

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
HEALTH MINISTRY of AZERBAIJAN REPUBLIC

SAĞLAMLIQ



ЗДОРОВЬЕ



HEALTH

Elmi-praktik jurnal

Научно-практический журнал

Scientific-practical journal

№ 3

1995-ci ildən nəşr olunur.

Основан в 1995-году.

Established by 1995.

BAKİ * BAKU * BAKU

*** 2015 ***

* MÜNDƏRİCAT * OGLAVLЕНИЕ * CONTENTS *

* ƏDƏBİYYAT İJMALLARI * ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ *

* LITERARY SURVEYES *

1. Меджидова С.Р.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ, РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ.....7

2. Мусаева Н.З.

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....14

* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *

* ORIGINALS *

3. Алиев Д.А., Алиев А.Р., Казымов А.Т., Гулиев Ф.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РИСКОВ НАЛИЧИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....21

4. Сафаров З.А., Кудинова Т.С., Мехтиев А.А., Касумов Н.В.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРА СЭЛВИРИН.....29

5. Qasimov N.A., Məmmədov A.M.

LAPAROSKOPİK XOLESİSTEKTOMİYA ZAMANI MONOPOLYAR ELEKTROKOAQULYASIYA VƏ HARMONİK ULTRASƏS SKALPELİNDƏN İSTİFADƏNİN NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ XARAKTERİSTİKASI.....35

6. Bababəyli E.Y.

QARACİYƏR ABSESLƏRİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI ÜSULLARI.....42

7. Bağırova H.F., Qədimova Ş. H.

BÖYRƏKLƏRİN PATOLOGİYASI OLAN HAMİLƏ QADINLARIN UŞAQLIQ ARTERİYALARINDA QAN AXINININ DOPLEROMETRİYASI YOLU İLƏ MAMALIQ AĞIRLAŞMALARININ ARANMASI RİSKİNİN PROQNOZLAŞDIRILMASI.....47

8. Həsənova S.S., Əliyeva E.M., Əliyeva N.Ş.

ERKƏN ZAHILIQ DÖVRDƏ HİPOTONİK QANAXMALARI OLAN QADINLARDA APARILAN TƏDBİRLƏRİN, MAMALIQ VƏ CƏRRAHİYYƏ ƏMƏLIYYATLARIN TEZLİYİ VƏ EFFEKTLİYİ52

9. Əsədov R.M., Haçımuradova K.N.

ABDOMİNAL DOĞUŞLARDA SPİNAL VƏ ÜMUMİ ANESTEZİYANIN HEMODİNAMİKANIN VƏ HUMORAL HOMEOSTAZIN BƏZİ MARKERLƏRİNƏ TƏSİRİNİN EFFEKTİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....57

10. Ağakışiyeva L.Q., Əliyeva E.M., Qaraşova M.A.

SPONTAN DOĞUŞLARIN DİNAMİKASINDA DÖLÜN VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ VƏ KƏSKİN HİPOKSİYASININ TƏYİNİ.....62

11. Aslanova R.A.

PREEKLAMPSİYANIN AĞIRLIĞINA GÖRƏ DÖL CİFTİNİN HİSTOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏRİ.....68

12. İbrahimov F.I.

AĞIR MÜŞTƏRƏK TRAVMALARDAN SONRA UZUN BORULU SÜMÜKLƏRİN SİNİQLARININ MÜALİCƏSİNİN UZAQ NƏTİCƏLƏRİ.....73

- 13. Ахвердиева А.Г., Олендарь Н.В., Дашичев К.В., Андреев А.А.**
ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....79
- 14. Агаева Э.М., Нариманов В.А., Курбанов А.И., Байрамов А.Г., Караев З.З.**
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ И МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ.....84
- 15. Hacıyeva N.M., Məhərrəmov S.M.**
RESİDİVLƏŞƏN HERPETİK KERATİTLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ BİZİM TƏCRÜBƏMİZ.....88
- 16. Əzizov V.Ə., İmaməliyev Q.M., İbrahimova Ş.S., Qurbanova X.İ.**
ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ FONUNDA İNKİŞAF EDƏN XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ DİASTOLİK DİSFUNKSIYA İLƏ HOMOSİSTEİNİN ƏLAQƏSİ.....92
- 17. Hümətov A.F., Abbasov A.H., Şirinova X.N.**
DÜYÜNLÜ URUN MÜALİCƏSİNDƏ TOTAL VƏ SUBTOTAL TİROİDEKTOMİYANIN MÜQAYİSƏLİ ÖYRƏNİLMƏSİ.....95
- 18. Ağayev B.A., Həsənov İ.Ə., Mahmudov R.Z.**
QALXANABƏNZƏR VƏZİ KİÇİK DÜYÜNLƏRİNİN DİFFERENSIAL DİAQNOSTİKASINDA ANGIOGENEZİN ƏHƏMİYYƏTİ: KLİNİK, ULTRASƏS, MORFOLOJİ PARALELLƏR.....102
- 19. Məmmədov E.B.**
QEYRİ-STABİL STENOKARDİYALI XƏSTƏLƏRDƏ QANDA B-TİP NATRİUMURETİK PEPTİDİN DİFFERENSIAL QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....110
- 20. Мамедов Р.А., Мамедов К.М., Гасымов Э.М., Зейналов Н.А., Гусейнзаде А.Н.**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ КРОВИ, ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОПЕРИРОВАННЫХ ИЗ МИНИЛАПАРАТОМНОГО ДОСТУПА, ПОЛУЧАВШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ.....115
- 21. Nəcəfov N.A.**
XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞINDA KLİNİK LABORATOR MÜAYİNƏ STANDARTLARININ TƏTBİQİNİN MARKETOLOJİ ƏHƏMİYYƏTİ.....120
- 22. Əhmədov Ə. M., Xıdırova N. M.**
BÖYÜK HƏCMLİ ABDOMİNAL ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA FOTONEMOTERAPİYA METODLARININ QANIN LAXTALANMA VƏ FİBRİNOLİTİK SİSTEMLƏRİNƏ TƏSİRİ.....125
- 23. Оруджов Р.А.**
ПИТАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕНЗОЛЬНЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ.....129
- 24. Насирова Х.Б., Алиева Э.Р.**
МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ134
- 25. İsmayılov A.İ., Məmmədova A.M., Əliyev M.M.**
XRONİKİ KOLİT FONUNDA BAŞ VERƏN XORALI STOMATİTLƏRİN KLİNİK DİAQNOSTİKASI VƏ KOMPLEKS MÜALİCƏ TƏCRÜBƏSİ.....139
- 26. Cəfərov R.M.**
ORDUBAD RAYONUNDA YERLİ ƏHALİ ARASINDA ƏSAS STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN EPİDEMİOLOGİYASI.....144

* EKSPERİMENTAL TƏVABƏT *
 * ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА *
 * EKSPERIMENTAL MEDICINE *

27. İsmaylov T.M., Həsənova G.A., Cəfərova S.İİ.

ALKOHOLUN TƏKRARƏN YERİDİLMƏSİNİN BEYİNCİYİN PURKİNYE HÜCEYRƏLƏRİNƏ TƏSİRİ.....148

28. Həsənova V.A., Fərəcov Ə.N.

İLİN FƏSİLİNDƏN ASILI OLARAQ ONİKİAYLIQ ERKƏK DOVŞANLARIN BEYİN ŞÖBƏLƏRİNİN MİTOXONDRI FRAKSİYALARINDAKI QAYT MÜBADİLƏSİNƏ ETANOLUN YÜKSƏK DOZASININ TƏSİRİ.....153

* SƏNİYYƏNİN TƏŞKİLİ *
 * ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *
 * HEALTH ORGANIZATION *

29. Mamedov B.K., Kalandarli N.G.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ.....160

30. Vaxşəliyev N.S.

ABŞERON RAYONUNDA İLK ƏLİL HESAB EDİLƏNLƏRİN YAŞ VƏ CİNS TƏRKİBİNİN FƏRQLİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....167

* ƏCZACILIGIN PROBLEMLƏRİ * ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ *
 * PROBLEMS of PHORMACOLOCY *

31. Юсифова Д.Ю.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРОМЫШЛЕННЫЕ ОТХОДЫ – ИСТОЧНИКИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....172

* KLİNİKİ MÜŞAHİDƏLƏR * КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ *
 * CLINICAL SUPERVISION *

32. İsrailova Ş.Y.

VEGENER QRANULEMATOZUNUN LOKAL VARIANTİ.....176

* PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK *
 * ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ *
 * HELP to PRACTICAL DOCTOR *

33. İsayeva E.H., Əmirəliyev N.M.

QIRTLAQ XƏRÇƏNGİNƏ GÖRƏ LARİNQEKTOMİYA ƏMƏLİYYATINDAN SONRA SƏS FUNKSİYASININ BƏRPASI.....181

34. Alimetov S.N., Qarayev Q.Ş.

ARTERIAL HİPERTONİYA, ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ, ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK-QAN DAMAR SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜASİR MÜALİCƏSİ VƏ ARİTMİYALARIN RESİNXRON TERAPİYASI ÜZRƏ YENİ TÖVSIYƏLƏR.....184

35. Məmmədov C.T., Bağırzadə A.Ə., Babayeva F.R., Yusifov V.Q., Quliyev R.Ə., Abbasəliyeva K.T.
 AĞCIYƏRLƏRİN XRONİKİ OBSTRUKTİV XƏSTƏLİYİNİN MÜXTƏLİF FENOTİPLƏRİ - KLİNİKASI, DİAQNOSTİKASI

VƏ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ.....	187
36. Vəliyev N.Ə., Əsədov S.Ə., Rüstəmov A.B., Tahirova Z.A., İsmayılov V.F.	
ABDOMİNAL SEPSİSİN ÜMUMİ PATOGENETİK ƏSASLARI.....	190
37. Rəcəbova F.O.	
ATRİAL NATRİUM- URETİK PEPTİDİN PATOLOJİ PROSESLƏRDƏ ROLU VƏ ONUN TİBBİ PRAKTİKADA TƏTBİQİNİN PERSPEKTİVLİYİ.....	193
38. Rüstəmov A.A.	
REPERFUZİON SİNDROMLU QARACİYƏRİN XRONİKİ XƏSTƏLİKLƏRİ.....	198

* YUBİLEY * ЮБИЛЕЙ * MUBILEE *

39. Nigar Mir-Nağı qızı Kamilova 50 il.....	202
--	------------

* ƏDƏBİYYAT İSMALLARI * ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ *
* THE REVIEW OF LITERATURES *

**ИММУНОПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ, РОЛЬ
ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ.**

Меджидова С.Р.

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

Ключевые слова: симпатическая офтальмия, патогенез, аутоиммунная теория.

Исследование патогенеза симпатической офтальмии (СО) имеет многолетнюю историю. Duke-Elder и Perkins в обзоре исторических аспектов сообщили, что возможно Constantinius Serphales был первым, кто в 1583 году сообщил о вовлечении парного глаза в воспалительный процесс после травмы другого глаза. Это сообщение подтверждает в том же году Bartisch и в 1818 – году Wardrop. В 1835 году шотландским офтальмологом W.Mackenzie был впервые предложен термин «sympathetic ophthalmia». До сегодняшнего дня существует большое количество самых разнообразных теорий-гипотез патогенеза СО. Изначальные теории были довольно упрощенными и очень отдалёнными от современного представления о механизме развития этого грозного заболевания. Все исследователи пытались найти ответ на два основных вопроса: что является причиной и каким путём передаётся СО на парный глаз [1-4]. В таблице 1 представлен в хронологическом порядке исторический обзор различных теорий патогенеза СО. Прослеживается постепенное историческое развитие офтальмологической мысли, анализирующей механизм развития СО. Практически все теории прошлого в той или иной мере отражали уровень развития медицины на тот этап времени.

Основой для современной аутоиммунной теории патогенеза СО стала анафилактическая теория A.Elschnig'a [5]. Эта теория впервые указывала на решающую роль в возникновении СО общей сенсibilизации к собственным антигенам травмированной увеальной ткани и образовании органоспецифических антител. A.Elschnig, благодаря результатам экспериментальных исследований, утверждал, что основным антигеном увеальной оболочки является пигмент, сенсibilизация которым и является основной причиной образования специфических антител.

В дальнейшем анафилактическая теория была подтверждена результатами клинико-экспериментальных исследований A.C.Woods'a [6,7], J.Friendenwald'a [8], R.Collins'a [9,10], В.И.Алексеевой [11], А.Т.Архиповой [12].

В 70-80-х годах XX века достижения в сфере экспериментальной и клинической иммунологии, иммунохимии, иммуногистологии и иммуногенетики способствовали развитию нового этапа в изучении аутоиммунного генеза СО [13 - 22].

На сегодняшний день существуют многочисленные данные, свидетельствующие об аутоиммунном характере патогенеза СО:

•с помощью S-антигена сетчатки, антигена пигментного эпителия RPE-65 и других увеоретинальных антигенов глаза несколькими авторами были получены различные экспериментальные модели аутоиммунного двустороннего увеита [23–27];

•обнаружена иммуногенетическая взаимосвязь СО с антигенами гистосовместимости HLA II класса [28–33];

•при СО иммуноморфологическая картина воспаления протекает по типу гиперчувствительности замедленного типа с участием Т-лимфоцитов Th 1- го типа [1, 27, 34–39, 53];

•было установлено наличие сенсibilизированных Т- лимфоцитов и тканеспецифических антител к увеоретинальным антигенам или их отдельным фракциям [7, 8, 11, 12, 24, 29, 35, 40-42];

•были получены положительные результаты при применении иммуносупрессивной терапии [32, 43, 44, 47, 49].

Таблица № 1

Исторический обзор развития теории патогенеза СО

Автор	Год	Выдвигаемая теория
W.Mackenzie	1835	Хиазмальная
H.Muller	1858	Цилиарная
В.Н.Архангельский	1935	Нейрогенная
Berlin-Romer	1880	Теория специфического метастаза
Th.Leber, F.Deutschmann	1881	Инфекционная
Schmidt-Rimpler	1882	Цилиарно-инфекционная
Беляряминов-Зеленковский	1890	Бактерийно-токсиконная
Meller	1904	Эндогенная
Meller	1935	Туберкулёзная
Zur Nedden	1905	Вирусная
A.Szily	1924	
Redslob-Samuels	1921 - 1932	
Schreck	1952	Риккетсионная
С.С.Головин	1904	Аутоцитотоксическая
A.Elschnig	1910	Анафилактическая
A.C.Woods	1916- 1956	Инфекционно-аллергическая

Л.Т.Архиповой [32] была сформулирована современная концепция патогенеза СО как многофакторного заболевания аутоиммунного генеза (рис.1). Как и при других аутоиммунных заболеваниях, по утверждению Л.Т.Архиповой, в развитии СО принимают участие различные факторы: иницирующие – проникающие ранения или внутриглазные операции, предрасполагающие – генетические особенности, способствующие – нарушения иммунной регуляции.

Согласно данной теории, патогенез СО происходит в три этапа, сменяющих последовательно друг друга, начиная от момента травмы вплоть до формирования двустороннего аутоиммунного гранулематозного увеита.

Практически при каждом проникающем ранении глазного яблока с первых дней возникает травматический увеит, представляющий собой неспецифическую реакцию глаза на повреждение. При этом происходит высвобождение биологически активных веществ, лизосомальных факторов, активация перекисного окисления липидов с выбросом свободных радикалов

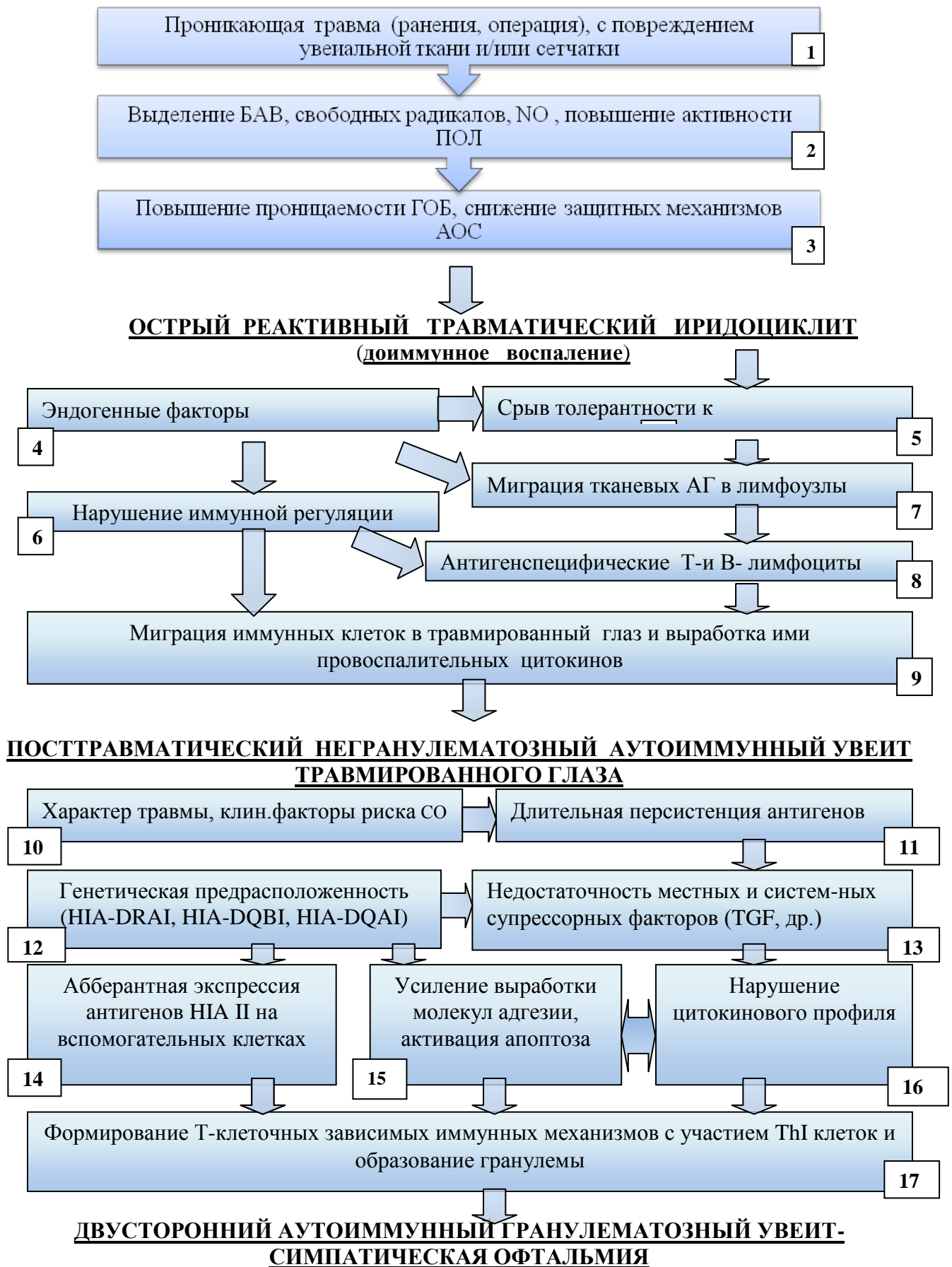


Рис.1. Схема иммунопатогенеза симпатической офтальмии (Л.Т.Архипова, 2006).

и NO, повышение функциональной активности эндотелия капилляров. Всё это приводит к нарушению проницаемости ГОБ, миграции нейтрофилов, моноцитов/макрофагов в очаг повреждения, и выработки ими провоспалительных цитокинов. Эти признаки, как утверждает Л.Т.Архипова [32], доиммунное воспаление. У 60-75% больных оно завершается благоприятным купированием процесса, а у 25-40% переходит в хронический посттравматический аутоиммунный увеит. При этом развитие аутоиммунной реакции протекает по общим закономерностям иммунного ответа: высвобождение забарьерных аутоантигенов, поглощение их дендритными клетками и макрофагами в зоне лимба, миграция в регионарные лимфоузлы. Здесь антигены перевариваются, расщепляются на отдельные пептиды. Они в свою очередь экспрессируются на поверхность дендритных клеток вместе с антигенами гистосовместимости II класса и представляются T-хелперам, имеющим рецепторы к данному антигену.

Второй этап аутоиммунной реакции происходит после распознавания аутоантигенов специфическими T-клетками. Это процесс активации, пролиферации и образования клона антигенспецифических иммунных T-хелперов. Иммунные Th1 после выхода из регионарных лимфоузлов через эфферентные лимфатические сосуды попадают в грудной лимфатический проток и системную циркуляцию. Благодаря молекулам адгезии иммунного дефицита по крови происходит их миграция как в травмированный, так и в парный глаз, тем самым вызывая иммунное повреждение в увеальной ткани и сетчатке, содержащих аутоантигены.

При нарушении первого и/или второго этапа аутоиммунного ответа происходит развитие СО. Это обусловлено нарушением защитных барьерных механизмов иммунной привилегированности глаза, нарушением секреции иммуносупрессивных факторов, механизмов апоптоза. Сущность иммунопатогенеза СО составляет повреждение антигенсодержащих клеток пигментного эпителия, меланоцитов хориоидеи, фоторецепторов сетчатки по механизму ГЗТ. Согласно теории Л.Т.Архиповой [32], аутоиммунная реакция при проникающем осложненном ранении глазного яблока может пойти по трём путям:

- 1) завершиться благоприятно купированием воспалительного процесса
- 2) перейти в хронический посттравматический увеит
- 3) запустить симпатическое воспаление.

Прогностическое определение пути, выбранного аутоиммунной реакцией при дальнейшем течении раневого процесса, могло бы решить основную загадку патогенеза СО.

На сегодняшний день иммунологические методы диагностики СО имеют вспомогательное значение в комплексном обследовании больного [29, 33, 46 - 51].

Для диагностики аутоиммунного характера посттравматического увеита применяются иммунологические реакции с S-антигеном сетчатки (м.в.48kD), водно-солевыми экстрактами увеаретинальной ткани, кристаллинами хрусталика. Внутрикожная проба, которую использовали в прошлом для оценки клеточных реакций к увеальным антигенам, не нашла широкого применения из-за отсутствия стандартизованных коммерческих

тканевых антигенов глаза, трудоёмкости постановки пробы и необходимости гистологического учёта реакции [7, 11, 12].

В настоящее время для оценки клеточных аутоиммунных реакций к тканевым антигенам *in vitro* применяется реакция торможения миграции лейкоцитов крови (РТМЛ), а для определения гуморального ответа – метод иммуноферментного анализа (ИФА) или реакция пассивной гемагглютинации (РПГА).

Метод РТМЛ основан на механизме торможения миграции лейкоцитов крови под влиянием медиатора клеточного иммунитета – ингибирующего фактора миграции (МИФ). Данный фактор выделяется сенсibilизированными лимфоцитами к определённомu антигену при наличии контакта с этим антигеном. Реакция оценивается по индексу миграции лейкоцитов (ИМЛ). При ИМЛ меньше 0,8 – 0,75 реакция считается положительной. О наличии аутоиммунного характера увеального процесса свидетельствуют положительные показатели РТМЛ на увеоретинальные антигены. Для уточнения диагноза необходимо сопоставление результатов клинического обследования обоих глаз и данных РТМЛ. Значения ИМЛ выше 1,3 свидетельствуют о стимуляции миграции лейкоцитов.

По данным лаборатории иммунологии, вирусологии и микробиологии МНИИ глазных болезней имени Гельмгольца, где эта реакция применяется очень широко в диагностических целях, стимуляция миграции лейкоцитов может возникать у больных на фоне лечения кортикостероидами, в основном при остаточных явлениях воспалительного процесса. Т.е., к оценке отрицательных показателей тоже следует подходить с осторожностью.

Метод флюоресцирующих антител (МФА), в свою очередь, представляет возможность выявить инфекционные антигены или специфические ДНК в соскобах с конъюнктивы. ИФА применяется для выявления специфических антител к вирусу простого герпеса, токсоплазмозу, токсокарозу и ЦМВ, РПГА – для определения антител к туберкулину в слёзной жидкости и сыворотке крови.

С помощью иммунофлюоресценции или проточной цитофлюорометрии оценивается состояние иммунного статуса по традиционным иммунологическим тестам 1-го и 2-го уровней. Это имеет немаловажное значение для диагностики наличия иммунодефицитного состояния при длительном применении иммуносупрессивного лечения.

Для СО характерным является выявление антигенов HLA-DRB1, HLA-DQA1, HLA-DQB1, I(0) группы крови. В 1983 году Reynard, Shulman, Azen и Minckler изучили HLA-A, B и C антигенную детерминированность на группе из 20 пациентов с гистологически верифицированной СО, 8 пациентов с диагнозом симпатический увеит, 107 – с проникающим ранением, язвой роговицы, перенесших внутриглазную операцию. Их исследования выявили HLA A-11 в 32% случаев при симпатическом увеите, в 4% после проникающего ранения, но без симпатического увеита и у 7% практически здоровых лиц. Авторы приходят к заключению, что генетический фактор может играть важную роль в патогенезе СО (52).

Для анализа полиморфизма HLA применяется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), благодаря внедрению которого произошёл существенный прогресс в иммуногенетических исследованиях. Но необходимо

отметить, что применение иммуногенетических исследований в клинике не является широко распространённой диагностической процедурой.

Изучение цитокинового профиля больных с СО проводится пока на уровне научных исследований. В сыворотке и слезной жидкости определяются в динамике различные классы цитокинов: IL-1, IL-2, IL-4, IL-6, IFN- γ , TNF- α , TGF- δ и другие. Имеет практическое значение регистрация факта повышения или снижения определённого цитокина наряду с клинической оценкой течения заболевания.

В перспективе для повышения информативности иммунодиагностики при СО, иммунологические исследования должны проводиться в направлении изучения клеточных и молекулярных механизмов раневого процесса в глазу, начиная с первых дней травмы. Целесообразным было бы определение роли «активных» иммуносупрессивных факторов, обеспечивающих иммунную привилегированность глаза, значение молекул апоптоза, адгезии, окислительного стресса, NO, антиоксидантной защиты и т.д. Объективным представляется разработка методов молекулярной диагностики – иммунологических микрочипов с использованием широкого спектра отдельных пептидных фракций очищенных тканевых аутоантигенов глаза и моноклональных антител к этим антигенам. В этом направлении уже делаются первые шаги. Проведение всего этого комплекса научно-клинических исследований позволит повысить чувствительность и специфичность иммунологических методов диагностики, разработать критерии прогноза и, соответственно, патогенетические методы профилактики посттравматического аутоиммунного увеита, на фоне которого развивается СО.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Muller-Hermelink H.K., Kraus-Mackiw E., Daus W. Early study of human sympathetic ophthalmia. Histologic and immunologic findings // Arch.Ophthalmol., 1984, Vol. 102, №9, P.1353- 1357.
2. Архангельский В.Н. Симпатическое воспаление и нейрогенный фактор в передаче заболевания с первого глаза во второй // Сов. вестник офтальмол., 1935, Т.7, №6, С. 737 – 752.
3. Samuels B. Significance of specific infiltration at the site of injury in sympathetic ophthalmia // Arch.Ophthalmol., 1993, Vol.9, №4, P.540 – 559.
4. Головин С.С. О значении клеточных ядов в патологии человека и в частности в патогенезе сочувственного (симпатического воспаления) // Русский врач, 1904, Т.3, №22, С.802-804.
5. Elschmig A. Studies zur sympathischen ophthalmic Wirkung von antigen en vonaugeninnernaus // Albrecht v. Graefes Arch.Clin.Exp.Ophthalmol., 1910, Bd.75, S.459 – 473.
6. Woods A.C. Immune reactions following injuries to the uveal tract // JAMA, 1921, Vol.77, №17, P.1317 – 1322.
7. Woods A.C. Sympathetic ophthalmia: the use of uveal pigment in diagnosis and treatment // Trans. Ophthalmol. Soc. U. K., 1925, Vol. 45, №2, P. 208 – 251.
8. Friedenwald J.S. Notes on the allergy theory of sympathetic ophthalmia // Amer. J. Ophthalmol., 1934, Vol. 17, №2, P.1008 – 1018.
9. Collins R.C. Experimental studies on sympathetic ophthalmia // Amer. J. Ophthalmol., 1949, Vol. 32, №12, P.1688 – 1699.
10. Collins R.C. Further experimental studies on sympathetic ophthalmia // Amer. J. Ophthalmol., 1953, Vol. 36, №6, Part II, P.150 – 162.
11. Алексеева В.И. Пигментная аллергия при симпатической офтальмии. Значение внутрикожной пробы // Вестн. офтальмол., 1938, Т.12, №4, С. 469 – 478.
12. Архипова Л.Т. Морфологическая картина симпатизирующего воспаления с точки зрения аллергической теории. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 1966, 10 с.
13. Гаркави Р.А. К вопросу о факогенном увеите // Офтальмол.журн., 1960, №2, С.76 – 81.

14. Гордеева Н.Н. К вопросу о частоте симпатического воспаления глаз // Научн.тр.ЛИУВа, Л.1968, Вып. 64, С.41 – 47.
15. Гришина В.С., Маслова – Хорошилова И.П., Гундорова Р.А. К патогенезу посттравматического увеита // Офтальмол. журн., 1973, №4, С.246 – 250.
16. Жернокова С.А. Состояние интактного глаза до и после энуклеации поврежденного. Автореф. дис. ... канд.мед.наук, Львов, 1970, 23 с.
17. Кобзева В.И. Двусторонний факогенетический увеит и симпатическая офтальмия // Вопросы офтальмологии, Кемерово, 1972, С.146 – 149.
18. Куликова М.П. Показания к удалению глазного яблока после проникающих ранений глаза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 1978, 20 с.
19. Хорошилова – Маслова И.П., Гришина В.С. Морфологическое проявление реакции гиперчувствительности замедленного типа (РГЗТ) при травматических иридоциклитах // Морфологические основы клинической и экспериментальной офтальмологии, М., 1978, С.83 – 84.
20. Краснов М.Л. Симпатическая офтальмия // БМЭ, М., 1984, Т.23, С.251 – 252.
21. Черикчи Л.Е. Патохимия симпатической реакции в условиях повторной травмы // Офтальмол. журн., 1982, №6, С.344 – 347.
22. Архипова Л.Т., Островский М.А., Зайцева Н.С. и др. Гуморальные антитела и sensibilizированные лимфоциты к водорастворимым белковым фракциям клеток пигментного эпителия и наружных сегментов зрительных клеток сетчатки при симпатической офтальмии // Офтальмол. журн., 1982, №1, С.13 – 16.
23. Rao N.A., Wacker W.B., Marak G.E. Experimental allergic uveitis. Clinicopathologic features associated with varying doses of S-antigen // Arch. Ophthalmol., 1979, Vol. 97, №10, P.1954- 1958.
24. Rao N.A., Robin J., Hartman D. et al. The role of the penetrating wound in the development of sympathetic ophthalmia // Arch. Ophthalmol., 1983, Vol. 101, №1, P.102 - 104.
25. Broekhuysse R., Kuhlmann E.D., Winkens H.J. Experimental autoimmune anterior uveitis (EAAU) II Dose-dependent induction and adoptive transfer using a melanin – bound antigen of the retinal pigment epithelium // Exp. Eye Res., 1992, Vol.55, P.401.
26. Broekhuysse R., Kuhlmann E.D., Winkens H.J. Experimental autoimmune posterior uveitis, accompanied by epithelioid cell accumulation (EAPU). A new type of experimental ocular disease induced by immunization with PEP-65, a pigment epithelial polypeptide preparation // Exp. Eye Res., 1992, Vol.55, P.129 – 135.
27. Chan C.C., Ben Ezra D., Rodrigues M.M. et al. Immunohistochemistry and electron microscopy of choroidal infiltrates and Dalen – Fuchs nodules in sympathetic ophthalmia // Ophthalmology, 1985, Vol.92, P.580
28. Reynard M., Shulman L.A., Azen S.P. et al. Histocompatibility antigens in sympathetic ophthalmia // Arch. Ophthalmol., 1983, Vol.95, №2, P.216 – 221.
29. Щигун С.К. Значение иммунологических и иммуногенетических факторов в диагностике и комплексном лечении симпатической офтальмии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Одесса, 1989, 17 с.
30. Shindo Y., Ohno S., Usui M. et al. Immunogenetic study of sympathetic ophthalmia. Tissue Antigens. 1997, Vol.49, №2, P.111 – 115.
31. Kilmartin D.J., Wilson D.J., Liversidge J. Immunogenetics and clinical phenotype of sympathetic ophthalmia in British and Irish patients // Arch. Ophthalmol., 2001, Vol.86, P.281– 286.
32. Архипова Л.Т. Симпатическая офтальмия (патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение, профилактика). М. – Тверь, 2006, 248 с.
33. Теплинская Л.Е. Нарушение иммунитета, иммунодиагностика, иммунологические основы терапии эндогенных увеитов. Автореф. дис. ... докт. мед. наук, М., 1992, 59 с.
34. Kaplan H.J., Waldrep J.C., Chan W.C. et al. Human sympathetic ophthalmia. Immunologic analysis of the vitreous and uvea // Arch. Ophthalmol., 1986, Vol.104, P.240 – 244.
35. Jakobiec F.A., Marboe C.C., Knowles D.M. et al. Human sympathetic ophthalmia. An analysis of the inflammatory infiltrate by hybridoma – monoclonal antibodies, immunochemistry and correlative electron microscopy // Ophthalmologica, 1983, Vol. 90, №1, P. 76 – 95.
36. Auw-Haedrich C., Loeffler K.U., Witschel H. Sympathetic ophthalmia: an immunohistochemistry study of four cases // Ger. J. Ophthalmol., 1996, Vol. 5, №2, P.98 – 103.
37. Архипова Л.Т. Диагностика, клиничко-иммунологическая характеристика, лечение и профилактика симпатической офтальмии. Автореф. дис. ... докт. мед. наук, М., 1985, 47 с.
38. Kuppner M.C. Adhesion molecule expression in acute and fibrotic sympathetic ophthalmia // Curr. Eye Res., 1993, Vol.12, №10, P.923 – 934.
39. Rao N.A. Mechanisms of inflammatory responses in sympathetic ophthalmia and VKH syndrome // Eye, 1997, Vol. 11, P.290.
40. De Smet M.D., Vamamoto J.H., Mochzuki M. et al. Cellular Immune Responses of patients with uveitis to retinal antigens and their fragments // Amer. J. Ophthalmol., 1990, Vol. 110, P.135 – 142

41. Hammer H. Cellular hypersensitivity to uveal pigment confirmed by leucocyte migration test in sympathetic ophthalmitis and the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome // Brit. Ophthalmol., 1974, Vol. 58, №9, P.773 – 776.
42. Слепова О.С., Быковская Г.Н., Катаргина Л.А. и др. Клинико-иммунологические факторы риска и подходы к профилактике заболевания парного глаза у больных с односторонними увеитами // Офтальмохирургия и терапия, 2002, Т.2, №1, С.49 – 53.
43. Klimartin D.J., Dick A.D., Forrester J.V. Sympathetic ophthalmia risk following vitrectomy: should we counsel patients? // Brit. J. Ophthalmol., 2000, Vol. 84, P.448 – 449.
44. Vitale A., Rodriguez A., Foster S. Low-dose Cyclosporine A therapy in treating chronic noninfectious uveitis // Ophthalmology, 1996, Vol. 103, P. 365 – 374.
45. Сомов Е.Е., Гацу М.В. Способ диагностики скрытых форм симпатического нейроретинита // Повреждения органа зрения у детей, СПб., 1991, С.25 – 30.
46. Сомов Е.Е., Гацу М.В. Способ диагностики скрытых форм симпатического нейроретинита // Повреждения органа зрения у детей, СПб., 1991, С.25 – 30.
47. Терехова Т.В. Клинико-иммунологический мониторинг при посттравматическом внутриглазном воспалении. Иммунокоррекция миелопидом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Краснодар, 1996, 20 с.
48. Долгова И.Г. Клинико-иммунологические и биохимические показатели в прогнозе травматических увеитов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 1999, 30 с.
49. Винькова Г.А. Современные возможности диагностики, прогнозирования и патогенетического лечения посттравматических увеитов. Автореф. дис. ... докт. мед. наук, СПб., 2001, 45 с.
50. Андрейченко О.А. Современные аспекты диагностики и лечения послеоперационного фибринозно-пластического увеита у больных с артрафакией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Саратов, 2002, 20 с.
51. Максимов В.Ю., Дмитриева О.Г., Максимов М.В. Растворимая межклеточная молекула адгезии (sISAM-1): диагностическое значение в офтальмологической практике // Клиническая офтальмол., 2004, Т.5, №4, С.152 – 153.
52. William H. Spencer. Sympathetic ophthalmia. // Ophthalmic pathology, 1986, V.3, P.1915 – 1956.
53. Məlikaslanova P.S., Namazova İ.K., Məmmədova K.S., Məmmədov E.Ə. Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Oftalmoloji institutunun materiallar üzrə görmə orqanının dəlib-keçən yaralanmalarının nəticələrinin klinik-morfoloji təhlili // Azərbaycanianский медицинский журнал, 1992, №1,2, с.8-13.

