan istiqamət və peşələr:

-istehsalın müxtəlif sahələri üçün nəzərdə tutulmuş cihaz, maşın və mexanizmlər üzrə təmirçi-cilingər;-tikinti sahələrində çalışan -rəngsaz, mozaika ustası, kamin peçələrinin quraşdırıcısı, suvaqçı, lepka ustası, xarrat, dülgər, marmar və digər üzlüklərin kəsilməsi və cilalanması, santexnik-çilingər; -saxsı və keramika üzrə sənətkar; -dəri və dəri qalanteriya ayaqqabı, müxtəlif çanta və zəbillərin hazırlanması;-mətbəə və nəşriyyatlarda müxtəlif poliqrafiya işlərində çalışmaq, cildləyici;-pambıq-parça istehsalı; -parça hazırlayan sexlərdə müxtəlif peşələrdə çalışmaq;-ağac və ağac məhsullarının emalı; -fermer təsərrüfatlarında çalışacaq çilingər; -k/t məhsullarının yığılması və onların saxlanması; -kartof, meyvə və tərəvəz yığılması; -arıçılıq; -bağban və yaşıllaşma işləri ilə məşğul olan peşəkar;-kiçik tibb bacısı;-fotolaborant;-müxtəlif musiqi alətlərinin istehsalı və təmiri ustası və s.⁴

Xüsusi qeyd:

Aşağıdakı göstəricilər əmək prosesi və istehsal zamanı psixi xəstəliklərdən əziyyət çəkən insanların fəaliyyətinə və sağlamlığına əks təsir göstərir:

-Əsəbi-psixoloji gərginlik və uzun müddət diqqətin bir istiqamətə yönəlməsi, yaddaşın informasiya seli ilə normadan artıq yüklənməsi, dərhal və müstəqil şəkildə qərar qəbul edilməsini tələb edən iş şəraiti, ətraf insanlarla mürəkkəb ünsiyyətin qurulmasını tələb edən şəraitdə işləmək, daim hərəkətdə olan maşın və mexanizmlər, kəsici və deşici alətlər, hündürlük və dərinliklə qonşuluqda çalışmaq, od və elektrik cərəyanının yaxınlığı və s. Bundan əlavə, daim səs-küyün

və titrəmələrin -vibrasiyanın mövcudluğu, kimyəvi maddələrin yaxınlıqda olması, məqbul olmayan metereoloji şərait (normadan aşağı soyuq və ya isti havanın mövcudluğu), uzunmüddətli iş pozası, ağır və fiziki hərəkətlər tələb edən əmək, aşağı və yuxarı ətrafların müntəzəm olaraq dəqiq hərəkətini və ya uzun müddət ayaq üstə dayanmağı tələb edən işlər və s.

2.Ortoped-travmatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən yeniyetmə gənclər üçün tövsiyə olunan fəaliyyət istiqamətləri və peşələr:

-radio, televizor, məişət cihazları və elektrik avadanlıqlara xidmət və onların təmiri;- müxtəlif ölçmə cihazlarına, müxtəlif sayğacları nəzarət;- metal və digər materialların emalı və cilalanması; - inşaat, montaj və tikinti quraşdırma işlərində qaynaqçı və dülgər; - müxtəlif növ saatların istehsalı və təmir- saatsaz; - teleqrafçı- rabitəçi; -dəri və dəri məmulatlarının emal və istehsalı; -ayaqqabı, əl çantaları istehsalı;- mətbəədə cildləyici; - rəssamlıq; - misgərlik;- tibbi alət və avadanlıqların istehsalı;- musiqi alətlərinin istehsalı;-oyuncaqların istehsalı; - əllə toxuma; - parça istehsalı;-ağac emalı və mebel istehsalı;-kənd təsərrüfatı və heyvandarlıq sahəsi; - pinəçi, papaqçı;-qadın və kişi bərbəri;-ticarətçi; - kommersant; - nəzarətçi kassir və s.

Xüsusi qeyd:

Aşağıdakı göstəricilər əmək prosesi və istehsal zamanı ortoped-travmatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən insanların fəaliyyətinə və sağlamlığına əks təsir göstərir:

-Ağır fiziki əmək və tez-tez müxtəlif əyilib- qalxmalar, işləyərkən məcburi pozalar tələb edən, əsəb sisteminin yüklənməsini tələb edən, psixoloji gərginlik yaradan, metereoloji şəraiti tez-tez dəyişən məsələn adi temperaturdan fərqli olaraq soyuq və ya isti şəraiti olan müxtəlif sexlərdə işləmək, zəhərli maddələrlə təmas tələb edən, səs-küylə çalışan, titrəyən və vibrasiya ilə işləyən aparatların olduğu sahədə, müxtəlif şüalanma və zəhərlənmə ehtimalı olan peşələr, həddən ziyadə iti görmə tələb edən işlər, hərəkət edən avadanlıq, maşın və mexanizmlərlə işləməyi tələb edən peşələr.⁵

3.Eşitmə qabiliyyəti zəif olan və nitqi qüsurlu yeniyetmə gənclər üçün tövsiyə olunan fəaliyyət istiqamətləri və peşələr:

-kimyəvi- bakteroloji laboratoriyada labarant; -müxtəlif cihazların quraşdırılması və təmiri, maşın və mexanizmlər, o cümlədən, avtomobil üzrə çilingər və frezerçi; - metalların və digər məmulatların cilalanmasını həyata keçirən cilalayıcı; -müxtəlif elektrik avadanlıqlarının, məişət texnikasının (televizor, radio, soyuducu, maqnitafon, mobil telefonlar və s.) təmiri üzrə çilingər-elektrik; - ölçmə və nəzarətmə funksiyalarını yerinə yetirən cihazlar üzrə çilingər və ya nəzarətçi;- saatların təmiri ilə məşğul olan saatsaz;- mebel və digər ağac məmulatları ustası;- bərbər-modelyer;- çəkməçi;- misgər;- dəmirçi; - keramika və saxsı qabların istehsalı;-aşbaz;- qənnadçı- konditer;-bağban;-yaşıllaşdırma üzrə mütəxəssis;- fermer təsərrüfatlarında və heyvandarlıq sahəsində çalışacaq peşəkarlar, dəri ilə işləyən usta;- fərdi yaşayış evlərdə müxtəlif kommunikasiya şəbəkələrinin quraşdırılması və təmiri ilə məşğul olan çilingərlər; -suvaqçı- rəngsaz ;-hesabdar-mühasib;-rəssam;- heykəltaraş;-bitkiçilik və bağçılıqla məşğul olan təsərrüfatçı və s.⁶

Xüsusi qeyd:

Aşağıdakı göstəricilər əmək prosesi və istehsal zamanı eşitmə qabiliyyəti zəif olan və nitqi qüsurlu insanların fəaliyyətinə və sağlamlığına əks təsir göstərir:

-Ağır fiziki əmək və tez – tez müxtəlif əyilib-qalxmalar, işləyərkən məcburi pozalar tələb edən, əsəb sisteminin yüklənməsini tələb edən, psixoloji gərginlik yaradan, metereoloji şəraiti tez-tez dəyişən, məsələn ,adi temperaturdan fərqli olaraq soyuq və ya isti şəraiti olan müxtəlif sexlərdə işləmək, zəhərli maddələrlə təmas tələb edən, səs-küylə çalışan, titrəyən və vibrasiya ilə işləyən aparatların olduğu sahədə, müxtəlif şüalanma və zəhərlənmə ehtimalı olan peşələrdə çalışmaq, bundan əlavə, həddən ziyadə iti görmə tələb edən işlər, hərəkət edən avadanlıq, maşın və mexanizmlərlə işləməyi tələb edən peşələr və s.

4. *Görmə orqanında potologiya olan yeniyetmə gənclər üçün tövsiyə olunan fəaliyyət istiqamətləri və peşələr:*

- ədəbiyyat, tarix, fəlsəfə, musiqi, riyaziyyat, hüquq və s. sahələrdə elmi yaradıcılıqla məşğul olmaq;
- sənət baxımından isə musiqiçi, masaj ustası, teleqrafçı- rəbitəçi, pedaqoqluq və s.

Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, gözdən əlillər üçün qədim zamanlardan başlayaraq intellektual əmək və qismən fiziki əmək tələb edən peşələr məqbul hesab edilmişdir. Məsələn, müxtəlif musiqi alətlərində ifa etmək, xalq nəğməkarları və xanəndələri, Yaponiya və digər şərq və cənub- şərq ölkələrində masajist peşəsi qeyd olunan kateqoriyalı insanlar üçün daha çox yayılmışdır. Bu kateqoriyaya məxsus insanların kütləvi şəkildə işə cəlb olunması hələ XIX əsrin ortalarından başlanmışdır. 1925-1930-cu illərdən isə onların zənbil toxunması, paltar və ayaqqabı fırçaların hazırlanması, əllə toxuculuq, trikotaj maşınlarında işləmək, musiqi alətlərinin təmiri, pianoların sazlanması, arqanda ifa etmə, musiqi dərslərini tədris etmə, müğənnilik və s. peşələrə cəlb olunması genişləndi. Bunlardan əlavə, mətbələrdə kitabların cildlənməsi, yazı makinalarında dikte edilən mətnlərin yazılışı, Brayl üsulu ilə gözdən əlillər üçün nəzərdə tutulan kitabların köçürülməsi, müxtəlif materiallardan torların toxunulması, telefon stansiyalarında işləmək və s. geniş yayılmışdır.

Avropa ölkələrində bu insanlar içərisində alimlər, artistlər, ədəbiyyatçılar, jurnalistlər, hüquqşünaslar, müxtəlif ixtisaslar üzrə yüksək peşəkarlıq göstərən müəllimlər, ən çox isə musiqiçilər geniş yayılmışdır.

Digər əlillərdən fərqli olaraq gözdən əlillər Brayl əlifbasından istifadə etməklə, riyaziyyat, texniki elmlər, humanitar elmlər sahəsində böyük uğurlar əldə etmələri ilə, o cümlədən, musiqi ifaçılığı sahəsində böyük nailiyyətlər qazanmaları ilə tarixdə həmişə nümunə olmuşlar. Qeyd olunan kateqoriya həm də ali məktəblərə daxil olma faizinə görə həmişə öndə getmişlər. Lakin, bir məsələni qeyd etmək yerinə düşərdi ki, bu kateqoriyadan olan insanlar həm təhsil alarkən, həm də işləyərkən kollektiv tərəfindən onlara münasibət heç də həmişə ürəkaçan olmur. Bəziləri onlara həddindən ziyadə ürək yangısı göstərir, bu isə gözdən əlilləri daha da qüssələndirir, onları ruhdan salır. Digərləri isə onların əlil olmalarını tez-tez xatırladan replikalar atır, onların mənliliyi və qüruruna xələl gətirən hərəkətlər edirlər. Bütün bunlar isə həmişə iti yaddaşa malik olmaları ilə seçilən və spesifik psixi inkişafa malik olan gözdən əlillərin əhval-ruhiyyəsinə mənfi təsir göstərir.⁷

Bu istiqamətdə aparılan nəzəri müşahidələr və araşdırmalar aşağıdakı təkliflərin irəli sürülməsinə imkan verdi:

- peşə texniki məktəblərdə, kolleclərdə və ali məktəblərdə gözdən əlillər üçün diferensial şərait yaradılmalıdır, dərslər xüsusiləşmiş auditoriyalarda keçirilməlidir;

- onlara ixtisaslarına dair əlavə dərslər, onlarda peşəkarlıq vərdişlərinin inkişafına təsir edəcək əmək və texniki fənlər tədris edilməlidir;

- bu kateqoriyadan olanlar üçün qeyd olunan şərait tək Bakıda deyil müxtəlif regionlarda da həyata keçirilməlidir.

Göründüyü kimi gözdən əlillərin cəmiyyətə adaptasiyası və sosial reabilitasiyası bir sıra spesifik xüsusiyyətlərə malikdir və bu göstərici onlara xüsusi yanaşma tələb edir. Digər cəhət isə ondan ibarətdir ki, bu qəbildən olan insanların elmlə və incəsənətin ilk növbədə musiqinin müxtəlif növləri ilə (bəstəkarlıq, musiqi alətlərində ifa etmə, xanəndəlik və s.) məşğul olma və uğurlar qazanma şansı daha böyükdür.⁸

Əlbəttə, belə uğurlar onların cəmiyyətdəki mövqelərini möhkəmləndirir, bir şəxsiyyət kimi inkişafına təkan verir, cəmiyyətə inteqrasiyasını asanlaşdırır. Lakin, Brayl sistemli ədəbiyyatın, ixtisas kitablarının, xüsusilə ali məktəb kitabxanalarında lazımı sayda və tələb olunan səviyyədə olmaması əsas problemləridən biridir. Ümid edirik ki, əlaqədar təşkilatlar qeyd olunan istiqamətdə zəruri tədbirlərin həyata keçirilməsində lazımı addımlar atacaqdır.

Beləliklə, məqalədə irəli sürülmüş metodiki tövsiyələrə əməl edilməsi, əmək fəaliyyəti ilə məşğul olması mümkün olan sağlamlıq imkanları məhdud gənclərin düzgün istiqamətlənməsində həm valideynlər, həm qeyd olunan problemlə məşğul olan mütəxəssislər, həm də sözügedən kateqoriyaya məxsus gənclər üçün faydalı olacaqdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1."Gənclər siyasəti haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu., Bakı 202. Maddə 3.1
- 2.<http://www.miloserdie.ru>
3. <http://psychognosis.ru/>
- 4.Семерницкая Э.Г., Матюгин И.Ю. Нейропсихологическая диагностика и коррекция школьной неуспеваемости // Актуальные проблемы психофизиологии и нейропсихологии: Сб. науч. Тр. / АН СССР. Ин-т психологии,-М., 1991.- С. 138
- 5.<http://www.evroclinic.com>
- 6.Профессия для глухих. /community/deafworld/1023
- 7.<http://ref.rushkolnik.ru/v19291/?page=12>
8. Перечень приоритетных профессий для инвалидов.
<http://www.zdorovieinfo.ru/invalidnost/5731/59637/>

SUMMARY

GUIDELINES FOR THE PROFESSION AND SPECIALTY YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES

Tahirov H.

Choice of profession - not an easy task, even for adults, having a certain personal maturity. Even more, it is difficult for high school students, so help parents in decision simply invaluable. After all, the parents feel better and know their child, watching his character, habits and interests for many years, and just ready to help first. The most severe situation develops in young people with disabilities in the absence of sufficient education and experience, which does not allow them to effectively defend their rights. The problem of motivating and social and psychological adaptation of persons with disabilities to the profession and conditions of life in the community is one of the most important facts of the overall integration problems.

Key words *Career guidance, career choice, social and psychological adjustment, integration problems, adaptation disabled*

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Мамедбейли А.К.

***Азербайджанский Государственный Институт
Усовершенствования врачей имени А.Алиева.***

Смертность населения от отдельных нозологических форм нервной системы изучена хорошо. Особенно много сведений имеются о роли цереброваскулярных заболеваний в формировании риска смертности [1;3;4;5]. В тоже время целостная информация об уровне смертности населения вследствие нервных болезней, классифицированных в разных классах МКБ-10, ограничена. Научная информация об уровне смертности от

нервных болезней характеризуется не только бременем этих патологий, но и определяет эффективность профилактической и лечебной работы неврологических служб. Учитывая отмеченные, мы поставили цель оценить уровень смертности населения от нервных болезней и выявить её региональные особенности в условиях Азербайджана.

Материалы и методы исследования. Единицей статистического наблюдения был случай смерти. Изучаемая совокупность формировалась сплошным методом и включала 53762 случаев за 2012 год смерти, из числа которых 13580 были связаны с нервными болезнями. Источником информации были медицинские свидетельства о причинах смерти. Смерть от нервных болезней считалась в случаях когда либо в качестве первоначальной, либо непосредственной причины смерти были указаны нозологические формы, которые в клинической практике считаются нервными болезнями независимо от того в каком классе МКБ-10 они классифицированы [2]. По полученной информации определялась частота (на 100 тыс. населения) смертности от нервных и прочих (всех остальных) болезней в Нахичеванской автономной республике и в городах и районах республиканского подчинения. Статистическая обработка проводилась методами анализа качественных признаков [6].

Полученные результаты и их обсуждение. Полученная информация представлена в таблице 1. В городах и районах республиканского подчинения смертность от нервных болезней колебалась в интервале от $53,8 \pm 10,68$ до $336,4 \pm 25,13$ в расчете на 100 тыс. населения. Минимальный уровень смертности была отмечена в районе Шабран, а максимальная в районе – Зардаб. Достоверность различия минимального и максимального уровней показателей подтверждается ($P < 0,001$).

В городах республиканского подчинения (Баку, Гянджа, Мингачаур, Сумгаит и Ширван) уровень смертности колебался относительно в узком интервале ($105,2 \pm 11,67$ на 100 тыс. населения в Ширване, $147,3 \pm 6,69$ на 100 тыс. населения в Сумгаите). В городах Баку ($122,2 \pm 2,34$ ‰), Гянджа ($112,5 \pm 5,99$ ‰), Ширван ($105,2 \pm 11,67$ ‰) и Мингачауре ($114,6 \pm 1,02$ ‰) уровень смертности населения от нервных болезней друг от друга достоверно не отличался ($P > 0,05$). По сравнению с этими городами в городе Сумгаите уровень смертности был существенно ($P < 0,05$) выше ($147,3 \pm 6,69$ ‰).

По уровню смертности населения от нервных болезней районы республиканского подчинения были распределены на группы, которые друг от друга существенно отличаются:

- районы с относительно низким уровнем смертности (< 100 ‰): Шабран ($53,8 \pm 10,18$ ‰), Сиязан ($57,0 \pm 12,35$ ‰), Габала ($72,3 \pm 8,48$ ‰), Кюрдамир ($82,7 \pm 8,93$ ‰), Абшерон ($87,3 \pm 6,60$ ‰), Джалилабад ($95,8 \pm 7,06$ ‰), Шеки ($98,2 \pm 7,57$ ‰);

- районы со средним уровнем смертности ($100,0 - 150,0$ ‰): Закатала ($101,7 \pm 9,29$ ‰), Евлах ($107,6 \pm 9,56$ ‰), Агстафа ($110,7 \pm 14,51$ ‰), Саатлы ($111,8 \pm 10,97$ ‰), Гаджигабул ($115,2 \pm 13,19$ ‰), Имишли ($118,4 \pm 10,16$ ‰), Кедабек ($124,5 \pm 11,52$ ‰), Губа ($126,8 \pm 0,11$ ‰), Агджабе-ди ($130,3 \pm 10,3$ ‰), Тертер ($131,6 \pm 11,78$ ‰), Самух ($137,0 \pm 15,91$ ‰), Гах ($143,4 \pm 16,41$ ‰), Дашкесан ($148,5 \pm 21,23$ ‰);

- районы относительно с высоким уровнем смертности от нервных болезней ($150 - 200$ ‰): Агсу ($152,1 \pm 14,62$ ‰), Сальян ($160,7 \pm 11,48$ ‰), Шамахи ($163,0 \pm 13,30$ ‰); Гекгель ($164,9 \pm 17,00$ ‰), Биласувар ($168,2 \pm 13,81$ ‰), Ленкорань ($167,5 \pm 9,02$ ‰), Сабирабад ($171,7 \pm 10,62$ ‰), Шамкир ($171,7 \pm 9,48$ ‰), Гусар ($176,1 \pm 14,13$ ‰), Исмаилы ($183,5 \pm 15,25$ ‰), Товуз ($183,5 \pm 10,6$ ‰), Уджар ($184,6 \pm 15,39$ ‰), Гекчай ($189,0 \pm 13,15$ ‰), Хачмаз ($194,3 \pm 11,04$ ‰), Ярдымлы ($196,6 \pm 18,41$ ‰), Гобустан ($200,0 \pm 22,33$ ‰);

- районы с очень высоким уровнем смертности от нервных болезней ($200 - 250$ ‰): Белакан ($202,2 \pm 14,65$ ‰), Бейлаган ($204,7 \pm 15,42$ ‰), Астара

(207,3±14,11 ‰), Геранбой (212,8±14,56 ‰), Лерик (216,0±16,95 ‰), Агдаш (217,2±14,78 ‰), Масаллы (216,8±16,95 ‰), Огуз (217,5± 23,32 ‰), Барда (249,3±13,22 ‰);

• районы с чрезвычайно высоким уровнем смертности от нервных болезней (>250 ‰): Газах (282,0±17,77 ‰) и Зардаб (336,4± 25,13 ‰).

Таблица № 1

Уровень смертности населения в городах и районах Республиканского подчинения (на 100 000) в скобке приведены ранги по возрастанию уровней смертности от нервных болезней (первая цифра) и от других причин (вторая цифра)

Административные единицы	Смертность от		Административные единицы	Смертность от	
	Нервной болезни	Прочих болезней		Нервной болезни	Прочих болезней
Баку (18,12)	122,2±2,34	332,0±4,06	Кюрдамир(4,24)	82,7±8,93	413,5±19,91
Гянджа (14,32)	112,5±5,99	433,9±11,75	Гах (25,53)	143,4±16,41	637,7±34,58
Мингачаур(15,47)	114,6±1,02	501,0±22,78	Газах (53,36)	282,0±17,77	451,7±22,48
Сумгаит (26,17)	147,3±6,69	379,6±11,06	Габала (3,46)	72,3±8,48	493,6±22,86
Ширван (9,33)	105,2±11,67	435,1±23,71	Гобустан (43,22)	200,0±22,33	410,0±31,95
Абшерон (5,3)	87,3±6,60	244,4±11,35	Губа (20,34)	126,8±9,11	441,2±16,94
Агджебеди(21,23)	130,3±10,3	413,1±18,36	Гусар (36,51)	176,1±14,13	565,9±25,29
Агдаш (49,31)	217,2±14,78	427,3±20,72	Лерик (48,2)	216,0±16,95	240,0±17,86
Агстафа (12,4)	110,7±14,51	259,0±17,96	Ленкорань (33,9)	167,5±9,02	323,8±12,52
Агсу (28,44)	152,1±14,62	485,9±26,09	Масаллы (50,8)	216,8±10,48	302,5±12,36
Астара (46,13)	207,3±14,11	332,3±18,56	Нефтчала (10,19)	106,3±11,50	398,8±22,29
Балакан (44,40)	202,2±14,65	476,7±22,97	Огуз (51,21)	217,5±23,32	407,5±31,83
Бейлаган (45,7)	204,7±15,42	284,8±18,73	Саатлы (13,26)	111,8±10,97	419,4±21,18
Барда (52,15)	249,3±13,22	369,0±16,09	Сабирабад (34,16)	171,7±10,62	372,4±15,61
Биласувар (32,11)	168,2±13,81	326,1±19,21	Саян (29,18)	160,7±11,48	388,5±17,79
Джалилабад (6,9)	95,8±7,06	218,2±10,64	Самух (23,49)	137,0±15,91	527,8±31,18
Дашкесан (23,27)	148,5±21,23	421,2±35,64	Сиязань (2,6)	57,0±12,35	284,2±2729
Кедабек (19,48)	124,5±11,52	521,3±23,48	Шабран (1,52)	53,8±10,18	588,5±33,52
Геранбой (47,43)	212,8±14,56	483,0±22,61	Шамахи (30,38)	163,0±13,30	462,0±22,36
Гекчай (40,39)	189,0±13,15	470,6±20,73	Шеки (7,50)	98,2±7,57	540,4±17,72
Гекгел (31,45)	164,9±17,00	489,5±29,29	Шамкир (35,28)	171,7±9,48	421,5±14,81
Гаджигабул (16,29)	115,2±13,19	427,7±25,26	Тертер (22,20)	131,6±11,78	400,0±20,01
Хачмас (41,30)	194,3±11,04	425,8±16,33	Товус (38,25)	183,5±10,6	417,1±16,21
Имишли (17,14)	118,4±10,16	335,1±17,11	Уджар (39,41)	184,6±15,59	476,9±24,63
Исмаиллы (35,37)	183,5±15,25	459,5±24,07	Ярдымлы (42,5)	196,6±18,41	270,7±21,58