Дахил олуб: 4.03.2015.

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мусаева Н.З.

Научный Центр Хирургии имени М.А.Топчубашова.

Ключевые слова: острая дыхательная недостаточность, инвазивная вентиляция легких, не инвазивная вентиляция легких.

Интубация трахеи (ИТ) и искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в течение последних пяти 10 лет являются стандартными процедурами при ведении больных с острой дыхательной недостаточностью (ОДН) [1]. У некоторых больных с ОДН обеспечение эффективной респираторной поддержки возможно без использования эндотрахеальных или трахеостомических трубок. Данный метод получил название неинвазивной вентиляции легких (НВЛ). Принципиально НВЛ делится на 2 большие группы: 1) с отрицательным и 2) с положительным давлением на вдохе. Вентиляция легких отрицательным давлением т. е. наложением отрицательного, субатмосферного давления на все тело или на грудную клетку пациента, практически отсутствует в нашей стране, поэтому в настоящем обзоре

рассматривается только НВА с положительным давлением. При НВА положительным давлением в качестве интерфейса для взаимосвязи пациент-респиратор используются носовые или лицевые маски. Впервые НВА с использованием лицевых масок была предложена в 30х гг. XX в. американскими врачами Poulton, Oхon и Barach для терапии кардиогенного отека легких с помощью метода спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях [2,3]. Данное направление получило новое развитие после внедрения в практику удобных плотно подгоняемых масок: в 1981 г. доктор Sullivan из Австралии предложил носовую маску для терапии пациентов с синдромом апноэ сна, а в 1983 г. французский врач Rideau внедрил в клиническую практику носовые маски для проведения длительной респираторной поддержки у больных с нейромышечными заболеваниями [4].

Проведенные в середине 80х гг. исследования показали, что применение масочной НВА значительно улучшает состояние больных с хронической дыхательной недостаточностью на фоне нейромышечных заболеваний, кифосколиоза и идиопатической центральной гиповентиляции [4,5].

Новые исследования, посвященные применению НВА с лицевыми масками при ОДН различной природы, проведенные в 1989–1990 гг. 3 независимыми группами Meduri, Robert и Brochard, продемонстрировали, что у больных с ОДН с помощью неинвазивной респираторной поддержки удается добиться существенного улучшения клинической картины и коррекции параметров газообмена без использования ИТ и ИВА/ Все эти факторы значительно стимулировали интерес к НВА [6,7].

Физиологические эффекты НВА - основными задачами респираторной поддержки являются разрешение гипоксемии и острого респираторного ацидоза (коррекция газообмена), респираторного дистресса (снижение кислородной цены дыхания и предотвращение развития утомления дыхательной мускулатуры). Больные ОДН, нуждающиеся в респираторной поддержке, как правило, уже исчерпали свои компенсаторные механизмы, направленные на обеспечение адекватной вентиляции. Повышение резистентности дыхательных путей, снижение комплайнса легких, развитие динамической гиперинфляции ведут к возрастанию нагрузки на аппарат дыхания, повышению работы дыхания, превышающей функциональные возможности дыхательных мышц. В большинстве исследований, посвященных НВА, показано значительное улучшение параметров оксигенации во время масочной респираторной поддержки [8,9].

В основе улучшения газообмена во время НВА при гипоксемической ОДН лежит вовлечение (рекрутирование) в процесс вентиляции не вентилируемых или плохо вентилируемых альвеол, что приводит к повышению функциональной остаточной емкости, снижению вентиляционно-перфузионного (VA / Q) дисбаланса и шунта. Кроме того, авторы показали достоверное снижение диафрагмальной активности: трансдиафрагмальное давление уменьшилось на 52 %, "продукт давление-время" PTP_{di} снизился на 36 %, средняя амплитуда электромиографического сигнала диафрагмы снизилась на 32–53 % [10,11].

Принципиальными отличиями неинвазивной респираторной поддержки от вентиляции легких с использованием интубационной или трахеостомической трубок являются следующие обстоятельства: 1) при проведении НВЛ всегда присутствует "утечка", и, таким образом, доставляемый дыхательный объем и минутная вентиляция превышают их эффективные величины; 2) при НВЛ большое значение имеет дополнительное, динамично меняющееся сопротивление верхних дыхательных путей, прежде всего обусловленное гортанью, которая расположена между респиратором и легкими. Чрезмерно высокая утечка может стать причиной неэффективности НВЛ. Основными источниками утечки являются область контакта между маской и лицом больного, а также открытый рот больного. При проведении НВЛ глоточная апертура является основным фактором, регулирующим эффективную вентиляцию легких [12,13].

Наиболее часто у больных ОДН применяются следующие режимы НВЛ:

- спонтанное дыхание с положительным давлением в дыхательных путях (continuous positive airway pressure — CPAP);
- поддержка давлением на вдохе (pressure support ventilation — PSV);
- с 2 уровнями положительного давления в дыхательных путях (bi level positive airway pressure — BiPAP)
- вспомогательно контролируемый с регуляцией по объему (volume cycled assisted / controlled ventilation — ACV) — используется редко;
- пропорциональная вспомогательная вентиляция (proportional assist ventilation — PAV) — используется редко. При режиме CPAP пациент дышит самостоятельно (спонтанно), и при этом в его дыхательных путях на протяжении всего дыхательного цикла поддерживается какое-то определенное положительное, по отношению к атмосферному, давление .

Режим CPAP применяется в качестве основного режима для лечения больных с обструктивным апноэ во время сна, кардиогенным отеком легких , посттравматической и постоперационной ОДН [14,15].

Режим PSV является вспомогательным режимом: в ответ на дыхательное усилие пациента (респиратор); создает в дыхательных путях заданный уровень давления, вдох прекращается при снижении инспираторного потока до определенного значения (например, до 25 % от пикового потока). Важным преимуществом режима PSV является хорошая синхронизация дыхания пациента с работой респиратора, что обеспечивает дополнительный дыхательный комфорт . Режим BiPAP по сути не отличается от режима

PSV: т. н. экспираторное давление в дыхательных путях (EPAP) соответствует положительному давлению в конце выдоха (PEEP), а инспираторное давление в дыхательных путях (IPAP) — сумме PEEP и PSV. Режим ACV: часть вдохов является вспомогательными, т. е. доставляемыми в легкие больного в ответ на включение триггера респиратора (триггирование), в то же время устанавливается гарантированная частота (rate), т. е., если частота дыхания пациента снижается ниже заданного уровня, респиратор автоматически доставляет в легкие заданный объем [16,17].

В режиме PAV респиратор генерирует поток и объем пропорционально инспираторному усилию пациента, а также обеспечивает синхронизацию кончаний аппаратного инспираторного цикла и инспираторного усилия больного. Более того, уровень создаваемого давления в дыхательных путях пациента повышается или снижается соответственно вентилиационным запросам больного. Особо разительных преимуществ в эффективности каждого из этих режимов не выявлено, хотя каждый из них имеет и свои достоинства, и недостатки. Режимы, контролируемые по давлению, позволяют лучше компенсировать утечку, а режимы, контролируемые по объему, обеспечивают стабильную величину минутной вентиляции, несмотря на изменение импеданса бронхолегочной системы (сопротивления и податливости) [18,19].

Большое внимание в последнее время привлекает к себе относительно новый режим PAV. В исследовании ХОБЛ с ОДН режимы PSV и PAV одинаково эффективны в плане уменьшения разгрузки дыхательных мышц, но режим PAV более комфортен [18,20].

Типы респираторов для проведения НВЛ .

Выбор респиратора является важным компонентом для эффективного проведения НВЛ, которая может быть осуществлена с помощью как "реанимационных" респираторов (при обычной, инвазивной вентиляции), так и портативных, специально предназначенных для НВЛ . "Реанимационный" респиратор позволяет точно контролировать фракцию кислорода во вдыхаемой смеси (F_{iO_2}) и предлагает возможности мониторинга за параметрами механики дыхания, снабжен многочисленными "тревогами". При респираторной поддержке с респираторов используется полный контур (инспираторная и экспираторная трубки), благодаря чему порция выдохнутого газа (с большим содержанием CO_2) не может быть вновь ингалирована. Основными проблемами "реанимационных" респираторов при проведении НВЛ являются их низкая способность компенсации утечки и связанные с этим сложности переключения с фазы вдоха на фазу выдоха . Общими чертами портативных респираторов является их малый размер, низкая стоимость, простота настройки, возможность эффективно компенсировать даже высокую утечку, однако данные аппараты, как правило, не обладают теми возможностями мониторинга и "тревог", что у "реанимационных" респираторов [21, 22].

Большинство портативных респираторов используют одиночный контур (инспираторный), эвакуация выдыхаемого газа осуществляется через клапан выдоха или специальные отверстия в маске или контуре. Одна из проблем портативных респираторов — это возможность обратного вдыхания CO_2 (rebreathing) [23]. Повышение F_{iO_2} осуществляется увеличением подаваемого потока O_2 в контур респиратора..

Показания к НВЛ у больных с ОДН -НВЛ может с успехом применяться у больных с гиперкапнической и гипоксемической ОДН. Наилучшими кандидатами для НВЛ являются наиболее уязвимые больные, для которых обычная ИВЛ может иметь нежелательные последствия из-за многочисленных потенциально опасных для жизни осложнений, а именно: больные ХОБЛ, с терминальными стадиями болезней легких, с иммунодефицитными состояниями. Кроме того, очень важно учитывать скорость развития

и разрешения патологического процесса в легких, например, при отеке легких ОДН развивается в течение минут, при эффективной терапии (НВЛ) обратное развитие ОДН также наблюдается довольно скоро (минуты–часы). Достаточно быстро наблюдается обратное развитие ОДН у больных ХОБЛ с астматическим статусом, с синдромом ожирения–гиповентиляции (1–5 дней), а процесс разрешения ОДН при паренхиматозных заболеваниях легких — тяжелой пневмонии, остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС) — как правило, требует более длительного времени (чаще более 7–14 дней). Поэтому эффективность НВЛ обычно ниже при заболеваниях с медленным типом разрешения ОДН [24,25].

Преимущества НВЛ - авторы всех проведенных исследований, посвященных НВЛ, единодушны в том, что количество осложнений значительно меньше при использовании НВЛ, чем при традиционной ИВЛ. Масочная вентиляция позволяет снизить до минимума число инфекционных и "механических" осложнений. Нозокомиальная пневмония является частым осложнением вентиляции легких и важнейшим фактором, определяющим исход больного. При проведении НВЛ не происходит прямого контакта с трахеей (интубационной трубкой, аспирационным катетером), пациент может сам экспекторировать мокроту после снятия маски. Кроме того, в отличие от ИВЛ, при проведении НВЛ голосовые связки сохраняют свою естественную подвижность, что снижает риск развития аспирации — ведущего фактора риска развития вентиляционной пневмонии. В крупном исследовании Meduri et al., включавшем в себя 158 больных, получавших НВЛ, нозокомиальная пневмония была. При использовании НВЛ полностью отсутствуют осложнения, связанные с наличием в дыхательных путях интубационных и трахеостомических трубок, — ранние и поздние повреждения глотки, гортани и трахеи. Также практически не наблюдается развития другого частого осложнения назотрахеальной интубации — синуситов, которые часто являются причинами необъяснимой лихорадки и бактериемии у пациентов, получающих респираторную поддержку. По данным ретроспективного анализа, проведенного AbouShala и Meduri, ни в одном из 633 случаев НВЛ не было зарегистрировано развития нозокомиального синусита [25,26].

Основная роль в снижении риска нозокомиальных инфекций принадлежит, безусловно, замене интубационной трубки на маску, хотя возможно, что меньшая потребность в других инвазивных процедурах (катетеризации вен, мочевого пузыря, зондировании желудка) у неинтубированного больного и меньшая длительность нахождения в отделении интенсивной терапии также вносят свой вклад в уменьшение числа инфекционных осложнений респираторной поддержки. Недостатки НВЛ. Осложнения при проведении НВЛ встречаются намного реже, чем при традиционной инвазивной вентиляции, и, как правило, не требуют прекращения респираторной поддержки. Наиболее частыми осложнениями НВЛ являются некрозы кожи лица, конъюнктивиты, раздражение носа, транзиторная гипоксемия, общий дискомфорт, аэрофагия, утечка [27].

Эрозии и некрозы кожи образуются чаще всего вместе наибольшего давления маски на кожу лица (обычно, это мостик носа). Данное осложнение, по различным исследованиям, встречается в 6–18 %. Эрозии и некрозы кожи не являются серьезным осложнением, т. к. обычно очень быстро заживают (2–

7 дней). Транзиторная гипоксемия обычно появляется лишь во время перерыва между сеансами НВЛ, когда пациент снимает маску. Данная проблема особенно актуальна для больных с гипоксемической ОДН. Использование постоянного мониторинга с помощью пульсоксиметрии позволяет вовремя возобновить неинвазивную респираторную поддержку и быстро устранить гипоксемию. Недостатками НВЛ является необходимость кооперации с пациентом и его высокой мотивации. По данным метаанализа, проведенного Muir et al., процедура НВЛ была прекращена из-за непереносимости пациентом присутствия маски в 37 из 747 случаев (5 %) использования НВЛ при ОДН [28].

Настоящий метод практически не используется у больных с выраженными нарушениями сознания (число баллов по шкале Глазго < 9), т. к. эти больные нуждаются в зарых ситуациях даже кома (гиперкапническая кома) не является абсолютным противопоказанием к неинвазивной респираторной поддержке и легко может разрешаться и при НВЛ [29, 30].

ӘДӘБИҮҮАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Айзенберг А.В., Стеблецов В., Цыпин Д.А. Место неинвазивных методов вентилирования легких в ОРИТ: проблемы, новые возможности, требования к аппаратуре // *Здравоохранение и мед. Техника.* № 6. - 2005. - с. 4-8.
2. Collins S. P., Mielniczuk L. M., Whittingham H. A., et al. The use of noninvasive ventilation in emergency department patients with acute cardiogenic pulmonary edema: a systematic review // *Ann. Emerg. Med.* 2006. - Vol. 48. - P. 260-269
3. Ю.Варганова И. В. Применение неинвазивной вентилирования легких у больных с высоким риском послеоперационных кардиопульмональных осложнений // *Анест. и реанимат.* 2007. - №3. - С. 17-19.
4. Sullivan C.E., Issa F.G., Berthon-Jones M., Eves L. Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981; 1:862-865
5. Lefebvre A., Lorut C., Alifano M., et al. Noninvasive ventilation for acute respiratory failure after lung resection: an observational study // *Intensive Care Med.* 2009. - Vol. 35. - P. 663-670.
6. П.Варганова И. В. Применение неинвазивной вентилирования легких у больных с высоким послеоперационным риском развития кардиопульмональных осложнений: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2007. - 24 с.
7. Грачев С. П. Неинвазивные методы респираторной поддержки в комплексной терапии сердечной и дыхательной недостаточности: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2008. - 39 с.
8. Казеннов В.В., Амеров Д.Б., Шишкин М.Н. Неинвазивная вентилирование легких современная технология респираторной поддержки // *Клинические технологии.* - 2007. - № 2. - с. 18.
9. Канафин Г.М. Неинвазивная вентилирование легких в интенсивной терапии острой дыхательной недостаточности у больных после хирургического лечения больших и гигантских вентральных грыж: Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2009. - 26 с.
10. Полушин Ю. С., Храпов К. Н., Варганова И. В. Неинвазивная вентилирование легких в интенсивной терапии // *Анест. и реанимат.* 2005. - №4. - с. 74-79
11. Попцов В.Н., Ухренков Г. Неинвазивная вспомогательная вентилирование при нарушениях газообменной функции легких у кардиохирургических больных // *Общая реаниматология.* - 2008. - Том IV. - № 3. - с. 85-90.
12. 41. Родина Н. А. Применение неинвазивной вентилирования легких при тяжелых травмах и ранениях: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., - 2008. — 24 с.
13. Barach A.E.A. Positive pressure respiration and its application to the treatment of acute pulmonary edema. *Arch. Intern. Med* 1938; 12: 981-983.
14. Demoule A., Girou E., Richard J. C., et al. Increased use of noninvasive ventilation in French intensive care units // *Intensive Care Med.* 2006. - Vol. 32. -P. 1747-1755
15. Feltracco P., Serra E, Barbieri S., et al. Noninvasive ventilation in postoperative care of lung transplant recipients // *Transplant. Proc.* 2009. - Vol. 41. -P. 1339-1344.
16. Gray A., Goodacre S., Newby D.E. et al. Noninvasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema // *N. Engl. J. Med.* 2008. - Vol. 359. - P. 142-151.

17. Kindgen-Milles D., Muller E., Buhl R., et al. Nasal continuous positive airway pressure reduces pulmonary morbidity and length of stay following thoracoabdominal aortic surgery // Chest. 2005. - Vol. 128. - P. 821-828.
18. Lefebvre A., Lorut C., Alifano M., et al. Noninvasive ventilation for acute respiratory failure after lung resection: an observational study // Intensive Care Med. 2009. - Vol. 35. - P. 663-670.
19. L'Her E., Deye N., Lellouche F. et al. Physiologic Effects of Noninvasive Ventilation during Acute Lung Injury // Am. J. Respir. Crit. Care Med. -2005.-Vol. 172.-P. 1112-1118.
20. Lumbierres M., Prats E., Farrero E., et al. Noninvasive positive pressure ventilation prevents postoperative pulmonary complications in chronic ventilators users // Respir. Med. 2007. - Vol. 101. - P. 62-68.
21. Perrin C., Jullien V., Venissac N., et al. Prophylactic use of noninvasive ventilation in patients undergoing lung resectional surgery // Respir. Med. 2007. - Vol. 101.-№7.-P. 1572-1578
22. Poulton E.P., Oxon D.M. Leftsided heart failure with pulmonary oedema: Its treatment with the "pulmonary pluspressure machine". Lancet 1936; 231: 981-983.
23. Barach A.E.A. Positive pressure respiration and its application to the treatment of acute pulmonary edema. Arch.Intern. Med 1938; 12: 981-983.
24. Sullivan C.E., Issa F.G., BerthonJones M., Eves L.Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positiveairway pressure applied through the nares. Lancet 1981; 1:862-865.
25. Rideau Y., Gatin G., Bach J. et al. Prolongation of life inDuchenne's muscular dystrophy. Acta Neurol. 1983; 5:118-124.
26. Bach J.R., Alba A.S., Mosher R., Delaubier A. Intermittentpositive pressure ventilation via nasal access in the management of respiratory insufficiency. Chest 1987; 94:168-170.
27. Brochard L., Isabey D., Piquet J. et al. Reversal of acuteexacerbations of chronic obstructive lung disease by inspiratory assistance with a face mask. N. Engl. J. Med. 1990;323: 1523-1529.
28. 14. Tobin M. Advances in mechanical ventilation. N. Engl. J.Med. 2001; 344: 1986-1996.
29. Meduri G.U., AbouShala N., Fox R.S. et al. Noninvasiveface mask mechanical ventilation in patients with acutehypercapnic respiratory failure. Chest 1991; 100:445-454.
30. Antonelli, Massimo MD; Conti, Giorgio MD; Esquinas, Antonio MD.et all. **A** multiple-center survey on the use in clinical practice of noninvasive ventilation as a first-line intervention for acute respiratory distress syndrome// Critical Care Medicine: .-[January 2007 - Volume 35 - Issue 1 - pp 18-25](#)

Daxil olub: 24.09.2014.



* ORIGINAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS *

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РИСКОВ НАЛИЧИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алиев Д.А., Алиев А.Р., Казымов А.Т., Гулиев Ф.А.

Национальный центр онкологии, г.Баку.

Введение: Наличие у пациента раком предстательной железы (РПЖ) различных комбинаций выявленных независимых предикторов характеризуется различным риском экстракапсулярной экстензии опухоли и требует комплексного их учета (5, 9). Использование различных сочетаний выявляемых у больного прогностических признаков и их количества позволяет отнести пациента к определенной прогностической группе с

известным риском наличия интересующего признака (3, 8), в настоящем случае – местно-распространенного РПЖ.

Таким образом, определение распространенности опухолевого процесса при РПЖ является крайне важным для выработки лечебной тактики и прогнозирования результатов терапии (2, 4, 6). Несмотря на большое количество исследований, посвященных вопросам выявления и стадирования РПЖ различными методами клинической и лучевой диагностики, нет единого мнения о комплексном подходе к их применению, что требует изучения в проспективном исследовании.

Цель исследования: разработка прогностической классификации рисков наличия местно-распространенного РПЖ для выбора оптимальной тактики лечения этой категории больных.

Материал и методы исследования: в исследование вошли 150 больных РПЖ прооперированных в объеме радикальной простатэктомии (РПЭ). Всем больным проведено комплексное предоперационное клинико-лабораторное и магнитно-резонансное томографическое (МРТ) обследование и изучение результатов послеоперационного гистологического исследования.

Статистическая обработка: Нормальность распределения количественных признаков проверялась при помощи критерия Шапиро-Уилка. Для всех количественных признаков характер распределения отличался от нормального, в связи с чем сравнение их осуществлялось методом непараметрической статистики (критерий Краскела-Уоллиса). Для результатов исследования, представленных долями, вычислялся 95% доверительный интервал по методу Wald (7).

Расчет данных клинического стадирования с использованием МРТ сравнены с результатами послеоперационного морфологического исследования с последующим вычислением чувствительности, специфичности, точности, положительное предсказательное значение (ППЗ) и негативное предсказательное значение (НПЗ) методов в разграничении локализованного (Т1-2) и местно-распространенного (Т3-4) РПЖ осуществлялся по четырехпольной таблице сопряженности (1).

С различными прогностическими показателями был проведен моновариантный регрессионный логистический анализ в отношении прогнозирования местно-распространенного РПЖ после выполнения РПЭ. Переменные с наиболее статистически значимыми ($p < 0,1$) отношениями шансов (ОШ) были включены в мультивариантный анализ (метод обратного пошагового исключения регрессоров из модели) с целью нахождения наиболее информативного и компактного (минимального по количеству предикторов) варианта.

Точность мультивариантной модели оценивалась с помощью индекса конкордации, который в случае логистической регрессии определяется площадью под операционной ROC-кривой (area under the curve, AUC), построенной по значениям предсказанных вероятностей.

Результаты и их обсуждение: По данным МРТ у 81 (54,0±4,2%) пациентов данных в пользу экстракапсулярного распространения РПЖ выявлено не было. Из указанного числа случаев клинически локализованного рака отсутствие выхода РПЖ за пределы органа было подтверждено морфологически у 65 больных (истинно-отрицательные результаты), а у 16

человек имелся местно-распространенный процесс, не обнаруженный при МРТ (ложно-отрицательные результаты). У 53 (76,8±2,3%) пациентов выявленная при помощи МРТ инвазия опухоли за капсулу железы была подтверждена послеоперационным гистологическим исследованием (истинно-положительные результаты).

Чувствительность метода МРТ в определении выхода рака за пределы органа составила 76,8% (95% доверительный интервал (ДИ) 68,2-83,7), специфичность – 80,2% (95% ДИ 72,9-86,1), точность – 78,7% (95% ДИ 70,7-85,0). ППЗ выявления экстраорганного распространения опухоли было равно 76,8% (95% ДИ 68,2-83,7), при этом НПЗ – 80,2% (95% ДИ 72,9-86,1).

Изучая различные скиалогические МРТ-признаки (зональная дифференцировка, асимметрия контура и др.) экстраорганного распространения РПЖ можно утверждать, что они обладают значительно отличающимися друг от друга диагностическими характеристиками. Кроме этого, уровень ПСА, клиническая стадия и степень злокачественности опухоли по шкале баллов Глисона, а также возраст пациента в свою очередь могут отражать риск наличия экстраорганного распространения злокачественного процесса. Из всех проанализированных клинических признаков в монофакторном анализе статистически значимый прирост отношения шансов был получен для суммы баллов Глисона, клинической стадии и уровня ПСА. Среди включенных в монофакторный анализ скиалогических признаков наибольшее прогностическое значение имел факт выявления непосредственного распространения опухоли на семенные пузырьки, отсутствие визуализации капсулы предстательной железы, диаметр выявляемого образования.

Все указанные выше факторы рассмотрены по отдельности на предмет их корреляции с конечной точкой исследования – выявлением местно-распространенного РПЖ по данным послеоперационного морфологического исследования. Однако в случае наличия их влияния друг на друга возможно нивелирование прогностической ценности некоторых предикторов в присутствии более весомых в данном плане факторов.

Следующим пунктом исследования явилось определение независимых факторов прогноза по данным многофакторного анализа. В соответствии с дизайном исследования был проведен мультивариантный анализ с процедурой пошагового исключения переменных. В результате в мультивариантную модель вошли четыре показателя, статистически значимо влиявших на риск наличия местно-распространенного рака простаты:

1. Наличие/отсутствие четкой визуализации капсулы простаты на T2-ВИ ($p=0,007$);

2. Выявление образования в предстательной железе более 1,3 см в наибольшем измерении ($p=0,001$);

3. Отношение визуализируемой опухоли к семенным пузырькам ($p=0,03$);

4. Уровень ПСА, дихотомизированный точкой разделения в 15 нг/мл ($p=0,02$).

Такие факторы, как клиническая стадия по данным ПРИ, степень злокачественности опухоли по шкале баллов Глисона, нарушение зональной дифференцировки, ангулярность, асимметрия контура, нарушение

структуры семенного пузырька и его гипоинтенсивный характер на T2-ВИ в конечную модель не вошли, поскольку при совместном анализе с другими предикторами не продемонстрировали своей независимости в качестве факторов прогноза.

Полученная модель продемонстрировала высокую прогностическую ценность, поскольку позволила правильно идентифицировать 78% наблюдений, обладая индексом конкордации 0,85.

Наибольшее прогностическое значение в качестве независимого предиктора местно-распространенного процесса принадлежало максимальному размеру опухоли. Из 150 включенных в анализ больных визуализировать опухоль удалось в 121 (80,7%) случае. Из указанного числа визуализируемых образований подавляющее большинство (80,1%) патологических изменений локализовались в периферической зоне органа. Средний размер опухолевых узлов составил $1,6 \pm 1,1$ см, медиана – 3,2 см (0,0-4,7 см). Из 29 случаев невизуализируемого рака простаты гистологически доказанный местно-распространенный процесс был выявлен всего у двух больных. В нашем исследовании при превышении порогового значения размера опухоли, большего 1,3 см, риск выхода злокачественного процесса за капсулу увеличивался в 5 раз (95% ДИ 1,9-13,0).

Следующим по силе предикции фактором явилось отношение наличие опухоли к семенным пузырькам. Отдельно нами были проанализированы три наиболее часто применяемых диагностических критерия инвазии РПЖ в семенные пузырьки – отсутствие контакта, близкое прилегание и непосредственное распространение опухоли на семенные пузырьки.

МРТ-картина наличия образования, исходящего из предстательной железы, характеризующегося низкой интенсивностью сигнала и окружающего или инвазирующего семенной пузырек (непосредственное распространение опухоли на семенной пузырек) наблюдалась в 61 из 150 случаев (40,7%), что, однако, морфологически было подтверждено только у 27 пациентов. Из числа остальных 89 случаев отсутствия данного МРТ-критерия морфологическое исследование выявило инвазию семенных пузырьков лишь у 6 пациентов. Итак, в нашем наблюдении наличие МРТ-признаков непосредственного контакта опухоли с семенными пузырьками увеличивало риск их вовлечения в злокачественный процесс практически в 4 раза (95% ДИ 1,2-13,4).

Третьим независимым сканологическим МРТ-признаком явился факт наличия или отсутствия четкой визуализации капсулы простаты. Согласно полученным нами данным, в 91 из 150 случаев четко проследить капсулу железы не представлялось возможным. Из указанного числа послеоперационное гистологическое исследование свидетельствовало о наличии местного распространения злокачественного процесса у 57 ($62,6 \pm 1,2\%$) больных. У 59 пациентов трудностей в визуализации данной структуры не возникло. Однако, в 12 ($21,1 \pm 4,3\%$) случаях имела место экстракапсулярная экстензия РПЖ. Таким образом, при невозможности проследить капсулу органа на всем протяжении риск ее прорастания опухолью увеличивался в 3,4 раза (95% ДИ 1,4-8,3).

Единственным независимым предиктором, помимо МРТ-признаков, в настоящем исследовании явился уровень ПСА в сыворотке крови. При его

значении, превышающем 15 нг/мл, риск положительных находок в плане экстраорганный распространения РПЖ во время послеоперационного гистологического исследования возрастал в 2,9 раза (95% ДИ 1,23-7,01) по сравнению с больными с уровнем маркера ниже указанного порога.

Далее в проводимой работе каждому предиктору было присвоено количество баллов, равное округленному до целых значений ОШ в мультвариантной модели для учета их различного вклада (веса) в дискриминационную способность созданной модели (таблица 1).

Таблица № 1

Распределение независимых предикторов по баллам

Количество баллов	Показатель
1 3	Уровень ПСА, нг/мл: ≤15 >15
1 5	Наибольший размер опухоли по данным МРТ, см: ≤1,3 >1,3
1 3	Капсула визуализируется четко Отсутствие визуализации капсулы железы
1 2 4	Отношение опухоли к семенным пузырькам (СП): Отсутствие контакта опухоли с СП Близкое прилегание опухоли к СП Непосредственное распространение опухоли на СП

Оценка дискриминационной способности разработанной прогностической классификации проведена с помощью построения ROC-кривой с определением площади под ней (оценки индекса конкордации) и ее сравнения с исходной мультвариантной моделью. С этой целью для каждого из 150 включенных в анализ случаев выполнено суммирование баллов, присвоенных выявляемым у них независимым факторам прогноза. Согласно проведенному анализу, площадь под операционной кривой составила 0,846.

При проведении сравнения индексов конкордации исходной модели и разработанной на ее основе классификации статистически значимых различий не получено ($p=0,2$), что свидетельствует о правомочности применения балльной оценки риска наличия местно-распространенного РПЖ.

Данные о результате ROC-анализа и сравнения площадей под кривыми представлены на рисунке 1 и в таблице 2.

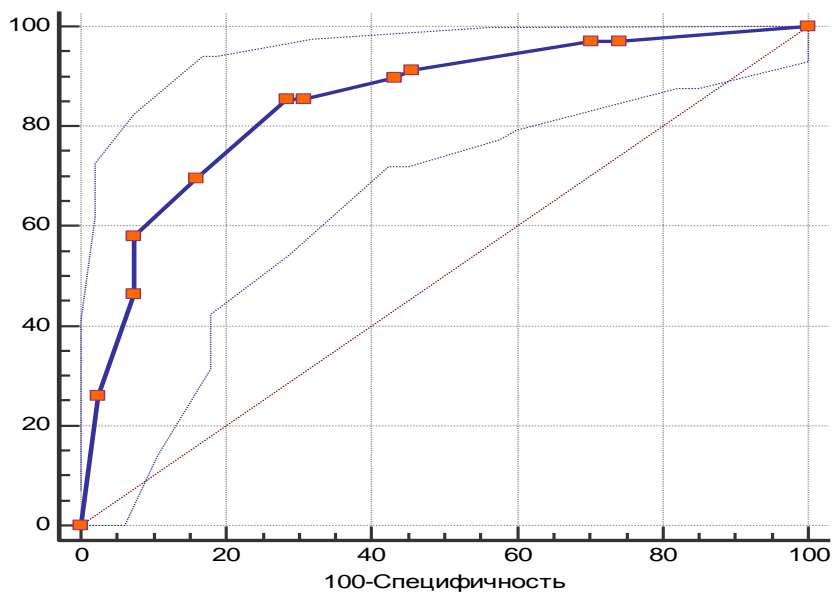


Рис 1. Результаты ROC-анализа разработанной классификации

Таблица № 2

Сравнение площадей под операционными кривыми для мультивариантной модели и разработанной на ее основе классификации

p	±SE	AUC	Модель
<0,2	0,03	0,855	Исходная мультивариантная
	0,03	0,846	Прогностическая классификация

Для удобства практического применения разработанной прогностической классификации и возможности оценки для каждого пациента группового прогноза на основании суммы баллов были сформированы три группы риска наличия местно-распространенного РПЖ (рисунок 2).

- Низкий риск: сумма баллов менее 6;
- Промежуточный риск: сумма баллов 6-9;
- Высокий риск: сумма баллов 10 и выше.

Частота выявления местно-распространенного рака простаты в группе низкого риска составила 7,7%, в группе промежуточного риска – 19,1%, в группе высокого риска местно-распространенный РПЖ был выявлен у 72,0% больных ($p < 0,001$).

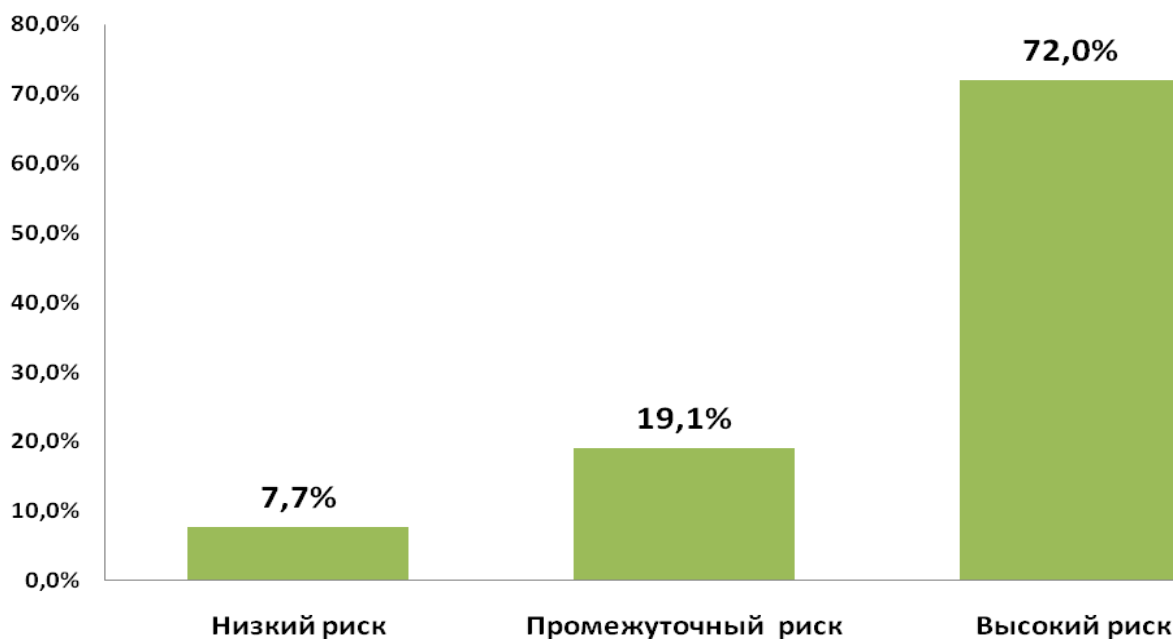


Рис. 2. Частота выявления местно-распространенного (pT3-4) РПЖ после проведения послеоперационного морфологического исследования в зависимости от групп риска

Практическое использование разработанной прогностической классификации можно проиллюстрировать следующими клиническими наблюдениями:

Пример 1. Больной Ш., 1941 г.р., 12.03.2014 года выявлен рак предстательной железы, по данным биопсии сумма Глисона 7, дооперационный уровень ПСА 29,0 нг/мл. Согласно клиническим данным (ПРИ) у пациента в периферической зоне левой доли пальпировался плотный узел около одного см в диаметре без убедительных данных в пользу врастания в капсулу (cT2a) 20.03.2014 выполнена МРТ с динамическим контрастированием (рисунок 3а), по данным которого выявлена опухоль левой доли железы 1,4 см в наибольшем измерении (двойная красная стрелка) с отсутствием визуализации капсулы органа вблизи нее (желтая стрелка). Справа капсула прослеживается четко (зеленая стрелка). Согласно разработанной прогностической классификации, сумма баллов составила 11 (высокий риск наличия местно-распространенного РПЖ). 17.04.2014 года выполнена радикальная позадилоная простатэктомия, послеоперационный диагноз: рак предстательной железы pT3bN0 (рак предстательной железы с экстракапсулярным распространением в перипростатическую жировую клетчатку и инвазией в семенные пузырьки). Таким образом, применение разработанной классификации у данного пациента могло позволить изменить тактику лечения и рассмотреть вопрос о проведении лучевой терапии.