Надо отметить, что в городах и районах республиканского подчинения в очень широких пределах колеблется уровень смертности от других (все причины, за исключением нервных болезней) причин (218,2 – 648,5 ‰).

В отличие от риска смертности населения от нервных болезней, в городах республиканского подчинения (достоверное различие не выявляется) уровень смертности от прочих причин друг от друга существенно отличается: 332,0±4,06 ‰ в Баку, 433,9±11,75 ‰ в Гяндже, 501,0±22,78 ‰ в Мингечауре, 379,6±11,06 ‰ в Сумгаите, 435,1± 23,71 ‰ в Ширване (P<0,05).

К районам с относительно низким уровнем смертности населения от прочих причин (до 300 ‰) относятся: Джалилабад (218,2±10,6 ‰), Лерик (240,0±17,86 ‰), Абшерон (244,4±11,35 ‰), Астара (259,0±17,96 ‰), Ярдымлы (270,7±21,58 ‰), Сиязань (284,2±27,29 ‰), Бейлаган (284,8± 18,73 ‰). Эти районы по уровню смертности населения от нервных болезней относятся к разным категориям: Джалилабад, Абшерон, Сиязань имеют низкий уровень смертности, а Лерик – очень высокий уровень смертности от нервных болезней.

Чрезвычайно высокая смертность населения от прочих причин (>500 ‰) имел место в Кедабеке (521,3±23,48 ‰), Самухе (527,8±31,18 ‰),

Шеки ($540,0 \pm 17,72 \text{‰}$), Гусаре ($565,9 \pm 25,29 \text{‰}$), Шабране ($588,5 \pm 33,52 \text{‰}$), Гахе ($637,7 \pm 34,58 \text{‰}$) и Зардабе ($648,5 \pm 34,85 \text{‰}$). Причем эти районы также относятся к разным категориям по уровню смертности от нервных болезней: Шабран и Шеки – низкий уровень; Гах, Самух и Кедабек – средний уровень; Гусар – высокий уровень и Зардаб через-вычайно высокий уровень. Отмеченные факты дают основание предполагать, что межрайонные различия уровней смертности населения от нервных болезней не обусловлены факторами повышенного риска общей смертности (возрастной состав населения).

Ранжирование районов по возрастанию уровней смертности населения от нервных болезней и от других причин более наглядно демонстрирует не значимость связи между ними (таблица 1). Близость рангов характерна для небольшого количества районов: Абшерон (5 и 3), Агджабеди (21-23), Белакан (44-40), Джалилабад (6-1), Геранбой (47-43), Гекчай (40-39), Имишли (17-14), Сиязань (2-6), Тертер (22-20), Уджар (39-41). В трех районах наблюдается полное совпадение рангов (Исмаиллы – 22, Дашкесан – 27 и Зардаб – 54). В большинстве районах и городах ранги уровней смертности населения от нервных и прочих болезней друг от друга существенно отличаются. Наиболее выраженные различия рангов характерна для городов Мингачаур (15-47) и Ширван (9-33), для районов Астара (46-13), Бейлаган (45-7), Барда (52-15), Кюрдамир (4-24), Гах (25-53), Габала (3-46), Гобустан (43-22), Лерик (48-2), Ленкорань (33-9), Масаллы (50-8), Самух (23-49), Шабран (1-52), Шеки (7-50), Ярдымлы (42-5), Евлах (11-35) и Закатала (8-42). Отсутствие существенной связи между уровнями смертности населения в районах от нервных и прочих болезней также подтверждается изучением ранговой коррекции, которая составляет 0,04. Следовательно, существенное различие между районами по уровням смертности, как от нервных болезней, так и от других причин может быть обусловлено объективными условиями в этих районах. Среди таких условий наиболее вероятными являются климатогеографические условия и медико-организационная ситуация.

Таблица № 2

Уровень смертности населения от нервных болезней по районам различных физико-географических областей Азербайджана (на 100 000 населения)

Наименование районов	Наименование физико-географических областей	Смертность от	
		нервных болезней	прочих болезней
Астара, Ленкорань, Масаллы, Джалилабад, Нефтчала	Ленкоранская область	160,8±4,57	298,6±6,22
Биласувар, Сальян, Сабирабад, Саатлы, Имишли	область Куринской межгорной впадины (юг)	147,6±5,09	368,9±7,89
Агдаш, Кюрдамир, Уджар и Зардаб	область Куринской межгорной впадины (север)	166,5±7,06	430,8±11,27
Белокан, Шеки и Закатала	Юго-Восточной части Большого Кавказа	124,0±4,57	447,8±8,70
Нахичеван, Садарак, Шарур, Бабек, Шахбуз, Джулфа, Ордубад, Кенгерли	Средне Араксинская область	137,7±6,03	325,3±9,21

В Азербайджане по существующей классификации Института географии АН различают 5 физико-географических областей: Ленкоранская и Средне-Араксинская область; область Малого Кавказа, Куринской межгорной

впадины и Юго-восточная часть Большого Кавказа. Уровень смертности населения от нервных и прочих болезней по районам этих областей приведены в таблице 2. Из этих данных, очевидно, что максимальный уровень смертности от нервных болезней отмечается в северных районах Куринской межгорной впадины ($166,5 \pm 7,06$ на тыс. населения), а минимальный уровень – в районах Юго-Восточной части Большого Кавказа ($124,0 \pm 4,57$ на 100 тыс. населения). Достоверность различия подтверждается ($P < 0,05$). При стандартизации по возрасту различие между показателями этих областей сохраняется (соответственно: $174,0$ и 120 ‰). В районах Ленкоранской области ($160,8 \pm 4,57$ ‰) и южных районах области Куринской межгорной впадины ($147,6 \pm 5,09$ ‰) относительно высока вероятность смерти от нервных болезней и достоверно не отличаются от таковой по северным районам Куринской межгорной впадины, но достоверно превышает соответствующего уровня по районам Юго-Восточной части Большого Кавказа. Районы Средне Араксинской области по уровню смертности населения от нервных болезней ($137,7 \pm 6,03$ ‰) занимает промежуточное место между районами Юго-Восточной части Большого Кавказа и остальных физико-географических областей. Таким образом, прослеживается связь между физико-географическими условиями и риском смертности населения от нервных болезней. Смертность от нервных болезней была высока в северных районах Куринской межгорной впадины и Юго-Восточной части Большого Кавказа (соответственно: $430,8 \pm 11,27$ и $447,8 \pm 8,70$ ‰; $P > 0,05$). Достоверно низкий уровень смертности от прочих причин отмечался в районах Ленкоранской области ($298,6 \pm 6,22$ ‰), Средне Араксинской области ($325,3 \pm 9,21$ ‰), а также в южных районах Куринской межгорной впадины обращает на себя внимание относительно высокая доля нервных болезней среди всех причин смерти в районах Ленкоранской области ($35,0\%$) по сравнению с районами Юго-Восточной части Большого Кавказа ($19,7\%$). По величине этого показателя промежуточное место занимали районы Средне Араксинской области ($29,7\%$) и Куринской межгорной впадины ($28,6\%$ на юге и $27,9\%$ на севере). Эти данные также подтверждают роль физико-географических факторов в формировании риска смертности от нервных болезней.

Медико-организационная ситуация в районах физико-географических областей (обеспеченность кадрами, койками и другими ресурсами) практически одинакова. Поэтому выявленные особенности уровня смертности населения в районах республики не имеют связь с обеспеченностью ресурсами здравоохранения.

Выводы

1. Смертность населения от нервных болезней в городах и районах республиканского подчинения друг от друга существенно отличается. Высокий риск смертности отмечается в Зардабском, Газахском и Бардинском (>250 ‰), а низкий риск в Шабранском, Сиязанском и Габалинском районах (<80 ‰).
2. Межрайонные различия выявляются по уровню смертности населения от других причин, но не существует связь между риском смертности от нервных и прочих болезней (корреляция рангов уровня смертности $<0,04$).
3. Подтверждается связь между риском смертности населения от нервных болезней и физико-географическими условиями районов: высокий риск характерен для населения районов Ленкоранской области и Куринской межгорной впадины, низкий риск имеет место в районах Юго-Восточной части Большого Кавказа.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Медико-демографические показатели Российской Федерации. // 2010 год. Москва 2011. - 516 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). // ВОЗ. Женева. 1995. – 179 с.
3. Петерчук О.Е., Агранович Н.В., Щепин В.О., Горбунков В.Я. Социально-экономическая эффективность профилактики нефрологических заболеваний в Ставропольском крае // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. №6 – с. 32-36
4. Роговина А.Г. Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. №6 – с. 10-14
5. Смертность в Республике Беларусь. // Минск. ГУРИМБ. 2012.– 232 с.
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. // Москва. Практика. 1999. – 459 с.

X Ü L A S Ə**SİNİR XƏSTƏLİKLƏRİNDƏN ƏHALİNİN ÖLÜM SƏVİYYƏSİNİN REGIONAL XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

Məmmədbəyli A.K.

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycanın respublika tabeli inzibati vahidlərində (muxtar respublika, şəhər və rayonlar) əhalinin sinir xəstəliklərindən ölüm riskinin xüsusiyyətlərini aşkar etmək olmuşdur.

Müşahidə təqvim ilini tam əhatə etməklə ucdantutma metodu ilə aparılmış, 53762 ölüm hadisələri arasında ölümün bilavasitə və ya ilkin səbəb kimi sinir xəstəlikləri göstərilmiş 13580 tibbi sənəd seçilmişdir. Sənədlər həm inzibati, həm də fiziki-coğrafi rayonlar nəzərə alınmaqla qruplaşdırılmış, ölüm səviyyələri hesablanaraq keyfiyyət əlamətlərinin statistikasını metodu ilə təhlil aparılmışdır.