Пример 2. Больной Г., 1938 г.р. обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание. По данным ПРИ предстательная железа увеличена в объеме, патологические образования не пальпируются. 02.02.2014 пациенту выполнена МРТ таза. По данным МРТ, у больного отмечалось увеличение предстательной железы в размере (объем составлял 60,2 см³) за счет гиперплазии центральной зоны железы. Периферическая

зона с обеих сторон компремирована, около 1 см шириной. В левой доле определялся гипоинтенсивный на T2-ВИ участок 1,1 см в наибольшем измерении, по своим характеристикам подозрительный по принадлежности к раку, капсула органа вблизи него четко не прослеживалась. Согласно заключению МРТ, у пациента имела место доброкачественная гиперплазия простаты и подозрение на рак предстательной железы, степень местной распространенности которого уточнить затруднительно ввиду компрессии периферической зоны гиперплазированными центральными отделами (рисунок 3б). Пациенту выполнено измерение уровня ПСА в сыворотке крови, который составил 16,3 нг/мл, что явилось показанием к проведению мультифокальной биопсии простаты. По результатам гистологического исследования биоптатов у больного имела аденокарцинома, сумма Глисона 7. 06.03.2014 проведена радикальная простатэктомия, по данным послеоперационного гистологического исследования окончательный морфологический диагноз: рак предстательной железы с распространением за капсулу органа (pT3a), сумма Глисона 7. Согласно разработанной классификации, сумма баллов клинических и МРТ-признаков составляла 6 – промежуточный риск с ожидаемой частотой выявления признака около 20%.

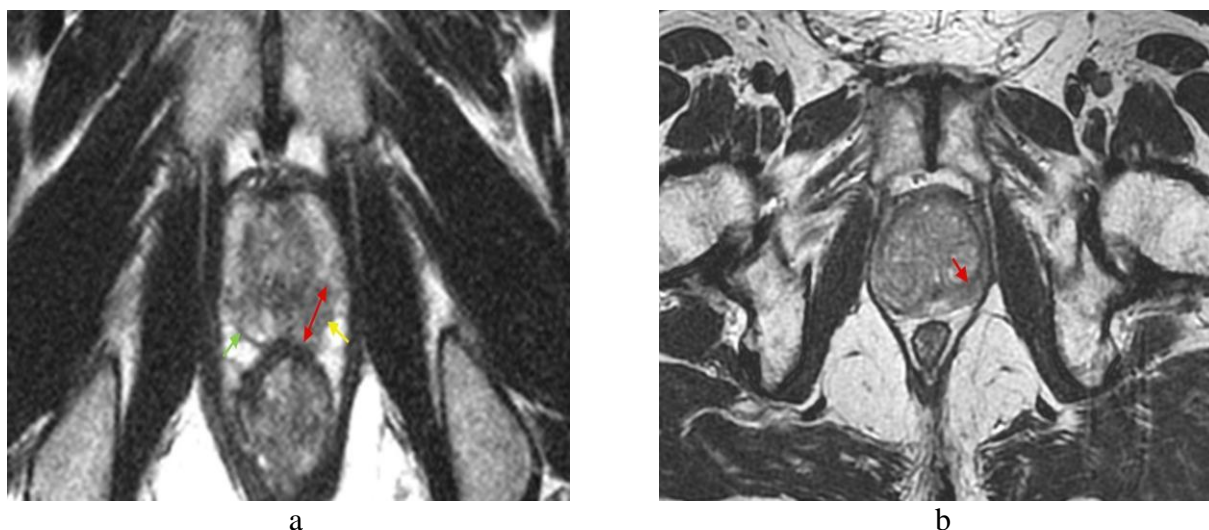


Рис. 3. МРТ таза, трансверсальная плоскость, T2-ВИ

Таким образом, применение данной классификации могло уточнить риск наличия местно-распространенного РПЖ в ситуации, когда дать четкое заключение по МРТ-данным о наличии либо отсутствии экстракапсулярной экстензии не представлялось возможным.

Заключение: Разработана прогностическая классификация риска наличия местно-распространенного РПЖ (pT3-4) на основании выявленных независимых клинических и МРТ-признаков, позволяющая распределить пациентов на три группы риска в зависимости от сочетания вышеуказанных предикторов с учетом их вклада в прогностическую модель.

Применение разработанной модели определения группового прогноза у пациентов с впервые выявленным РПЖ на основании клинических и МРТ-данных позволит дифференцированно подходить к выбору метода лечения больных (радикальная простатэктомия, лучевая терапия).

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ STATISTICA – Москва: Медиа Сфера, 2003, с. 312
2. D'Amico A. V., Cote K., Loffredo M. et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. // J.A.M.A. – 1998. – Vol. – 280, №11. – P. 969–974.
3. Graefen M., Augustin H., Karakiewicz P.I. et al. Can predictive models for prostate cancer patients derived in the United States of America be utilized in European patients? A validation study of the Partin tables. // Eur. Urol. – 2003. – Vol. 43, №1. – P. 6–11.
4. Greene K. L., Cowan JE, Cooperberg MR et al. Who is the average patient presenting with prostate cancer? // Urology. – 2005. – Vol. 66, №5. – P. 76–82.
5. Hittelman A.B., Purohia R.S., Kane CJ. Update of staging and risk assessment for prostate cancer patients.// Curr.Opin.Urol. – 2004. – Vol. 14, №3. – P. 163-170.
6. Joniau S., Hsu C.Y., Lerut E. et al. A pretreatment table for the prediction of final histopathology after radical prostatectomy in clinical unilateral T3a prostate cancer. // Eur. Urol. – 2007. – Vol. 51, №2. – P. 388–396.
7. Newcombe R.G. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods // Statist. Med. – 1998. – Vol. 17. – P. 857–872.
8. Partin A.W., Mangold L.A., Lamm D.M. et al. Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin tables) for the new millennium. // Urology. – 2001. –Vol. 58, №6. – P. 843–848.
9. Stephenson A.J., Kattan M.W. Nomograms for prostate cancer.// B.J.U. Int. – 2006. – Vol. 98, №1. – P. 39–46.

X Ü L A S Ə**YERLİ YAYILMIŞ PROSTAT VƏZİ XƏRÇƏNGİ MÖVCUDLUĞU RİSKLƏRİNİN
PROQNOSTİK KLASSİFİKASİYASI**

Əliyev C.Ə., Əliyev A.R., Kazımov A.T., Guliyev F.A.
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı

Tədqiqat işinin məqsədi: Optimal müalicə taktikasının seçilməsi üçün prostat vəzi xərçənginin yerli yayılması riskinin qiymətləndirilməsi üçün proqnostik təsnifatının işlənilib hazırlanması.

Material və metodlar: Tədqiqat işinə prostat vəzi xərçənginə (PVX) görə radikal prostatektomiya cərrahi əməliyyatı keçirmiş 150 xəstə daxil edildi. Bütün xəstələrdə əməliyyat önü müayinə nəticələri ilə əməliyyat sonrakı histoloji müayinə nəticələrinin müqayisəli təhlili aparıldı.

Nəticə: Risk amilləri əsasında yerli yayılmış prostat vəzi xərçənginin təyin olunması üçün hazırlanan proqnostik klassifikasiya xəstələri üç qrupa bölməyə imkan verir. Aşağı risk qrupunda yerli yayılmış prostat vəzi xərçənginin təyin olunma sıxlığı 7.7%, orta risk qrupunda 19.1%, yüksək risk qrupunda 72.0% təşkil edib. Hazırlanan modelin tətbiq edilməsi xəstələrin müalicə metodununu seçilməsində fərqli yanaşma imkanı verəcək (radikal prostatektomiya, şüa müalicəsi).

SUMMARY

PREDICTING MODEL OF LOCAL EXTENSION IN PROSTATE CANCER

National Center of Oncology, Baku
Aliyev J.A., Aliyev A.R., Kazimov A.T., Guliyev F.A.

Objective: To develop the predictive model of risk assessment for local extension in prostate cancer and to define the optimal treatment strategy for these patients group.

Material and methods: 150 patients after radical prostatectomy were involved in this study. All patients were evaluated for a comprehensive comparison of the results of preoperative investigation and postoperative pathological examination.

Conclusion: The developed predictive classification of risk assessment for local extension allows distributing the patients into three risk groups. The detection rate of local extension based on selective criteria was defined as 7,7% for low-risk, 19,1% for intermediate-risk and 72,0% for high-risk group. The clinical application of developed model will allow to define the optimal method of treatment for locally advanced prostate cancer.

Daxil olub: 15.01.2015.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРА СЭЛВИРИН

Сафаров З.А., Кулиева Т.С., Мехтиев А.А., Касумов Н.В.

Онкологическая клиника Азербайджанского медицинского университета. Институт физиологии А.И.Караева Академия наук Азербайджана.

В большинстве развитых стран рак легкого является наиболее распространенной формой опухоли у мужчин. Ежегодно в мире регистрируется 1.04 млн новых случаев рака легкого, из них 58 % приходится на развитые страны. В Азербайджане это новообразование занимает первое место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями (15 %) и смертности от них 2 % (7). Каждая пятая злокачественная опухоль, выявляемая у мужчин, и каждая четвертая у женщин являются новообразованиями трахеи, бронхов, легкого (1).

Немелкоклеточный рак легкого представляет собой морфологически неоднородную структуру и группу, включающую в основном плоскоклеточный рак (70- 75 %), аденокарциному (25-30%) различной дифференцировки и другие редкие формы рака. Они объединены в одну группу немелкоклеточного рака по органному принципу близким отдаленным результатам (3). Накопленные многочисленные данные свидетельствуют о том, что одним из важных факторов, определяющих высокий риск развития рака легкого является иммуносупрессия (5). Часто применение этиопатоген-

нетической терапии не приводит к ожидаемому результату и положительному эффекту. Это делает необходимым поиск и внедрение во врачебную практику новых лекарственных средств повышающих эффективность классических схем терапии. В настоящее время единственным радикальным методом лечения немелкоклеточного рака легкого остается хирургический.

Иммуномодуляторы не проявляют прямого действия на опухоль и ее метастазы(6), однако, при доклиническом исследовании нового иммуномодулятора «Сэлвирин», представляющего собой натриевую соль аминокислоты, была замечена его способность не только усиливать противоопухолевый иммунитет путем повышения и восстановления эффекторного механизма, опосредованного через функции макрофагов, регуляцию синтеза интерлейкина -1(ИЛ-1), фактора некроза опухоли (ФНО), интерлейкина 2(ИЛ-2), НК-клеток и др, но и модифицировать другие аспекты взаимоотношений организма носителя и опухоли.(7)

Сэлвирин зарегистрирован в 1997 году(6) как противовоспалительное средство с иммуномодулирующими свойствами и разработан в ММА им. И.М.Сеченова и ЗАО ЦСМ «Медикор». Препарат проявляет свою противоопухолевую способность и высокую активность вследствие способности обратимо (на 6-8 часов) ингибировать синтез гиперактивированными макрофагами противовоспалительных цитокинов ФНО и ИЛ-1 или стимулировать их при исходной недостаточности(4,6). При этом Сэлвирин способен восстановить угнетенную фагоцитарную функцию макрофагов и нейтрофилов и следовательно, противоинфекционную защиту. Одновременно восстанавливается антигенпредставляющая функция макрофагов, активируются процессы репарации поврежденных тканей, купируются клинические симптомы интоксикации, восстанавливается адекватное функционирование иммунной системы. Весьма важным, на наш взгляд является выраженное противовоспалительное действие Сэлвирина, что выгодно отличает его от стимуляторов иммунитета для которых характерны выраженные противовоспалительные осложнения(7). Кроме того, в отличии от кортикостероидов и нестероидных препаратов противовоспалительных препаратов, Сэлвирин не только не оказывает повреждающего действия воздействия на желудочно –кишечный тракт, но напротив обладает противоязвенными свойствами. Препарат также обладает выраженными антиоксидантными свойствами даже в условиях оксидантного стресса(3).

Клиническая апробация препарата наиболее широко проведена при кишечных инфекциях, фурункулезе, герпесе, постхирургических гнойно-септических осложнениях, бронхите, туберкулезе, при лечении язвенной болезни желудка, неспецифического язвенного колита, послеоперационной терапии у больных распространенными формами острого перитонита, при проведении химиотерапии у больных диссеминированным раком молочной железы, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, миоме матки, заболеваниях пародонта, лечении рассеянного склероза (5). Положительные данные были получены при использовании Сэлвирина в качестве монотерапии у онкологических больных 4-ой стадии, лечившихся в одном из немецких хосписов(4).

Накопленные результаты создают предпосылки для дальнейшего проведения клинических испытаний Сэлвирина как корректора противоопу-

холевого иммунного ответа и для расширения области применения в онкологии. На основе вышеизложенного представлялось целесообразным изучение в клинических условиях влияния Сэлвина на иммунный статус больных раком легкого, чему и посвящена данная работа.

Материалы и методы Проведен анализ иммунного статуса 61 больного с первично установленным до хирургического лечения диагнозом «немелкоклеточный рак легкого, стадия II А-III А подтвержденный данными гистологического и цитологического исследований.

Работа проводилась на основе требований и стандартов международных клинических исследований лекарственных средств «Качественная клиническая практика» позволяющих регулировать проведение клинических исследований, обеспечивая надежность полученных результатов.

Все больные методом рандомизации были разделены на группы. Рандомизация проводилась по году рождения и делилась на (№1 и №2) группы. Препарат для обеих групп поставлялся в виде белого порошка во флаконах по 100 мг. Первая инъекция проводилась после завершения обследования, подтверждения возможности хирургического лечения. Препарат применяли в дозе 100 мг – в день в течении 3 дней до хирургического вмешательства и в течении 2 дней после операции и далее каждые 3 дня до 51 суток после операции. Ни пациент, ни врачи не знали до окончания работы в какой из серий препарата находился Сэлвин, а в какой плацебо. По окончании исследования конверты с данными были открыты и оказалось, что препарат серии первой группы - Сэлвин, а второй группы –это плацебо. Таким образом, названные нами по номерам группы больных – группа №1 и группа №2 в дальнейшем будут называться группой Сэлвина (основная) и группа плацебо(контрольная).

Статистическая значимость различий в группах по возрасту не была отмечена : средний возраст основной группы составил 61,3±2.7., контрольной составил 59.5 ±3,4. В зависимости от распространенности процесса хирургическое вмешательство производилось в различных объемах, однако частота применения операций не различалась. В основной группе было выполнено 21 пункционэктомий и 10 лобэктомий ,а в контрольной группе 17 пункционэктомий и 10 лобэктомий. Соответственно группы больных были примерно идентичны как по возрасту, так и по объему вмешательства.

Результаты исследований и их обсуждение. В данном исследовании иммунный статус пациентов в обеих группах оценивался до начала введения препаратов, на 1-е сутки и 51 –е сутки после операции. Сравнительному анализу подвергались абсолютное и относительное содержание в периферической крови следующих популяций иммунокомпетентных клеток:

-Т-лимфоциты-(CD3) (связан с антигенраспознающим рецептором Т лимфоцитов)

-Т-хелперы /индукторы (CD4) (присутствуют на Т – хелперах), обеспечивая их взаимодействия с макрофагами.

-Т-цитотоксические - (CD8) (присутствует на всех В – лимфоцитах)

-В – лимфоциты - (CD20) (присутствуют как на всех лимфоцитах, а так же на цитотоксических Т - лимфоцитах.)

Показатели гуморального иммунитета определяли по уровню основных классов сывороточных иммуноглобулинов в сыворотке крови: Ig G - функция его такова- нейтрализация антигенов, разрушение бактерий, гемолиз.

Ig- A-нейтрализация антигена, защита от чужеродных агентов на уровне слизистой.

Ig-M-нейтрализация антигенов, их агглютинация, разрушение бактерий, гемолиз, антитела первичного иммунного ответа, антигенраспознающий рецептор В – лимфоцитов.

При сравнительном анализе результатов иммунологического исследования у всех пациентов непосредственно перед началом лечения выявляли значительное снижение относительного содержания CD3, CD4, CD8, CD20. лимфоцитов.

В основной группе больных получавших Сэлвирин непосредственно перед операцией абсолютное содержание лимфоцитов в среднем составляло 2400±190 кл/мкл крови, что не отличалось от средних значений показателей больных контрольной группы (2210±157 кл/мкл). Относительное содержание субпопуляций лимфоцитов представлено в таблице 1.

Таблица № 1

Изменение субпопуляций лимфоцитов у пациентов основной группы

Показатель	CD 3	CD4	CD 8	CD20
Норма	60- 75	35 – 46	26-37	5-15
До лечения	50,4 ±4.4	41±4.5	14.5±4.9	5.4±4.2
1-й день после операции	51.3 ±3.7	32±3.7	13.5±4,3.	3,2±1.5.
51-й день после операции	68.3±3.7	36.5.±4.5	18.7 ±3.7	5.7±1.5

($p < 0,05$) различия с результатом до лечения

На первые сутки после хирургического вмешательства у пациентов основной группы получавших Сэлвирин, как и в группе получавших плацебо наблюдали отсутствие существенных изменений в соотношении фенотипов клеток по сравнению с исходными данными.

При исследовании иммунного статуса на 51 - сутки после оперативного вмешательства были в то же время, выявлены существенные изменения. Так , зарегистрировано значительное увеличение относительного и абсолютного содержания НК-клеток (CD16) и нормализация других субпопуляций лимфоцитов в среднем по группе (табл.2). При этом нормализация показателей отмечена у значительной части больных данной группы CD3- у 28 больных (90,3%), CD4- у 25 больных (80,6%), CD8- у 17 больных (54,8%), CD16- у 14 больных (45,2%), CD20- у 19 больных (61,3%), HLA-DR – у 20 больных (64,5%).

При оценке уровня сывороточных иммуноглобулинов до операции у пациентов основной группы при применении Сэлвирина выявлено увеличение содержания IgA, а содержание IgM и IgG было снижено (табл.2). На первые сутки после хирургического вмешательства у пациентов основной группы, получавших Сэлвирин содержание IgA оставалось повышенным и составляло 332±10 ед, содержание же IgM и IgG продолжало оставаться ниже нормы: 122±13 ед. и 126±11 ед. соответственно.

В дальнейшем на 51 –е сутки после хирургического лечения отмечали нормализацию содержания всех групп классов сывороточных иммуноглобулинов: Ig A –у 28 больных, Ig M-у 25 больных , Ig G- у 26 больных.

Таблица № 2

Изменения в иммунном статусе у пациентов основной группы получавших Сэлвирин

Показатель	Ig A	Ig M	Ig G
Норма	110-120	150-160	140-150
До лечения	40	120	134
1-й день после операции	332+19	122+4	126+6
51-й день после операции	122 +12	141 +1	143 +6

P < 0,05 различия с результатами до лечения.

У больных контрольной группы получавших плацебо, непосредственно перед операцией абсолютное содержание лимфоцитов составило 2100+180 кл/мкл крови.

Таблица № 3

Частота нормализации иммунного статуса на 51-е сутки после операции

Показатель	Основная группа Число случаев	%	Контрольная группа. Число случаев	%
CD 3	28	90.3	6	20.4
CD 4	25	80.6	9	30.7
CD8	17	54.8	9	31.5
CD 2	19	61.3	7	36.6
IgA	25	80.6	11	10.7
IgM	28	90.3	3	24,5
IgG	26	83.7	6	65.6

В первые сутки после хирургического вмешательства у пациентов контрольной группы получавших плацебо, как и у больных основной группы (получавших Сэлвирин) наблюдали увеличение дефицита относительного содержания CD –20 и CD-40 лимфоцитов. При сравнении этих данных с показателями иммунограмм полученных на 5 - е сутки после операции, достоверных различий средних величин значений абсолютного и относительного содержания субпопуляций лимфоцитов у больных контрольной группы по сравнению с результатами на первые сутки после хирургического вмешательства выявлено не было, на 51-е сутки после хирургического лечения отмечено достоверное снижение среднегрупповых показателей иммуноглобулинов группы А до 243+13, содержание же иммуноглобулинов группы М по сравнению с предыдущей иммунограммой ровно как и содержание группы иммуноглобулинов G, достоверно не изменилось. Однако, всего лишь у небольшого числа пациентов отмечена нормализация показателей IgA—у 4 больных , Ig M- у 6 больных, Ig G--- у 16 больных.

При анализе содержания сывороточных иммуноглобулинов до операции у пациентов контрольной группы, получавших плацебо, так же как и в основной группе больных получавших Сэлвирин ,отмечено значительное увеличение иммуноглобулинов группы А,G и снижение иммуноглобулина группы М.

Сравнение изменений показателей иммунного статуса у больных разных групп на 51 –е сутки после операции представлено в таблице 3.

Выводы.

Таким образом, применение иммуномодулятора Сэлвирин у больных раком легкого на фоне стандартной терапии сопровождается коррекцией иммунного статуса к концу курса лечения. В основной группе на 51-е сутки после операции отмечена нормализация показателей CD 3, CD4, CD 20, Ig A, Ig M, IgG у более чем 80% больных. В контрольной же группе (плацебо) нормализация многих показателей иммунного статуса на 51-е сутки отмечена менее чем у 30% больных, что говорит о явном объективном эффекте Сэлвирина как препарата с выраженным иммуномодулирующим эффектом, именно у больных с немелкоклеточным раком легкого. Препарат хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов, не токсичен.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Абелев Г.И. Моноклональные антитела // соровский образовательный журнал. -1998 _Т.1_С16-18.
2. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Современные принципы выбора лечебной тактики и возможности хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого // Новое в терапии рака легкого / Под ред. Н.И.Переводчиковой. - М., 2003.-С. 41.
3. Дейчман Г.И. Современные концепции иммунодиагностических взаимоотношений опухоли и организма // Опухолевый рост как проблема биологии развития. -М.: Наука, 1979.-С. 208-230.
4. Иммунодолирующие и противовоспалительные свойства препарата галавит // Галавит, клиническое использование и механизмы действия. -М., 2003.-С.14.
5. Рассказчикова Е.С. Иммунотерапия лейкинфероном в комплексном лечении больных раком молочной железы и яичников: Дисс. ... канд. мед. наук.-М., 2003.-С.14.
6. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология.-М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.-С. 13.
7. Мехтиев А.А. Клинические аспекты иммунодефицитных состояний \ \ М.Наука, Медицина. 1999.-С-12-15. Баку.

X Ü L A S Ə

AĞCIYƏRİN KİÇİK HÜCEYRƏLİ OLMAYAN XƏRÇƏNGİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ SELVİRİN İMMUNOMODULYATORUNUN İSTİFADƏSİ İLƏ ƏLAQƏDAR İMMUN GÖSTƏRİCİLƏRİN DƏYİŞİLMƏSİ

Səfərov Z.A., Quliyeva T.S., Mehdiyev A.A., Qasimov N.V.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji Klinikası.

Azərbaycan Elmlər Akademiyasının A.İ.Qarayev Adına Fiziologiya İnstitutu.

Beləliklə, ağciyər xərçəngi olan xəstələrdə standart terapiya fonunda Selvirin immunomodulyatorunun istifadəsi müalicə kursunun sonunda immun statusun korreksiyası ilə müşayiət olunur. Əsas qrupda əməliyyatdan 51 sutka sonra 80%-dən çox xəstələrdə CD 3, CD4, CD 20, Ig A, Ig M, IgG göstəriciləri normaya düşmüşdür. Nəzarət qrupunda (plasebo) isə 51-ci sutkada bir çox immun status göstəricilərinin normalizasiyası 30% xəstələrdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da Selvirin preparatının ağciyərin kiçik hüceyrəli olmayan xərçəngi olan xəstələrdə obyektiv effektini sübut edir. Preparat orqanizm tərəfindən rahat qəbul olunur, əlavə təsirləri yoxdur, toksik təsir göstərmir.

SUMMARY

SELVIRIN-INDUCED CHANGE OF IMMUNOLOGIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH NON-SMALL LUNG CANCER.

Safarov Z.A., Guliyeva T.S., Mehdiyev A.A., Gasimov N.V.
Oncological clinic of the Azerbaijan Medical University.
A.I. Karaev Institute of Physiology, Academy of Sciences of Azerbaijan.

Thus, application of an immunomodulator Selvirin at patients with cancer of a lung against standard therapy is followed by correction of the immune status by the end of a course of treatment. In the main group for the 51st day after operation normalization of indicators of CD 3.CD4.CD 20, Ig A, Ig M, IgG in more than 80% of patients is noted. In control group (placebo) normalization of many indicators of the immune status for the 51st day is noted at less than in 30% of patients that speaks about obvious objective effect of Selvirin as a preparation with the expressed immunomodulatory effect, in patients with a non-small cells lung cancer. The preparation is well tolerated, doesn't cause side effects, isn't toxic.

Daxil olub: 16.02.2014.

**LAPAROSKOPIK XOLESISTEKTOMIYA ZAMANI MONOPOLYAR
ELEKTROKOAQULYASIYA VƏ HARMONİK ULTRASƏS
SKALPELİNDƏN İSTİFADƏNİN NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ
XARAKTERİSTİKASI**

Qasımov N.A., Məmmədov A.M.

Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin I Cərrahiyyə kafedrası.

Giriş. Kəskin və xroniki xolesistit qarın boşluğu cərrahiyyəsinin ən çox rast gəlinən xəstəliklərindən biridir və meydana çıxma tezliyinə görə kəskin appendisitdən sonra ikinci yerdə durur [1]. Eyni zamanda kəskin xolesistit irinli intraoperasion və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları ilə qarın boşluğunun digər cərrahi xəstəliklərindən fərqlənir [2]. Müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə, kəskin xolesistitin ağırlaşmalarına xəstələrin 65-70%-də rast gəlinir. Laparoskopik xolesistektomiya kalkulyoz xolesistitin müalicəsində baş verə biləcək ağırlaşmaları azaldan vasitə hesab olunur [1,5]. Endovideocərrahi metodların yerinə yetirilməsində elektrokoaqulyasiya dominant mövqe tutur, digər disseksiya və hemostaz üsullarından isə az istifadə olunur [4, 6].

Hazırkı dövrdə laparoskopik xolesistektomiya zamanı monopolyar elektrokoaqulyasiya daha çox tətbiq olunmaqdadır. Bu koaqulyasiya metodunun müsbət cəhətlərinə istifadəsinin sadəliyi, toxumaları yüksək sürətlə kəsmə qabiliyyəti və kifayət qədər etibarlı hemostazın əldə olunması aiddir. Bununla yanaşı, monopolyar rejimin klinik əhəmiyyət kəsb edən çatışmayan cəhətlərinə kontakt sahəsi kiçik olan və ya xəstənin bədən səthinə möhkəm təmas etməyən passiv elektrod altında yanığın meydana çıxma riski aiddir [1, 5]. Monopolyar elektrokoaqulyasiyanın heç də az rast gəlinməyən ağırlaşmalarına cəryanın

tunelləşmə fenomeni, yəni cərəyanın damarlarla, bitişmələrlə, qaraciyər-xarici öd yollarının da aid olduğu borulu törəmələrlə anormal ötürülməsi aiddir [2, 5]. Laparoskopik əməliyyatların texnologiyasının xüsusiyyətləri (elektrocərrahi metodlardan intensiv istifadə, alətlərin troakar dəliklərindən keçirilməsi, görmə məhdudluğu olan qapalı sahədə manipulyasiyalar) elektrotermiki zədələnmə riskini artırır. Buna görə də keçən əsrin 70-ci illərindən cərrahiyyədə alternativ disseksiya və koaqulyasiya üsullarından istifadə ideyası yaranmışdır [7]. Müasir cərrahi texnologiyanın inkişafı disseksiya, koaqulyasiya və toxumaların kəsilməsi üçün digər enerji mənbələrindən - xüsusən də ultrasəs skalpeldən istifadə etməyə imkan vermişdir. Lakin bu metodların istifadəsinin nəticələrinin müqayisəli təhlilinə aid məlumatlara az rast gəlinir və əsasən də ziddiyyətli fikirlər söylənir.

Tədqiqatın məqsədi. Hazırkı tədqiqatın əsas məqsədi laparoskopik xolesistektomiya zamanı intraoperasion və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə ultrasəs harmonik skalpeldən istifadə etməklə cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmaq olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin Ümumi Cərrahiyyə kafedrasında, Xüsusi Dövlət Mühafizə Xidmətinin Müalicə-diaqnostika mərkəzində, “Loğman klinikasında və “Medikal Hospital” tibb mərkəzində kəskin və xroniki daşlı xolesistiti olan 105 xəstədə icra edilmiş laparoskopik xolesistektomiyanın nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Xəstələr öd kisəsinin ayrılması və yatağının işlənmə üsullarından asılı olaraq 2 qrupa bölünmüşdür.

Birinci qrupa – öd kisəsinin ayrılması və öd yatağının işlənməsi elektrokoaqulyasiya ilə həyata keçirilmiş 49 xəstə daxil edilmişdir.

İkinci qrupa - öd kisəsinin ayrılması və öd kisəsi yatağının işlənməsi harmonik skalpel - Harmonic Ultracision (Ethicon, ABŞ) köməyi ilə həyata keçirilmiş 56 xəstə daxil edilmişdir. Ultrasəsin təsiri altında bioloji toxumalarda bir neçə fiziki hadisələr baş verir: 1) udulma; 2) rəqsin əks olunması; 3) istiliyin ayrılması; 4) rəqslərin oyanması; 5) bioloji mayelərin axınının yaranması.

Toxumaların termiki zədələnməsi minimal olur. Bundan əlavə, ultrasəs skalpeli xəstənin bədənindən elektrik cərəyanının keçməsinə nəzərdə tutmur ki, bu da implantasiya olunmuş ritm sürücülərinin olması zamanı xüsusilə vacibdir. Harmonik skalpelin əsas təsiri ultrasəsdir. Hemostatik təsir 50°C-dən 100°C-yə qədər olan temperaturda əldə edilir. Bu zaman damarların mənfəzi koaqulyasiyaya uğrayan zülallarla tıxanaraq tutulur, elektrik və lazer alətlərdən istifadə etdikdə isə koaqulyasiya 150°C-dən 400°C-yə qədər temperaturda baş verir. Bu zaman toxumaların quruması və oksidləşməsi, qanaxan zonanı örtən qartmağın əmələ gəlməsi baş verir [5]. Skalpelin qarmağının orijinal konfigurasiyası diametri 4-5 mm-ə qədər olan damarları koaqulyasiya etməyə imkan verir. Ultrasəs skalpelinin köməyi ilə hemostazla eyni vaxtda toxumaların kəsilməsi həyata keçirilir.

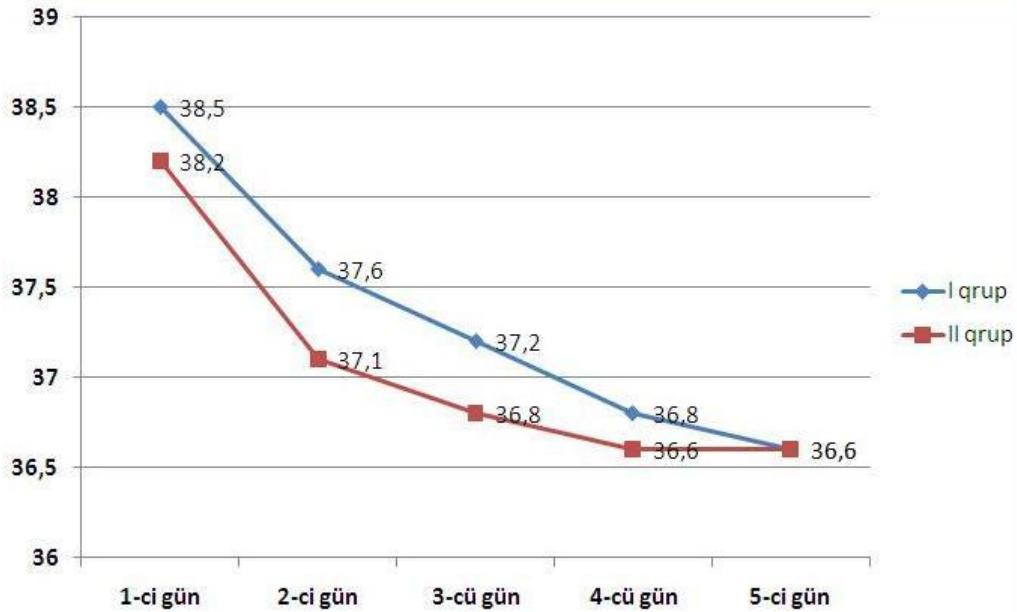
Laborator müayinələrə qanın ümumi analizi, sidinin ümumi analizi, ümumi, birləşmiş və sərbəst bilirubin, ALT, AST-nin, amilazanın, kreatininin və sidik cövhərinin, ümumi zülalın səviyyəsini təyin etmək daxil edilmişdir. Bütün xəstələrdə əməliyyata qədərki və əməliyyatdan sonrakı dövrdə qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi, standart elektrokardiografiya həyata keçirilmişdir. Laparoskopik xolesistektomiya 14 mm.c.süt.-na qədər təzyiq altında pnevmoperitoneum şəraitində, ümumi qəbul edilmiş metodika üzrə 4 nöqtədən icra edilmişdir. Əməliyyatı yerinə yetirmək üçün “Carl Storz” (Almaniya) firmasının endoskopik dayağı və alətlərindən istifadə olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Elektrokoagulyasiya ilə müqayisədə ultrasəs skalpelindən istifadə edərkən qarın boşluğunda tüstünün toplanması az baş vermişdir. Ultrasəs skalpelinin köməylə xaric olunan öd kisəsi yatağında heç bir halda əlavə hemostaza ehtiyac olmamışdır. Lakin elektrokoagulyasiyadan istifadə edərkən 8 (16,3%) xəstədə öd kisəsi yatağından intensiv qanaxma olmuşdur ki, bu da əlavə hemostaz tələb etmişdir. Öd kisəsi yatağında ödemləşmiş toxumalarda monopolyar elektrod - qarmaqla işləyərkən onun təsir sahəsində çoxlu miqdarda maye olduğundan yüksək tezlikli enerjini optimal diapazonda istifadə etmək mümkün olmur. Toxumaların termiki zədələnmə dərinliyi 2 mm-dən 10 mm-ə qədər dəyişkən olur ki, bu da qaraciyər toxumasının əhəmiyyətli termiki zədələnməsinə, yaxud da öd kisəsi divarının perforasiyasına və onun möhtəviyyatının qarın boşluğuna tökülməsinə gətirib çıxarır [6]. İstilik enerjisinin hansı dərinliyə nüfuz etməsini proqnozlaşdırmaq həddən artıq çətin olur. Generatorun gücünün azaldılması koagulyasiyanın hemostatik effektinin zəifləməsinə və disseksiya sürətinin azalmasına gətirib çıxarır [1].

İnfiltrasiyaya uğramış toxumalarda qarmaqşəkilli monopolyar elektrodla işləmənin sürəti azalmışdır və bu zaman hemostatik effektin azalması ilə əlaqədar olaraq elektrocərrahi generatorun gücünü artırmaq lazım gəlmişdir. Əməliyyatın gedində alətin işçi səthinə çoxlu miqdarda koagulyasiya olunmuş toxumalar yapışaraq qalır. Buna görə də perivezikal infiltrat olan xəstələrdə öd kisəsinin ayrılması zamanı qarmaqşəkilli elektrodun səthinə təmizləmək məqsədilə əməliyyatı 4 -10 dəfə dayandırmaq lazım gəlmişdir ki, bu da cərrahi müdaxilənin müddətini uzatmışdır. Koagulyatorun gücünün artırılması çoxlu miqdarda tüstünün əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunmuşdur ki, bu da əməliyyat sahəsində vizual görüntünü çətinləşdirmişdir. Hər dəfə qarın boşluğundan tüstünün aspirasiyası məqsədilə əməliyyatın dayandırılması və karbon qazının insulyasiyası əməliyyatın ümumi vaxtının uzanması ilə nəticələnmişdir.

Öd kisəsinin perforasiyasına I qrupda 10 (20,4%) xəstədə rast gəlinmişdir. İkinci qrup xəstələrdə isə bu növ ağırlaşmaya təsadüf olunmamışdır. Monopolyar elektrokoagulyasiyadan istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya icra edilmiş xəstələrlə müqayisədə harmonik ultrasəs skalpelindən istifadə olunmuş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə daha erkən reabilitasiyanı, ağrı sindromunun daha erkən azalmasını qeyd etmək lazımdır. Birinci qrupda laparoskopik xolesistektomiyadan sonra stasionar müalicənin davam etmə müddəti 2 gündən 8 günə qədər olmuş və orta hesabla $4,86 \pm 1,1$ gün təşkil etmişdir. Ultrasəs skalpelindən istifadə olunmuş II qrup xəstələrdə bu göstərici 2 gündən 4 günə qədər intervalda olmuş və orta hesabla $3,34 \pm 0,23$ gün təşkil etmişdir. Elektrokoagulyasiyadan və ultrasəs skalpelindən istifadə olunan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ilk gün hipertermiya tezliyi dürüst fərqlənməmiş ($p > 0,05$) və uyğun olaraq $38,5 \pm 0,11^\circ\text{C}$ və $38,2 \pm 0,21^\circ\text{C}$ olmuşdur. Lakin sonradan I qrup xəstələrdə klinik müşahidə zamanı hipertermiya hallarına dürüstlüklə çox rast gəlinmiş və əməliyyatın ikinci günü I və II qruplarda hipertermiya göstəricisi uyğun olaraq $37,6 \pm 0,14^\circ\text{C}$ və $37,1 \pm 0,12^\circ\text{C}$ təşkil etmişdir ($p < 0,05$). Hipertermiyanın müddəti də elektrokoagulyasiyadan istifadə olunmaqla laparoskopik xolesistektomiya icra edilmiş I qrup xəstələrdə daha çox olmuşdur. Belə ki, bu göstərici I qrup xəstələrdə orta hesabla $3,45 \pm 0,56$ gün, II qrup xəstələrdə isə $2,2 \pm 0,51$ gün təşkil etmişdir ($p < 0,05$).

Müxtəlif koaqulyasion metodlardan istifadə olunmuş laparoskopik xolesistektomiyalardan sonra hərərət reaksiyasının dinamikası şəkil 1-də göstərilmişdir.



Şək. 1. Müxtəlif koaqulyasion metodlardan istifadə olunmuş laparoskopik xolesistektomiyalardan sonra hərərət reaksiyasının dinamikası

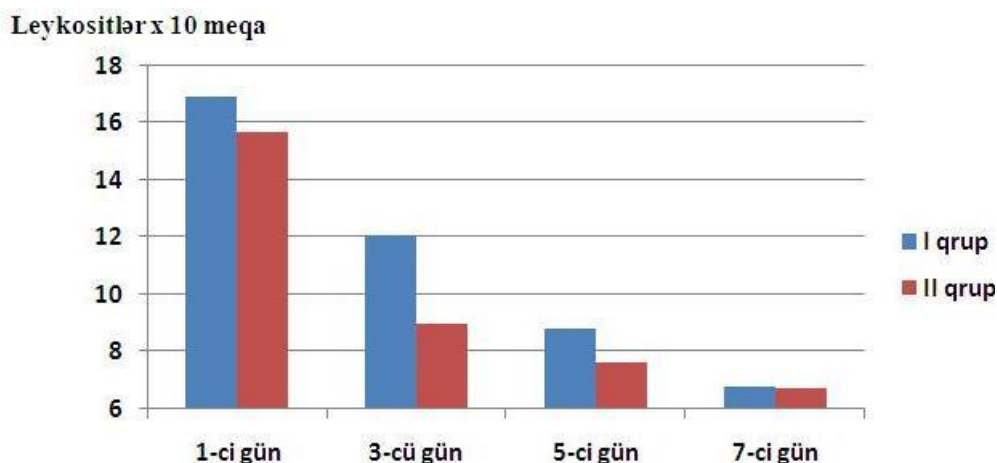
Birinci qrupa daxil edilmiş xəstələrdə öd kisəsi yatağının drenləşdirilmə müddəti II qrup xəstələrlə müqayisədə dürüstlüklə çox olmuş və orta hesabla uyğun olaraq $3,6 \pm 1,2$ və $1,9 \pm 0,31$ gün təşkil etmişdir ($p < 0,05$).

Əməliyyat olunan xəstələrin əməliyyatönü hazırlıqları zamanı qanın ümumi və biokimyəvi müayinələrində diqqəti cəlb edən kliniki əhəmiyyətə malik dəyişikliklərə rast gəlinməmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə periferik qanda leykositlərin sayındakı dəyişikliklərin müqayisəli dinamikası şəkil 2-də göstərilmişdir.

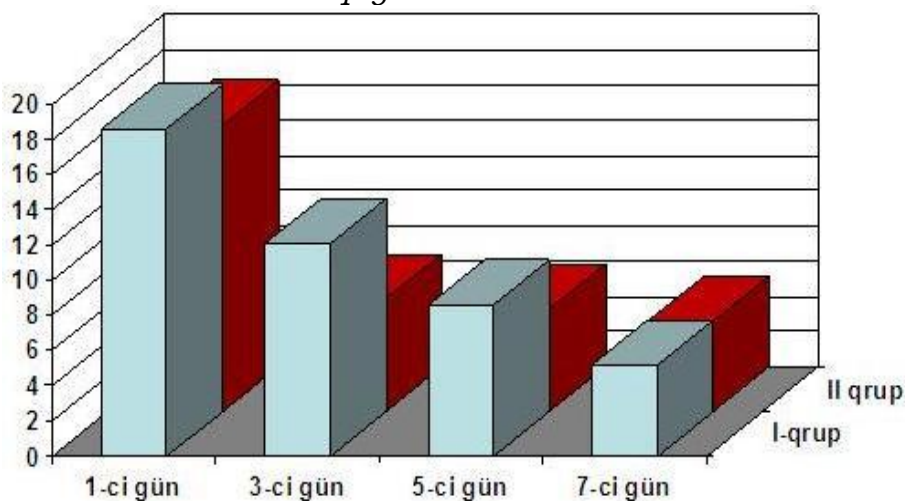
Periferik qanda leykositlərin sayının dəyişmə dinamikasını təhlil edərkən əməliyyatdan sonrakı ilk gün qruplar arasında bu göstəricidə əhəmiyyət kəsb edən dürüst fərq aşkar etməmişik. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, hər iki qrupda bu göstərici normanın yuxarı həddindən ($9,0 \times 10^9/l$) dürüstlüklə yüksək olmuş ($p < 0,05$) və I qrupda $16,9 \times 10^9/l$, II tədqiqat qrupunda isə $15,7 \times 10^9/l$ təşkil etmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 3-cü gün I və II qrup xəstələrdə leykositlərin sayında (uyğun olaraq $14,1 \times 10^9/l$ və $8,8 \times 10^9/l$) əhəmiyyət kəsb edən dürüst fərq qeyd olunmuşdur ($p < 0,05$). Bu zaman II qrupda heç bir halda leykositlərin sayı yol verilən norma həddini keçməmişdir. Birinci qrupda leykositlərin sayının norma həddinə çatmasına əməliyyatdan sonrakı 5-ci gündən başlanmışdır.

Periferik qanda çöpnüvəli neytrofillərin sayındakı dəyişikliyin dinamikası şəkil 3-də göstərilmişdir. Bu şəkildən görüldüyü kimi, klinik müşahidə aparılan hər iki qrupda əməliyyatdan sonrakı 1-ci gün çöpnüvəli neytrofillərin sayı norma göstəriciləri (8%-ə qədər) ilə müqayisədə I qrupda $18,6 \pm 1,34\%$, II qrupda isə $16,3 \pm 1,21\%$ -ə qədər artmışdır. Lakin 3-cü gündən etibarən II qrup xəstələrdə qeyd olunan göstəricinin $6,4 \pm 1,22\%$ -ə qədər azalması qeyd olunmuşdur. Bu zaman heç bir xəstədə qeyd olunan göstərici norma həddindən yuxarı olmamışdır. Lakin I qrup xəstələrdə çöpnüvəli neytrofillərin səviyyəsi əvvəlki kimi yuxarı ($12,1 \pm 2,76\%$)

qalmış və yalnız laparoskopik xolesistektomiyanın 7-ci günündə normallaşmağa başlamış və orta hesabla $5,2 \pm 1,48\%$ təşkil etmişdir ($p < 0,05$).



Şəkl. 2. Qruplar üzrə periferik qanda leykositlərin sayında dəyişikliklərin müqayisəli dinamikası



Şəkl. 3. Qruplar üzrə periferik qanda çöpnüvəli neytrofillərin sayında dəyişikliyin müqayisəli dinamikası

Elektrokoagulyasiyadan fərqli olaraq ultrasəs Harmonic skalpelindən istifadə etməklə icra edilən laparoskopik xolesistektomiyadan sonra periferik qanda daha zəif təzahür edən iltihabi reaksiya bizim fikrimizcə, ultrasəs skalpelinin təsirindən sonra öd kisəsi yatağında toxumaların iltihabi dəyişikliklərinin minimal olması ilə əlaqədardır.

Birinci qrupa daxil olan xəstələrdə əməliyyatın ilk günləri qan plazmasında aminotransferazanın aktivlik göstəriciləri normadan ($0,19$ mkmol/l-ə qədər) əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Belə ki, I qrupda qan plazmasında alaninaminotransferazanın (ALT) səviyyəsi $4,8$ dəfə artaraq $0,86 \pm 0,16$ mkmol/l, AST-nin səviyyəsi isə $4,5$ dəfə artaraq $0,72 \pm 0,17$ mkmol/l təşkil etdiyi halda, II qrupa daxil olan xəstələrdə ALT-nin səviyyəsi $0,28 \pm 0,07$ mkmol/l, aspartataminotransferazanın (AST) səviyyəsi isə $0,27 \pm 0,06$ mkmol/l olmaqla normadan uyğun olaraq $1,65$ və $1,68$ dəfə yüksək olmuşdur ($p < 0,05$). Birinci qrupda transaminazaların aktivlik göstəriciləri əməliyyatın 3-cü və 5-ci günlərində normal göstəricilərdən dürüstlüklə yüksək saxlanmaqla ALT üçün uyğun olaraq $0,74 \pm 0,18$ və $0,46 \pm 0,09$ mkmol/l, AST üçün isə $0,61 \pm 0,17$ və $0,32 \pm 0,08$ mkmol/l

təşkil etmiş və yalnız əməliyyatın 7-ci günü normallaşmışdır ($p < 0,05$). İkinci qrupa daxil olan xəstələrdə transaminazaların aktivliyinin normallaşması 4-5-ci günlərdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da I qrupda elektrokoagulyatorun istifadəsi zamanı qaraciyərin geniş termiki zədələnməsini, II qrupda isə ultrasəsin qaraciyərin funksiyasına zəif təsir etdiyini sübut edir. Birinci qrupun 2 (4,1%) xəstəsində əməliyyatdan sonrakı dövrdə drenaj vasitəsilə öd kisəsi yatağından öd sızması müşahidə olunmuşdur. İkinci qrupa daxil olan xəstələrdə bu ağırlaşmalar müşahidə olunmamışdır.

Aparılmış tədqiqat göstərdi ki, ultrasəs skalpelindən istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya zamanı xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişi daha əlverişli olur və elektrokoagulyasiyadan istifadə olunmuş xəstələrlə müqayisədə əməliyyat travmasına qarşı orqanizmin reaksiyası daha zəif təzahür edir. Ultrasəs orqanlara daha incə təsir göstərir, eyni zamanda kavitasiya, koagulyasiya, toxumaların disseksiyası yerinə yetirilir ki, bu da toxumaların nekrozunun, kiçik qan damarlarının və qaraciyərxarici öd yollarının zədələnməsinin qarşısını alır.

Beləliklə, monopolyar elektrokoagulyasiyadan istifadə etməklə icra olunan laparoskopik xolesistektomiya ilə müqayisədə ultrasəs skalpelindən istifadə olunması intraoperasion və erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayını azaltmağa imkan verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Misra M, Schiff J, Rendon G, et al. Laparoscopic cholecystectomy after the learning curve: what should we expect? // Surg Endosc. 2005;19(9):1266–71.
2. Chamberlain RS, Sakpal SV. A comprehensive review of single-incision laparoscopic surgery and natural orifice transluminal endoscopic surgery techniques for cholecystectomy. J Gastroint Surg. 2009;13:1733–40
3. Chow A, Purkayastha S, Aziz O, Paraskeva P. Single-incision laparoscopic surgery for cholecystectomy: An evolving technique. // Surg Endosc. 2010;24:709–14.
4. Tsimoyiannis EC, Tsimogiannis KE, Pappas-Gogos G, et al. Different pain scores in single transumbilical incision laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial. // Surg Endosc. 2010;24:1842–8.
5. Ersin S, Firat O, Sozbilen M. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: Is it more than a challenge? // Surg Endosc. 2010;24:68–71.
6. Duca S, Baja, Al-Haijar N, Iancu C, Puia IC, Munteanu D, et al. Laparoscopic cholecystectomy: Incidents and complications: A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. HPB (Oxford) 2003;5:152–8
7. Romanelli JR, Mark L, Omotosho P. Single port laparoscopic cholecystectomy with the Triport system: A case report. // Surg Innov. 2008;15:223–8.

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ HARMONIC И МОНОПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Касымов Н.А., Мамедов А.М.
Кафедра Общей хирургии АзГИУВ им. А.Алиева

Видеоэндохирургическое лечение острого холецистита является одной из наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии, поэтому необходимо совершенствовать способы оперативных вмешательств

при данной патологии. Проведен сравнительный анализ 105 пациентов с острым холециститом, оперированных эндоскопическим способом. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа выделения и обработки ложа желчного пузыря. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. I группа – 49 пациента, обработка желчного пузыря производилась монополярной электрокоагуляцией. II группа – 56 пациент, выделение желчного пузыря выполнялось при помощи гармонического (ультразвукового) скальпеля Harmonic. Сравнительный анализ результатов проводили на основании клинических данных, лабораторных и инструментальных исследований. Применение ультразвукового скальпеля при остром холецистите, а также осложненных формах данного заболевания, позволило улучшить результаты лечения, снизить ранние послеоперационные осложнения, ускорить реабилитацию больных после хирургического вмешательства.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, ультразвуковой скальпель.

SUMMARY

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF USE OF ULTRASONIC HARMONIC SCALPEL AND MONOPOLAR ELECTROCOAGULATION IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Gasimov N.A., Mamedov A.M.

Department of General Surgery of Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev

Visual endosurgical treatment of acute cholecystitis is one of the most actual problems of the modern abdominal surgery, therefore it is necessary to improve methods of operative treatment of this pathology. The comparative analysis of 105 patients with acute cholecystitis, operated by endoscopic method is carried out. Patients were divided into 2 groups depending on a method of gallstone separation and its bed therapy. There were not significant distinctions in sex, age, comorbidity character revealed between groups. 1 group was included – 49 patients, which gallstone bed was processed with monopolar electrocoagulation. 2 group – 56 patients, gallstone was processed by harmonic (ultrasonic) scalpel. The comparative analysis of results was carried out on the basis of clinical data, laboratory tests and instrumental examination. Application of ultrasonic scalpel for acute cholecystitis, as well as for complicated forms of this disease, allowed to improve the results of treatment, to reduce early postoperative complications, to accelerate rehabilitation of patients after surgical intervention.

Key words: acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, ultrasonic scalpel.

Daxil olub: 19.11.2014.

QARACİYƏR ABSESLƏRİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI ÜSULLARI

Bababəyli E.Y.

**Ak.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi (Azərbaycan),
Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanası (Naxçıvan),
Kocaeli Universitetinin Tibb Fakültəsi (Türkiyə)
(e-mail: b.etibar@box.az)**

Açar sözlər: KT və USM nəzarəti altında dəriarası biopsiya, punksiya-aspirasiya, drenajlanma və kateterizasiya.

Mövzunun aktuallığı: Qaraciyər abseslərinin diaqnostikası və müalicəsi cərrahi qastroenterologiyanın ən mürəkkəb problemlərindən biri hesab edilir. Son illər KT, USM nəzarəti altında və Laparoskopik üsullarla qaraciyər abseslərinin punksiya-aspirasiya, biopsiya, drenajlanması və kateterizasiyası müvəffəqiyyətlə yerinə yetirilməkdədir. [1,2,4,5,7]. Müəyyən uğurlara baxmayaraq, bu müalicə metodlarından hansının daha çox effektiv olması məsələsi müasir cərrahiyyənin aktual problem olaraq qalmaqdadır. Qaraciyər absesləri formalaşmasında, peritonitdən inkişaf edərək, portal venanın piyemiyası, xolesistitlər, xolangitlər və qaraciyərin öd yollarının iltihabı xəstəlikləri mühüm rol oynayır[1,3,6,8]. Ağırlaşmalar 12,0-27,5%-ə , Letalhq 20,7-38,2%-ə çatır (Marshall J.C., Innes M., 2007. Grimm L 2009., Gee M.S. et al., 2010., Solomkin J.S. et al., 2010. Bababəyli E. Y 2013).Qaraciyər absesi daha çox sağ payında müşahidə edilir, sağ payın ölçüsünün böyüklüyü və qan təchizatının sol və quyruqlu paylardan daha yaxşı olması ilə izah edilir [2,3,4,6,8].

Material və metodlar.Tədqiqat işində T.C. Kocaeli Universitetinin Araşdırma və Uygulama Xəstəxanasının Radioloji Anabilim Başqanlığı; Akad: M.A Topçubaşov adına ECM-nin və Naxçıvan MR Xəstəxanasının Cərrahiyyə Şöbəsində 2011-2013-cü illərdə izlənən qaraciyərin absesi olan 152 xəstəni tədqiqatı araşdırılmışdır. Xəstələr 96 (63,2%) qadın, 56(36,8%) kişi olmuşdur. Orta yaş 54,1 ± 12,9 yaş təşkil etmişdir. Xəstələr əsas və nəzarət qruplarına ayrılmışdır. Əsas qrupda 95 (62,5%) xəstələr azinvaziv metolarla, nəzarət qrupunda 57(37,5%) xəstə isə açıq üsullarla əməliyyat olunmuşdur. Qaraciyər absesinin diaqnozu KT və USM görüntüləməsində ödemlə əhatə olunmuş maye toplantısı müşahidə edilir. Qaraciyər absesinin diaqnozu klinik, laborator, anamnestik, abses boşluğundan əldə edilmiş möhtəviyyətin mikrobioloji analizləri və KTM, USM, NMRT əsasında qoyulmuşdur. Qaraciyərin abses və sistlərinin Ultrasonaqrifik görüntüləməsində 90-95% dəqiq diaqnoz qoymağa və onun yad cisimlərdən,törəmələrdən diferensasiyaya etməyə imkan verir.

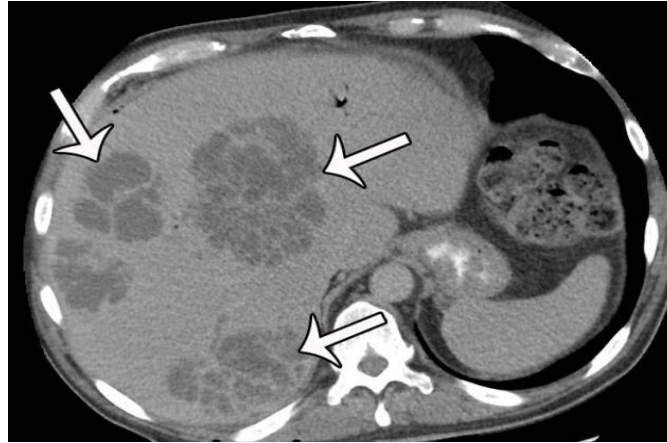
KTM daha dəqiq 98,5-99, % diaqnoz qoymağa imkan verir. **KT** görüntüləməsində qaraciyər daxilində adətən ödemlə əhatə olunmuş maye toplantısı müəyyən edilir. Abseslər həmçinin qaraciyərin şişləri və sistlərindən də fərqləndirir.

Müdaxilənin texnikası: Troakar metodla 8-fransız markalı yan əyri gövdəsi olan Boston Scientific kateteri abses boşluğuna yeridilir. Prosedur ümumi narkoz altında və ya spinal aparılır. Optimal giriş marşrutu seçilməlidir ki, qaraciyərin və bağırsağın zədələnməsinin (deşilmənin) qarşısı alınsın. Əvvəlcə irin boşluğunun ləğv edilməsi üçün punksiya-aspirasiya, ardınca drenaj və yaxud kateter

yeridilməlidir. Kateterin xaricdə olan hissəsi dəriyə bərkidilməlidir. İynənin istiqamətləndirilməsi: İrinin absesdən evakuasiyası 18 -20 və 22 kalibrli birdəfəlik troakar iynəsinin köməyi ilə həyata keçirilmişdir.. Hər bir xəstədən alınan möhtəviyyatın antibiotiklərə həssaslığı təyin edilmişdir. Diametri 5 sm-dən kiçik olan abseslərin iynə aspirasiyası, diametri 5 sm-dən böyük olan tək abseslərin



Şək.1. Qaraciyər absesinin US müayinəsi ilə görüntüləməsi.



Şəkil-2. Qaraciyərin çoxsaylı absesləri. KT görüntüləməsi.

drenajı və boşluğun kateterizasiyası məsləhətdir. Bu cür böyük abseslərin iynə aspirasiyası çox da tövsiyə edilmir. Lakin bəzi mütəxəssislər diametri 5 sm-dən böyük olan abseslərin cərrahi yolla müalicəsinə daha çox üstünlük verirlər [1,4,7,8]. Əgər təkrar istiqamətləndirmə hər xəstə üçün maksimum 3 dəfədən artıq yerinə yetirildikdə effekt vermirsə, üçüncü cəhddə sonra bu müalicədən imtina edilməli və fasiləsiz drenaj üçün kateter daxil edilməlidir.

Nəticələrin müzakirəsi: Nəzarət qrupunda laparotomiya abses boşluqları ləğv edilərək, drenajlanmışdır. Yaranın irinləməsi 3, abses boşluğundan irin axma -2, yumuşaq toxumaların fleqmonası 3, daxili qanaxma - 4, öd sızma -3, peritonit -2, plevrit -2, pnevmaniya 2, drenajın yerdəyişməsi - 1, drenajın çıxması -2, residiv -5, ölüm 2 xəstədə müşahidə olunmuşdur. Xəstənin stasionarda qalma müddəti $19,5 \pm 4,6$ çarpayı günü olmuşdur. Əsas qrupda 1 xəstədə yaranın irinləməsi, irin axma 1, yumuşaq toxumaların fleqmonası 2, daxili qanaxma 5, öd sızma - 2, peritonit -2, plevrit -1, pnevmaniya 1, drenajın yerdəyişməsi -2, drenajın çıxması -1, residiv -3, ölüm 1 xəstədə müşahidə olunmuşdur. Xəstənin stasionarda qalma müddəti $6,2 \pm 0,6$ çarpayı günü olmuşdur. Diametrlili 5 sm və ya ondan kiçik abseslər dəriarası iynə ilə punksiya drenajlanma və kateterizasiya proseduru

birinci (N=47), ikinci (N=12) və ya üçüncü dəfədən (n=3) həyata keçirilmişdir. Diametrli 50 mm-dən böyük absesləri xəstədə birinci (N=97), ikinci (N=8) və üçüncü dəfədən (n=1) müvəffiqiyətlə aparılmışdır. Müdaxilə maksimum 2 dəfədən artıq yerinə yetirildikdə effekt vermirsə, üçüncü cəhdə müalicədən imtina edilməli və fasiləsiz drenaj üçün kateter daxil edilməlidir. Azinvaziv üsullarla proseduralar aparılan 95 xəstədən, birinci dəfədən (N=78), ikinci dəfədən (N=12) və ya üçüncü dəfədən (n=5) uğurla həyata keçirilmişdir. Hər iki qrupda aparılan əməliyyatlardan sonra müşahidə olunan fəsadların göstəricilərinin müqayisəli xüsusiyyətləri cədvəldə öz əksini tapmışdır.

Cədvəl № 1.*Qruplarda fəsadların müqayisəli nəticələri.*

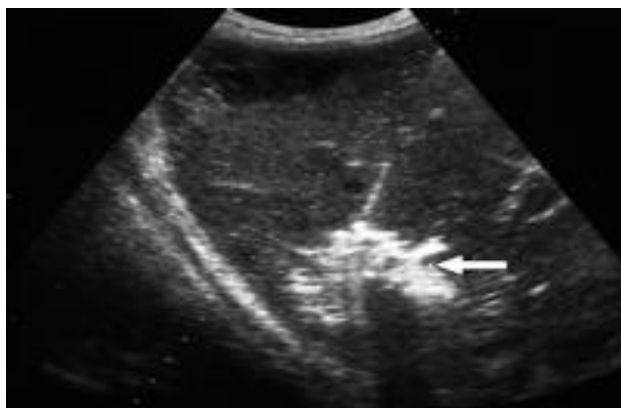
Fəsadlar	Nəzarət (n=57)		Əsas (n=95)	
	Sayı	%	Sayı	%
Abses boşluğundan İrin axması	2	3.5	1	1.05
Peritonit	2	3.5	2	2.1
Yaranın kanalının irinləməsi	3	5.3	2	2.1
Yumuşaq toxumaların fleqmonası	2	3.5	2	2.1
Öd sızması	1	1.7	2	2.1
Plevritlər	2	3.5	1	1.05
Pnevmaniya	2	3.5	1	1.05
Qanaxma	5	8.8	7	3.2
Dr. Yerdəyişməsi	1	1.7	1	1.05
Drenajın çıxması	2	3.5	2	2.1
Residiv	3	5.3	2	2.1
Letallıq	2	3.5	1	1.05
Cəmi:	27	47.4	24	25.3

Cədvəldən görüldüyü kimi nəzarət qrupda (n=57) ağırlaşmaların ümumi sayı 22(386%), residiv 3(5,3%), ölüm 2(3,5%), əsas qrupunda isə (n=95), ağırlaşmaların ümumi sayı 21(22,1%), residiv 2 (2,1%), ölüm 1(1,05 %) müşahidə edilmişdir.

Nəticələr: Hər iki qrupda müalicənin effektivlik göstəricisi xəstənin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşması, klinik əlamətlərin aradan qalxması, və əməliyyatdan sonra qalıq boşluğunun(KTM, USM) çapığının qısalması, kiçilərək tam itməsidir. Müdaxilədən sonra USM-in abses boşluğunun oxla göstərilmişdir.

Müasir dioqnostika qaraciyərin müxtəlif növ abses və törəmələrinin əməliyyatını dəqiqləşməsinə, düzgün cərrahi taktika və texnika seçilməsinə imkan verir. Bu prinsiplər əməliyyatdan sonrakı fəsadları minimuma endirməklə sağalma tezliyinin yüksəlməsinə gətirib çıxarır. Hər iki qrupda elmi tədqiqatın nəticələri müqayisəli öyrənilərək qiymətləndirilmişdir. Elmi-təcrübü tədqiqatın uzaq nəticələri aşağıdakı cədvəldə göstərilmişdir.

Cədvəldən görüldüyü kimi əsas qrupda 95 xəstədən 71 (74,7%)-ində abses boşluğu tam sorulmuş, müalicə uğurla bitmişdir, 21(22,1%) xəstədə 50-70%-dən çox, 2 (2,1%) xəstədə 20-30%-dən az, 1(1,05%) xəstədə isə dəyişiklik müşahidə edilməmişdir. Nəzarət qrupunda 57 xəstədən 25 (43,9%)-ində abses boşluğu tam sorularaq çapıqlaşmışdır, 22 (38,6%) xəstədə 50-70%-dən çox çapıqlaşmışdır, 3 (5,3 %) xəstədə 20-30%-dən az abses boşluğu kiçilmişdir, 2(3,5%) xəstədə isə dəyişiklik müşahidə edilməmişdir. Əsas qrupda sağalma $2,2 \pm 1,6$ dəfə yüksəlmiş, ağırlaşmalar $1,7 \pm 0,8$ dəfə, residiv $1,5 \pm 0,6$ dəfə, ölüm $1,2 \pm 0,4$ azalmışdır.



Şək.3. Azinvaziv üsulla abses boşluğuna müdaxilə oxla göstərilmişdir.



Şək.4. USM-in nəzarəti altında abses boşluğu müdaxilədən 3 ay sonra, qıssalmış (kiçilmiş) boşluq çapı oxla göstərilmişdir.

Cədvəl № 2.

Qruplarda aparılan elmi tədqiqatın uzaq nəticələr.

Nəticələr	Qruplar üzrə				Qiymətləndirmə
	Nəzarət (n=57)		Əsas (n=95)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sağalma	25	43.9	71	74.7	Yaxşı
Ağırlaşma	22	38.6	21	22.1	Kafi
Residiv	3	5.3	2	2.1	Qeyri kafi
Ölüm	2	3.5	1	1.01	Pis

Qaraciyərin irinli abseslərinin Laparoskopik KT və US nəzarəti altında iynə ilə dəriarasi biopsiyası, punksiya-aspirasiyası, drenajlanma və ya kateterizasiya üsulu, açıq drenajlanma metoduna nisbətən olduqca sadə, xəstələr üçün rahat asan, tez sağalan, maliyyə cəhətdən ucuz başa gələn səmərəli və daha çox effektivdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Бабабейли Э. Ю. Опыт применения малоинвазивных хирургических вмешательств при лечении абсцессов печени. "Хирургия".-Баку. -2013. -№1. с.83-89.

- 2.Zerem, E., A. Hadzic Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess // AJR. 2007. - Vol. 189. - P. 138-142.
- 3.Евдокимов Е.Ю.Лечебно диагностические вмешательства под контролем ультразвука у больных с послеоперационными гнойными осложнениями: Дис...канд.мед.наук.- Красноярск, 2003.-298 с.
- 4.Тан Ю.М., Чанг А.Ю., чау-РК и соавт. Оценка хирургического и чрескожное дренирование для гнойных абсцессов печени размером более 5 см. // Энн Surg 2005 , 241 : 485 -490.
- 5.ВайнерЮ.С. Лечение абсцессов брюшной полости с использованием малоинвазивных методик под ультразвуковым контролем / Сборник тезисов научно-практической конференции по чрескожным и внутрипросветным эндоскопическим в хирургии. М.,2010-с.48-49.
- 6 . Биопсия печени. Учебно-методическое пособие. Под редакцией проф. И.В. Маева.- 2002.- М.:ГОУ ВУНМЦ,- 28 с.
- 7.Bababəyli E.Y. Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonrakı absesləri zamanı azinvasiv müdaxilələr.Az.T.M . Bakı 2014. 1. s: 126-130.
- 8.Zerem, E., A. Hadzic Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess // AJR. 2007. - Vol. 189. - P. 138-142.

РЕЗЮМЕ

МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Бабабейли Э.Ю.

Научный Хирургический Центр им ак.М.А.Топчубашова(Азербфйджан),
Нахчыванская Автономно-Республиканская Больница (Нахчыван),
Медицинский Факультет Коджэльского Университета (Турция)

В исследовательской работе проведен научный анализ результатов лечения 152 больных с абсцессами печени за период с 2011-2013 гг. Больные выделены на основную и контрольную группы. Проведен сравнительный анализ результатов после операции 95 (62,5%) больных основной и 57 (37,5%) контрольной группы. В контрольной группе выполнены открытые операции, а в основной группе с применением малоинвазивных меодов. В результате исследований пришли к выводу о том, что метод чрескожной инъекционной аспирации, дренирования и катетеризации под контролем УЗИ и КТ исследования по сравнению с методом открытого дренирования является более простым, несложным для больных, с коротким койко-днями, с финансовой точки зрения дешевым и эффективным методом.

Ключевые слова: чрескожная биопсия, пункция-аспирация, двенирование и катетеризация под контролем КТ и УЗИ.

SUMMARY

METHODS OF THE IMPROVEMENT OF THE SURGICAL TREATMENT ABSCESS LIVER

Bababeyli E.Y.

Scientific Surgical Center by ac.M.A.Topchubashov (Azerbaijan),
The Nakhchivan Autonomous-Republican Hospital (Nakhchivan),
Medical Faculty of Kojaeli University (Turkey)

In exploratory work is organized scientific analysis result treatments 152 sick with abscess liver for period with 2011-2013yy. Sick are chosen on the main and cheking group. The Organized benchmark analysis result after operation 95 (62,5%) sick main and 57 (37,5%) of the cheking group. In cheking group are executed opened operations, but in the main group – with using small invasive

methods. As a result of studies came to conclusion about that method through skin injection aspirasiya (аспирации), drenaj and kateterization under cheking TIE and KT studies in contrast with method open drenaj is more simple, uncomplicated for sick, with short berth-days, with financial standpoint cheap and efficient method.

The keywords: through skin biopsy, puncture-aspiration, drenaj and kateterization under cheking KT and US.

İşin məqsədi: Azin vaziv müdaxilələri tətbiq etməklə qaraciyərin absesləri olan xəstələrin müalicələrinin nəticələrini yaxşılaşdırılmağı qarşımıza məqsəd qoymuşuq. Vaxtında müasir metodların tətbiqi qaraciyər abseslərinin müalicə nəticələrini xeyli yaxşılaşdırılmasına səbəb olur.

Daxil olub: 13.10.2014.

BÖYRƏKLƏRİN PATOLOGİYASI OLAN HAMİLƏ QADINLARIN UŞAQLIQ ARTERİYALARINDA QAN AXINININ DOPLEROMETRİYASI YOLU İLƏ MAMALIQ AĞIRLAŞMALARININ YARANMASI RİSKİNİN PROQNOZLAŞDIRILMASI

Bağirova H.F., Qədimova Ş. H.

Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı şəhəri.

Ключевые слова: доплерография, маточные артерии, акушерские осложнения, патология почек

Açar sözlər: doplerografiya, uşaqliq arteriyaları, mamalıq ağırlaşmaları, böyrəklərin patologiyası
Key words: dopplerography, uterine arteries, obstetric complications, kidney pathology

Hamilə qadınlarda estragenital patologiyalar arasında böyrəklərin və sidik-ifrazı yollarının xəstəlikləri ürək-damar sisteminin xəstəliklərindən sonra ikinci yerdə durur və həm ana, həm də döl üçün təhlükə təşkil edirlər. Preeklampsiya da erkən vaxtda işkişaf edir və ağır keçir, çox vaxt özbaşına düşüklər, vaxtından əvvəl doğuşlar, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, dölün bətdaxili yoluxması, dölün hipotrofiyası və xronik hipoksiya, uşaqların vaxtından əvvəl doğulması, ölü doğulmalar baş verir. Öz növbəsində hamiləlik böyrək patologiyasının yaranmasına, yaxud böyrəklərin hamiləliyə qədər latent keçən xronik xəstəliklərinin kəskinləşməsinə təkan verə bilər [1, 2, 3, 4].

Hamilə qadınlarda böyrəklərin xəstəliklərinin (onlar hamiləliyin, doğuşların nəticəsinə və yenidoğulmuşların sağlamlıq vəziyyətinə əhəmiyyətli təsir göstərir) artması meyli xəstələrin bu qrupuna göstərilən müalicəvi-diaqnostik yardımın keyfiyyətinin və həcmnin öyrənilməsinə yönəldilmiş müayinələrin aparılması zərurətini yaratmışdır.

Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına əsasən, son onillikdə yenidoğulmuşların erkən neonatal dövrdə xəstələnməsi səviyyəsi artmışdır, bu zaman doğulduqda onların sağ qalması ilə bədən çəkiləri arasında kəskin asılılıq izlənilir [5, 6, 7]. Bu, adekvat müalicə-profilaktik yardımın vaxtında göstərilməsi məqsədilə mamalıq ağırlaşmalarının, o cümlədən vaxtından əvvəl baş verən doğuşların (xüsusilə ekstragenital patologiyaları olan qadınlarda) inkişaf etməsi riskinin proqnozlaşdırılmasının obyektiv metodlarının hazırlanması ehtiyacını yaradır [8].

Həyata keçirilən müayinələrin məqsədi böyrək patologiyası olan qadınlarda mamalıq ağırlaşmalarının inkişaf riskinin artmasının dürüst diaqnostik və proqnostik meyarlarının axtarılması olmuşdur.

Tədqiqat işinin material və metodları: Tədqiqat işində qarşıya qoyulan məqsədi həyata keçirmək üçün hazırlanmış klinik-laborator meyarların əsasında 2009-cu ildən 2013-cü illər ərzində böyrək patologiyası (BP) və hamiləliyin III trimestrində olan 17 yaşdan 39 yaşa qədər (orta yaş $27,98 \pm 5,3$) 120 qadın müayinə edilmişdir ki, onlar ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının və Ş.Ələsgərova adına 5 saylı doğum evinin bazasında müşahidə altında saxlanmışdır. Xronik hestasion pielonefrit və xronik qlomerulonefrit ilə xəstə 120 hamilə qadın müayinə olunanların əsas qrupunu (I qrup) təşkil etmişdir, kontrol qrupu (II qrup) ekstragenital patologiyası olmayan və hamiləliyi ağırlaşmamış gedişə malik 40 qadın təşkil etmişdir. Hazırkı hamiləliyin, doğuşların, doğuşdansonrakı dövrün ağırlaşmalarının statistik təhlili aparılmışdır. Sağ və sol uşaqlıq arteriyalarında (UA) qan axınının spektrləri öyrənilməklə və «VOLUSON pro» tripleks skanlama funksiyası tətbiq edilməklə uşaqlıq-cift hemodinamikasının doplerometrik müayinəsi aparılmışdır.

Sistolo-diastolik nisbət (S\d) - damar müqavimətinin bucaqasılı olmayan əmsalı (ənənəvi olaraq mamalıq müayinələrində istifadə edilir) - pik sistolik sürətin yekun diastolik sürətə nisbi həcmi qiymətləndirilmişdir ki, bu da damar divarının vəziyyətini, xüsusilə onun elastiklik xüsusiyyətini səciyyələndirir. Əldə edilmiş nəticələrin statistik işlənməsi Microsoft Excel 2007 proqramının köməyiylə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri və müzakirəsi. Həyata keçirilmiş müayinələr vaxtındanəvvəl baş verən doğuşların (10% kontrolla müqayisədə 18,3%, $p < 0,05$), preeklampsianın (0 kontrolla müqayisədə 15,8%, $p < 0,05$), ciftin hissələrinin anomaliyalarının, uşaqlıq boşluğunun əl və ya instrumental reviziyası tətbiq edilməklə sonun kənar edilməsinin (I və II qruplarda müvafiq olaraq 20,0 və 7,5%, $p < 0,05$), son dövüründə və erkən doğuşdansonrakı dövrdə hipotonik qanamaların (əsas və kontrol qruplarda müvafiq olaraq 10,8 və 2,5%, $p < 0,05$) tezliyinin dürüst artmasını göstərmişdir. Uşaqlıqda əməliyyatdan sonra yaranmış çapıqın sağalmaması (3,3%), normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması (NYCVA) kimi ağırlaşmaların tezliyinin artması meyli aşkar edilmişdir. Bəzi ağırlaşmaların, məsələn, doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları, dölyanı suların vaxtındanəvvəl axması, cift gəlişi və onun aşağı vəziyyətdə yerləşməsi, doğuş yollarının zədələnmələrinin tezliklərində qruplar arasında dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir ($p > 0,05$). Qadınlarda hər iki qruplarında uşaqlıq arteriyalarında müxtəlif dərəcəli rezistentlik zamanı mamalıq ağırlaşmalarının baş verməsinin tezliyini əks etdirən məlumatlar cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Əldə edilmiş məlumatların təhlili uşaqlıq-cift hemodinamikasının pozulması dərəcəsi və bəzi mamalıq ağırlaşmalarının, məsələn, vaxtından əvvəl baş verən doğuşlar, preeklampsiya, NYCVA, uşaqlıqda əməliyyatdan sonra yaranmış çapıqın sağalmaması tezliyi arasında düz korrelyasiya asılılığını aşkar etməyə imkan verdi. Belə ki, I qrupdan olan 22 qadınlardan (onlarda hamiləlik vaxtındanəvvəl doğuşlarla başa çatmışdır) 21-də qan axınının sürətinin doplerometrik patoloji spektrləri aşkar edilmişdir. Bu zaman onların müvafiq olaraq 5 və 3-də S/d-nin $2,4 < S/d < 3,0$ intervalında, 1 qadında isə hər 2 UA-da yüksəlməsi müşahidə edilmişdir. 6 və 7 qadında vaxtındanəvvəl baş verən doğuş fəaliyyətinin inkişaf etməsindən əvvəl S/d-nin müvafiq olaraq 3,0-dən çox birtərəfli və ikitərəfli yüksəlməsi müşahidə edilmişdir. I qrupda böyrəklərin iltihabi xəstəlikləri fonunda preeklampsiyası olan 19 hamilə qadında III trimestrdə UA-da hemodinamikanın pozulması (onların yarısından çoxunda isə – ikitərəfli) müşahidə edilmişdir. Preeklampsiyası olan 6

(31,6 %) hamilə qadında $S/d > 3,0$ olmuşdur. Analoji olaraq NYCVA 5 qadında hestasiyanın III trimestrində doplerometriya vasitəsilə bir və ya hər iki UA-da $S/d > 3,0$ yüksəlməsi ilə bərabər damar müqavimətinin artması qeydə alınmışdır.

Cədvəl № 1.

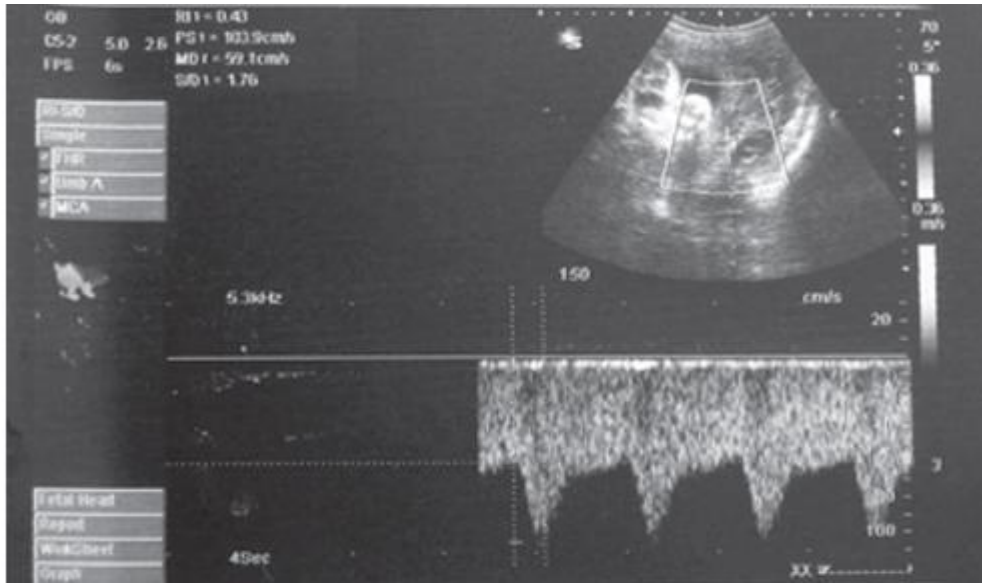
Böyrək patologiyası və uşaqlıq-cift hemodinamikasının pozğunluqları olan qadınlarda mamalıq ağırlaşmalarının tezliyi (%-lə)

Mamalıq ağırlaşmaları	Sayı		Bir UA-da $2,4 < S/d < 3,0$		Hər iki UA-da $2,4 < S/d < 3,0$		Bir UA-da $S/d > 3,0$		Hər iki UA-da $S/d > 3,0$	
	Hamilə qadınların qrupları: I (n = 120); II (n = 40)									
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Vaxtındanəvvəl baş verən doğuşlar	18,3*	10,0	4,2	-	2,5	-	5,0	2,5	5,8	2,5
Preeklampsiya	15,8*	-	4,2	-	6,7	2,5	3,3	-	1,7	-
Uşaqlıqda əməliyyatdan sonra yaranmış çapıqın sağalmaması	3,3*	-	-	-	1,7	-	-	-	1,7	-
Doğuş fəaliyyətinin zəifləməsi	3,3	7,5	2,5	2,5	1,7	2,5	-	-	-	-
NYCVA	4,2	-	-	-	-	-	3,3	-	0,8	-
Cift gəlişi	1,6	-	-	-	0,8	-	-	-	-	-
Ciftin aşağı yerləşməsi	6,6	7,5	1,7	-	0,8	-	-	-	-	-
Dölyanı suların vaxtındanəvvəl axması	16,6	20,0	5,0	5,0	2,5	2,5	0,8	-	-	-
Son (cift) və erkən doğuşdansonrakı dövrdə hipotonik qanamalar	10,8*	2,5*	0,8	-	0,8	-	-	-	-	-
Uşaqlıq boşluğunun əl ilə və instrumental reviziyası	20,0*	7,5	13,3	2,5	9,2	-	0,8	-	-	-
Uşaqlığın doğuşdansonrakı subinvolyusiyası	22,5*	5,0	2,5	-	3,3	-	-	-	-	-

*Qeyd: * qruplar arasında olan fərqlər düriüstdür ($p < 0,05$).*

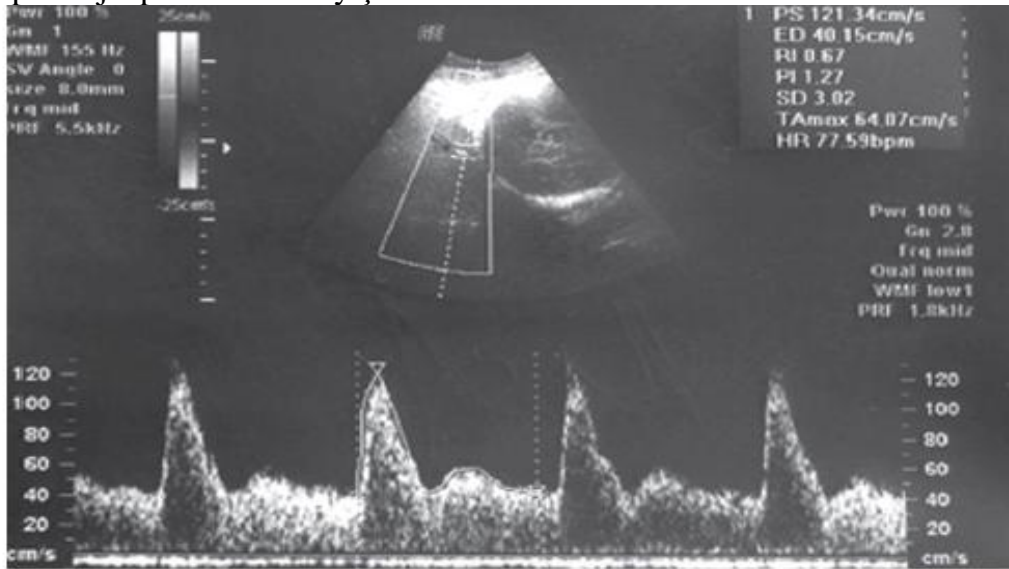
Uşaqlıqda əməliyyatdan sonra yaranmış çapıqın sağalmaması qeyd edilən 4 hamilə qadında III trimestrdə S/d -nin $3,0$ -ə qədər və daha çox yüksəlməsi ilə bərabər uşaqlıq-cift hemodinamikasının ikitərəfli pozulması aşkar edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, hamilə qadınların hər iki qruplarında baş verən ağırlaşmaların sayının hemodinamik pozğunluqların dərəcəsiindən asılı olaraq paylanması praktiki fərqlənməmişdir. Yalnız I qrupda 20 xəstədən 10-da (50%) (onlarda dölyanı suların erkən və ya vaxtındanəvvəl axması qeydə alınmışdır) hamiləliyin III trimestrinin sonunda S/d -nin $2,4 < S/d < 3,0$ intervalında yüksəlməsi şəklində uşaqlıq-cift qan dövrünün pozulması müşahidə olunmuşdur. Eynilə həmin qaydada doğuş fəaliyyətinin zəifləməsinin, sonun çatışmazlığı və uşaqlıq boşluğunun instrumental və ya əl ilə reviziyası tətbiq edilməklə hipotonik qanamaların inkişaf etməsinin proqnozlaşdırılması baxımından UA-da aparılan doplerometrik müayinə proqnostik cəhətdən səmərəsiz olmuşdur.

Şək.1-də II qrupda hemodinamik göstəricilərində dəyişikliklər olmayan hamilə qadında sağ UA-nın spektral doplerografiyası təsvir edilmişdir.



Şək. 1. Sağ UA-da qan dövrünün normal spektri. Hamiləliyin 38-ci həftəsi. Hamiləliyin və doğuşların ağırlaşmamış gedişi.

Şək. 2 sol UA-da damar müqavimətinin əmsalları yüksəlməklə ($S/d=3,02$) və diastolik dalğanın forması dəyişməklə («qozbel» diastola) bərabər qan dövrünün sürət ayrısının patoloji spektrini nümayiş etdirir.



Şək. 2. Sol UA-da qan dövrünün patoloji spektri. Hamiləliyin 36-cı həftəsi. Xronik pielonefrit. Dölyanı suların vaxtındanəvvəl axması. Vaxtındanəvvəl baş verən doğuşlar.

Təqdim olunmuş məlumatlar onu göstərir ki, bəzi patoloji vəziyyətlər, məsələn, vaxtındanəvvəl baş verən doğuşlar, preeklampsiya, uşaqlıqda əməliyyatdan sonra yaranmış çapıqların sağalmaması, NYCVA, ciftin hissələrinin anomaliyaları, son (cift) və ya erkən doğuşdansonrakı dövrdə uşaqlığın boşluğunun instrumental və ya əl ilə reviziyası tətbiq edilməklə sonun kənar edilməsi, uşaqlığın doğuşdansonrakı subinvolyusiyası böyrəklərin xəstəlikləri olan qadınlarda hamiləliyi, doğuşları və doğuşdansonrakı dövrü daha çox ağırlaşdırmışlar. Vaxtındanəvvəl doğuş fəaliyyətinin, NYCVA, preeklampsianın, uşaqlıqda əməliyyatdan sonra yaranmış çapığın sağalmaması kimi ağırlaşmaların inkişafından öncə meydana çıxan proqnostik baxımdan ən pis əlamət – hestasiyanın III trimestrində bir və ya hər iki UA-da S/d -nin 3,0-dən yüksək olması sayılır. Mamalıq klinikasında göstərilən

meyarların aşkar edilməsi uşaqlıq-cift qan dövranının subkompensasiya olunmuş pozğunluğu kimi qiymətləndirilə bilər (fetoplasentar kompleksin periferik damar müqavimətinin rezistentliyinin yüksəlməsi sayəsində) və hamilə qadına mamalıq və perinatal ağırlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə adekvat profilaktik müalicənin təyin edilməsinə göstəriş kimi istifadə edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Гадушкин А.А., Батюшкин М.М., Терентьев В.П., Горблинский Ю.Ю. Комплексная оценка сердечно-сосудистых факторов риска, как инструмент прогнозирования развития хронической болезни почек у беременных // Нефрология. – 2013.-№5. – С.49-54.
2. Мухин Н.А., Козловская Л.В., Фомин В.В., Милованов Ю.С. Исследование MDRD: значение для клинической нефрологии // Клиническая нефрология. – 2013. - № 4. – С.4-7.
3. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // СПб – 2013. – 52 с.
4. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. et al., Хроническая болезнь почек: дальнейшее развитие концепции и классификации // Нефрология. - 2007. - №4. – 7-17.
5. Gyselaers W., Mesens T., Tomsin K., Molenberghs G., Peeters L. Maternal renal interlobar vein impedance index is higher in early-than in late-onset pre-eclampsia // Ultrasound Obstet Gynecol. , 2010, № 36(1), p.69–75.
6. Bdolah Y., Karumanchi S.A., Sachs B.P. Recent advances i derestanding of preeclampsia // Review Croat MedC. , 2005, p.728–736.
7. Spaan C.C., Ekhart T., Spaanderman M.E., Peeters L.L. Reduced renal function after preeclampsia does not result from accelerated age-dependent renal function loss. Acta Obstet Gynecol Scand., 2010, № 89(9), p.1202–5.
8. Yuan L., Duan Y., Cao T. Hemodynamic changes of renal main arteries in pregnancy-induced hypertension // Eur C Obstet Gynecol Reprod Biol., 2007, № 131(1), P. 36–9.

РЕЗЮМЕ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК МЕТОДОМ ДОППЛЕРОМЕТРИИ КРОВОТОКА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Багирова Х.Ф., Кадимова Ш. Г.

Кафедра акушерства и гинекологии II Азербайджанского Медицинского Университета, г.Баку.

Приведены данные о возможностях использования ультразвуковой доплерометрии маточных артерий у беременных для прогнозирования преждевременных родов, преэклампсии, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, несостоятельности послеоперационного рубца матки. Определены численные критерии нарушения индексов сосудистого сопротивления в маточных артериях при повышенном риске развития определенных акушерских осложнений.

Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком, предшествовавшим развитию преждевременной родовой деятельности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преэклампсии, несостоятельности послеоперационного рубца матки, было повышение S/d в одной или обеих МА выше 3,0 в III триместре гестации. Выявление указанного критерия в акушерской клинике может расцениваться как субкомпенсированное нарушение маточно-плацентарного кровообращения за счет повышения резистентности периферического сосудистого русла фетоплацентарного комплекса и служить показанием к назначению

беременной адекватного профилактического лечения с целью предотвращения акушерских и перинатальных осложнений.

SUMMARY

PROGNOSIS OF RISK OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WITH DISEASES OF THE KIDNEYS USING DOPPLEROMETRY OF UTERINE ARTERIES BLOOD FLOW

Bağirova H.F., Kadimova Sh.G.

Department of Obstetrics and Gynecology II Azerbaijan Medical University

The data about the capabilities of ultrasound dopplerometry of uterine arteries in pregnant with the purpose of prognosis of premature birth, pre-eclampsia, preterm detachment of normally located placenta, incapability of the post-operative scar of the uterus are reported. The values of disturbance of the indices of vascular resistance at increased risk of definite obstetric complications were determined.

The most unfavorable prognostic sign, preceded by the development of preterm labor, premature detachment of placenta, pre-eclampsia, insolvency postoperative scar uterus was to increase S / d in one or both of MA above 3.0 in the III trimester of gestation. Identification of this criterion in the obstetric clinic can be regarded as a violation of subcompensated utero-placental blood flow by increasing the resistance of peripheral vascular bed fetoplacental complex and serve as an indication for pregnant adequate prophylactic treatment to prevent obstetric and perinatal complications

Daxil olub: 13.01.2015.

ERKƏN ZAHILIQ DÖVRDƏ HIPOTONİK QANAXMALARİ OLAN QADINLARDA APARILAN TƏDBİRLƏRİN, MAMALIQ VƏ CƏRRAHIYYƏ ƏMƏLIYYATLARIN TEZLIYI VƏ EFFEKTLIYI

Həsənova S.S., Əliyeva E.M., Əliyeva N.Ş.

ATU I Mamalıq-Ginekologiya kafedrası.

Erkən zahılıq dövrədə hipotonik qanaxmalar doğuşun, zahılıq dövrünün ən ağır fəsadlarından biridir. Hipotonik və atonik qanaxmaların etioloji səbəbləri müxtəlifdir. Bunlara:

- uzun müddətli və ağırlı doğuşlar nəticəsində mərkəzi sinir sisteminin, qadın orqanizminin yorğunluğu;
- preparatlarla korreksiya olunmayan doğum fəaliyyətinin zəifliyi;
- tez və sürətli doğuşların olması;
- doğuşun oksitosinlə stimulyasiyası zamanı;
- hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri;
- hipertoniya xəstəliyi;
- uşaqlığın anatomik natamamlığı: inkişafdan qalması, inkişaf güsurları, uşaqlığın mioması, hər hansı cərrahi əməliyyatdan sonra uşaqlıqda olan çarıqlar,

uşaqlıqda iltihabı xəstəliklər, çoxsaylı abortlar nəticəsində, uşaqlığın əzələ toxumalarının, birləşdirici toxumalarla əvəz olunması;

- uşaqlığın funksional natamamlığı: çoxsululuq, çox döllülük və iri döl nəticəsində uşaqlığın həddindən artıq gərilməsi;

- cift gəlişləri və ciftin aşağı yerləşməsi aiddir (7,8).

Təyin edilmişdir ki, hipotonik və atonik qanaxmaların müştərək bir neçə səbəbləri ola bilər. Hipotonik və atonik qanaxmaların differensiasiyasının çətinliyini nəzərə alaraq ümumi bir – hipotonik qanaxmalar terminindən istifadə edilir. Hipotonik qanaxmalarının tezliyi 2-2,5% təşkil edir (2,3,6).

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatları inkişaf edən ölkələrdə erkən zahılıq dövrünün qanaxmalarının tezliyini azaltmaq üçün vahid bir strategiya təklif etmişdir. Bu strategiyaya əsasən zahılıq dövrünün atonik qanaxmalarında addım-addım tədbirlərə riayət etməyi tövsiyyə etmişdir (1,4,5). Bu tədbirlər Haemostasis adlanır :

- H - kömək çağırmaq (Help);

- A – qan itkisinin miqdarının və həyatı parametrləri təyin etmək (Assess);

- E – qan itkisinin etiologiyasını təyin etmək və uterotonik preparatlardan istifadə etmək (Establish);

-M-uşaqlığın masajı (Massage);

-O- Oksitosin və prostaqlandinin infuziyası (vena daxili,rektal,intramuskulyar) (Oxytosin);

-S- Cərrahi əməliyyat üçün hazırlıq aparmaq (Shift);

-T – uşaqlıq daxilinə balonla tamponadası (Tamponade);

-A- B-Lynch usulu ilə kompresion tikişlərin qoyulması (Apply);

-S- Çanaq orqanlarının qan təhcizatının azalması (daxili qalça arteriyasının bağlanması) (Systematic);

-İ- radioloqun (rentgenoloqun) müdaxiləsi və uşaqlıq arteriyasının embolizasiyası (İnterventional);

-S- total abdominal histeroektamiya (Subtotal) (7,8).

Probleminin aktuallığını nəzərə alaraq hazırkı tədqiqatın məqsədi təyin edilmişdir: Erkən zahılıq dövrədə hipotonik qanaxmalar zamanı aparılan intensiv tədbirlərin və əməliyyatların tezliyinin və effektivliyinin öyrənilməsi.

Məqsədə uyğun olaraq erkən zahılıq dövrədə hipotonik qanaxması olan 100 qadında tədbirlərin mərhələ-mərhələ aparılması və effektivliyi təhlil edilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, 100 qadından 90-da (90%) qanaxma qeysəriyyə kəsiyindən sonra,10-da (10%) isə təbii doğuş yollarından olan doğuşlardan sonra müəyyən olunmuşdur.

Retrospektiv materiala əsasən qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı qan itkisinin miqdarı orta hesabla $470,0 \pm 21,5$ (350-600) ml, təbii doğuşlarda qan itkisi $300 \pm 29,3$ (150-350) ml olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, EZDHQ nəticəsində qeysəriyyə kəsiyindən sonra qan itkisinin miqdarı $556,0 \pm 26,8$ (300-2000) ml,təbii doğuşdan sonra isə qan itkisinin miqdarı $393,5 \pm 65,1$ (150-700) ml olmuşdur.

Bütün qadınlarda qanaxmanın səbəbindən asılı olmayaraq dərhal olaraq vena daxili sistemlə 500ml fizioloji məhlulda 20 TV oksitosin 10 dəq müddətində yeridilmişdir. Eyni zamanda uşaqlığın xarici masajı aparılmışdır, zahı qadınlarda arterial təzyiqi, nəbzi, diurezin miqdarı təyin edilmişdir və qanın ümumi analizi, koaquloqramması,o cümlədən qanın laxtalanma müddəti, protrombin vaxtı,

protrombin indeksi, beynəlxalq normalizə edilmiş nisbəti (İNR), fibrinogen, rekalsifikasiya müddəti, trombositlərin miqdarı təyin edilmişdir. Mütləq olaraq böyrək, qaraciyər fəaliyyətini öyrənmək üçün qanın biokimyəvi tədqiqatı aparılmışdır, o cümlədən qlükozanın, total bilirubinin, total zülalın, qalıq azotun, sidik cövhərinin, kreatinin, alanintransferazanın (ALAT), aspartattransferazanın (ASAT) miqdarı öyrənilmişdir. Laborator tədqiqatlar hipotonik qanaxmanın müalicəsinin dinamikasında aparılmışdır.

Təbii doğuşlarda vena daxili oksitosinin yeridilməsi ilə yanaşı doğuş yollarının baxışı aparılmışdır və uşaqlıq yolunun, boynunun, tramvatik zədələnmələri inkar edildikdən sonra uşaqlığın bimanual masajı aparılmışdır. Müəyyən olunmuşdur ki, 10 təbii doğuşdan 3-də ciftin uşaqlıq boşluğunda qalmış və hissələri əllə xaric edilmişdir. Alınan kütlə histoloji müayinəyə göndərilmişdir. Cift qalıqları xaric edildikdən sonra uşaqlıq yığılmış, qanaxma dayanmışdır.

Mərhələli olaraq vena daxili oksitosin yeridildikdən sonra uşaqlığın hipotonik qanaxması fonunda rektal 4 tablet 200 mkq mizoprostol yeridilmişdir və uşaqlıq daxili küretaj aparılmışdır. Davamlı olaraq diurezi qiymtləndirmək üçün sidik kisəsi daxilinə kateter qoyulmuşdur. Eyni zamanda bütün hipotonik qanaxması olan zahı qadınlara vena daxili infuzya aparılmış, kolloid, kristalloid məhlulları, eritrositar kütlə, donor qanı, plazma yeridilmişdir. Aparılan tədbirlərin, mamalıq və cərrahi əməliyyatların tezliyi və effektivliyi cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl № 1.

EZDHQ-sı olan qadınlarda aparılan tədbirlərin, mamalıq və cərrahi əməliyyatların tezliyi və effektivliyi

EZDHQ-da aparılan tədbirlər mamalıq və cərrahi əməliyyatlar	Tədbirlər, mamalıq və cərrahi əməliyyatların sayı		Aparılan tədbirlərin effektivliyi			
	müt	%	effektiv		q/effektiv	
			müt	%	müt	%
Venadaxili 500 ml fizioloji məhlul+20 TV oksitosin 10 dəq müddətində və uşaqlığın xarici masajı	100	26,7	20	20	80	45,7
Uşaqlığın bimanual masajı, uşaqlıq boynunun arxasına Лоситский tikişin qoyulması	80 (30)	21,3	30	30	50	28,6
Rektal mizoprostolun (4 tablet 200mkq) qoyulması	50	13,3	22	22	28	16,0
Uşaqlıqdaxili küretajın aparılması	28	7,5	11	11	17	9,7
Artımlarsız subtotal histerektomiya	9	2,4	9	9	-	-
Uşaqlığın total histerektomiyası	3	0,8	3	3	-	-
Konservativ miomektomiya	5	1,3	5	5	-	-
Qan və qanəvəzəci kütlənin (donor qanın, eritrositar kütlənin, kolloid, kristalloid məhlulların və plazmanın) köçürülməsi.	100	26,7	digər tədbirlərlə və əməliyyatlarla yanaşı aparılmışdır			

Cədvəl 1-də görüldüyü kimi EZDHQ-sı olan qadınlarda aparılan tədbirlərin, cərrahi və mamalıq əməliyyatlarının tezliyini və effektivliyini təhlil edərkən müəyyən olunmuşdur ki, 100 EZDHQ-si olan qadınlardan hamısına venadaxili 500 ml fizioloji məhlul + 20 TV oksitosin (4 ampul) 10 dəqiqə müddətində, sonra isə 500 ml fizioloji məhlul + 10 TV oksitosinin damcı üsulu ilə 1 saat 30 dəq. müddətində yeridilmişdir.

Eyni zamanda uşaqlığın xarici massajı aparılmışdır. Bu tədbirlər 100 xəstədən 20-də (20%) effektiv olmuş, qanaxma dayanmışdır, 80(80%) xəstədə isə qeyri effektiv olmuşdur.

Qanaxmanın sonrakı mərhələsində anesteziya altında uşaqlığın bimanual massajı (80 xəstədə) aparılmışdır və uşaqlıq boynu arxasına Лоситский tikişi 30 xəstəyə (37,5%) qoyulmuşdur. Bu tədbirlər nəticəsində 30 zahı qadında qanaxma dayanmış, 50-də (62,5%) isə qeyri effektiv olmuşdur.

Hipotonik qanaxmalarda aparılan tədbirlərin əsas mərhələlərindən biridə rektal mizoprostol tabletlərin qoyulması olmuşdur. 50 xəstədən 22-də (44%) effektiv, 28-də (56%) isə qanaxma davam etmişdir.

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı keçirən qadınların 28-nə uşaqlıq daxili küretaj aparılmışdır və 11-də (39,3%) uşaqlıq yığılmış, 17-də (60,7%) qanaxma davam etmişdir. Bu qadınların 9-da (52,9%) artımlasız subtotal histerektomiya, 3-də (17,6%) uşaqlığın total histerektomiyası, 5-də isə (29,4%) isə konservativ miomektomiya aparılmışdır. Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, bütün EZDHQ-sı olan qadınlara qan itkisində asılı olaraq qan və qan əvəzedici preparatlar köçürülmüşdür.

EZDHQ – nın ilkin müddətində laborator və biokimyəvi göstəricilər cədvəl 2 – də təqdim olunur.

Cədvəl № 2.

EZDHQ-da aparılan laborator və biokimyəvi müayinələrin nəticələri

Göstəricilər	EZDHQ-nın ilkin müddətində	Fizioloji göstəricilər
Hemoqlobin,q/l	103,0 ±1,66(52,0-136,0) ↓	120,0-140,0
Eritrositlər,10 ³ mk/l	4,02± 0,07 (1,77-5,85) ↓	3,2-5,3
Leykositlər, 10 ³ mk/l	11,2 ± 0,34 (4,1-19,4) ↑	4,4-10,0
Trombositlər, 10 ³ mk/l	233,37 ± 7,3 (103,0-379,0) →	150-350
Linfositlər, 10 ³ mk/l	1,95 ± 0,1 (0,7-9,0) →	0,9-2,8
Neytrofil, 10 ³ mk/l	8,17 ± 0,30 (1,3-16,3) ↑	1,6-6,9
EÇS ,mm/saat	29,2 ± 0,77 (10,0-50,0) ↑	2-15
Qlükoza ,mmol/l	4,7± 0,13 (3,06-7,5) →	4,2-6,4
Total bilirubin,mkmol/l	11,43± 0,92(3,4-40,26) →	3,4-20,5
Total protein,q/l	52,63 ± 1,55(10,4-74,5) ↓	66,0-88,0
Qalıq azot,mkmol/l	15,2 ± 0,49 (2,4-30,4) →	14,3-28,6
Sidik cövhəri ,mkmol/l	4,1± 0,34 (2-16,9) →	2,8-7,2
Kreatin,mkmol/l	74,63± 2,45 (42,7-189,7) →	44,0-80,0
ALT,(alanin,aminotransfereza)U/l	23,8± 4,8 (8,7-77) →	<31
AST (aspartataminotransfereza)U/l	23,0 ± 2,28 (6,8-50) →	<31

Qeyd: ↑ -fizioloji göstəricilərdən yüksək olması

↓ - fizioloji göstəricilərdən aşağı olması

→ - fizioloji göstəricilər çərçivəsində olması

Cədvəl 2-dən görüldüyü kimi EZDHQ-sı olan qadınların hemoqlobinin,eritrositlərinin,total proteininin azalması,leykositlərin,neytrofillərin, EÇS-nin fizioloji göstəricilərdən çox olması qeyd olunur.

EZDHQ-si olan qadınlarda qanaxmadan əvvəl və dinamikada aparılan tədbirlər fonunda koaquloqrammanın göstəriciləri təyin edilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 3- da öz əksini tapıb.

Cədvəl 3-dən görüldüyü kimi EZDHQ – si olan qadınlarda intensiv infuzion reanimasiyon tədbirlər fonunda protrombin vaxtının, protrombin indeksinin, fibrinogenin, statistik dürüst dərəcədə azalması, beynəlxalq normalizə edilmiş

nisbətın (İNR) isə artması qeyd olunur ($p < 0,05$). Laxtalanma vaxtının, rekalsifikasiya müddətinin artmasına baxmayaraq statistik dürüst dərəcədə dəyişilməsi təyin edilmir ($p > 0,05$).

Cədvəl № 3

EZDHQ-dan əvvəl və dinamikada koaguloqrammanın göstəriciləri ($m \pm S_e$)

Göstəricilər	Qan axmanın ilkin müddətində	Dinamikada	P
Laxtalanma vaxtı,dəq	7,85 ± 0,25 (1,45-10,35)	8,48±0,44(1,45-11,15)	>0,05
Protrombin vaxtı,san	15,91± 0,12 (8-31,7)	13,19±0,14(11,6-16,9)	<0,05
Protrombin indeksi,%	95,41± 0,73(66-105)	90,92±1,44 (35-105)	<0,05
Fibrinogen,mg/dl	388,25±5,3(125,8-585,5)	363,83±2,78 (41,6-441,5)	<0,05
Rekalsifikasiya müddəti,san	1,18±0,01 (1-1,65)	1,19±0,01(1,01-1,6)	>0,05
Trombositlər,min	237,75 ± 7,38(90-391)	222,62±10,43(4,19-439)	>0,05
Beynəlxalq normalizə edilmiş nisbət (İNR)	1,06±0,015(0,05-1,42)	1,18±0,02(0,96-1,96)	<0,05

Qeyd: P – dürüstlük dərəcəsi

Beləliklə EZDHQ –sı olan qadınların kompleks müalicəsinin aparılması müxtəlif ixtisaslı həkimlərin müştərək fəaliyyəti nəticəsində qurulmalıdır. Eyni zamanda zahı qadının vəziyyəti, hemodinamik göstəricilərin təyini,qan itkisinin miqdarının dəqiqləşdirilməsi, laborator, biokimyəvi analizlərin dinamikada təyini nəzərdə tutulur. Eyni zamanda intensiv tədbirlərin mamalıq və cərrahi əməliyyatların etaplı olaraq aparılması, effektivinin qiymətləndirilməsi vacib amillərdən biridir. EZDHQ–nin kompleks müalicəsinin effektivliyi, işin təşkilindən, tibbi personalın hazırlıq səviyyəsindən, tibbi təhcizatın təminindən asılıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Барышев Б.А. Гемодинамические кровезаменители при интраоперационной кровопотере//Рос.мед.журн., 2008, №4, с.31-35.
- 2.Ищенко А.А. Современные органосохраняющие операции на матке при гипотонических кровотечениях в акушерстве//Автореф., к.м.н., 2007, 107 стр.
- 3.Куликов А.В., Мартиросян С.В., Обоскалова Т.А. Протокол неотложной помощи при кровотечении в акушерстве// Екатеринбург, 2010, 28 с.
- 4.Литманович К.Ю., Селиванов Е.А., Дуткевич И.Г. Проблемы безопасности и эффективности гемотрансфузионной терапии// Ж., Эфферентная тер., 2004, 3, 10, с.37-47.
- 5.Серов В.Н., Соколова Ю.Ю., Федорова Т.А, Рогачевский О.В. Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери в акушерской практике//Ж., Акуш.и гин., 2005, №6, с.14-17.
- 6.Blachman M.A., Vamvakas E.C. The continuing risk of transfusion-transmitted infections.// N.Engel.J.Med., 2006, №355, p.1303-1305.
- 7.Chandrahara E., Arulkumaran S. Management algorithm for atonic postpartum haemorrhage// JPOG 2005, №31, p.106-112.
- 8.Goffinet F., Mercier F., Teyssier V., Pierre F. Postpartum haemorrhage: recommendations for clinical practice by the CNGOF//Am.J.Gynecol.Obstet. Fertil., 2005, vol.33, №4, p.268-274.