Müəyyən olunmuşdur ki, respublika tabeli inzibati vahidlərdə əhalinin sinir xəstəliklərindən ölümünün səviyyəsi $53,8 \pm 10,18 \text{‰}$ - $336,4 \pm 25,13 \text{‰}$ intervalında dəyişir və bir-birindən dürüst fərqlənir ($P < 0,05$). Rayonlar və şəhərlər bu göstəricinin səviyyəsinə görə təsnifatlandırılmışdır. Regionlararası fərqi formalaşmasında fiziki-coğrafi mühitin rolu sübut edilmişdir: sinir xəstəliklərindən ölüm riski Böyük Qafqazın cənubi şərqində yerləşən rayonlarda nisbətən az, Lənkəran və dağlararası Kür çökəkliyi coğrafi-vilayətlərində isə nisbətən yüksəkdir.

Digər səbəblərlə bağlı ölüm riski də regionlarda fərqli olsa da rayonların əhalinin sinir və digər xəstəliklərlə bağlı ölüm səviyyəsinə görə rəngləri arasında mütənəsiblik müşahidə olunmur (korrelyasiya əmsali $< 0,04$).

Açar sözlər: *sinir xəstəlikləri, ölüm səviyyəsi*

S U M M A R Y**REGIONAL CHARACTERISTICS OF THE POPULATION DYING OF THE NERVOUS DISEASES**

Mamedbeyli A.K.

The purpose of the study was to subordinate administrative unit of the media (autonomous republic, city and urban areas) was to reveal the nature of death risk of nervous diseases of the system.

By the method of covering full calendar years of surveillance carried out a helter-skelter, 53762 deaths nervous diseases as a cause of death in the 13580 directly or pre-selected medical documents. Documents were grouped into taking account administrative and physical-geographical regions the mortality rates calculated and analyzed by the method of qualitative signs statistics.

It was determined that the administrative subordination of the nervous diseases of the mortality rate of the population 10,18±53,8 – 336,4±25,13 range vary and differ from each other honest ($P < 0,05$). According to this figure, the level of the specified regions and cities were arrangement. The role of physical and geographical environment has been proven in the formation of inter-regional differences: the risk of death from diseases of the nervous regions of the Greater Caucasus, located in the south than in the east, Lankaran and geographic regions of the Kura depression is higher than mountains. Although the risk of death due to other reasons, the different regions of the regions, and other diseases of the nervous system according to the level of death ranges proportionality between the observed (correlation coefficient $< 0,04$).

Key words: *nervous diseases, population dying.*



* PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK *
* ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ *
* HELP to PRACTICAL DOCTOR *

LAPAROSCOPIC SURGERY AND TREATMENT OF OVARIAL APOPLEXY AND TUMOR-LIKE FORMATIONS OF OVARIES

Gladchuk I.Z., Nazarenko O.Ya.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.

Tumor-like (non-neoplastic) ovarian processes (TOP), which make most of the detected ovarian pathology (58.8%), are generally resemble ovarian tumors only in some clinical manifestations and external cystic structure.

Pathomorphologic essence of true tumors and TOP is quite different [1; 4]. The true blastomatous growth in the tissues is not observed in ovarian cysts. Most of the ovarian cysts are related to the group of retention formations that arise due to accumulation of different secretions in the preformed cavity or due to hemorrhage [1].

Modern preoperative differential diagnosis between benign and malignant tumors of the ovaries approaches practically 100% thanks to developed methods of radiation diagnosis, dopplerography, determination of oncomarkers in the blood plasma. Such tumour-like ovarian processes as follicular, paraovarian, endometrial cysts and cysts of the corpus luteum are of peculiar external look that allows to differentiate them faultlessly intraoperatively from benign cystadenomas and adenocarcinomas [1].

Generally recognized necessity to approach the health ovarian tissues as safely as possible during surgical intervention for benign formations consists in ovarian resection within the healthy tissues and enucleation of the cyst capsule [2; 3]. If in case of true benign tumors this tactics is justifiable, in functional ovarian cysts and endometriomas when there is no true tumorous epithelium, further coagulation of the vessels and its bed following cyst capsule enucleation results in inevitable death of the healthy follicular apparatus of the ovary.

To reduce thermotrauma of the ovary in laparoscopic surgery, to make hemostasis it is recommended to apply bipolar coagulation as the safest compared with monopolar current [2]. However, the depth of the damaged ovarian tissue depends not only on the energy used but also on the caliber of the vessel to be coagulated. In case of high bleeding of the tissue thermotrauma may be the cause of significant exhaustion of the ovarian reserve.

The aim of the work. To investigate the short- and long-term results of laparoscopic “conservative” (ovariotomy - ovarioscopy - biopsy of the cyst capsule, salpingoovario- and adhesiolysis) operations performed in women of the reproductive age due to complicated clinical course of TOP or their persistence after the course of medicinal therapy.

Materials and methods. We have observed 97 women, who were subjected to laparoscopic surgical intervention for TOP in limited “conservative” scope. All the patients were divided into two groups. I group comprised 44 women who were hospitalized with signs of “acute” abdomen caused by torsion of the cyst with appendages, hemorrhage into the ovary, rupture (or rupture hazard) of the cyst capsule; II group consisted of 53 women with persistent cystic formation who were given the course of conservative treatment with anti-inflammatory, antibacterial and hormonal therapy (COC or synthetic progestins) during one or two menstrual cycles (MC). On referring to medical aid all patients were made ultrasound investigation and dopplerometry by the device ALOKA-650 i SA-8000 SE, with the use of transabdominal and transvaginal transducers with frequency of 3.5–5.0 and 6.0–7.5 MHz, general clinical, biochemical analyses of blood, urine, bacterioscopy of the vaginal discharge. Additionally the level of oncomarker CA-125 was determined in patients’ blood.

All patients were made control ultrasound investigation in the postoperative period in 14 days, in one and three months after surgery and later – by medical indications. The mean duration of the postoperative follow-up of the patients was (12.7±4.3) mon —from 3 to 36 mon.

Surgical technique. All patients were given intravenous intraoperative antibiotic prophylaxis. Laparoscopy was performed by the generally accepted technique under endotracheal anesthesia with the use of scissors and bipolar electrosurgical technique [2]. During revision of the small pelvis and abdominal cavity the external condition of the cystic capsule was thoroughly examined. The operation was continued laparoscopically in absence of external signs of malignization of the ovarian formation. When the surgery was performed for torsion of the cystic formation with appendages and there were no signs of necrosis of the latter, there was performed laparoscopic detorsion of the appendages. In case of adhesive processes of the small pelvis organs there was performed salpingoovario- and adhesiolysis. Then the cyst fluid was aspirated with the aid of the long puncture needle for further cytological study. In absence of atypical cells in the cyst fluid ovariectomy was performed. The inner membrane of the cyst was thoroughly examined. In presence of clear external signs of functional (follicular, corpus luteum) and endometrial cyst the area of the cyst was chosen for biopsy and free drainage of the cyst cavity in the small pelvis. Having obtained the biopsy material from the abdominal cavity the emergency cytological and histological identifications were made. In absence of any suspicion on tumor nature of the formation the cyst capsule was not removed in order to preserve ovarian tissue and its functional reserve. The next stage consisted in additional interventions in the inner genital organs performed if necessary (salpingoneostomy, tuberectomy, excision or vaporization of endometrial areas, conservative myomectomy, appendectomy), sanitation and drainage of the small pelvis. To prevent the adhesion process 200 ml of rheopolyglucin solution and 3.0 ml of hydrocortisone acetate suspension were left in the small pelvis for 24 hours after thorough hemostasis with a binocular coagulator.

Results of the study. The age of the investigated women varied from 15 to 35 (mean— (21.7 ± 2.1)). Patients of I group were a little younger than those of II group: the mean age was (20.3 ± 3.8) and (23.7 ± 7.3) accordingly. The menstrual dysfunction was observed in almost half of the patients in both groups: 17 (38.6 %) in I group and 22 (41.5 %) in II group. MC disorders were revealed as: menorrhagia — 6 (13.4 %) of patients in I group and 7 (13.2 %) in II group; acyclic metrorrhagia—by 3 cases in each group that made 6.8 % for I group and 5.6 % for II group; aldodysmenorrhea — 5 (11.3 %) patients of I group and 8 (15.0 %) of II group; opsomenorrhoea— 3 (6.8 %) and 4 (7.5 %) cases respectively. By 5 patients of each group did not have any sexual life that made 11.3 % for I group and 9.4 % for II group. Regular sexual life was in 12 (27.2 %) patients of I and 17 (32.0 %) patients of II group. Most women of both groups had irregular sexual relations — 27 (61.3 %) and 31 (58.4 %) patients of both groups correspondingly. Complaints of primary or secondary infertility were presented by 8 (18.1 %) patients of I group and 14 (26.4 %) II group that made rather large percentage in women who had regular sexual life— 67.0 % in I group and 82.0 % in II group.

One pregnancy was found in the case history in 8 (18.1 %) patients of I and in 19 (35.8 %) patients of II group. Of them the first pregnancy has led to full-term delivery in 2 (4.5 %) patients of I and in 5 (9.4 %) — II group, involuntary miscarriage in 2 (4.5 %) and 4 (7.5 %) patients of both groups respectively, artificial abortion in 4 (9.0 %) and 7 (13.2 %) women of I and II group correspondingly. In 2 (3.7 %) patients of II group the first pregnancy was extrauterine for which two patients were performed laparotomic tubectomy. In one case the operation was complemented by resection of the ovary.

Among the patients of II group there was a considerable frequency of in-patient treatment of inflammatory diseases of the internal genitals in anamnesis: 14 (26.4 %) vs. 8 (18.1 %) among the girls of I group as well as operations of organs of the small pelvis and abdominal cavity— 15 (28.3 %). In I group 7 (15.9 %) patients had abdominal surgeries in the case history, 6 had typical appendectomy. Of the surgeries underwent in patients of II group the most frequently encountered were appendectomy— 10 (18.8 %), resection of the ovaries — 7 (13.2 %), tubectomy — 4 (7.5 %), adnexectomy— 4 (7.5 %). All underwent surgeries were performed laparotomically. In 2 (3.7 %) cases the patients were performed resection of the left ovary by the method of Volkovich –Djakonov. The two girls were intraoperatively revealed to have the extended adhesive process of IV degree. 7 (15.9 %) patients of I group and 9 (16.9 %) — II group had previously out-patient treatment for diseases of the uterine neck and genital infection.

There was no discrepancy in patients of both groups while analyzing concomitant somatic pathology. The most frequent diseases revealed in women under study were diseases of the gastrointestinal tract (chronic gastritis, chronic pancreatitis) — 21 (21.2 %) case, cardiovascular (vegetovascular dystonia of hypotensive, cardiac type) — 14 (12.7 %), urogenital (chronic pyelonephritis, chronic cystitis) — 14 (12.7 %) and endocrine (autoimmune thyroiditis, clinical and subclinical hypothyroidism) systems — 6 (6.0 %) cases.

The mean values of the maximal and minimal diameter of the cystic formation in all patients were (63.3 ± 8.7) and (56.7 ± 7.5) mm respectively: in I group— (69.4 ± 9.7) and (58.5 ± 6.3) mm and in II group— (43.6 ± 7.9) and (34.1 ± 6.3) mm. Thus, the average size of TOP in patients of I group was larger than in II one.

The cause of “acute” abdomen was torsion of the cystic formation with uterine appendages in 18 (40.9 %) patients of I group. Due to nontight torsion and absence of signs of malignant tumorous process, destorsion of the uterine appendages was performed with further ovariectomy – ovarioscopy and biopsy of the cyst wall. The histological study revealed that torsion of the appendages was more frequently caused by follicular (38.8 %) and paraovarian (38.8 %) cysts - by

7 cases. The cyst of the corpus luteum brought about torsion of the uterine appendages in 4 (22.2 %) cases.

In 8 (18.1 %) patients of I group the cystic formation developed against the background of acute inflammatory process of the fallopian tubes and small pelvis peritoneum. In 3 (6.8 %) cases the inflammatory exudate was of purulent character. Absence of sac-like formations in the fallopian tubes allowed to perform only sanitation and drainage of the small pelvis along with “conservative” surgery for TOP. In 1 (2.2 %) case due to concomitant catarrhal appendicitis laparoscopic appendectomy was simultaneously performed. Development of the cystic formation in 6 (13.6 %) girls of I group (follicular cyst — 2 (4.5 %), cyst of the corpus luteum— 3 (6.8 %), paraovarian cyst— 1 (2.3 %)) against the background of endometriosis of the small pelvis peritoneum of I-II degree brought about the clinical picture of “acute” abdomen.

Ovarian hematoma with a defect of the cystic capsule and hemoperitoneum was observed in 12 (27.2 %) patients of I group. The volume of hemoperitoneum varied with the range of the minimum up to 500 ml (on the average— 178.0 ± 21.3) ml). According to the histological structure hemorrhage due to rupture of the cyst of the corpus luteum was found more frequently — 8 (67.0 %) cases. Ruptures of the follicular and endometrial cysts occurred significantly rarer – by 2 (16.7 %) cases.

In contrast to I group the patients of II group significantly frequently had the adhesive process caused by earlier acute inflammatory diseases and open surgical interventions. Thus, the adhesive process of I-II degree in patients with persisting forms of TOP was found in 9 (16.9 %) patients. The women of II group were noted to have the adhesive process of III-IV degree more frequently — 14 (26.4 %) cases. The formation of persisting or recurrent forms of functional cysts against the background of external endometriosis was detected in 17 (32.1 %) patients of II group, of them endometriosis of the peritoneum of I-II degree was in 9 (17.0 %) patients; 8 (15.1 %) women had endometriosis of III-IV degree of extension in the small pelvis peritoneum in combination with retrocervical endometriosis, and affection of the ovaries. Presence of endometriosis at the preoperative diagnostic stage was noted only in half — 8 (47.0 %) patients with this pathology. In most cases of persisting and recurrent forms of the functional ovarian cysts the presence of external endometriosis was an intraoperative finding.

15 (28.3 patients of II group were diagnosed a cystic form of endometriosis on the basis of dynamic observation during conservative therapy (1–2 menstrual cycles), ultrasound data, the level of CA-125 in the patients’ blood. In 11 (73.3 %) cases the diagnosis was confirmed by a histological study of the cyst wall taken for biopsy. Chronic hematoma of the ovary was histologically diagnosed due to hemorrhage in the cyst of the corpus luteum in 4 (26.6 %) patients. Taking into consideration that the endometrial cyst took practically 100% of the volume of the affected ovary and 3 (20.0 %) patients had endometriomas in both ovaries, the “conservative” surgical technique was the only hope to preserve functionally active tissues of the ovary in these women.

The mean duration of surgery in I group was (21.7 ± 5.7) min—from 15 to 40 min. In II group duration of surgery was twice longer — (41.3 ± 7.8) min, from 25 to 110 min, which was associated with extension of the adhesive and endometrial processes in patients of this group. The accompanying surgery most frequently included salpingoovario- and adhesiolysis— 6 (13.6 %) cases in I group and 39 (73.5 %) — in II group. In I group in 5 (83.3 %) cases salpingoovariolysis was performed for the adhesive process of I-II degree and 31 (58.4 %) patient of II group was performed adhesiolysis of the adhesive process of the small pelvis of III and IV degree of extension. Coagulation and excision of the endometrial areas were additionally performed in 6 (13.6 %) patients of I group and in 33 (63.0 %) — II group.

Of other accompanied surgical interventions the patients of both groups were additionally performed salpingoneostomy in 2 (4.5 %) and 11 (20.7 %) cases respectively, conservative myomectomy of small (up to 3 cm) subserous myomatous nodes in 1 (2.3 %) and 4 (7.5 %) patients, tubectomy in 2 (3.7 %) patients of II group. There was simultaneously performed appendectomy (in I group —for acute catarrhal appendicitis and in II group — the appendix involved in the adhesive process had signs of chronic inflammation that required its removal) in 1 (2.3 %) case in I group and in 2 (3.7 %) in II one

The main method of analgesia in the postoperative period was the application of nonnarcotic analgesics during the first two days, later on the patients did not need analgesia. After surgery the patients were in the in-patient department for 1 to 3 days, on the average (2.0 ± 0.05) days. The postoperative in-hospital stay of the patient depended on the scope and severity degree of the surgical intervention. Thus, the average in-hospital stay was (1.4 ± 0.5) day for patients of I group and (2.5 ± 0.7) day for II group.

In the early postoperative period all patients are given anti-inflammatory therapy based on the application of nonsteroid anti-inflammatory drugs predominantly as rectal suppositories taking into account that, on one hand, development of TOP was based on the inflammatory process[1; 5], and on the other hand, postoperative trauma inevitably caused reactive inflammation in the operated organ. 25 (56.8 patients of I group and 41 (77.3 %) patients of II group were additionally given antibacterial drugs of wide specter. To prevent development of the postoperative adhesive process all patients were administered enzyme-containing drug Distreptaza in the early postoperative period as rectal suppositories.

After obtaining results of the histological study of the residue further antirecurrent therapy was given taking into consideration the morphological structure of the cystic formations. To prevent recurrences of the follicular cysts of the ovary, monophasic low dosed combined oral contraceptives (COC) were administered in the cyclic regimen for the period from 3 to 12 months depending on the reproductive intentions of the patient. When the patient was revealed endometrial cyst or endometriosis of other localization of II–III degree of extension, agonists of gonadotropin –releasing-hormone (aGnRH) were obligatory used in treatment. The depot-drugs aGnRH were given subcutaneously or intramuscularly once per 28 days for the period from 2 to 4 months. The long-term therapy with COC or synthetic progestins was given after successful treatment with aGnRH drugs depending on the reproductive intentions of the patient. The latter (noretisterone acetate, dydrogesterone) were administered to the patients with cysts of the corpus luteum. When the woman had the reproductive intentions in the near future, she was administered the antirecurrent drug dydrogesterone (dufaston) from the 16th day of MC with a daily dose of 20-40 mg for from 10 days to 6 months. Every 6-9 months of therapy with COC or synthetic progestins there was made a break in the hormonal therapy for from 3 to 5 mon. During this break plant and vitamins drugs were used (Remens, tocopherol acetate, gynaecohel), which are used for regulation of hormonal homeostasis of women.

According to the data of dynamic ultrasound investigation 19 (43.1 %) of patients of I group and 27 (50.9 %) of II group were observed to have presence of residual cyst cavity on the 14-th day after surgery. The mean values of the longitudinal and transversal size were (23.4 ± 2.1) and (17.4 ± 1.9) correspondingly. 100% residual cavity on the 14-th day after surgery was observed in patients with endometrium cysts: its mean longitudinal and transversal size were (31.9 ± 4.1) and (20.6 ± 2.7) mm respectively. In 25 (56.8 %) women of I group and 26 (49.0 %) of II group the residual cavity was absent in ultrasound investigation but the operated ovary was enlarged.

The residual cavity was detected in 7 (15.9 %) patients of I group and in 11 (20.7 %) of II group in a month after surgery. In cases when a cystic formation manifested itself as a functional cyst (follicular or corpus luteum), only in 8 (15.9 %) the residual cavity of the cyst was revealed by the ultrasound investigation in a month after surgery, the mean value of its maximum size was (12.4±0.9) mm. In cases when surgical intervention was performed for endometrial cyst, the residual cavity of the cyst was found in 3 (27.2 %) of patients, the mean value of the longitudinal size was (20.4±2.7) mm.

The residual cavity was detected only in 3 (5.6 %) of women of II group in two months against the background of hormonal therapy. All these patients were operated on for endometrial cysts. The mean values of the longitudinal and transversal size were (98.4±8.9) and (86.5±9.2) mm, respectively. The endometrial cysts reduced in diameter almost 3-4 times during two months of treatment with the drugs aGnRH. Thus, the longitudinal size of the residual cavity on the average was equal to (24.8±3.4) mm. These women were performed "second-look" surgery immediately after the third injection of aGnRH during which there were no revealed signs of active forms of endometriosis. Vessel-free and single vascular adhesions were seen around the operated ovary. There was no revealed adhesive process in other sites of the small pelvis. The patients were performed removal of the residual endometrial cyst and later on the fourth injection of the drug aGnRH was given.

According to the data of further dynamic ultrasound investigation 6 (13.6 %) of patients of I group and 9 (16.9 %) of II group were observed to have formation of retention cysts after cessation of hormonal therapy. Functional fluid formations of the ovaries were revealed in the second phase of MC and were observed in 3-12 months after surgery. In 3 patients of I and II groups retention cystic formations were developed on the operated ovary that was 6.8 % and 5.6 % correspondingly. In other cases — 3 (6.8 %) and 6 (11.3 %) respectively—the functional cysts developed in the opposite unoperated ovary. After conservative treatment there was complete resorption of recurrent TOP. These patients were administered continuation of the hormonal therapy with COC or synthetic progestins in future. During all period of the follow-up there was an attack of painful form of ovarian apoplexy in the second phase of MC with formation of fluid formation of the ovary with hemorrhage in 3 (3.0 %) patients in both groups. For the follow-up period of 27 women planning pregnancy in the near future, 21 got pregnant (77.7 %), and in 4 (14.8 %) cases additional study found disorder of the reproductive function in husbands.

Conclusions. Thus, development of functional cysts may be caused by disorder of hypothalamus-pituitary-ovarian interrelations or inflammatory processes in the genitals. In more than a half of cases the formation of persisting or recurrent forms of TOP occurs against the background of the adhesion processes and genital endometriosis. The operations in functional and endometrial ovarian cysts in limited "conservative" scope in women of the reproductive age with further pathogenetically substantiated therapy contributes to maximal preservation of the ovarian tissue, thus, the reproductive function of the woman. Taking into account that our previous experience has demonstrated safety of "conservative" surgical technique in TOP both in absence of complications in the short- and long-term periods and in minimal risk of the disease recurrence; further investigations should be made to specify the results.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Zaporozhan V. M. Gynecological pathology /V. M. Zaporozhan, M.P.Tsegelsky: Atlas: teaching aid.- Odessa: Odes. state medical University, 2002. – 308 p.
2. Kulakov V. I. Operative gynecology - surgical energies/V. I. Kulakov, L. V. Adamyan, O. A. Mynbaev. - M.: Medicine, 2000.

3. Nagornaya V. F. Benign epithelial tumors of the ovaries: pathogenesis, clinical course, treatment: Author's Abst. dis. Dr. of med. sciences/V. F. Nagornaya - K., 1990. - 360 p.