Daxil olub: 13.10.2014.

ABDOMİNAL DOĞUŞLARDA SPİNAL VƏ ÜMUMİ ANESTEZİYANIN HEMODİNAMİKANIN VƏ HUMORAL HOMEOSTAZIN BƏZİ MARKERLƏRİNƏ TƏSİRİNİN EFFEKTİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Əsədov R.M., Hacımuradova K.N.

***Bakı 1 sayılı klinik xəstəxanasının anesteziologiya və
reanimasiya şöbəsi, Ə.Əliyev ad. ADHTİ - nin anesteziologiya və
reanimatologiya kafedrası***

Kesar kəsiyi əməliyyatları zamanı cərrahi aqressiyanın qarşısının adekvat alınması, bununla bərabər ananın, dölün və körpənin təhlükəsizliyinin təmin edilməsi son dövrlərdə anestezioloji prinsiplərin əsasını təşkil edir (1, 2, 5, 6, 10, 11). Eləcə də bu əməliyyatları apararkən istifadə olunan ağrısızlaşdırma metodlarının və istifadə edilən farmakoloji preparatların çeşidlərinin düzgün seçilməsinin işlənilib hazırlanması abdominal doğuşlar üçün zəruri şərtlərdən biridir (5, 9, 12, 13). Belə ki, cərrahi əməliyyat zamanı inkişaf edən homeostatik pozğunluqlar, əməliyyatlar zamanı yaranan ağrı sindromu anesteziya metodları qarşısına xüsusi tələblər qoyur. İlk növbədə homeostaza ciddi zəiflədici təsir göstərmədən cərrahi əməliyyatın mərhələlərində adekvat neyrovegetativ müdafiəni təmin etməlidir (1, 2, 3, 6, 10, 11). Hazırda anestezioloji təminatın qarşısına qoyulan əsas tələblərdən biri kimi pasientlərin təhlükəsizliyi məsələsini (7, 8, 9, 10, 13) nəzərə alaraq cərrahiyyənin tələblərinə cavab verən optimal anesteziya metodlarının işlənilib hazırlanması vacib olaraq qalmaqdadır. Eləcə də cərrahiyyənin müxtəlif sahələrində olduğu kimi kesar kəsiyi əməliyyatlarında da geniş tətbiq edilən anesteziya metodlarının effektivliyi və təhlükəsizliyi haqqında tədqiqatçılar arasında yekdil fikir yoxdur. Hətta bir çox hallarda ziddiyyətli məlumatlara rast gəlinir.

Bütün bunları nəzərə alaraq indiki işin əsas məqsədi kesar kəsiyi əməliyyatı zamanı aparılan anesteziya metodlarının pasientlərin mərkəzi hemodinamik və humoral homeostazın bəzi göstəricilərinə təsirinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Material və metodlar. Tədqiqatlar 20 - 41 yaş həddində olan hamilələrdə Bakı 1 sayılı şəhər klinik xəstəxanasında və Ə. Əliyev adına A D HTİ – da 2011 - 2014- cü illərdə yerinə yetirilmişdir. Hamilələrdə kesar kəsiyi əməliyyatı aparılarkən onların yanaşı xəstəlikləri (dar çanaq, iri döl, dölün gəlişi, şəkərli diabet, mədə - bağırsaq sistemi xoraları, ürək – damar patologiyaları, hipertoniya, nevrozlar və s.) hamiləliyin və doğuşun sayı, hamiləliyin müddəti, ümumi fiziki vəziyyəti, əməliyyata göstəriş nəzərə alınmaqla yerinə yetirilmişdir. Anesteziyanın növündən aslı olaraq doğuş əməliyyatı aparılmış hamilələr 2 qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupa daxil olan hamilələrdə kesar kəsiyi əməliyyatı spinal anesteziya altında, ikinci qrupa daxil olan hamilələrdə kesar kəsiyi əməliyyatı ümumi endotraxeal anesteziya altında aparılmışdır. 3 – cü qrupa daxil olan hamilələrdə (nəzarət - müqayisə qrupu) normal fizioloji doğuş aparılmışdır . Əməliyyatdan əvvəl hamilələrə aparılacaq əməliyyat barədə məlumat verilmiş və razılıq alınmışdır. Eləcə də onlarda anesteziyaya başlamazdan əvvəl psixoprofilaktika aparılmışdır.

Hamilələr əməliyyata standart qaydada hazırlanmış və premedikasiya olunmuşdur.

Ümumi narkoz qəbul olunmuş metodika ilə aparılmışdır. Premedikasiya (əməliyyatdan 2 saat əvvəl H₂ blokator, 30-40 dəqiqə əvvəl isə 2 ml serukal tətbiq edilmiş), oksigen vasitəsi ilə hiperventilyasiya, giriş narkoz (kalipsol və ya tiopental Na), depolyarizasiyaedici releksantların (ditilin) istifadəsindən sonra traxeyanın itubasiyası aparılmışdır. Əsas narkoz kimi döl çıxardıqdan sonra kalipsol, relanium, promidol, fentanil, arduan istifadə olunmuşdur. Bundan sonra vena daxilində oksitosin infeksiya edilir.

Əməliyyat zamanı spinal anesteziya L₂ - L₃ və L₃ - L₄ səviyyəsində standart üsulla icra olunmuşdur. Spinal blokada zamanı əvvəlcədən 10 – 20 ml / kq kristalloid məhlulu köçürülmüşdür. Əməliyyatdan 2 saat əvvəl H₂ blokator inyeksiya edilmiş və 30 – 40 dəqiqə əvvəl isə 2 ml serukal vena daxilinə yeridilmişdir. Sonra 0,5 % - li bupivakain (markain) 3,5 ml (hiperbarik) və ya 2% - li lidokain (3 – 3,5 ml) + 0,005 % - li 0,5ml fentanil intratekal inyeksiya edilmişdir. Döl çıxarıldıqdan sonra isə vena daxilinə oksitosin inyeksiya edilmişdir.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələrinə uyğun olaraq bütün hamilələrdə anesteziya və əməliyyatın bütün mərhələlərində kompleks müayinələr aparılmışdır. Bu sıradan mərkəzi hemodinamik göstəricilər: sistolik (AT sis) , diastolik (AT dias), orta (AT orta) arterial təzyiq Korotkov üsulu ilə , ürəyin vurğularının sayı (ÜVS), bədən temperaturu, EKQ, tənəffüsün tezliyi, qanda PO₂ ilə S_p O₂ – nin monitorinqi aparılmışdır. Hemodinamik göstəricilər palatada anesteziyadan əvvəl (1 mərhələ) əməliyyat stolunda predmedikasiyadan sonra (2 mərhələ) , dölün çıxarılma anından sonra (3 mərhələ), əməliyyat qurtardıqdan sonra (4 mərhələ) öyrənilmişdir. Anesteziyanın adekvatlığını qiymətləndirmək üçün hemodinamik göstəricilərlə yanaşı 4 mərhələdə də qanda noradrenalin ,adrenalin, kortizolin və qlükozanın qatılığı təyin edilmişdir. Bu markerlərin normal səviyyəsini müəyyən etmək üçün normal fizioloji doğuşlu qadınların qanında da müayinələr aparılmışdır. Alınmış nəticələr statistik təhlil edilmiş və “t” kriteriyası müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların təhlili Aparılan tədqiqatların nəticəsində öyrənilən qruplar arasında yaş və antropometrik göstəricilərdə ciddi bir statistik fərqlər əldə edilməmişdir (cə.d. 1).

Cədvəldən görüldüyü kimi pasientlərin yaş həddi birinci qrupda 20-41 il, ikinci qrupda isə bu göstərici 19-41il təşkil etmişdir. Hamiləliyin müddəti birinci qrupda 36-41 həftə, ikinci qrupda isə 35-40 həftə arasında dəyişmişdir. Bədən temperaturunda qruplar arasında elə bir ciddi fərq (36,2⁰ – 36,7⁰) müşahidə edilməmişdir. Bədən çəkisi birinci qrupda 56-91 kq, ikinci qrupda isə bu miqdar 44-81 kq-a bərabər olmuşdur. Əməliyyatın davam etmə müddəti birinci qrupda 22-63 dəq, ikinci qrupda isə 26-68 dəqiqə arasında dəyişmişdir.

Kəsiyin aparılması ilə cə.d.1 dölün çıxarılması müddəti arasında qruplar arasında elə bir fərq müşahidə edilməmişdir və 6,0 -6,5 dəqiqəyə bərabər olmuşdur. Hamilələrin boy ölçüləri 152-173 sm arasında tərəddüd etmişdir. Doğuşların və hamiləliyin sayı birinci qrupda 26 qadında birinci hamiləlik –birinci doğuş, 16 qadında ikinci hamiləlik - ikinci doğuş, digərlərində qarışıq hamiləlik və doğuş olmuşdur. İkinci qrupda isə 18 qadında birinci hamiləlik-birinci doğuş, 4 qadında ikinci hamiləlik - ikinci doğuş, 2 qadında üçüncü doğuş üçüncü

hamiləlik olmuşdur. Müşahidəmizdə olan qadınların 44-də (64,7%) birinci hamiləlik və birinci doğuş, 20-də (29,4%) ikinci doğuş və ikinci hamiləlik olmuşdur. Göründüyü kimi ilk doğanlarda kesar kəsiyi əməliyyatı bir neçə dəfə üstünlük təşkil etmişdir. Bütün bunlara yanaşı spinal anesteziya ilə əməliyyatın aparılması 1,8 dəfə çox olmuş, bunlardan 20% təcili əməliyyat olunurlar təşkil etmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, bütün öyrənilən göstəricilər arasında etibarlılıq dərəcəsi müəyyən edilməmişdir (cə.d.1).

Cədvəl № 1.

Tədqiq olunmuş pasientlərin qruplara görə müqayisəli xarakteristikası

Spinal anesteziya	Qrup göstərişlər	Ümumi anesteziya	P
Yaş, il	20-41	19-41	> 0,05
Boy, sm	152-173	155-168	>0,05
Çəki, kq	56-91	44-81	>0,05
Hamiləliyin müddəti (həftə)	36-41	35-40	>0,05
Hamiləliyin sayı	26 (I) -16 (II) 2 qarışıq	18(I) -4(II)	>0,05
Doğuşun sayı	26 (I) -16 (II) – (II) 2 qarışıq	18 (I) -4 (II) -2(III)	>0,05
Bədən tüemperaturu	36,2 -36,7	36,2-36,6	>0,05
Dölün çıxarılma müddəti, dəqiqə	6-6,5	6-6,5	>0,05
Əməliyyatın müddəti. dəqiqə	22-63	-----	>0,05

Apardığımız tədqiqatların nəticəsinin analizləri göstərir ki, dərinin kəsilməsi və bütün növbəti mərhələlərdəki tədbirlər zamanı, eləcə də dölün çıxarılması da daxil olmaqla, pasientlər hiss etmədilər, başqa heç bir şikayət olmadı. Hemodinamik göstəricilərin öyrənilməsi göstərdi ki, o qeyri-stabil olaraq dəyişmiş və başlanğıc mərhələdən etibarlı olaraq fərqlənmişdir (cə.d.2). Eləcə də, 1-ci və 2-ci qrupların hemodinamik göstəricilərində əməliyyatın bütün mərhələlərində dürüst fərqlər müşahidə edilmişdir. Belə ki, anesteziyanın üsullarının təsirinin analizinin təhlili göstərir ki, arterial təzyiq, ürək vurğularının sayı, tənəffüsün tezliyində və s. qruplar arası fərq müşahidə edilir (cə.d.2). Ümumi anesteziya ilə kesar kəsiyi əməliyyatı aparılmış pasientlərdə ürək vurğularının sayı, AT sis, AT dias (dəri kəsildikdə və döl çıxarıldıqda) kəskin artır, uşaq çıxarıldıqdan və anelgetik tətbiq edildikdən sonra arterial təzyiq enir, ancaq birinci mərhələyə tam çatmır (cə.d.2).

Göründüyü kimi ümumi anesteziyada hemodinamik göstəricilər bir qədər yüksək olmuşdur.

Bu vaxt spinal anesteziyanın başlanğıc mərhələsində ürək vurğularının sayı 88,4 zərbə/dəq olmuşdur. Digər hemodinamik göstəricilər də dəyişir. Arterial hipertenziyaya meyillik qeyd olunmamışdır. Sonrakı mərhələlərdə də arterial təzyiqin enməsi müşahidə edilmişdir. Markain yeridilməsindən sonra təzyiqi normalaşır və başlanğıc səviyyəsindən az fərqlənir. Analoji dəyişikliklər ürək vurğularının sayında da müşahidə edilmişdir. Spinal anesteziyada 88,4 zərbə/dəq, uşaq çıxarıldıqdan sonra isə 76 zərbə/dəq olmuşdur.

Hər iki əməliyyat zamanı xarici tənəffüsün funksiyasında ləngimə əlamətlərinin qeydiyyatına rast gəlinmir, SpO₂ 99%-ə bərabər olmuşdur. Bu vaxt dölnün vəziyyəti çıxarıldıqdan 1 və 5 dəqiqə sonra ümumi qəbul olunmuş bal qiymətinə müvafiq gəlmişdir.

Qlükozanın qan plazmasındakı qatılığında qruplar arasında elə kəskin bir fəqr əldə edilməmiş və bu markerin miqdarı 5,1 -6,4 mmol/l-ə bərabər olmuşdur. Bununla yanaşı hər iki qrupda hormonal markerlərin fəaliyyəti bütün mərhələlərdə dəyişmiş, lakin ümumi anesteziyada bu dəyişikliklər bir qədər yüksək olmuşdur.

Pasientlərdə klinik arterial hipertenziya əlamətlərinə meyillik qeyd olunmamışdır.

Cədvəl № 2.

Anesteziyanın növündən asılı olaraq kəsar kəsiyi aparılmış hamilələrdə hemodinamik göstəricilərin dinamikası

Göstəricilər	Qruplar							
	Spinal anesteziya				Ümumi anesteziya			
	Müayinənin mərhələləri				Müayinənin mərhələləri			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
ÜVS, zərbə/dəq	88,4±1,1 80-91	70,1 ±1,2 61-77	76 ± 1,4 63-81	70± 1,3 60-75	92,6 ±2 85-100	96±1 90-105	95±2 91-104	85±2 80-95
AT sist mm c.st	112±1 85-120	110±2 90-115	109±3 105-120	110±1 100-120	128±3 90-150	130±2 100-140	129±1 95-145	125±2 110-140
AT dist mm c. st	80±1 73 -75	70±1 68-80	65±1 60-80	70±2 65-90	95±1 75-90	89±2 75-95	90±2 65-95	86±2 60-90
Orta arterial təzyiq mm c. st	85±2 80-100	70±1 70-80	85±2 80-95	90±1 75-95	95±2 90-110	85±2 80-95	96±3 85-100	100±2 80-100
Sp O ₂ %	99	99	99	99	99	99	99	99
Tənəffüs	16-18	16-18	16-18	16-18	16-18	16-18	16-18	16-20

Beləliklə, bizim apardığımız tədqiqatların nəticələri göstərir ki, cərrahi əməliyyatların müdaxiləsində hər hansı bir hemodinamik və hormonal pozulma müşahidə edilməmişdir. Xəstələr sakit vəziyyətdə olmuş, şikayət etməmiş və nisbi olaraq sedativ vəziyyətdə qalmışlar. Yəni, cərrahi travma pasientlərdə elə bir hemodinamiki dəyişiklik ilə müşayiət olunmamışdır. Bu isə spinal anesteziya zamanı tətbiq olunan preparatların qısa müddətli latent təsirini göstərir. Belə ki, bizim mülahizəmizə görə bu get-gedə simpatik blokun segmentar inkişafı ilə əlaqədardır. Nəticədə, ürək-damar sistemini infuzion terapiya fonuna adaptasiya olunur.

Xüsusi qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyatdan sonrakı dövrlərdə analgeziyanın yüksək effektivliyi müəyyən edilmiş, bütün fizioloji funksiyalar vaxtında bərpa olunmuşdur. Spinal anesteziyanın tətbiqi ilə əlaqədar olaraq hər hansı bir ağırlaşmalar qeyd edilməmişdir.

Alınmış nəticələrin müqayisəli təhlili göstərdi ki, spinal anesteziyanın istifadə olunması əməliyyat zonasından nosiseptiv impulsların mərkəzi sinir sistemində ötürülməsinə daha effektiv şəkildə blokada etdiyindən, orqanizmin cərrahi aqresiyaya hormonal cavab reaksiyasını əhəmiyyətli dərəcədə zəiflədir və hemodinamikanı normallaşdıraraq, nəticədə kifayət neyroveqativ müdafiə yaranır.

Beləliklə, aparılan araşdırmaların təhlili sübüt edir ki, spinal anesteziya zamanı keyfiyyətli analgeziya, optimal səviyyəli blokada və yüksək səviyyəli hemodinamik və humoral sabillik müşahidə edilir. Eləcə də spinal anesteziya abdominal doğuşlarda da yüksək effektivli və təhlükəsiz bir üsul olduğu bir daha təsdiqlənir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Aslanova A.A, Həsənova K.N., Abbasova M.T., Vegetativ sinir sisteminin tipindən asılı olaraq ümumi anesteziyanın gediş xüsusiyyətləri / ə.e.x., prof. A. Ə. Axunbəylinin anadan olmasının 70 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları, Bakı: 2008, s.52-57.
2. Антипин Д.П. Пути оптимизации спинальной анестезии при оперативном родоразрешении. Дис... канд. мед.наук, Екатеринбург, 2005, 161 с.
3. Балич Э.Я. Оптимизация на анестезиологической тактики при абдоминальном родоразрешений. Автор дис... докт. мед. наук. М.:1993, 40 с.
4. Вайнштейн Б.Д., Антипин Д. П. Опыт применения спинальной анестезии при кесеревом сечении // Вестник интенсивной терапии. 2001, № 1, с.56-59.
5. Гаджимурадов К.Н., Эфендиев Ф.Н., Аманова Ф.М. Сравнительная оценка методов обезболивания при операции кесарево сечение // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2006, №3, с.73-76.
6. Евдакимов Е.А, Лихванцев В.В, Виноградов, В.А. Безопасность больного в анестезиологии // Анестезиология и реаниматология 2009, № 3, с.4-9
7. Корячкин В.А, Старшьев В.М. Хряпа А.А. и др. Односторонняя спинальная анестезия // Анестезиология и реаниматология, 2008, №4, с.4-5.
8. Полушин Ю.С., Коростеков Ю.М, Невляев Т.Я. и др. Контролируемая пациенткой анальгезия после оперативных вмешательств в акушерстве и гинекологии // Анестезиология и реаниматология, 2010, №6, с.41-46
9. Макаров Р.А. Выбор метода анестезиологического пособия у беременных с хронической артериальной гипертензией при оперативным родоразрешении. Дис... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2011, 147 с.
10. Рязанова О.В. Влияние анестезиологии при операции кесарево сочетания на неврологический статус новорожденного. Автор дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2012, 23 с.
11. Федосенко Л.И. Регионарные блокады абдоминальной родоразрешений. Автор дис... канд. мед. наук. М, 2011, 24 с.
12. Borche M. W., Kirsey A, Hannenann T. et.al. Evaluition of test-weightening for the assessment of milk volume intake of formulated instans and its application of breastfeed infamrs // Amer.Y. Nutr, 2007,v.43, N3, p. 367-373.
13. Takahasi R. Yamada K., Yoshiyama T. el.,al. Comparision of double-segment technique with single-space technigue for cesarlam section using combinated spinal-epidural enesteziya // Masue, Yapan Y.Anecth, 1999,v.48, N1, P. 57-61.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ОБЩЕЙ И СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА И ГЕМОДИНАМИКУ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРЕШЕНИИ

Асадов Р.М, Гаджимурадов К.Н.

Работа посвящена исследованию показателей гемодинамики крови и некоторых маркеров гуморального гомеостаза при спинальной и общей анестезии во время родов. Выявлено, что при спинальной анестезии отмечается успешная анальгезия оптимальный уровень блокады, нормальной уровень гемодинамики и гуморальной стабильности. Это даёт дополнительную информацию о адекватности спинальной анестезии.

SUMMARY

THE INVESTIGATION ON THE EFFECTIVENESS TOTAL AND SPINAL ANESTHESIA FROM HUMORAL HOMEOSTASIS AND HEMODYNAMIC DURING DELIVERY

Asadov R.M., Hajimuradov K.N.

Investigation shows us the hemodynamics this of the blood and markers of humoral homeostasis by spinal and total anesthesia. During spinal anesthesia we can good analgesia, optimal levels of the block and the high level of the hemodynamic and the humoral stabilization. This analysis are very informative and adequate spinal anesthesia during delivery.

Daxil olub: 12.11.2014.

SPONTAN DOĞUŞLARIN DİNAMİKASINDA DÖLÜN VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ VƏ KƏSKİN HİPOKSIYASININ TƏYİNİ**Ağakışiyeva L.Q., Əliyeva E.M., Qaraşova M.A.*****ATU-nun I Mamalıq və Ginekologiya kafedrası***

Müasir mamalıqda hamiləliyin dinamikasında və doğuş fəaliyyəti zamanı dölün vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün xarici tokografiya metodundan istifadə edilir (7,10).

Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyin 32-34 həftəsində miokardioreflekslər yetişir, dölün ürək fəaliyyətinə təsir edən amillər formalaşır və dölün sakit və aktiv tsikli ayırd edilir. Dölün sakit dövrünün 15-30 dəqiqəni nəzərə alaraq, kardiotoqrafiyanı 40 dəqiqədən az aparılmamalıdır (1,4,5). Antenatal kardiotoqrafiyada bazal ritmi ürək ritminin dəyişməsi (variabelliy) akselerasiyaların ürək vuruşununun 1 dəqiqədə 15 və 15 dən çox artması və 15 saniyədən çox davamlılığı, sayı, deselerasiyaların sayı dölün ürək vuruşununun 15 vuruşdan davamlılığının 15 saniyədən az olması. Müəyyən olunmuşdur ki, deselerasiyalar dölün hərəkəti və uşaqlığın yığılması zamanı qeyd edilir (2,3,9). Ədəbiyyatda 3 tip deselerasiya qeyd olunur:

-Tip1 – sancı zamanı boylayan və yaxud uşaqlıq əzələsinin yığılma müddətində olan deselerasiyalarda əksər hallarda göğbək ciyəsinin kompressiyası zamanı qeyd edilir.

-Tip2 – gecikmiş deselerasiyalı. Uşaqlığın yığılmasından 30 saniyə sonra başlayan deselerasiyalar və müddəti sancı müddətindən çox olan deselerasiyaları.

Bu deselerasiyalar fetoplasentar çatmamazlığın əlaməti kimi qeyd olunur.

-Tip3 – variabel deselerasiyalar (dəyişən).

Bu deselerasiyalar dölün hərəkətindən və uşaqlıq əzələsinin yığılmasından asılı olmayan deselerasiyalar aid edilir (6,7).

Ümumdünya səhiyyə təşkilatının tövsiyələrinə görə normal kardiotoqrammanın kriteriyalarına:

-Bazal ritmin 110-150 vuruş/dəqiqə olması;

- Dölün ürək ritminin amplitudasının variabelliğin 5-25 vuruğ/dəq;
- Deselerasiyaların olmaması və yaxud sporadik, qısa olması;
- 10 dəq müddətində 2 və daha çox akselerasiyanın olması aiddir (8,10).

Qeyd etmək lazımdır ki, doğuş prosesində dölün vəziyyəti və kəskin hipoksiyasının qiymətləndirilməsi haqqında elmi məlumatlar məhduddur. Problemin aktiallığını nəzərə alaraq hazırkı tədqiqatın məqsədi təyin edilmişdir:

Tədqiqatın məqsədi spontan doğuşların dinamikasında dölün vəziyyətinin öyrənilməsi və doğuşda kəskin hipoksiyasının erkən diaqnostikası olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq 80 qadının hamiləliyin son həftələrində və doğuşun dinamikasında dölün ürək vuruğu və uşaqlığın yığılma aktivliyi təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqat zamanı hamiləliyin dinamikasında 31-32 həftədən başlayaraq dölün ürək vuruğunun vəziyyəti antenatal kardiotoqrafiya metodu ilə təyin edilmişdir. Bu müayinə metodunu aparmaq üçün qeyri-stress testdən istifadə edilmişdir, “Bionet” (İngiltərə) aparatı ilə aparılmışdır. Kağızın yazılma sürəti 1 sm/dəq olmuşdur.

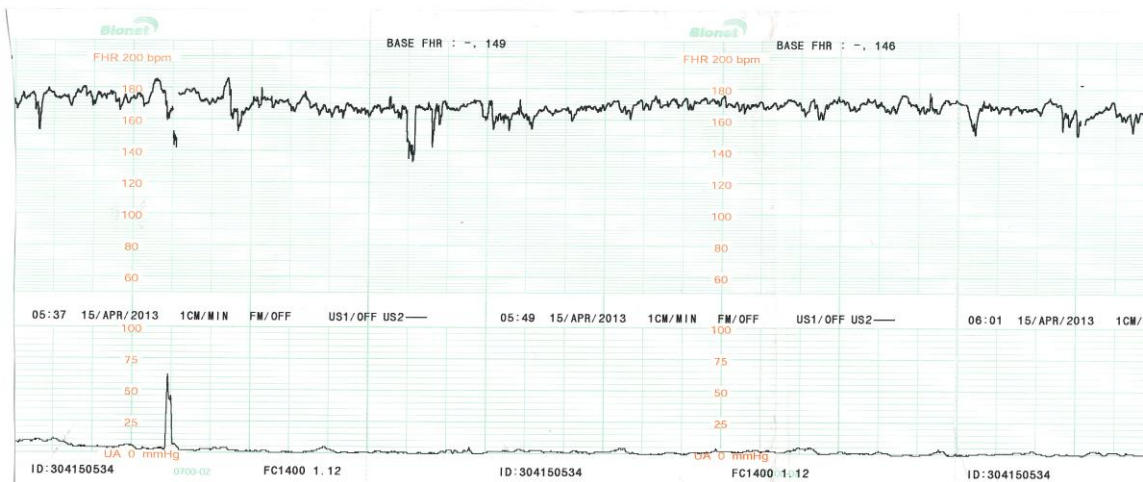
Antenatal kardiotoqrafiya zamanı asta amplitudalı akselerasiyalar toplusu göstəricisi:

- stabil ritmin ümumi davam etmə müddəti;
- asta akselerasiyaların maksimal amplitudasının stabil ritmin maksimal amplitudasına nisbəti göstəriciləri.

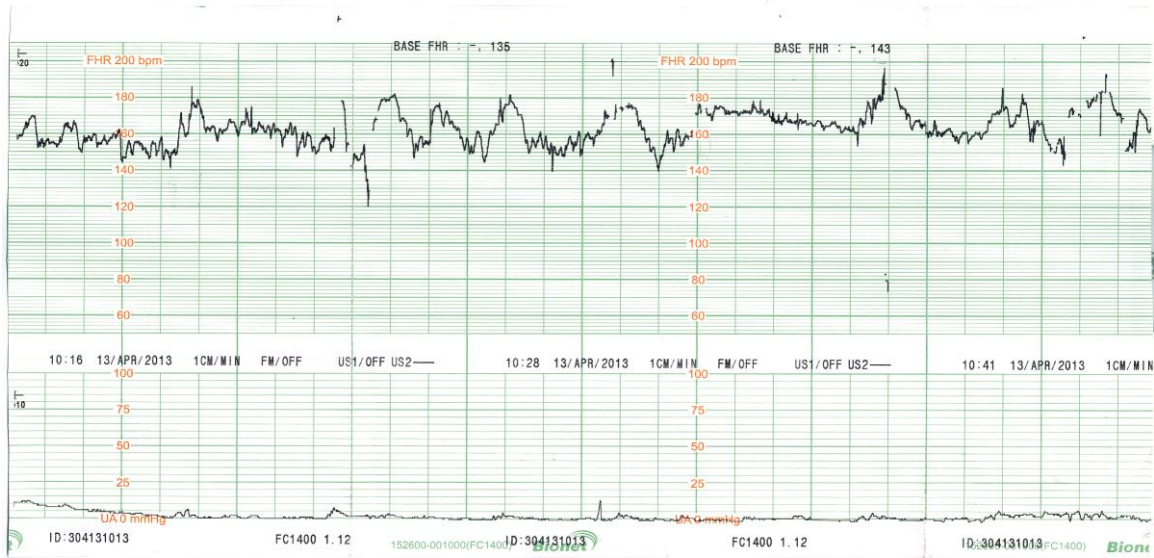
Riyazi metodla dölün vəziyyətinin göstəricisi (DVG) təyin edilmişdir.

Müəyyən olunmuşdur ki, 62 (88,6%) hamilədə dölün ürək döyünməsi fizioloji göstəricilərə uyğun olmuşdur. Ürək vuruğu $148 \pm 0,21$ vur/dəq qeyd edilmişdir. Dölün vəziyyətinin göstəricisi düsturuna görə $0,89 \pm 0,23$ qiymətləndirilmişdir.

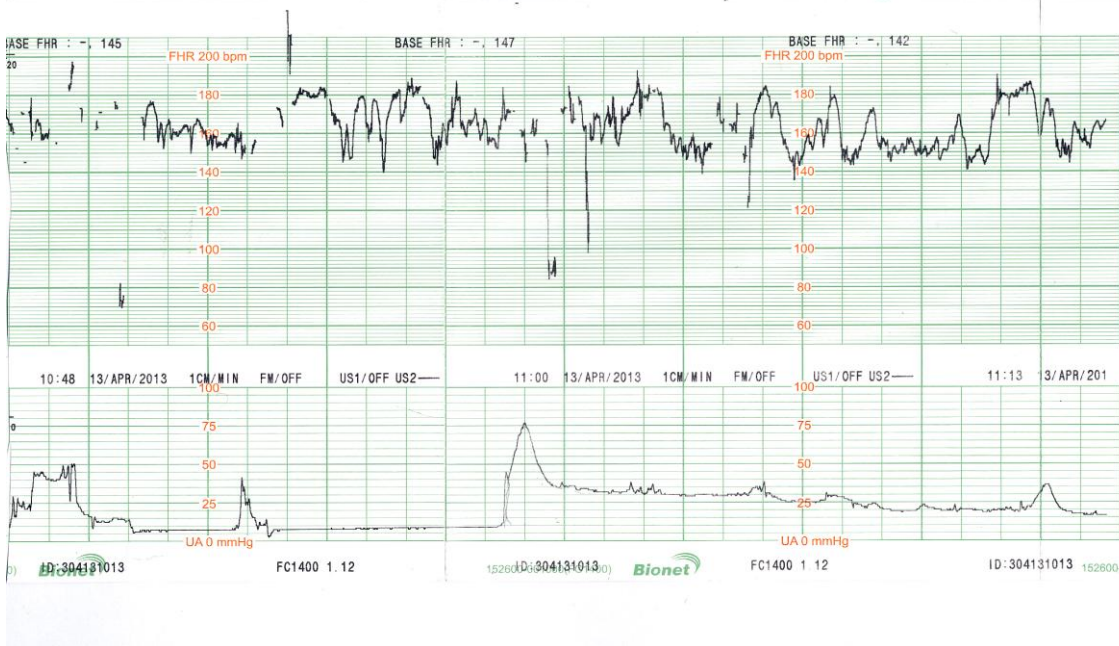
Tədqiqat zamanı 8 hamilədə (11,4%) dölün xroniki hipoksiyası qeyd edilmişdir, bu da fetoplasentar çatmamazlığının əlamətlərindən biridir. Təyin olunmuşdur ki, bu hamiləlik xroniki anemiya (3) xroniki pielonefrit (2), yüngül preeklampsiya (1), simptomuz baktənuriya ilə müşahidə edilmişdir. Antenatal kardiotoqrammanın nümunəsi şək. 1 və 2 -də təqdim edilmişdir.



Şəkil. 1. Hamiləliyin 39-40 həftəsi, dölün xroniki hipoksiyası, doğuş fəaliyyətinin olmaması.



Şəkil 2. Hamiləliyin 39-40 həftəsi, dölün xroniki hipoksiyası, göbəkciyəsinin patologiyası, doğuş fəaliyyətinin olmaması.



Şəkil 3. Hamiləliyin 39-40 həftəsi, doğuşun I dövrünün başlanması, göbəkciyəsinin patologiyası, kəskin hipoksiyanın başlanma əlamətləri (ürək vuruşununun 190 vur/dəq qalxması müşahidə edilir).

Aparılan tədqiqatda doğuşun dinamikasında uşaqlığın yığılma aktivliyi ilə yanaşı dölün ürək fəaliyyətinin vəziyyəti qiymətləndirilmişdir.

Doğuş zamanı 14 qadında (20%) dölün kəskin hipoksiyasının əlamətləri müəyyən edilmişdir. Kəskin hipoksiyasının səbəbləri göbəkciyəsinin patologiyası olmuşdur. Bu patologiyalardan:

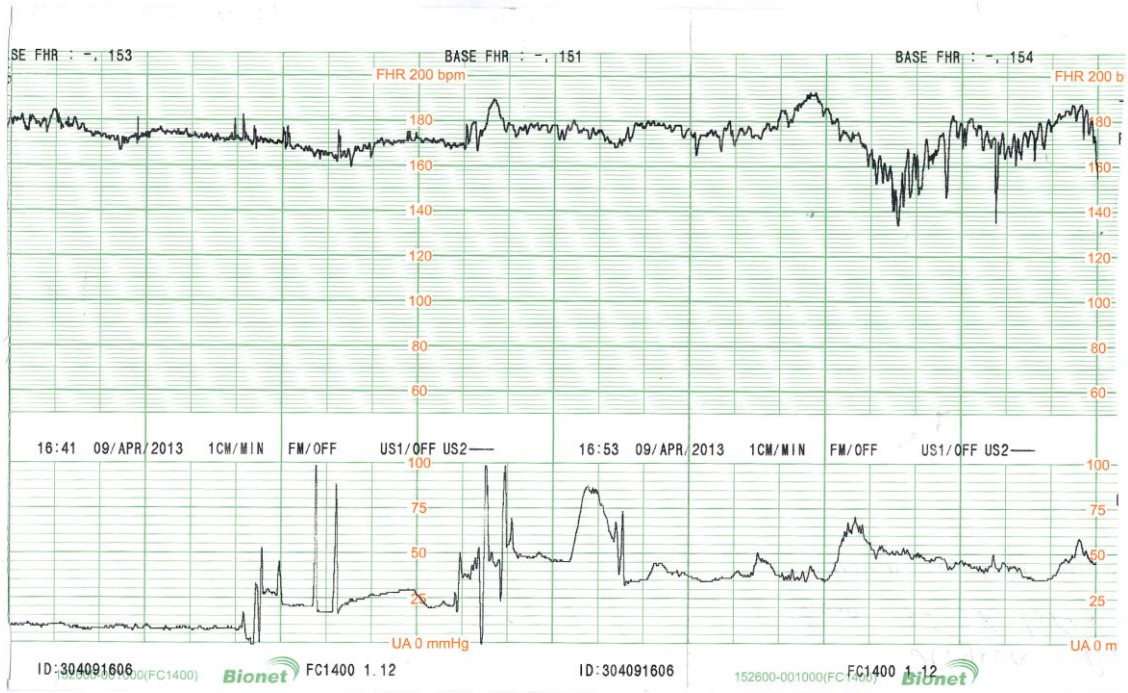
- göbəkciyəsinin çanaq sümüyüklərinə sıxılması - 4 qadında (5,7%);
- göbəkciyəsinin dölün boynuna və yaxud bədən digər hissələrinə dolanması - 7 qadında (10%);

-göbəkciyəsinin mütləq qısa olması – 2 (2,9%);

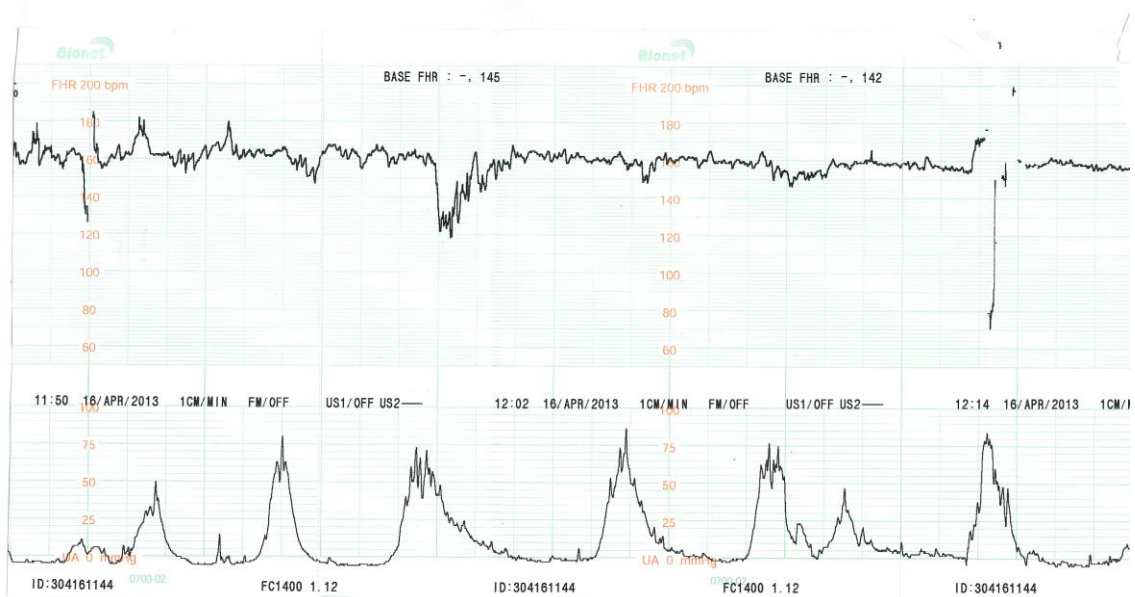
-göbəkciyəsinin döl qişalarına bitişməsi – 1 (1,4%) təyin edilmişdir.