4. Serov V. N. Benign tumors and tumorous formations of the ovaries/V. N. Serov, L.I. Kudryavtseva. - M.: Triad- X, 2001. - 152 p.

КИСЛОРОД, ЕГО ДЕФИЦИТ В ОРГАНИЗМЕ.

Ханум Айдын гызы, Ахундов Р.А.

***Азербайджанский Медицинский Университет
Отдел фармакологии НИЦ, кафедра фармакологии***

Кислород, являющийся основным фактором процесса образования энергии аэробного окисления, служит источником и проводником всех биоэнергетических, биохимических и физиологических функций организма [1,3,7]. Роль кислорода в организме человека и животных тесно связана с массопереносом как самого кислорода, так и углекислого газа, оказывающего существенное влияние на транспорт и утилизацию кислорода из окружающей атмосферы. Основным эффективным и наиболее значимым для организма служит аэробный процесс – сопряжение окисления с фосфолированием, т.е. окислительное фосфолирование [2,4].

Анализ кислородных режимов организма выявил зависимость дефицита кислорода от энергообеспеченности всей системы гомеостаза. Возникающая при этом гипоксия создает условия уменьшения метаболизма и биотрансформации белков, жиров и углеводов, основных факторов жизнедеятельности организма [8].

В этом контексте, гипоксия является универсальным процессом, патофизиологические реакции которого приводят к дефициту энергии. Стержневым гомеостазирующим компонентом в метаболизме любой структурно-функциональной единицы является промежуточный обмен, на который «замыкаются» метаболические пути биотрансформации белков, жиров и других веществ (циклы Варбурга, Коупа, Робертса и т.д.)

Гипоксия широко распространенное явление, возникающее как в условиях дефицита кислорода во внешней среде, так и в результате самых разных патологий, связанных с нарушением функций дыхательной, сердечно-сосудистой систем, а также транспортной функции крови. Во всех случаях, в конечном счете, происходит снижение доставки кислорода к тканям до уровня, недостаточного для поддержания функции, метаболизма и структуры клетки [2,13].

Исторически гипоксия была описана еще в древности: во время высокогорных военных переходов Кира (530 г до н.э.), в наблюдениях Эмпедокла (480 г до н.э.), в походах Александра Македонского (356-323 г до н.э.). Свидетельства опасного и повреждающего для здоровья человека действия дефицита кислорода оставлены и в документах более позднего времени: в описаниях путешествия Марко Поло через Тянь-Шань, кругосветных переходов Магеллана, Чарльза Дарвина, Пржевальского и других. В дальнейшем, появление техногенного воздухоплавания, авиации, космических полетов, завоевание морских глубин (Жак Кусто), альпинизм, шахтные, тоннельные и кессонные работы, метрострой и т.д. выдвинули проблему гипоксии в разряд весьма актуальных. Такими исследователями, как Гук, братья Монгольфье, Гумбольдт, Торичелли, Паскаль, Бойль, Ферье и другие, было доказано, что симптомы дефицита кислорода (в виде воздушной или горной болезни, mountain sickness, malheur de montagne) приводят к преходящим или необратимым изменениям в состоянии и поведении человека [2].

Для развития учения о гипоксии большое значение имели исследования Р.Бойля, установившего наличие в крови кислорода и углекислого газа (1836 г), опыты Магнуса и Ферье, выделивших эти газы из крови (1845 г). Полеты на воздушных шарах привнесли дополнительные сведения о действии разреженного воздуха на организм человека, они способствовали установлению этиологии горной болезни и раскрытию ее патогенеза [8].

Гипоксия – как фактор дефицита кислорода в организме привлекает особое внимание как со стороны исследователей, занимающихся проблемой изыскания и внедрения противогипоксических средств, так и практических врачей, повседневно борющихся с грозным недугом, который охватывает все большую часть населения. Инфаркт миокарда, инсульты, анемии, бронхоспазмы – вот не полный перечень многих заболеваний, в основе этиопатоморфологии которых лежит гипоксия.

Изменение экологии, накопление токсических продуктов в биосфере, и как следствие, снижение количества кислорода в глобальном масштабе (19-18% против 21%), создает основу для повсеместной гипоксии [5].

Результаты фундаментальных исследований патогенеза гипоксии и адаптации к ней позволили предложить и успешно осуществить ряд неотложных мер, включающие мероприятия по лечению бронхиальной астмы, хронических неспецифических бронхитов, сердечно-сосудистых заболеваний, анемии, нейроциркуляторной дистонии, психических заболеваний, алкогольной зависимости и другие [9].

Известно, что нормальное функционирование клетки, в том числе мозга, находится в тесной зависимости от снабжения их кислородом. Например, составляя всего 2% от общей массы тела человека, головной мозг потребляет 20-25%, а в период максимальной активности – до 50% поступающего в организм кислорода. Последний используется преимущественно в реакциях митохондриальной редокс-цепи, обеспечивающих образование энергии за счет синтеза АТФ. Еще в 30-х годах прошлого столетия выдающиеся биохимики В.И.Палладин, А.Н.Бах, В.А.Энгельгард, описывая процесс окислительного фосфорилирования, в результате которого происходит образование универсального источника биоэнергии АТФ, сформулировали постулат: «Любой клеточный накопитель энергии образует АТФ, любой расход энергии оплачивается АТФ».

Биоэнергетическое окислительное фосфорилирование реализуется в цепочке дыхательных ансамблей ферментов, которые располагаются в кристах мембран митохондрий, открытых Ленинджером в 1952 году. Осуществлен и описан детальный анализ процесса окислительного фосфорилирования с образованием АТФ, гидролиз и выделение энергии. Дыхательную цепочку, в которой происходит трансформация энергии, связанная с процессом фосфорилирования, подразделяют на 2 типа: сопряженные с трансформацией энергии и без такового (свободное дыхание). Первое – это системный ответ организма на дефицит кислорода, выражающийся в соответствующих реакциях дыхания и сердечно-сосудистой системы, а также транспортной функции крови. Второе – реализуется в клетке и связано с окислительно-восстановительными реакциями дыхательной цепи [6]. В настоящее время доказано, что нарушения окислительной способности дыхательной цепи при гипоксии связаны с изменением активности не только и не столько терминального ее участка – цитохромоксидазы, но и всех ее ферментных участков [10]. Особую роль в этом процессе играет митохондриальный ферментный комплекс. Фазные изменения (активация – подавление) скорости переноса электронов на этом субстратном, НАД-зависимом, участке дыхательной цепи является наиболее ранней реакцией на снижение доставки кислорода к клетке. По мере увеличения тяжести гипоксии или ее длительности нарушения

электронтранспортной функции дыхательной цепи распространяется к терминальному, цитохромному участку. Следствием этого процесса является дисрегуляция, дисбаланс в пуле адениннуклеотидов и в итоге нарастающий дефицит АТФ. Такой механизм реализуется в клетках любых тканей, в том числе мозга, при любых формах кислородной недостаточности и определяет фазность нарушения синтеза АТФ в гипоксических условиях [9,11]. Можно констатировать, следствием неадекватного снабжения тканей и органов кислородом при гипоксии является дисфункция митохондриального аппарата, проявляющаяся фазными изменениями активности митохондриальных ферментных комплексов, что приводит к подавлению аэробного синтеза энергии, энергозависимых функций и метаболизма клеток. При этом установлено, что дыхательная цепь в условиях снижения доставки кислорода к клеткам вовлекается в процесс как единая функционально-метаболическая система, выполняя тем самым роль регулятора и модулятора потребления кислорода и скорости его поступления из внеклеточной среды к митохондриям. Именно этот механизм, видимо, играет роль внутриклеточной триггерной системы, сигнализирующей об изменениях содержания кислорода во внеклеточной среде и запускающий каскад функционально-метаболических внутриклеточных реакций [14].

Описанные нарушения окислительных процессов в митохондриях при гипоксии выявляются как при прямом действии низких концентраций кислорода на изолированную клетку, так и опосредованно, через изменения, первично запускаемые на системном уровне через активацию симпатoadренальной системы и лишь вторично приводящие к митохондриальным цитопатиям и энергетическим нарушениям. Таким образом, нарушения функции митохондриальных ферментных комплексов является базисным механизмом «тканевой» гипоксии [13].

В последние годы появились доказательства существования гормонального контроля резистентности организма к гипоксии, которые позволили предложить наличие прямых связей между рецепторным аппаратом и энергетическим обменом [10]. Согласно гипотезе о гормонально – субстратно - нуклеотидных системах, существует функциональный блок: катехоламины - янтарная кислота - цАМФ с положительными обратными связями, где окисление сукцината контролируется катехоламинами, и наоборот, сукцинат может стимулировать метаболизм катехоламинов. Наличие такой двухсторонней связи позволяет предполагать участие янтарной кислоты в модулировании синаптической передачи [9].

Гипоксия, кислородная недостаточность, в том или ином виде сопровождает человека на протяжении всей его жизни. В этом контексте проблема фармакологической коррекции гипоксических состояний здорового и больного организма относится к числу приоритетных [12, 15]. Сведения об антигипоксантах и лечении ими различных гипоксических повреждений организма следует.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ахундов Р.А. Гипоксия: стратегия фармакологической регуляции. (Обзорная статья). Межд. журн. «Биомедицина», 2003, № 1, с. 12-17.
2. Ахундов Р.А. Энергетические механизмы окислительного стресса, эндогенная и экзогенная гипоксия. Межд. журн. «Биомедицина», 2009, № 3, с. 3 – 9.
3. Ахундов Р.А. Гипоксия и антигипоксанты. Монография, Баку, «ASPOLIQRAF», 2011, - 326 стр.
4. Болдырев А.А. Роль активных форм кислорода в жизнедеятельности нейрона. Успехи физиологических наук. М., 2003, № 3, с. 21-34.
5. Гараев Г.Ш., Ахундов Р.А., Низамов Т.И., Исаев Э.И. Изменение поведенческой мотивации животных в условиях воздействия медицинского озона. Мат. XVI Межд. конф. «Здоровье семьи - XXI век», Венгрия, Будапешт, 2012, с. 63-66.
6. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньшикова Е.Б. В кн.: «Окислительный стресс». М., 1989, -343 стр.

7. Колчинская А.З. Механизмы адаптации организма к гипоксии на разных уровнях его функционирования. Матер. 2-ой Всерос. конференции «Гипоксия: механизмы, адаптация, коррекция» М., 1999, с. 35-39.
8. Колчинская А.З., Хацуков Б.Х., Закусило М.П. Кислородная недостаточность, деструктивное и конструктивное действие. Нальчик, 1999, - 207 стр.
9. Лукьянова Л. Д. Роль биоэнергетических нарушений в патогенезе гипоксии. Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2004, № 2. с.2-11.
10. Лукьянова Л.Д. Современные проблемы адаптации к гипоксии. Сигнальные механизмы и их роль в системной регуляции. Патологическая физиология и экспериментальная терапия. М., Медицина, 2011, N 1, с.3-19
11. Лукьянова Л. Д., Германова Э.Л., Лыско А.И. Энерготропное, антигипоксическое и антиоксидантное действие препаратов. Вестник Российской академии медицинских наук. М., Медицина, 2007, N 2, с.55-62.
12. Меерсон Ф.З., Твердохлеб В.П. В кн.: «Адаптация к периодической гипоксии в терапии и профилактике». М., 1989, - 70 стр.
13. Ушаков И.Б. Гипоксические механизмы комбинированного действия факторов среды на организм. Матер. 3-ей Всерос. конф. «Гипоксия: механизмы, адаптация, коррекция» М., 2002, с. 128 -130.
14. Чистяков В.А. Неспецифические механизмы защиты от деструктивного действия активных форм кислорода. Успехи современной биологии. М., 2008, № 3, с. 300 -306.
15. Шаов М.Т. Эффективность коррекции напряжения кислорода в клетках современными методами гипоксических адаптаций. Матер. 3-ей Всерос. конф. «Гипоксия: механизмы, адаптация, коррекция». М., 2002, с. 147 - 148.