Doğuş prosesinin dinamikasında dölün ürək vurğusunun dəyişməsi zamanı ilk növbədə doğan qadının mövqeyinin dəyişməsi məsləhət qörülmüşdür və nəticədə dölün ürək vurğularının tezliyi fizioloji göstəricilərə qədər enmişdir.

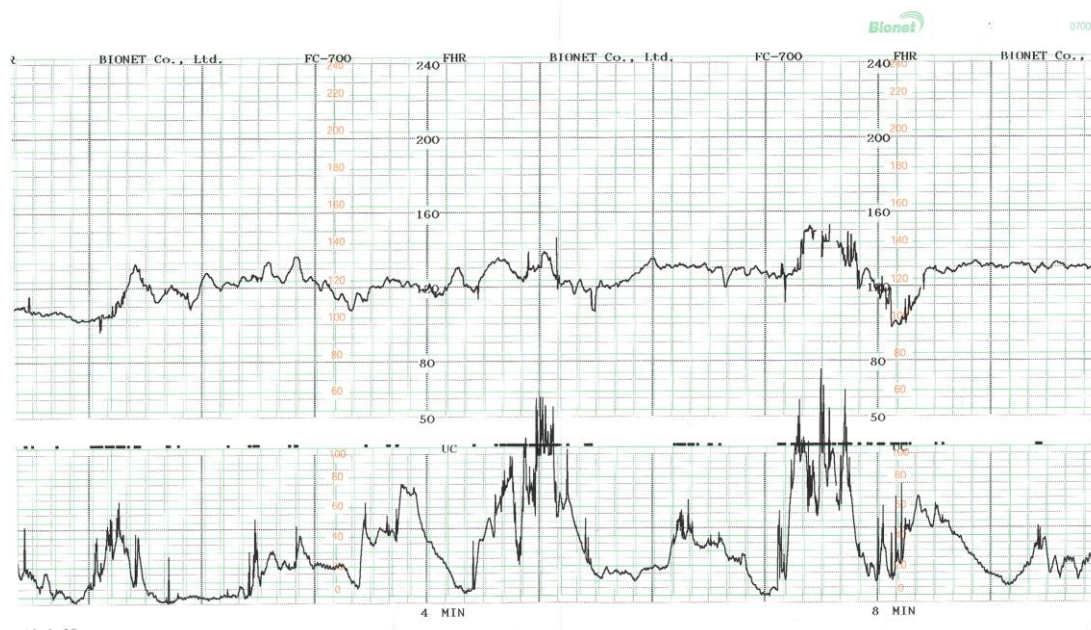
Doğuşun dinamikasında dölün kəskin hipoksiyasının nümunələri şəkil 3, 4 və 5 təqdim edilmişdir.



Şəkil. 4. Hamiləliyin 30-40 həftəsi, doğuşun I dövrü, dölün xroniki hipoksiyası



Şəkil. 5. Hamiləliyin 38-39 həftəsi, doğuşun I dövrü (aktiv fazası).



Şəkil. 6. *Hamiləliyin 38-39 həftəsi, spontan doğuşun II dövrü, doğuşda dölün başlanmış kəskin hipoksiyası.*

Beləliklə, doğuş anomaliyaları olmayan spontan doğuşlarda dölün xroniki hipoksiyanın tezliyi 11,4%, kəskin intranatal hipoksiyanın tezliyi 20% olmuşdur. Dölün kəskin hipoksiyası olan qadınların 50%-də (14) göbəkciyəsinin dölün boynuna və yaxud diqər hissələrinə dolanması 28,6%-də (4) göbəkciyəsinin çanaq sümüklərinə sıxılması, 14,3%-də (2) göbəkciyəsinin mütləq qısa olması, 7,1%-də (1) göbəkciyəsinin döl qişalarına bitişməsi təyin edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Габаева М.М., Назарова А.А., Базиян Е.В. и др., Влияние сократительной активности матки на функциональное состояние плодов, развившихся при интактном и уменьшенном плацентарном кровообращении (экспериментальное исследование) // Ж. акушерства и женских болезней, 2010, №5, стр.35-44.
2. Габаева М.М. Особенности функционального состояния плодов и сократительной активности матки при различной степени биологической готовности к родам. Автореф. дис. ...к.м.н.// Санкт-Петербург, 2012, 23 с.
3. Гудков Г.В., Пенжоян Г.А., Туриченко О.В. Мультифрактальная природа сердечного ритма плода при его различных функциональных состояниях // Вестник новых медицинских технологий, 2006, т. XII, №3, с.101-104.
4. Гудков Г.В., Пенжоян М.А. Новые подходы к оценке патологической динамики вариабельности сердечного ритма плода для прогнозирования перинатальных исходов // Вестник новых медицинских технологий, 2009, т. XVI, №3, с.191-193.
5. Гудков Г.В. Сердечный ритм плода – динамика, прогнозирование, перинатальная диагностика / Под ред. В.Е. Радзинского: Монография (научное издание). Краснодар, 2010, 340 с.
6. Константинова Н.Н., Павлова Н.Г., Яковлева А.А., и др., Влияние сократительной активности матки на функциональное состояние плодов, развивавшихся при интактном и уменьшенном плацентарном кровообращении (экспериментальное исследование) // Журнал акушерства и женских болезней, 2010, №5, стр.35-43.
7. Мальгина Г.Б., Жукова И.Ф., Андреева М.Е. Оценка сократительной деятельности матки методом многоканальной наружной гистерографии (НГТ) в процессе проведения партнерских родов // Вестник Уральской медицинской академической науки, 2009, №4, стр.20-24.
8. Berglund S., Grunewald C., Pettersson H. Risk factors for asphyxia associated with substandard care during labor // Acta. Obstet. Gynecol. Scand., 2010, vol. 89, №1, p.39-48.

9. Ophir E., Bornstein J., Odeh M., et al., Labor progress indices and dynamics of the individual uterine contraction during the active stage of labor // J. Obstet. Gynaecol. Research., 2014, vol.40, №3, p.686-693.
10. Walther T., Wessel N., Baumert M. Longitudinal analysis of heart rate variability in chronic hypertensive pregnancy // Hypertens. Res., 2005, vol.28, №2, p.113-118.

РЕЗЮМЕ

СОСТОЯНИЕ И ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В ДИНАМИКЕ СПОНТАННЫХ РОДОВ

Агакишиева Л.Г., Алиева Э.М., Гарашова М.А

Цель исследования: изучить состояние плода и ранние проявления острой гипоксии плода в динамике спонтанных родов.

Проведена интранатальная кардиотокография в динамике спонтанных родов у 80 рожениц.

Установлено, что в динамике спонтанных родов частота хронической гипоксии плода составила 11,4%, частота острой интранатальной гипоксии плода – 20%.

Причиной острой гипоксии плода у 50% рожениц был обвитие пуповины вокруг шей и частей тела, у 28,6% - прижатие пуповины к костям таза, у 14,3% - абсолютная короткость пуповины, у 7,1% - плевистое прикрепление пуповины.

SUMMARY

CONDITION AND DIAGNOSIS OF ACUTE FETAL HYPOXIA IN THE DYNAMICS OF SPONTANEOUS LABOR

Agakishiyeva L.Q., Aliyeva E.M., Qarashova M.A

Goal of investigation: To examine the state of the fetus and early manifestation of acute hypoxia in the dynamics of spontaneous labor. Was conducted intrapartum cardiotocography in dynamics of 80 spontaneous labor.

Was confirmed that the frequency of chronic hypoxia of the fetus in the dynamics of spontaneous labor was 11,4%, the frequency of acute intrapartum hypoxia of the fetus – 20%. As main causes of the acute hypoxia of the fetus were confirmed: entanglement umbilical cord around neck and other parts of the fetus-in 50%, compression of umbilical cord to the bony pelvis-in 14,3%, absolutely short umbilical cord-in 7,1% of cases and also shell attachment of the placenta.

Daxil olub: 23.10.2014.

PREEKLAMPSİYANIN AĞIRLIĞINA GÖRƏ DÖL CİFTİNİN HİSTOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏRİ

Aslanova R.A.

**Trakya Universiteti Tibb Fakültəsi, Edirne, Türkiyə.
(rahshanda@yahoo.com)**

Giriş. Preeklampsiya, hamiləliyin ikinci yarısında ortaya çıxan və hamiləlik dövründə təxminən 7-10% ana və perinatal ölümə səbəb olan ciddi xəstəliklərdən biridir [1-7].

Preeklampsiyası olan hamilələrdə plasenta dəyişiklikləri azalmış uteroplental qan axını ilə birlikdə müşahidə olunur. Normal hamiləlikdə trofoblastların invaziyası ilə spiral arteriyalar genişlənir və aşağı müqavimətli damarlara çevrilirlər [8]. Trofoblast invaziyası preeklampsiya zamanı qüsurludur. Preeklampsiyalı xəstələrin uteroplental strukturlarında diqqətə çarpan histoloji dəyişikliklər xəstəlik üçün patognomonikdir və kəskin ateroskleroz adlandırılır [9]. Preeklampsiya ürək-damar, damar-endotelial, renal, qaraciyər və mərkəzi sinir sistemlərinə patoloji təsir göstərir. Bunlar həm hamilə qadına, həm də dölə mənfi təsir göstərərək, fəsadlara yol açır [10]. Bu patologiya ağırlaşaraq hamilənin həyatı üçün təhlükə yarada bilər. Preeklampsiya zamanı patofizioloji dəyişikliklər, fetoplental dövranı pozmaqla, dölün həyatını da təhlükəyə salır. Çox saylı araşdırmalara baxmayaraq preeklampsiyanın etiologiyası və patofiziologiyası tam olaraq öyrənilməyib [11]. Bu səbəbdən, preeklampsiyanın effektiv müalicəsi yoxdur və doğumun induksiyası tək müalicə vasitəsidir. Preeklampsiya zamanı plasental disfunksiyaların yol açan mexanizmlərinin araşdırılması, gələcəkdə preeklampsiyanın baş vermə səbəbini tapmağa və onun effektiv müalicəsini inkişaf etdirməsinə kömək göstərəcək.

İşin məqsədi- normal və preeklampsiyalı hamilələrin plasentasının histoloji quruluşunun araşdırılması, alınan nəticələrə əsasən preeklampsiyanın ağırlığını, ana və fetal nəticələrlə olan əlaqəsini müəyyən etməkdir.

Tədqiqatın materialı və müayinə üsulları. Türkiyə Cumhuriyyəti Trakya Universiteti Tibb Fakültəsi Qadın Xəstəlikləri və Doğum şöbəsində 01.11.2012 - 01.05.2014 tarixləri arasında 210 sağlam və preeklampsiyalı hamilələrin doğuşu araşdırıldı. Şəkərli diabet, xroniki hipertenziya, qaraciyər və ya böyrək xəstəliyi olanlar, daha əvvəldən anamnezində tromboemboliya və trombofiliya xəstəliyi olan hamilələr, fetal anomaliyası olan və çox döllü hamiləliklər tədqiqata daxil edilməmişdir.

Hamilə qadınlardan ətraflı anamnez toplanıldı. Demografik, klinik və laboratoriya məlumatları, anamnez, xəstəlik tarixləri və digər xəstəxana qeydləri araşdırılaraq qeyd olundu. Klinik nəticələrə təsir edəbiləcək parametrlər-yaş, gravida, doğuşların və keçirmiş düşüklərin sayı, xəstəxanada qalma müddətində hestasiya və ultrasəs müayinəsinə görə hamiləlik həftəsi, sistolik və diastolik qan təzyiqi, orta arterial təzyiq qeyd edildi. Laborator müayinələrindən sidik cövhəri, kreatinin, ALT, AST, trombositlərin sayı, LDH, sidiyin ümumi analizində zülal və 24 saatlıq sidikdə zülalın miqdarı təyin edildi. Bətdaxili inkişafın ləngiməsinin olub olmaması araşdırıldı. İUGK, hesablanan hamiləlik həftəsində gözlənilən fetal ağırlığın 10 percentile daha aşağı olması qəbul edildi. Preeklampsiya diaqnozunun qoyulmasını və ağırlığını təyin etmək üçün American College of

Obstetricians and Gynecologists (ACOG) [11] meyarları əsas götürülmüşdür. HELLP sindromu diaqnozu Mississippi klassifikasiyasına görə qoyuldu [12].

Sağlam ($n = 105$) və preeklampsiyalı ($n = 105$) hamilələrdən ibarət 210 xəstə qrupundan plasenta və göbək ciyəsi toplandı. Trakya Universiteti Tibb Fakültəsi Qadın Xəstəlikləri və Doğum Şöbəsində preeklampsiya diaqnozu qoyulmuş və normal hamilələrin plasenta və göbək ciyələri normal doğuş və ya kəsəriyə əməliyyatından sonra dərhal toplandı. Trakya Universiteti Tibb Fakültəsinin Patologiya Şöbəsində araşdırılan plasenta nümunələrindən, fetal səthin göbək ciyəsi sahəsinin 2 sm distal nahiyəsindən xorionik təbəqədən bazal təbəqəyə qədər uzanan 1 ədəd tam toxuma qatı, göbək ciyəsi placentaya daxil olduğu yerdən alındı. Tədqiq olunan material hematoksilin-eozin ilə boyandı, daha sonra histopatoloji müayinə aparıldı.

Plasental patologiyalar (plasenta previa, plasenta acreata, increata, percreata, plasenta bilobata, membranacea) və göbək ciyəsi anomaliyaları olan materiallar tədqiqata daxil edilmədi.

Elmi işə daxil olan 210 xəstədən alınmış histoloji nümunələrin quruluşu Nikon Eclipse E 600 İşıq mikroskopla aparılmışdır.

Kontrol və preeklampsiya qruplarındakı nümunələr, villos ətrafı fibrin toplanması az və ya sıx olmasına, villus daxili damarlarda trombozun, kəskin aterosklerozun və xorion patologiyasının olub olmamasına, infarktın erkən və ya gecikmiş olmasına, sinsityal "knotting", kalsifikasiyasının və göbək ciyəsi patologiyasının olub olmamasına görə araşdırıldı.

Alınan nəticələr müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statisttik təhlil olunmuşdur. Statistlik analizlər üçün Trakya Üniveristesi Tibb Fakültəsi Biostatistika və Tibbi İnformasiya Kafedrasındakı SPSS 20.0 (Lisenzia No: 10240642) paket proqramı istifadə edildi.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Kontrol və preeklampsiya qruplarında histoloji parametrlərin müqayisəsi cədvəl 1 göstərilib. Cədvəldən göründüyü kimi, preeklampsiyası olan placentalarda villos ətrafı az fibrin toplanması 58 (55%), villos ətrafı sıx fibrin toplanması isə 47 (44,8%) halda izləndi. Nəzarət qrupunda villos ətrafı az fibrin toplanması 53 (50,5%), villos ətrafı sıx fibrin toplanması isə 39 (37,1%) hamilənin placentasında müəyyən olundu, 13 nəfərdə isə bu patologiya heç aşkarlanmadı. Preeklampsiyalı xəstələrin placentasında bir mənalı olaraq ($p=0,001$) villos ətrafı həm az, həm də sıx fibrin toplanması daha çox izləndi.

Villus daxili damarlarda tromboz, preeklampsiya qrupun 38 nəfərində (36,2%), nəzarət qrupda bir nəfərdə (1,0%) təsbit edilmişdir, preeklampsiya qrupun xəstələrində isə bir mənalı olaraq ($p < 0,001$) daha çox izləndi. Kəskin ateroskleroz preeklampsiyası olan xəstələrin 45-də (42,9%) müəyyən edildi, sağlam hamilələrin placentalarında isə heç müşahidə olunmadı. Preeklampsiya hamilələrin 53-də (50,5%) yüngül, 47-də (44,8%) ağır xorion patologiyası, kontrol qrupunun hamilələri arasında isə 23-də (21,9%) yüngül, 4-də (3,8%) ağır xorion patologiyası aşkarlanarkən, preeklampsiya qrupun 5 xəstəsində (4,8%) və kontrol qrupun 78 (74,3%) nəfərində xorion patologiyası heç izlənmədi. Xorion patologiyasına görə hər iki qrup arasında dürüst fərqi olması ($p < 0,001$) müəyyən olunmuş, preeklampsiyalı xəstələrdə daha çox olduğu təsbit edildi. Preeklampsiyası olan qadınların placentalarında 64-də (61%) erkən, 37-də (35,2%) gecikmiş infarkt, 4-də isə heç görünmədi. Nəzarət qrupun 60 nəfərin placentasında

(57,1%) erkən, 24-də (39,3%) isə gecikmiş infarkt müəyyən olunarkən, 21 (20,0%) plasentada heç izlənmədi. Erkən və gecikmiş infarkt preeklampsiyası olan xəstələrin plasentasında bir mənali olaraq ($p=0,001$) daha çox izləndi. Sinsitiyal "knotting" dürüst fərq göstərərək ($p=0,04$), preeklampsiyalı plasentaların 85-də (81,0%), sağlam hamilələrin plasentaların 66-da (62,9%) aşkarlanmışdır. Kalsifikasiya isə preeklampsiya qrupuna aid 25 (23,8%) xəstənin, sağlam qrupunun 20(19%) hamilənin plasentasında tapıldı. Preeklampsiyası olan hamilələrin 2-də (1,9%), sağlam hamilələrin isə 5-də (4,8%) göbək ciyəsi patologiyası aşkarlandı. Kalsifikasiya və göbək ciyəsi patologiyasına görə iki qrup arasında olan fərq statistik olaraq dürüst deyildi ($p > 0,05$).

Cədvəl № 1.

Kontrol və Preeklampsiya qrupların histoloji parametrlərin müqayisəsi (n,%)

Histoloji parametrlər	Kontrol qrup (n=105)	Preeklampsiyalı xəstələr (n=105)	
Villus ətrafı az fibrin toplanması	53 (50,5)	58 (55,2)	$p=0,001^*$
Villus ətrafı sıx fibrin toplanması	39 (37,1)	47 (44,8)	$p=0,001^*$
Villus daxili damarların trombolizisi	1 (1)	38 (36,2)	$p<0,001^*$
Villusun Patologiyası	12 (11,4)	59 (56,2)	$p<0,001^*$
Kəskin ateroskleroz	0 (0)	45 (42,9)	$p<0,001^*$
Yüngül xorion patologiyası	23 (21,9)	53 (50,5)	$p<0,001^*$
Ağır xorion patologiyası	4 (3,8)	47 (44,8)	$p<0,001^*$
Erkən infarkt	60 (57,1)	64 (61)	$p=0,001^*$
Gecikmiş infarkt	24 (22,9)	37 (35,2)	$p=0,001^*$
Sinsitiyal "knotting"	66 (62,9)	85 (81)	$p=0,04^*$
Kalsifikasiya	20 (44,4)	25 (23,8)	$p=0,4^*$
Göbək ciyəsi patologiyaları	5 (4,8)	2 (1,9)	$p=0,445^{**}$

Qeyd: *-statistik təhlil Ki-Kare testi ilə aparılmışdır

** -statistik təhlil Fisher's exact testi ilə aparılmışdır

Kontrol qrupu, yüngül, ağır preeklampsiya və HELLP sindromu olan xəstələrin plasentalarının patohistoloji parametrlərin müqayisəsində (Cədvəl 2), yüngül preeklampsiyalı xəstələrin plasentaların villos ətrafında az fibrin toplanması 33 (54,1%), villos ətrafı sıx fibrin toplanması isə 28 (45,9%) materialda izləndi, ağır preeklampsiyalı qrupda villos ətrafı az fibrin toplanması 17 (63,0%), villos ətrafı sıx fibrin toplanması isə 10 (37,0%) nümunədə müəyyən olundu, HELLP sindromu olan xəstələrin plasentalarında isə villos ətrafı az fibrin toplanması 8 (47,1%), villos ətrafı sıx fibrin toplanması isə 9 (52,9%) halda izləndi. Villus daxili damarlarda tromboz yüngül preeklampsiyalı xəstələrin 24-də (39,3%), ağır preeklampsiyalı xəstələrin 7-də (25,9%), HELLP sindromu olan xəstələrin isə 7 (41,2%) plasentasında təsbit edildi. Kəskin ateroskleroz yüngül preeklampsiya qrupundan olan xəstələrin 24 (39,3%), ağır preeklampsiyası olan hamilələrin 10 (37,0%), HELLP sindromu olan hamilələrin 11 (64,7%) nəfərin plasentasında müşahidə olundu.

Yüngül preeklampsiyalı hamilələrin plasentasının 30 nümunəsində (49,2%) yüngül xorion patologiyası izlənərkən, 30-da (49,2%) ağır xorion patologiyası aşkarlandı. Ağır preeklampsiya qrupun hamilələri arasında 12 (44,4%) plasenta nümunəsində yüngül, 12-də (44,4%) isə ağır xorion patologiyası aşkar edildi. HELLP sindromu olan xəstələrin plasentalarında isə 11 (64,7%) nümunədə yüngül, 5-də (29,4%) isə ağır xorion patologiyası təsbit edildi. Yüngül preeklampsiyalı xəstələrin plasentaların 41-də (67,2%) erkən, 19-da (31,1%) isə gecikmiş infarkt izlənilib, ağır preeklampsiya qrupunda 15-də (55,6%) erkən, 9-da

(52, 9%) isə gecikmiş infarkt, HELLP sindromu olan plasentalarda isə 8-də (47,1%) erkən, 9-da (52,9%) gecikmiş infarkt müəyyən olundu. Sinsitiyal "knotting" yüngül preeklampsiyalı plasentaların 49 (80,3%), ağır preeklampsiyalı hamilələrin plasentaların 22 (81,5%), HELLP sindromu olan plasentaların isə 14

Cədvəl № 2.

Kontrol, Yüngül preeklampsiya, Ağır preeklampsiya və Hellp Sindromu olan plasentalarının histoloji parametrlərin müqayisəsi (n,%)

	Kontrol (n=105)	Yüngül Preeklampsiya (n=61)	Ağır Preeklampsiya (n=27)	HELLP Sindromu (n=17)	
Villus ətrafı az fibrin toplanması	53 (50,5)	33 (54,1)	17 (63)	8 (47,1)	p=0,019
Villus ətrafı çox fibrin toplanması	39 (37,1)	28 (45,9)	10 (37)	9 (53)	p=0,02
Villus daxili damarların trombozu	1 (1)	24 (39,3)	7 (25,9)	7 (41,2)	p<0,001
Villus Patologiyası	12 (11,4)	30 (49,2)	19 (70,4)	10 (58,8)	p<0,001
Kəskin ateroskleroz	0 (0)	24 (39,3)	10 (37)	11 (64,7)	p<0,001
Yüngül xorion patologiyası	23 (21,9)	30 (49,2)	12 (44,4)	11 (64,7)	p<0,001
Ağır xorion patologiyası	4 (3,8)	30 (49,2)	12 (44,4)	11 (64,7)	p<0,001
Erkən İnfarkt	60 (57,1)	41 (67,2)	15 (55,6)	8 (47,1)	p=0,03
Gecikmiş infarkt	24 (22,9)	19 (31,1)	9 (33,3)	9 (52,9)	p=0,02
Sinsitiyal "knotting"	66 (62,9)	49 (80,3)	22 (81,5)	14 (82,4)	p=0,036
Kalsifikasiya	20 (19)	15 (24,6)	6 (22,2)	4 (23,5)	p=0,857
Göbək ciyəsi patologiyaları	5 (4,8)	2 (3,3)	0 (0)	0 (0)	p=0,535

Qeyd: statistik təhlil Ki-Kare testi ilə aparılmışdır

(82,4%) izləndi. Kalsifikasiya yüngül preeklampsiyalı plasentanın 15-də (24,6%), ağır preeklampsiyalı hamilələrin plasentaların 6-da (22,2%), HELLP sindromu olan plasentaların isə 4-də (23,5%) aşkarlandı. Göbək ciyəsi patologiyası yüngül preeklampitik hamilələrin 2-də (3,3%) izlənmərkən, ağır preeklampsiya və HELLP sindromu olan hamilələrin plasentasında heç izlənmədi. Histoloji parametrlərə görə yüngül, ağır preeklampsiya və HELLP sindromu olan xəstələr arasında dürüst statistik fərqin olmasına ($p>0,05$) baxmayaraq, HELLP sindromu olan hamilələrin plasentasında (64,7%) yüngül preeklampsiyalı plasentalar (39,3%) ilə müqayisədə daha çox kəskin ateroskleroz aşkarlanıb, statistik fərq dürüst dəyərə yaxınlaşıb ($p=0,063$).

Əldə edilmiş məlumatları yekunlaşdıraraq qeyd etmək olar ki, preeklampsiyalı hamilələrin plasentalarında daha çox villos ətrafı fibrin toplanması (yüngül və ya sıx) aşkarlandı. Villus daxili damarlarda tromboz, preeklampsiyalı hamilələrdə 36,2%-də, kontrol qrupların isə 1% müəyyən olundu. Kəskin ateroskleroz, preeklampsiyalı xəstələrin 42,9%-da müəyyən olunarkən, sağlam hamilələrin plasentalarında heç tapılmadı. Xorion patologiyası, erkən və gecikmiş infarkt, sinsitiyal "knotting" preeklampsiyalı hamilələrdə diqər qruplar ilə müqayisədə daha çox olduğu aşkarlandı. Kalsifikasiya və göbək ciyəsi patologiyasına görə iki qrup arasında olan fərq statistik olaraq tapılmamışdır. Kəskin ateroskleroz yüngül, ağır və HELLP sindromlu qrupları arasında dürüst fərqin olmamasına baxmayaraq, HELLP sindromu olan hamilələrin plasentalarında (64,7%), yüngül preeklampsiyalı plasentalar (39,3%) ilə müqayisədə daha çox izlənməkdəydi.

Preeklampsianın əsas əmələ gəlmə faktoru hələ də məlum deyil. Preeklampsianın inkişafında plasentanın histoloji rolunun müəyyənləşdirilməsi, preeklampsiya zamanı effektiv müalicəsini tapmaqda kömək edə bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Meekins J.W., Pijnenborg R., Hanssens M., et al., Study of placental bed spiral arteries and trophoblast invasion in normal and severe pre-eclamptic pregnancies. //British journal of obstetrics and gynaecology, 1994, 101(8), p.669-74.
- 2.Alexander B.T., Bennett W.A., Khalil R.A., Granger J.P. Preeclampsia: linking placental ischemia with cardiovascular-renal dysfunction. News in physiological sciences: an international journal of physiology produced jointly by the International Union of Physiological Sciences and the //American Physiological Society, 2001,16, p.282-286.
- 3.Smets E.M., Visser A., Go A.T., et al., Novel biomarkers in preeclampsia. // Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry, 2006, 364(1-2), p. 22-32.
- 4.Brosens J.J., Pijnenborg R., Brosens I.A. The myometrial junctional zone spiral arteries in normal and abnormal pregnancies: a review of the literature. // Am J Obstet Gynecol, 2002, 187(5), p.1416-23.
- 5.Pijnenborg R., Robertson W.B., Brosens I., Dixon G. Review article: trophoblast invasion and the establishment of haemochorial placentation in man and laboratory animals. // Placenta, 1981, 2(1), p.71-91.
- 6.Prefumo F., Sebire N.J., Thilaganathan B. Decreased endovascular trophoblast invasion in first trimester pregnancies with high-resistance uterine artery Doppler indices. // Human reproduction (Oxford, England), 2004, 19(1), p.206-9.
- 7.Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology, 2000, 183(1), p.12-22.
- 8.De Wolf F., De Wolf-Peters C., Brosens I., Robertson W.B. The human placental bed: electron microscopic study of trophoblastic invasion of spiral arteries. //American journal of obstetrics and gynecology, 1980,137(1), p.58-70.
- 9.Khong T.Y., De Wolf F., Robertson W.B., Brosens I. Inadequate maternal vascular response to placentation in pregnancies complicated by pre-eclampsia and by small-for-gestational age infants. //British journal of obstetrics and gynaecology, 1986,93(10),p. 1049-1059.
- 10.Eren N., Öztekin Z. Halk sağlığının gelişimi. Halkın sağlığında temel bilgiler Ankara Güneş Kitabevi,1999,1995,p.10-16.
- 11.Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. //Obstetrics and gynecology, 2013,122(5),p.1122-31.
- 12.Martin J.N., Rinehart B.K., May W.L., et al., The spectrum of severe preeclampsia: comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count) syndrome classification, //Am J Obstet Gynecol., 1999,180(6 Pt 1), p.1373-1384.

РЕЗЮМЕ

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПЛОДА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЕКЛАМПСИИ

Асланова Р.А.

Резюме. Пreeкламписия до настоящего времени продолжает оставаться одной из актуальных проблем клинической медицины, что объясняется недостаточным изучением ее этиологии и патофизиологии. Настоящая статья посвящена исследованию гистологической структуры плаценты нормальных и пreeклампитических беременных. Полученные результаты свидетельствуют о перспективе проведения дальнейших исследований в указанном направлении.

Ключевые слова: пreeкламписия, плацента, гистологические изменения.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SEVERITY OF PREECLAMPSIA AND HISTOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA.

Aslanova R.A.

Summary. Preeclampsia to date continues to be one of the unsolved problems of clinical medicine, due to insufficient study of its etiology and pathophysiology. This study is devoted to compare histological changes in preeclamptic placentas and placentas of normal pregnant women. The results indicate the future for further research in this direction.

Keywords: preeclampsia, placenta, histological changes.

Daxil olub: 11.01.2015.

AĞIR MÜŞTƏRƏK TRAVMALARDAN SONRA UZUN BORULU SÜMÜKLƏRİN SINIQLARININ MÜALİCƏSİNİN UZAQ NƏTİCƏLƏRİ**Ibrahimov F.I.****3 №-li Klinik Xəstəxana, travmatologiya və ortopediya şöbəsi, Bakı.**

Son onilliklər ərzində təxirəsalınmaz cərrahiyyənin ən aktual problemlərindən biri müştərək travmalardır [1,2]. Ağır müştərək travma (AMT) xəstələrin ixtisaslaşmış tibbi yardımın nəticəsi diaqnostik çətinliklərin mövcudluğu və effektiv müalicə proqramının olmaması səbəbindən qeyri-kafi qiymətləndirilir və buna görə əmək qabiliyyətli əhali arasında letallıq və əliliyin faizini azaltmaq mümkün olmur [3,4].

Bir çox tədqiqat işlərinin aparılmasına baxmayaraq, AMT-dan sonra vahid müalicə diaqnostika alqoritmi yaratmaq mümkün olmamışdır. Buna görə AMT və politramalardan sonra dayaq-hərəkət sistemi (DHS) zədələnmələrinin, uzun borulu sümük sınıqlarının, xüsusilə açıq və poliseqmentar sınıqların müalicəsinin uzaq nəticələri qaneedici deyil. Belə travmalardan sonra reanimasion tədbirlərin uzun çəkməsi və buna görə də DHS zədələnmələrinə cərrahi yardımın məcburi gecikməsi bu xəstələr arasında əliliyin faizinin aşağı düşməsinə imkan vermir [5,6,7].

Ağır müştərək travma (AMT) zədələnmələrindən sonra 2009-2012-ci illər ərzində 3 saylı klinik xəstəxanaya 490 xəstə gətirilmişdir. Bu xəstələrin 317-də (64,7%) uzun borulu sümüklərin sınığı olmuşdur. 317 xəstənin 223-ü (70,3%) müalicədən sonra evə yazılmış 94 (29,7%) xəstənin müalicəsi letallıqla qurtarmışdır.

2009-2010-cu il xəstələrinə yardım köhnə prinsip əsasında göstərilmiş və şərti olaraq bu xəstələrə müqayisə qrupu adı verilmişdir. 2011-2012-ci illər ərzində müalicə almış xəstələrdə travmanın ağırlıq dərəcəsi AIS (Abbreviated Injury Scale) və İSS (Injury Severity Scale) şkalaları üzrə qiymətləndirilmiş, «damage control» prinsipi əsasında yardım göstərilmiş və onlara şərti olaraq əsas qrup xəstələri adı verilmişdir.

Əsas qrup üzrə müalicədən sonra evə yazılmış 182 xəstənin 121-də (66,5%),

müqayisə qrupu üzrə evə yazılmış 144 xəstənin 102-də (70,8%) uzun borulu sümüklərin sınığı olmuşdur.

1-ci cədvəldə müqayisə və əsas qruplar üzrə ətraflarda rast gəlin sınıqların miqdarı göstərilmişdir.

Cədvəl № 1.

Evə yazılan xəstələrin uzun borulu sümüklərində seqmentlər üzrə sınıqların sayı

Qruplar	Seqmentlər				Xəstələrin ümumi sayı	
	Bud	Baldır	Bazu	Said		
Əsas qrup	sağ	18 (20,4%)	26 (22,8%)	21 (33,3%)	15 (22,1%)	121 (54,3%)
	sol	27 (30,7%)	33 (28,9%)	18 (28,6%)	26 (38,2%)	
Müqayisə qrupu	sağ	22 (25%)	29 (25,5%)	12 (19,05%)	13 (19,1%)	102 (45,7%)
	sol	21 (23,9%)	26 (22,8%)	12 (19,05%)	14 (20,6%)	
Cəmi		88 (26,4%)	114 (34,2%)	63 (19%)	68 (20,4%)	223

Cədvəldən göründüyü kimi, müalicədən sonra evə yazılmış xəstələrdə əsas qrup üzrə 121 xəstənin müqayisə qrupu üzrə 102 xəstənin uzun borulu sümüklərində – (cəmi 223 xəstədə) sınıq olmuşdur.

Beləliklə, DHS zədələnmələrinin müalicəsinin uzaq nəticələrini öyrənmək üçün əsas qrup üzrə sınığı olan 121 xəstənin 78-ni (64,5%), müqayisə qrupu üzrə sınığı olan 102 xəstənin 62-ni (60,8%) nəzarətdə saxlamaq mümkün olmuşdur. Yəni müqayisə qrupunu təşkil edən xəstələrin 60,8%-ni ilk müalicə vaxtından 4-5 il, əsas qrup xəstələrinin 64,5%-ni 2-3 il müddətinə nəzarətdə saxlamaq mümkün olmuşdur. Həmin xəstələrin uzun borulu sümüklərində olan sınığa görə aparılmış əməliyyatlar, tibbi yardımlar aşağıdakı cədvəldə verilmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl № 2.