Х Ц Л А С Я

ОКСИГЕН, ОНУН ОРГАНИЗМДЯ ЧАТЫШМАМАЗЛЫБЫ

Ханум Айдын гызы, Ахундов Р.А.

Məqalədə orqanizmdə oksigen çatışmamazlığı, onun müxtəlif ağ ciyər patologiyaları, ürək-damar və qanyaradıcı sistemlərin uzun müddətli oksigen azlığına adaptasiya metodları müzakirə olunur. Eyni zamanda oksidləşmə stressinin mexanizmi və hipoksiya zamanı orqanizmin kompensasiya imkanları haqqında olan məlumat da öz əksini tapmışdır.

Məlumdur ki, hipoksiyanın yaranmasının əsas faktoru oksigenin xarici mühütdən hüceyrələrə ötürülməsinin azalmasıdır. Oksigenin azalması isə orqanizmdə enerjinin əmələ gəlmə reaksiyalarının zəifləməsidir. Genişləndirilmiş hipoksiya mürəkkəb və çoxfazlı bir proses olmaqla oksigen çatışmamazlığının müxtəlif formalarında inkişaf edir. Oksigen çatışmamazlığı öz növbəsində orqanizmdə tənəffüs sistemlərini məhdudlaşdırır və ya tamamilə dayandırır.

S U M M A R Y

OXYGEN, ITS SHORTAGE IN THE HUMAN BODY

Khanum Aydin gizi, Akhundov R.A.

The article discusses the issue of the lack of oxygen in the human body and its role in various pathologies of respiratory, cardiovascular and hemotopoietic systems as well as methods of short-term and long-term adaptation to hypoxia. It is known that insufficient delivery of oxygen to cells, where it participates in energy-producing reactions and acts as a substrate for the biocatalyst of mitochondrial respiratory chain, plays the crucial role in formation of hypoxia. In this context the oxygen shortage leads to partial or complete suppression of the respiratory system. Generalized hypoxia is a complex, multiple-phase process taking place during various form of oxygen shortage. The article also scrutinizes the mechanism of oxidative stress and compensation abilities of organism during hypoxia.

МЕРТВАЯ ТОЧКА И ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ

Кеберлинский К.А., Адамчик К.Г.

Кафедра физвоспитания и спорта.

Мертвая точка и второе дыхание. Эти два физиологических состояния теснейшим образом связаны друг с другом, и нельзя говорить о первом не дав представления о втором.

О мертвой точке и втором дыхании известно каждому спортсмену, и уже давно (с 1891 г.) они стали предметом изучения физиологов и других специалистов многих стран (1,2,3).

Мертвая точка возникает во время выполнения длительных и напряженных физических упражнений и проявляется как отрицательными, весьма неприятными субъективными ощущениями, так и определенными объективными изменениями в деятельности организма. Работоспособность мышц при этом снижается. Ярче всего это наблюдается при силовых и скоростно-силовых упражнениях и при работе максимальной мощности.

Циклическая работа большой мощности приводит к развитию утомления вследствие дискоординации моторных и вегетативных функций. При этой работе кислородный запрос несколько превышает потребление кислорода и кислородный долг достигает 12-15 л. Суммарный расход энергии при такой работе очень велик, при этом расходуется до 200 г глюкозы, что приводит к некоторому ее снижению в крови.

Под влиянием интенсивной работы в организме спортсмена накапливается СО₂, молочная кислота и другие кислые продукты обмена, реакция крови значительно изменяется, частота сердечных сокращений резко возрастает, работоспособность снижается, падает скорость. То же наблюдается на лыжах, гребле и т.д. Когда наступает «мертвая точка» спортсмен чувствует резкую усталость, ему не хочется продолжать соревнование, ему кажется, что он не в состоянии выполнить задачу, возникает желание немедленно прекратить борьбу.

Малоопытные спортсмены, новички, иногда не в состоянии преодолеть «мертвую точку» и поэтому сходят с дистанции.

Однако в подавляющем большинстве, как правило, продолжают соревнование, и через некоторое время состояние их не только не ухудшается, а наоборот, резко улучшается, временное снижение работоспособности сменяется ее возрастанием, дыхание «открывается», улучшается, становится свободным, «удушьё» исчезнет точно так же, как исчезают боли в мышцах, скованность движений. Однако время классифицировали «мертвую точку» как разновидность движения. Но утомление, поступающее во время трудовых процессов, характеризуется стойким снижением работоспособности. Чем больше длится работа, тем значительно падает работоспособность. При утомлении она никогда, во всяком случае, на длительное время не возрастает вновь. А вот при напряженных физических упражнениях после «мертвой точки» утомление исчезает, появляется состояние бодрости, которое обусловлено изменением деятельности организма, в частности центральной нервной системы. Момент наступления «мертвой точки» и второго дыхания обусловлен рядом факторов: мощностью работы (скорость бега), скоростью перехода из состояния покоя в рабочее состояние, степенью тренированности спортсмена, а также метеорологическими условиями.

«Мертвая точка» не вредна для организма. Тренируясь, спортсмен приспособливается к нагрузке, и его организм быстрее вработывается. Поэтому первый основной совет, который можно дать в отношении способов

борьбы с «мертвой точкой» регулярная тренировка. Очень важно обратить внимание на разминку. Разминка к кроссу, разминка к бегу на длинные дистанции должна быть продолжительной, в темпе предстоящего соревнования.

Для более быстрого исчезновения «мертвой точки» имеет значение правильная постановка дыхания.

Особенно следует обратить внимание на акцентирование выдоха способствующего удалению из организма избытка углекислоты, позволяющего правильнее выполнять упражнения, в том числе и на расслабление мышц. Последнее особенно важно отметить, потому-что «скованность» ускоряет поступление «мертвой точки» и удлиняет ее протекание, мешает правильной координации движений.

Условия появления мертвой точки. Появлению мертвой точки способствует ряд условий:

1) интенсивность работы: чем больше интенсивность, тем раньше может наступить мертвая точка и тем тяжелее состояние. Например, при беге на дистанции 5 и 10 км мертвая точка может наступить через 5-6 минут работы, а при марафонском беге она возникает позже, но иногда появляется повторно;

2) уровень подготовленности спортсмена: чем хуже спортсмен физически, тем вероятнее наступление мертвой точки; у хорошо тренированных опытных спортсменов момент наступления мертвой точки отодвигается от старта и состояние выражено слабее;

3) степень подготовленности спортсмена к работе: неполное вработывание (вследствие плохо проведенной разминки) приводит к появлению мертвой точки;

4) внешние условия деятельности. Благоприятствуют возникновению мертвой точки высокая температура и большая влажность воздуха, поэтому к соревнованиям, проводимым в таких условиях, нужна специальная адаптация.

Меры предупреждения «мертвой точки» связаны с устранением факторов, ее вызывающих: повышение уровня тренированности, тщательная разминка, правильная раскладка сил на дистанции (слишком быстрое начало, особенно у новичков, может привести к возникновению «мертвой точки») На тренировках особенно внимание следует обращать на волевое преодоление «мертвой точки». Снижение интенсивности деятельности – это крайняя мера, нежелательная не только на соревнованиях, но и на тренировках. Спортсмен должен научиться терпеть гипоксию и неприятные ощущения, ей сопутствующие.

Второе дыхание. Большая роль в преодолении мертвой точки принадлежит волевому усилию спортсмена. Если, несмотря на трудности, спортсмен продолжает деятельность, стремится наладить редкое и глубокое дыхание, то наступает облегчение – второе дыхание. Один из его признаков – сильное потоотделение. Правда, оно может начаться и позже появляющегося облегчения. С потом выделяется часть молочной кислоты и других недоокисленных продуктов, накопившихся в организме при мертвой точке.

Облегчению способствует и увеличивающаяся утилизация кислорода тканями, о чем говорилось выше. В результате снабжение кислородом организма и работающих органов увеличивается (увеличивается жизненная емкость легких), постепенно уменьшается артериовенозная разница, быстрее начинает выводиться углекислый газ. Второе дыхание сопровождается чувством физического облегчения, восстановлением нормальной деятельности психических функций (памяти, внимания, мышления, восприятий), появлением стенических эмоций, желанием продолжать деятельность.

При работе максимальной и субмаксимальной мощности «второе дыхание» может не наступить. Одна из причин – недостаток времени: спортсмен заканчивает дистанцию раньше, чем могут включиться защитные резервные возможности. Другая причина – большая интенсивность работы, не дающая нервным центрам передышки.

Значит, каждый должен уметь правильно расслабляться при беге или другом виде работы.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Горкин М. – Советский спорт – 1966 – с.6
2. Гусков С.И. – Профессиональный спорт на пороге 2000 года. Журнал США. Экономика, политика, идеология. – Москва, № 8 – 1992 – с.41-42.
3. Сурков Е.Н. – Психомоторика спортсмена – Москва, ФиС – 1984 – с.6-14.

KÖK KANALLARININ MEDİKAMENTÖZ İŞLƏNMƏSİ VƏ DEZİNFEKSİYASI

Cəfərova Ş.C.

Terapevtik stomatologiya kafedrası.

Kanaldaxili medikamentoz işlənmə - kanalların endontik müalicəsinin ayrılmaz hissəsidir və onun bütün mərhələlərində aparılmalıdır. Pulpa və periapikal toxumaların iltihabı çox rast gəldiyinə görə, endodontik müalicənin problemləri öz aktuallığını uzun müddətdir ki qoruyub saxlayır. Kəskin və xroniki periodontitlərin müalicəsi kök kanallarından infeksiyanın ləğv edilməsindən və periapikal iltihab ocağına müalicəvi təsirdən ibarətdir. Bu zaman kanalları plomblama üçün hazırlanmasında mexaniki işləmə ilə yanaşı, medikamentoz işləmənin mühüm rolu var. Yüksək terapevtik effekt yalnız düzgün mexaniki işləmə ilə medikamentoz işləmənin kompleksində mümkündür.

Medikamentoz işlənmə zamanı kanallarının effektiv təmizləmə və irriqasiyasını təmin edən faktorlar:

1. Pulpa-periodontal patologiyanın dəqiq diaqnostikası; 2. Diş toxumalarının vəziyyətinin və kanalların anatomik quruluşunun mürəkkəb olmasını nəzərə almaq; 3. İrriqasion məhlulu tələblərə uyğun olaraq düzgün seçmək; 4. İrriqasion məhlulları düzgün ardıcılıqda istifadə etmək; 5. Sürtülmüş qatı ləğv etmək; 6. Plomblamadan öncə, 5 dəqiqədən az olmayaraq kanalları antiseptik ilə irriqasiya etmək; 7. Medikamentoz işləmənin sonunda, antiseptik məhlulun qalıqlarını neytralizasiya etmək üçün kanalları distillə edilmiş su ilə yumaq və qurutmaq

Medikamentoz işlənmənin əsas məqsədləri:

1. Mikroorqanizmlərin, pulpanın üzvi hissələrinin və dentin qırıntılarının kanaldan xaric edilməsi və onun obturasiyası üçün şəraitin yaradılması; 2. Sürtülmüş qatın ləğv edilməsi; 3. Periapikal toxumalara iltihab-əleyhinə təsir; 4. Periodontda reparativ proseslərin stimulyasiyası

Dərman preparatlarına qoyulmuş tələblər:

1. Bakterisid təsirə malik olmalıdır; 2. Periapikal toxumalara zərərsiz olmalıdır; 3. Sensibilizasiya yaratmamalıdır; 4. Mikroorqanizmlərin rezistent formalarını əmələ gətirməməlidir; 5. Tez təsirə malik olmalıdır; 6. Dentin kanallarına dərin nüfuz etməlidir; 7. Üzvi maddələrin təsirindən öz effektini itirməməlidir; 8. Xoşagəlməz dada və qoxuya malik olmamalıdır; 9. Kanalı üzvi maddələrdən təmizləməli və onların tam evakuasiyasını təmin etməlidir; 10. Kimyəvi cəhətdən davamlı olmalı və uzun müddət təsirini saxlamalıdır

Ancaq endodontiyada istifadə olunan çoxsaylı maddələr içərisində hələ elə bir maddə yoxdur ki, bütün tələblərə cavab versin, həm yüksək antibakterial təsirə malik olsun və eyni zamanda periapikal toxumalara zərərsiz olsun. Ona görə də yüksək effekt almaq üçün preparatları kompleks şəkildə istifadə etmək lazımdır.

Kanalların medikamentoz işlənməsi aşağıdakı maddələrin köməkliyi ilə aparılır:

1.Oksidləşdiricilər (hidrogen peroksid, karbamid); 2.Ammoniy birləşmələrin (dekamin, dekametoksin); 3.Halogen tərkibli preparatlar (xlorheksidin məhlulu, natrium hipoxlorit, yodinol, xloramin); 4.Nitrofuran sırası maddələri (furasilin məhlulu, furazolidon, furagin); 5.Proteolitik fermentlər (tripsin, ximotripsin, profezim, imozim)

Praktika göstərir ki, bu antiseptiklərin içərisində daha yüksək effektə natrium hipoxloritin istifadəsi zamanı nail olmaq olar. Bugün, o endodontiyada sterilizasiyanın “qızıl standartı” hesab edilir. İlk dəfə 1915-ci ildə Henri Deykin tərəfindən Birinci Dünya müharibəsi dövründə yaraların dezinfeksiyası üçün təklif olunmuşdur. Endodontiyada isə, irriqasion məhlul olaraq 1920-ci ildən istifadə olunur.

Natrium hipoxloritin xüsusiyyətləri:

1.Kanalın daxilində olan üzvi maddələrin həll etmə qabiliyyəti (nekrotik toxumalar, pulpa hissəcikləri); 2.PH=9; 3.Yüksək antimikrob effektivlik; 4.Kimyəvi cəhətdən davamlı olması

Yüksək antibakterial effekt onun təsir mexanizminin fərqli olması ilə bağlıdır. Digər antiseptiklər bakteriyaların hüceyrə membranını zədələdiyi və ya zülalların koagulyasiya etdiyi halda, NaClO zülalla təmasa girdiyi zaman, çox tez parçalanır, atomar xlor azad olur, hansı ki amin qruplar ilə birləşərək xloramin əmələ gətirir. Xloramin kanallarda mikroorqanizmləri zərərləşdirir, üzvi maddələri həll edir, lateral kanalların və apikal deltanın içərisində olan maddələr həll olur. NaClO öz maksimal effektini kifayət qədər yuyulduqda göstərir.

Natrium hipoxlorit ilə işləmə qaydaları:

•Antiseptik məhlulun bir kök kanalına olan optimal həcmi 15-20 ml bərabər olmalıdır

•Preparatın ən yüksək effektivliyi 40-50 dərəcədə biruzə verilir

•NaClO-nun istifadəsi yalnız kanaldaxilində olmalıdır, əks halda həm periodont, həm də selikli qişa zədələnmə bilər

•Kimyəvi maddənin qalıqlarını neytralizasiya etmək üçün, sonda kanal distillə edilmiş su ilə yuyulmalıdır.

Bu qaydalara riayət etməklə natrium hipoxloritin istifadəsi zamanı yaranan ağırlaşmaların qarşısını almaq olar.

Sürtülmüş qat

Sürtülmüş qat- kök kanallarının instrumental işlənməsi zamanı, endodontik faylların təsirindən yaranır. Tərkibinə görə dentinə yaxın olur, üzvi və qeyriüzvi maddələrdən ibarət olur. Quruluşuna görə karioz boşluğun yonulması zamanı əmələ gələn “sürtülmüş” qata oxşayır. Onun tərkibində pulpa hissəcikləri, odontoblast çıxıntıları, qan hüceyrələri, mikroorqanizmlər, dentin kollageni və s. daxildir. Sürtülmüş qat 6-10 mkm qalınlıqda olan üst təbəqədən və dentin kanalların içərisində tıxac yaradan dərin qatdan ibarətdir. Bu tıxaclar 50 mkm dərinlikdə yerləşə bilər. Sürtülmüş qat dentin kanalların girəcəyini bağlayır, dərman maddələrin daxil olmasına mane olur, silerin adaptasiyası və adgeziyasını pisləşdirir. Sürtülmüş qatın ləğv edilməsinin bir neçə üsulu var. Onlardan ən sadə və effektiv üsulu NaClO ilə EDTA-nın istifadəsidir. Ancaq qeyd etmək lazımdır ki, bu qatın tam yuyulub ləğv edilməsi, maddələrin uzun müddət təsiri nəticəsində olur. İlk növbədə kanal mexaniki işlənir, sonra natrium hipoxlorit məhlulu ilə yuyulur, sonra isə 15 % EDTA məhlulu kanala daxil edilir və işlənir. Sonda kanallar distillə edilmiş su ilə yuyulur və paperin köməkliyi ilə qurudulur.

Digər üsul isə 36% fosfor turşusu və ya malein turşusu ilə aparıla bilər. Bu məhlulların 15 dəqiqə təsirindən sonra sürtülmüş qat tamamilə ləğv olunur. Ancaq bu üsulün mənfi fəsadları var. Bu toksiki və demineralizasiya edici təsirin olmasıdır. Bunun nəticəsində dişin strukturu dəyişir və möhkəmliyi zəifləyir.

Digər çox effektiv üsul irriqasiyon məhlulunun kanalda ultrasəs vasitəsi ilə aktivasiyasıdır.

Sürtülmüş qatın ləğv edilməsi üçün istifadə edilən müasir preparatlardan, antibiotik tərkibli Biopure MTAD-ı qeyd olar. Bu preparat həm sürtülmüş qatı ləğv edir, həm də antibakterial təsir göstərir. Tərkibinə 3% doksisisiklin, 4.25 % limon turşusu və detergent (polysorbate=Tween 80) daxildir. Doksisisiklin genişspektirli antibiotikdir, və sintetik yolla oksitetrasiklindən alınır. Həm qram-müsbət, həm də qram-mənfi mikroorqanizmlərə bakteriostatik təsir göstərir. Köbələklərə təsir etmir. Limon turşusu EDTA-nın əvəzedicisi kimi istifadə edilir və sürtülmüş qatı ləğv edir. Detergent isə səthi gərlməni zəiflədərək, MTAD-ın dentin kanallarına keçməsinə təmin edir.

Kanalların medikamentoz işlənməsi mikroorqanizmlərin sayınının 100-1000 dəfəyə qədər azalda bilər, ancaq onların tam ləğv edilməsi 20-30% hallarda olur. Instrumental işlənmə ilə kanalın NaClO ilə yuyulması effektivliyi 40-60 % qədər artırır. Kanalların bakteriyalardan tamamilə təmizlənməsi üçün kanalların antibakterial maddə ilə müvəqqəti plomblanması üsulu istifadə edilə bilər. Geniş istifadə edilən preparatlardan biri kalsium hidroksid maddəsidir. Onun əsas xüsusiyyətləri aşağıdakılardır:

- Bakterisid aktivlik
- İltihab-əleyhinə təsir
- Diş toxumasının rezorbsiyasının qarşısını alır və sümüyün regenerasiyasını stimulyasiya edir

- Hemostatik təsir edir

- Nekrotik toxumaları həll etmə qabiliyyəti

Ca(OH)₂ bakterisid təsiri onun yüksək qələvliliyi ilə (pH=12.5) bağlıdır.və OH⁻ ionlarının azad olunması ilə bağlıdır. Bakterisid təsirin səviyyəsi bu ionların qatılığından asılıdır. Bu ionlar dentinin daha da dərin qatlarına keçdikdə, bufer sisteminin , karbon qazının, toxuma mayesinin, zülalların təsirindən sayı azalır. Kanalın daxilində pH 12-12.5 bərabər olduqda, yanaşı olan dentində 8-11, dentinin dərin qatlarında isə 7-9 bərabər olur. pH-ın ən yüksək nəticələri ilk 14 gün ərzində olur. Sonra pH azaldığına görə preparatın effektivliyində düşür. Ona görə pasienti nəzarət altında saxlamaq lazımdır və ehtiyac olduqda 14 gündən sonra kalsium hidroksidi yenisi ilə, pH-ı 12.5 -ə bərabər olan yeni porsiya ilə əvəz etmək lazımdır.

Araşdırmalar göstərmişdir ki, kalsium hidroksidin təmiz halda istifadə etdikdə bəzi mikroorqanizmlərin artımı müşahidə olunur. Ancaq Ca(OH)₂ yodoform ilə qarışığı daha yüksək effekt verir. Bir məqamı da qeyd etmək lazımdır ki, kalsium hidroksid karbon qazı ilə təmasa girdikdə inaktivləşir. Ona görə onu kəpəyə bağlı qabda saxlamaq lazımdır.

ЯДЯБИЙАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.<http://denthealth.ru/medikamentoznaya-obrabotka-kornevyx-kanalov.html>
- 2.<http://www.esus.ru/php/content.php?id=5924>
- 3.<http://www.tulsadentalspecialties.com/default/endodontics/activation/biopuremtad.aspx>
- 4.<http://www.biopuremtad.com/>
- 5.http://www.medenta.ru/medenta/statia/index.php?ELEMENT_ID=77241

РЕЗЮМЕ**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ОБРАБОТКА И ДЕЗИНФЕКЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

Резидент стоматологического факультета Джафарова Ш.Д.

Статья посвящена одной из актуальных проблем эндодонтии, медикаментозной обработке и дезинфекции корневых каналов.

В статье рассматриваются особенности медикаментозной обработки, её цели, а также факторы которые обеспечивают максимальную эффективность медикаментозной обработки каналов. Также перечисляются медикаментозные препараты используемые при обработке каналов и требования к ним.

SUMMARY**MEDICAMENTOUS PROCESSING AND DISINFECTION OF ROOT CANALS**

Resident of stomatological faculty Jafarova S.D.

Article is devoted to one of the actual problem of endodontics, medicamentous processing of root canals. In article considered the special aspects, purposes of medicamentous processing and the agents which provided the maximal effect of medicamentous processing of canals. Also, are listed medicamentous preparations used in processing of canals and requirements to them.