Müqayisə və əsas qruplar üzrə müalicədən sonra evə yazılmış xəstələrin uzun borulu sümüklərində olan sınığa görə aparılmış əməliyyat və tibbi yardımlar (nəzarət altında saxlamaq mümkün olan xəstələrdə)

Seqmen-tin adı	Müqayisə qrupu					Əsas qrup				
	Ilizarov üsulu	Ekstrakortikal osteosintez	Intramedul-yar osteo-sintez	Gips	Skelet dartılması	Ilizarov üsulu	Ekstrakortikal osteo-sintez	Intramedul-yar osteo-sintez	Gips	Skelet dartılması
Bazu	–	3 20%	–	8 53,3%	4 26,7%	–	9 36%	–	10 40%	6 24%
Said	–	3 18,8%	1 6,2%	12 75%	–	–	4 15,4%	2 7,7%	20 76,9%	–
Bud	1 3,8%	8 30,8%	8 30,8%	2 7,7%	7 26,9%	1 3,4%	12 41,4%	10 34,5%	3 10,3%	3 10,3%
Baldır	8 24,2%	5 15,2%	–	10 30,3%	10 30,3%	11 28,9%	6 15,8%	–	8 21%	13 34,2%

Cədvəldən göründüyü kimi, müqayisə qrupu üzrə nəzarətdə saxlamaq mümkün olmuş 62 xəstədə 26 bud, 33 baldır, 15 bazu, 16 said sümüklərinin sınığı olmuşdur. Əsas qrup üzrə nəzarətdə saxlamaq mümkün olmuş 78 xəstədə bu göstəricilər: bud – 29, baldır – 38, bazu – 25, said sümüklərinin sınığı – 26

olmuşdur. Cədvəldən görüldüyü kimi, ən çox bud sümüyündə (72,3%), ən az isə said sümüklərində (23,8%) əməliyyat aparılmışdır. Digər hallarda konservativ müalicə üsullarından (gips, skelet dartılması) istifadə olunmuşdur.

Uzun borulu sümüklərin sınığına görə konservativ müalicə almış xəstələri də 2 qrupa bölmək olar: I qrupa travmanın ağırlıq dərəcəsi və sınığın xarakteri nəzərə alınaraq, konservativ müalicəyə göstəriş qoyulmaqla, bu malicəni almış xəstələri aid etmək olar; II qrupa xəstənin ümumi vəziyyətinin ağır olması və reanimasiya tədbirlərə baxmayaraq, vəziyyətin sabitləşməməsi səbəbindən məcburi konservativ müalicə almış xəstələri aid etmək olar. Buna misal göstərək.

Xəstə S.R. Kişi. 46 yaş. X/T 05.10.2011 – 09.01.2012-ci il tarixinə qədər klinikada qapalı kəllə-beyin travması, baş beyin əzilməsi, qaraciyərin yaralanması, hər iki bud sümüyünün qapalı sınığı və yerdəyişməsi diaqnozu ilə müalicə almışdır. Xəstədə təxirəsalınmaz laparotomiya aparılmış və qaraciyər yarası tikilmişdir. Peritonit əlamətləri yarandığı üçün bir neçə gündən sonra relaparotomiya bir həftədən sonra bağırsağ keçməməzliyi diaqnozu ilə rereaparotomiya əməliyyatı aparılmışdır. Xəstənin ümumi vəziyyətində nisbi sabitlik yarandıqdan sonra hər iki aşağı ətrafından gips sargısı açılmış və skelet dartması qoyulmuşdur. 3 aya yaxın bir müddətdə stasionar müalicəsi almasına baxmayaraq, hər iki aşağı ətrafında əməliyyat aparmaq mümkün olmamışdır.

Göründüyü kimi, digər anatomik nahiyələrdə aparılmış əməliyyatlardan sonra ağırlaşmalar (laparotomiya, relaparotomiya, rereaparotomiya) ətraflar üçün planlaşdırılmış əməliyyatların aparılmasına imkan vermir.

Bəzən xəstənin ümumi vəziyyətinin çox ağır olması səbəbindən onu aktivləşdirmək mümkün olmur. Nəticədə digər anatomik nahiyələrdə aparılmış əməliyyat yaralarına və ya açıq sınıq yarasına qulluq çətinləşir, bütün cəhdlərə baxmayaraq yaralar infeksiyalaşır və proses dərinləşir. Xəstənin həyatını xilas etmək mümkün olsa da, əlillik formalaşır. Buna misal göstərək.

Xəstə N.Y. X/T 3542. Kişi. 24 yaşında 2012-ci ildə avtomobil qəzasından sonra 25 gün reanimasiya şöbəsində huşsuz vəziyyətdə (komada) müalicə almışdır. Daxil olarkən təxirəsalınmaz olaraq laparotomiya-splenektomiya, sidik kisəsi yarasının tikilməsi əməliyyatı keçirmiş və yarası infeksiyalaşmışdır. Müalicədən bir il sonrakı diaqnoz: Baş beyin əzilməsindən sonrakı qalıq əlamətlər: posttravmatik ensefalopatiya, qabarıq nəzərə çarpan asteno-nevrotik sindrom, çanaq sümüklərinin sınıqlarından sonra çanaq halqasının əyilməsi, sağ baldır sümüklərinin xroniki osteomyeliti. Aşağı ətrafın dayaq-hərəkət funksiyasının pozulması.

Bu misallardan görünür ki, digər anatomik nahiyələrin həyat üçün təhlükə törədən zədələnmələri DHS-də planlaşdırılmış əməliyyatların həyata keçirilməsinə imkan vermir.

3-cü cədvəldən görünür ki, AMT-dan sonra uzun borulu sümüklərin sınıqlarının müalicəsinin ən çox qeyri-düzgün bitmiş sınıqlar, yalançı oynaq, osteomyelit kimi ağırlaşmaları rast gəlir. Eyni zamanda xəstələrin ümumi vəziyyətinin çox ağır olması səbəbindən yüksək səviyyəli travmatoloji yardım göstərilə belə, sonda əlillikdən qaçmaq mümkün olmur. Lakin bəzi hallarda oynaqdaxili və oynaqətrafi sınıqlarda osteosintez növünün sınığın xarakterinə uyğun seçilməməsi; diafizar sınıqlar zamanı osteosintez üçün seçilmiş metal konstruksiyalarının adekvat seçilməməsi səbəbindən müalicələrin uzaq nəticələri əlilliklə qurtarır.

Digər anatomik nahiyələrin çoxsaylı zədələnmələrindən sonra ümumi vəziyyəti sabitləşməyən xəstələrdə uzun borulu sümüklərdə planlaşdırılmış əməliyyatlar aparmaq mümkün olmamışdır. Müqayisə qrupunda ağırlaşma olmuş 31 xəstənin 14-də (45,2%), əsas qrupda ağırlaşma olmuş 38 xəstənin 12-də (31,6%) travmatoloji əməliyyatları vaxtında aparmaq mümkün olmadığı üçün sonda əlillik yaranmışdır.

Cədvəl № 3.

Uzun borulu sümüklərin sınıqlarının müalicəsindən sonra əlillik əmələ gətirə bilən ağırlaşmaların miqdarı və növü

Seqmentlərin və oynaq-ların adı	Müqayisə qrupu								Əsas qrup							
	Qeyri-düzgün bitişmiş sınıq	Refraktura	Yalançı oynaq	Osteomielit	Kontraktura	Artroz	Ankiloz	Cəmi	Qeyri-düzgün bitişmiş sınıq	Refraktura	Yalançı oynaq	Osteomielit	Kontraktura	Artroz	Ankiloz	Cəmi
Bazu	1	-	1	1	-	-	-	3	1	-	1	1	-	-	-	3
Said	3	-	1	1	-	-	-	5	1	-	1	2	-	-	-	4
Bud	1	1	4	4	-	-	-	10	2	3	1	6	-	-	-	12
Baldır	6	-	1	5	-	-	-	12	2	1	2	4	-	-	-	9
Bazu oynağı	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	3	-	-	3
Dirsək oynağı	-	-	-	-	11	1	1	13	-	-	-	-	15	-	-	15
Mil-bilək oynağı	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Bud-çanaq oynağı	-	-	-	-	4	6	-	10	-	-	-	-	3	6	-	9
Diz oynağı	-	-	-	-	17	1	-	18	-	-	-	-	18	-	-	18
Aşiq-baldır oynağı	-	-	-	-	2	4	-	6	-	-	-	-	3	4	2	9
Cəmi	11	1	7	11	37	12	1	80	6	4	5	13	42	10	2	82
Cəmi %-lə	13,8	1,3	8,7	13,7	46,2	15	1,3		7,3	4,9	6,1	15,9	51,2	12,2	2,4	

Belə halların qarşısını almaq üçün klinikaların məqsədi və vəzifəsi travmatoloji yardımın keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq olmalıdır. Qonşu oynaqalarda kontrakturanın yüksək faiz göstəricisinin səbəbləri bizim fikrimizcə aşağıdakılardır:

-Ağır dərəcəli travma ilə daxil olmuş xəstələrin miqdarının ilbəil artması və belə xəstələrin vəziyyətinin imkan verməməsi səbəbindən travmatoloji yardımın gecikməsi;

-Bəzi xəstələrdə müalicə taktikasının düzgün qurulmaması;

-Bərpa müalicəsinin lazımı səviyyədə olmaması.

AMT zədələnmələrindən sonra uzun borulu sümüklərdə texniki cəhətdən düzgün yerinə yetirilmiş osteosintezlərdən sonra bəzi hallarda ağırlaşmalar meydana çıxmışdır, belə ki, psixomotor oyanıqlığı olan xəstələrdə, intensiv qulluq tələb edən xəstələrdə (komada olan kəllə-beyin travması, 2 və daha artıq anatomik nahiyədə ciddi zədələnməsi olan, sünu tənəffüs aparatında olan yaşlı xəstələrdə, piylənmədən əziyyət çəkənlərdə ştiftin miqrasiyası, rotasiyası, metal lövhənin

sınması, müxtəlif yerdəyişmələrin əmələ gəlməsi) təkrari osteosintezin aparılmasına zərurət yaratmışdır. Belə ağırlaşmalar müqayisə qrupu xəstələrində 38,7%, əsas qrup xəstələrində 26,3% təşkil etmişdir. Beləliklə, belə xəstələrdə aparılan osteosintezin daha dayanıqlı olması çox vacibdir, eyni zamanda vəziyyəti ağır qiymətləndirilən xəstələrdə seçilən osteosintez növündə gözlənilən qanıtırmənin miqdarı, əməliyyatın davam etmə müddəti nəzərə alınmalıdır. Əsas qrup xəstələrində zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsi İSS şkalası üzrə dəqiq qiymətləndirilməklə, bu amillər nəzərə alınmışdır.

Beləliklə, AMT-dan sonra uzun borulu sümüklərin sınıqlarının əlillik əmələ gətirə bilən əsas səbəbləri aşağıdakılardır:

1. Digər anatomik nahiyələrin zədələrinin ağır dərəcəli olması səbəbindən reanimasiya tədbirlərinin uzun çəkəməsi və ətraf sınıqlarına görə planlaşdırılmış əməliyyatların məcburi gecikməsi.

2. Digər anatomik nahiyələrdə aparılmış əməliyyat yaralarının, eyni zamanda açıq sınıq yaralarının infeksiyalaşması və gələcəkdə osteomyelitin yaranması üçün münbit şəraitin formalaşması.

3. Osteosintez növünün sınığın xarakterinə adekvat seçilməməsi.

4. Osteosintez üçün metal konstruksiyanın xəstənin yaşının, çəkisinin və yanaşı gedən xəstəliklərinin nəzərə alınmadan seçilməsi.

Osteosintez üçün metal konstruksiyanın düzgün seçilməməsi səbəbindən dayanıqlı osteosintez almaq mümkün olmadığı üçün əlavə olaraq gips sarğısı istifadə edilirsə, nəticədə erkən aktivləşmə də, gec aktivləşmə də ağırlaşmalarla müşayiət olunur.

Beləliklə, xəstənin həyat keyfiyyətinin aşağı düşməməsi üçün digər ixtisas həkimləri ilə (cərrah, neyrocərrah, reanimatoloq) birgə çalışaraq ixtisaslaşmış travmatoloji yardımın səmərəsini artırmaqla uzaq ağırlaşmaların faizini azaltmaq olar.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Королев В.М., Кораблев В.Н. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в условиях травмоцентра первого уровня. Хабаровск, 2012, 98 с.
2. Norrils F.H., Slone L.B. Understanding Research on the Epidemiology of Trauma and PTSD // PTSD Res. Quarterly, 2013, Vol. 24, N. 2-3, p. 1-13
3. Редко К.Г., Корнилов В.Н. Проблемы выбора способа и метода лечения в травматологии и ортопедии // Травматол. Ортопед. России. 2004, № 3, с. 69-70
4. Potenza V.M., Hoyt D.B., Coimbra R. The epidemiology of serious and fatal injury in San Diego County over an 11-year period // J. Trauma. 2004, Vol. 56, N. 1, p. 68-75
5. Габдухалов Р.М., Тимербулатов М.В, Гараев Р.Г. и др. Эпидемиология тяжелой сочетанной травмы в мегаполисе // Гений Ортопедии, 2009, № 4, с. 95-98
6. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине. Пер. с англ. ГЭОТАР-МЕД, 2003, 144 с.
7. Соколов В.А., Бялик Е.И. Хирургическая техника закрытого блокируемого интрамедулярного остеосинтеза переломов костей конечностей // Москва, Остеомед, 2006, 78 с.

РЕЗЮМЕ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ

Ибрагимов Ф.И.

Клиническая больница № 3, Баку.

В клиническую больницу номер 3 в период 2009-2012 годов было доставлено 490 больных с тяжелыми сочетанными травмами. У 317 больных (64%) был перелом длинных трубчатых костей. После лечения было выписано 223 (70%) больных из 317, у 84 (30%) наступила внутриклиническая смерть.

Больные 2009-2010 годов условно были названы сравнительная группа, больные 2011-2012 годов были названы больные основной группы. У больных основной группы травмы были оценены по степени тяжести на основании шкалы AIS (Abbreviated Injury Scale) и ISS (Injury Severity Scale) и была оказана помощь со строгим соблюдением принципа «damage control». Из выписанных после лечения 102 больных из 223 составляли группу сравнения, 121 же основную группу. Под наблюдением находилось 62 (60,8%) больных из 102 больных сравнительной группы и 78 (64,5%) больных из 121 больных. Больных сравнительной группы была возможность держать под наблюдением 4-5 лет после первого лечения, а больных основной группы – 2-3 года.

Таким образом, у 31 (50%) больного из 62 больных группы сравнения и у 38 (48,7%) больных из 78 произошли осложнения, приведшие к инвалидности. Результаты исследования показали, что основными причинами осложнений явились:

–Вынужденная задержка травматологических операций у некоторых больных из-за затягивания реанимационных мероприятий.

–Инфицирование операционных ран в других анатомических областях или ран при открытых переломных и появление благоприятных для развития остеомиелита.

–Неверный выбор вида остеосинтеза адекватно характеру перелома.

–Не правильный выбор металлических конструкций для остеосинтеза с учетом возраста, веса, сопутствующих заболеваний больного.

SUMMARY

FURTHER RESULTS OF THE TREATMENT OF FRACTURES OF LONG TUBULAR BONES AFTER SEVERE JOINT TRAUMA

Ibrahimov F. İ.

Clinical hospital No. 3, Baku

During 2009-2012, 490 patients were taken to hospital after severe joint trauma to clinical hospital no. 3. In 317 of out of these patients (64%) there was break of long tubular bones. 223 out of 317 patients (70%) were written of home after treatment, there was occurred death within clinical in 84 (30 %) patients.

2009-2010 patients were called comparative group and 2011-2012 patients were called main group patients. Severity degree of injury in the patients of main group was assessed on the basis of AIS (Abbreviated Injury Scale) and ISS (Injury Severity Scale) scales and assistance was provided by seriously complying

with “damage control” principles. 102 out of 223 patients who have been written of home after treatment were comparative, and 121 of them were main group patients. 62 patients (60,8%) out of 102 patient on comparative group and 78 (64,5 %) out of 121 patient on main group were possible to be kept under control. It was possible to keep the patients of comparative group under control for 4-5 years and the patients of main group for 2-3 years. So, there were observed complications that can be resulted in disability in 31 out of 62 that are comparative group’s patient (50%), and in 38 out 78 patients that are main group patients. The result of the study has shown that the main reasons of the complications were:

–Compulsory delay of traumatological operations in some patients due to the delay in reanimation measures

–Infection of operational injuries carried out in other anatomical parts or open bone injuries and creation of favorable condition of osteomyelitis.

–Non-adequate selection of osteosynthesis according to the nature of fracture.

–Selection of metal construction for osteosynthesis without taking into consideration the age, weight of the patient and concomitant diseases.

Daxil olub: 13.10.2014.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ахвердиева А.Г., Олендарь Н.В., Дашичев К.В., Андреев А.А.

***Ярославская государственная медицинская академия,
Российская Федерация, г. Ярославль.***

Для неонатальной адаптации недоношенных детей характерно высокое напряжение метаболических процессов. В течение периода новорожденности у них достаточно интенсивно происходит структурное и функциональное созревание органов и систем, для чего требуется высокое энергетическое обеспечение [1, 2, 3, 4]. У недоношенных детей энергетическом обмене центральное место занимают липиды. Потребность недоношенных новорожденных детей в жире достаточно высока, превышая таковую у доношенных [5, 6]. Тем не менее, в публикациях, посвященных оптимизации вскармливания недоношенных детей, роль жирового компонента в питании этих детей практически игнорируется.

Усвояемость жиров новорожденными детьми в значительной степени определяется качественным составом жирового компонента питания [7]. В женском молоке содержится 10-20% среднецепочечных триглицеридов от общего уровня жирных кислот, тогда как в искусственных смесях их содержание может быть более высоким (до 38%). Избыточное поступление среднецепочечных триглицеридов в организм недоношенного ребенка приводит к улучшению абсорбции жира, но при этом снижается окисление глюкозы и увеличивается липогенез, то есть изменяется характер метаболических процессов [8]. Таким образом, присутствие в питании

среднецепочечных триглицеридов, несмотря на определенные достоинства, не могут решить всех проблем нутритивной (жировой) поддержки недоношенного ребенка.

Одним из основных пищевых липидов является холестерин, участвующий во многих процессах в организме ребенка. Этот липид выполняет роль регулятора метаболических процессов и необходим для развития головного мозга. Помимо поступления с пищей холестерин синтезируется в печени из холестерина ребенка. Основным переносчиком эндогенного холестерина в клетки органов являются липопротеины низкой плотности или β -липопротеины, которые транспортируют около 70% общего холестерина плазмы. Их липидное ядро почти полностью состоит из эфиров холестерина [9, 10]. Следовательно, холестерин и β -липопротеины являются важными составляющими метаболизма липидов, происходящего в организме новорожденного и, разумеется, недоношенного ребенка.

Цель исследования: выяснить состояние обмена холестерина и β -липопротеинов у недоношенных детей при грудном и искусственном вскармливании в процессе ранней постнатальной адаптации.

Материал и методы Объектом исследования служили 69 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 30-36 недель и постнатальным возрастом от 1 до 15 дней, массой тела при рождении 1500-2499 г., находившихся в областном отделении недоношенных детей. В первую группу вошли недоношенные новорожденные, которые находились на вскармливании грудным молоком - 35 человек (15 - мальчиков и 20 - девочек), вторую группу составили 34 ребенка (15 - мальчиков и 19 - девочек) находившихся на вскармливании специализированными адаптированными искусственными заменителями грудного молока. Гестационный возраст (ГВ) составил соответственно $34 \pm 0,1$ и $34 \pm 0,2$ недель, масса тела при рождении (МТР) – 2070 ± 34 и 2054 ± 40 г. Новорожденные обеих групп не имели тяжелой сопутствующей патологии, состояние центральной нервной системы у них оценивалось как церебральная ишемия 1-2 степени. Помимо общеклинического обследования у недоношенных новорожденных детей в возрасте 7-ми и 15-ти суток определялась концентрация общего холестерина в крови энзиматическим колориметрическим методом с помощью полуавтоматического биохимического анализатора "Clima 15" и набора реагентов "Vital Diagnostics SPb", а также содержание β -липопротеидов в крови турбодиметрическим методом с использованием фотоэлектроколориметра КФК-2. Цифровой материал обрабатывался методами вариационной статистики с вычислением различий значений параметров между группами детей по критерию Стьюдента с использованием прикладной программы «Microsoft Excel 2002». Различие групп считалось достоверным при $p < 0,05$. Кроме того, проводился многофакторный анализ показателей нутритивного статуса с помощью программы Statistica V.6. При этом использовалась стратегия Varimax normalized, в результате которой в каждой группе детей были выделены по 6 факторов, отмеченных высокими нагрузками; для чего учитывались внутрифакторные коэффициенты корреляции (ВФКК), имевшие положительные или отрицательные значения не менее 0,500.

Результаты исследования. Содержание общего холестерина в крови недоношенных новорожденных, находившихся на грудном вскармливании,

на 7 сутки колебалось от 2,2 до 4,3 ммоль/л, на 15 сутки - от 3,2 до 4,2 ммоль/л. Содержание общего холестерина у детей, находившихся на искусственном вскармливании, на 7 сутки было в пределах от 2,0 до 4,7 ммоль/л, на 15 сутки - от 2,4 до 3,7 ммоль/л. Динамика средних значений содержания в крови общего холестерина у недоношенных детей в зависимости от вида вскармливания имела прямо противоположную направленность (рис.1).

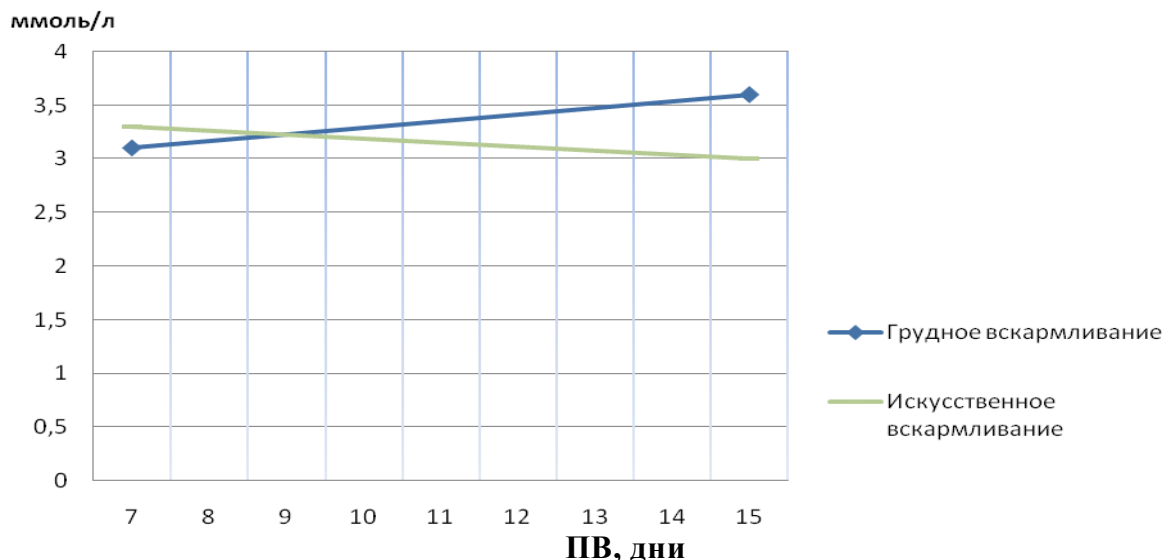


Рис. 1. Динамика содержания в крови общего холестерина у недоношенных новорожденных детей.

В возрасте 7-ми дней различие по этому показателю у недоношенных детей при грудном и искусственном вскармливании было не столь существенным; содержание в крови общего холестерина в среднем составлял соответственно $3,1 \pm 0,2$ и $3,3 \pm 0,3$ ммоль/л, но к 15-му дню жизни содержание общего холестерина было существенно выше у детей, находящихся на грудном вскармливании, составляя соответственно $3,6 \pm 0,2$ и $3,0 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$). Содержание β -липопротеинов в крови у недоношенных детей при грудном вскармливании в возрасте 7-ми суток было в пределах от 8 до 40 ЕД, в возрасте 15 суток - от 23 до 52 ЕД. При искусственном вскармливании содержание в крови β -липопротеидов у недоношенных детей в возрасте 7 суток составляло от 12 до 32 ЕД, а в возрасте 15 суток - от 10 до 42 ЕД. Различие средних величин данного показателя между группами детей было недостоверным, но в возрастном аспекте у детей на грудном вскармливании содержание в крови β -липопротеидов имело тенденцию к увеличению при несущественных его возрастных изменениях у детей на искусственном вскармливании (табл.1).

Факторный анализ параметров, характеризующих динамику массы тела и исследуемых биохимических параметров у недоношенных новорожденных детей, показал, что при грудном вскармливании на 7-е сутки жизни имеется тесная прямая связь содержания в крови общего холестерина и β -липопротеинов с положительными значениями ВФКК ($+0,804$ и $+0,719$ соответственно). Кроме того, в этой группе детей содержание β -

липопротеинов в крови имеет прямую связь в возрасте 7-ми 15-ти дней с показателями массы тела при рождении и в день исследования с положительными значениями ВФКК (+0,500 и +0,641 соответственно). Аналогичная корреляция содержания общего холестерина в крови отмечена в возрасте 15-ти дней (ВФКК составил +0,724 и +0,640 соответственно). При искусственном вскармливании у недоношенных детей в возрасте 7-ми суток установлена однонаправленная связь содержания в крови общего холестерина с убылью массы тела при отрицательных значениях ВФКК (-0,841 и -0,705 соответственно) и аналогичный характер связи содержания в крови β -липопротеинов с длиной тела (ВФКК составил -0,880 и -0,881 соответственно). В возрасте 15-дней при искусственном вскармливании содержание в крови общего холестерина у недоношенных детей отмечено высоким положительным значением ВФКК (+0,870) вне связи с какими-либо другими показателями.

Таблица № 1

Динамика содержания β -липопротеинов в крови у недоношенных новорожденных детей, ммоль/л

Возраст		Грудное вскармливание	Искусственное вскармливание
	n	35	34
7 суток	M±m	26,0±4,0	23,3±2,8
	p ₁		>0,05
15 суток	M±m	33,5±4,1	26,0±6,4
	p ₁		>0,05
	p ₂	<0,1>0,05	>0,05

p₁ - достоверность различий между группами детей одного возраста;

p₂ - достоверность различий внутри группы в возрасте 7 и 15 суток

Заключение.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у недоношенных детей в зависимости от вида вскармливания в процессе ранней постнатальной адаптации формируются различные варианты липидного обмена, что может влиять на развитие организма ребенка и его энергетические процессы в дальнейшем. Учитывая многогранную роль изучаемых липидов возрастание содержания в крови холестерина при грудном вскармливании в большей степени отвечает потребностям быстро растущего организма преждевременно родившегося ребенка. Особенно важным этот фактор представляется для глубоконедоношенных детей, у которых при вскармливании грудным молоком к окончанию неонатального периода прибавка массы тела становится более существенной, чем при искусственном вскармливании [11]. Следовательно, более высокое количество холестерина в организме ребенка в неонатальном периоде при грудном вскармливании создает предпосылки для оптимального развития недоношенных детей в последующем.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Володин Н.Н. (ред.) Неонатология. Национальное руководство. ГЭОТАР МЕД. М., 2007.
2. Яцык Г.В. (ред.) Руководство по неонатологии. - М. ГАРДАРИКИ 2004.
3. Нетребенко О.К. Некоторые эссенциальные микронутриенты в питании недоношенных детей. М., - 2004.

4. Яцык Г.В., Боровик Т.Э., Ладодо К.С. и др. Рациональное вскармливание недоношенных детей. Методические указания. МЗ РФ., М., 2010.
5. Верещагина Т.Г., Михеева И.Г. Питание детей первого года жизни. Часть I. Естественное вскармливание. Учебно-методическое пособие. – М., ДИНАСТИЯ. – 2003.
6. Ладодо К.С. (ред.) Руководство по лечебному питанию детей. – М. Медицина, 2000.
7. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Лукоянова О.Л. и др. Современные тенденции и проблемы вскармливания недоношенных детей // Вопр. совр. педиатрии. 2005. Т. 4, N 2, с. 80-84
8. Нетребенко О.К. Потребности недоношенных детей в основных макронутриентах. М. – «НЕСТАЕ ФУД». - 2004.
9. Page K., Malik R., Ripple J. et al. Maternal and postweaning diet interaction alters hypothalamic gene expression and modulates response to high-fat diet in male offspring Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. – 2009. - №297. – P. 1048-1057.
10. Дашичев В.В., Олендарь Н.В., Андреев А.А. К характеристике особенностей постнатальной адаптации у недоношенных новорожденных детей. Материалы XI Конгресса педиатров России "Актуальные проблемы педиатрии". М, 2007, с.499.
11. Олендарь Н.В. Особенности поздней неонатальной адаптации недоношенных детей с очень низкой массой Автореф. канд. дисс. М., 2000.

X Ü L A S Ə

YARIMÇIQ YENİDOĞULMUŞ UŞAQLARIN QANINDA XOLESTERİNİN SƏVIYYƏSİNƏ BƏSLƏNMƏ FORMASININ TƏSİRİ

Haqverdiyeva A.H., Olendar N.V., Daşicev K.V., Andreyev A.A.
Yaroslavl Dövlət Tibb Akademiyası, Rusiya Federasiyası, Yaroslavl

30-36 hestasiya həftəsi arasında və 1500-2499 qr. doğum çəkisi ilə doğulan 69 yarımçıqdoğulmuş uşaq müayinə olundu. Onlardan ana südü ilə qidalanan 35 uşaq bir qrupda, süni qida ilə qidalanan 34 uşaq başqa qrupda birləşdirildi. Hər iki qrupdakı uşaqlarda ağır yanaşı patologiya qeyd olunmur. Ana südü ilə qidalanan uşaqlarda 15-ci gündə qanda ümumi xolesterin və b-lipoproteinin səviyyəsinin artması, süni qida ilə qidalananlarda əks tendensiya qeyd olundu. Bu da yarımçıq doğulmuş uşaqların sonrakı dövrdə inkişafına təsir edən lipid mübadiləsinin formalaşmasına müxtəlif təsir edir.

Açar sözlər: yarımçıqdoğulmuş uşaq, ana südü və süni qidalanma, qanda ümumi xolesterin və b-lipoproteinlərin səviyyəsi.

S U M M A R Y

INFLUENCE OF TYPE OF REARING ON LEVEL OF CHOLESTEROL IN BLOOD OF PREMATURELY BORN NEW-BORN CHILDREN

Hagverdieva A.G., Olendar N.V., Dashichev K.V., Andreev A.A.
Yaroslavl State Medical Academy, Russia, Yaroslavl

69 prematurely born new-born children are inspected with gestational age 30-36 weeks and by body weight at birth 1500-2499, from a number that one group was made by 35 children, being on the pectoral rearing, other are 34 children, being on rearing the adapted artificial sucklings mixtures. The children of both groups had comparable indexes of physical development and did not have heavy concomitant pathology. It is set that to age of 15 days twenty-four hours of value of maintenance in blood of general cholesterol and b-lipoprotein at the pectoral rearing rose, while at the artificial rearing an opposite tendency is

marked, that specifies on forming of different variants of lipid exchange, influencing on further development prematurely born children.

Keywords: prematurely born children, pectoral and artificial rearing, maintenance in blood of general cholesterol and b- lipoprotein.

Daxil olub: 1.04.2015.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ И МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

Агаева Э.М., Нариманов В.А., Курбанов А.И., Байрамов А.Г., Караев З.З.

АМУ, кафедра микробиологии и иммунологии.

Ключевые слова: мочеполовая система, антибиотики, антибиотикорезистентность, оппортунистические инфекции.

Возбудителями оппортунистических инфекций мочеполовых органов являются условно патогенные микроорганизмы.

Условно патогенные микроорганизмы, или как часто их называют микробы оппортунисты, характеризуются гетерогенностью популяций по всем фенотипическим признакам и частым ассоциированным течением инфекции, что затрудняет диагностику, лечение и профилактику обусловленных ими патологий.

Так, гетерогенность популяций условно патогенных микроорганизмов по антигенной структуре создает трудности в их идентификации. Особенно выражена гетерогенность популяций условно патогенных микроорганизмов по устойчивости к антибиотикам, которая приводит к последующей селекции антибиотикорезистентных штаммов и дальнейшим их распространением в популяции.

Установлено, что часто возбудителями урогенитального тракта являются уже антибиотикорезистентные штаммы, вызывающие заболевания в ассоциации.

Так, частота обнаружения пеницилиноустойчивых стафилококков в некоторых регионах составляет 80-90%, а стрептомициноустойчивых – 60-70%, эшерихий устойчивых к пенициллину 89%, левомицетину 72,3%, тетрациклину 64.2 %, шигелл, устойчивых к ампициллину - 20%, устойчивых к тетрациклину и стрептомицину более 50% и.т.д. (Деревенко И.И. и др., 1992; Сидоренко С.В., 2002; Агаева Э. М., Нариманов В. А., 2009).

Микроорганизмы, участвующие в этиологии ассоциированных инфекций приобретают измененные, а иногда и новые свойства (повышается их вирулентность, изменяется антигенная структура, появляется антибиотикорезистентность и т.д.)

Таким образом, ассоциированное течение инфекций урогенитального тракта, обусловленных условно патогенной микрофлорой и распространение

антибио-тикорезистентных штаммов является актуальной проблемой в связи с возможностью развития тяжелых осложнений.

Цель нашего исследования заключалась в изучении этиологической структуры инфекций мочеполовой системы и выявлении антибиотикорезистентных штаммов.

Материалы и методы. Исследования проводились в клинической микро-биологической лаборатории и на кафедре микробиологии и иммунологии Азербайджанского Медицинского Университета.

За 2011-2014 годы поступило 352 пациента с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, из них 137 женщин и 215 мужчин. Средний возраст пациентов составил 21-48 лет.

Идентификацию выделенных микроорганизмов проводили общепринятыми в микробиологии методами. Определение чувствительности выделенных культур микроорганизмов к антибиотикам проводили диск-диффузионным методом. Для выявления чувствительности бактерий к β -лактамам антибиотикам применяли ускоренный метод Сиволодского Е.П.

С этой целью на фильтровальную бумагу наносили каплю 2% раствора водорастворимого крахмала и втирали в неё бактериологической петлей чистую культуру исследуемого штамма до получения бляшки диаметром в 3 мм. Затем вносили каплю водного раствора пенициллина (во флакон с 500 тыс. ЕД пенициллина вносят 10 мл 0, 005 мм раствора йода). Через 10 мин учитывали результат. При наличии фермента β -лактамазы на синем фоне была видна зона полного просветления вокруг бляшки бактерий, что свидетельствовало об устойчивости штамма к β -лактамам антибиотикам.

Результаты исследований. Из обследованных 652 пациентов были выделены 550 культур микроорганизмов, из которых 180 были отнесены к патогенным грамположительным коккам (стафилококки, энтерококки, микро-кокки), 350 культур – к бактериям семейства Enterobacteriaceae и неферменти-рующим грамотрицательным бактериям и 20 культур были отнесены к грибам рода Candida.

В структуре выделенной микрофлоры преобладали микроорганизмы родов Staphylococcus (33%) и Escherichia (55%), наименьшее количество культур составляли бактерии родов Citrobacter и Klebsiella -12%, грибы рода Candida – 3%, P.vulgaris и P.aeruginosa - 24% (рис. 1).

При микробиологическом анализе микрофлоры мочи нами были отмечены также S.saprophyticus, S.epidermidis, S.faecalis и др., которые чаще обнаруживались в моче здоровых людей, преимущественно в составе микробных ассоциаций. Из мочи больных эти бактерии высевались в тех случаях, когда микробное число не превышало 500 тыс.

Энтеробактерии родов Escherichia, Citrobakter, Klebsiella чаще обнаруживали в посевах мочи больных как в виде монокультуры, так и в составе микробных ассоциаций, как при низком, так и при высоком уровне бактериурии. Микробное число мочи выше 10^5 КОЕ/мл свидетельствовало об инфекционном процессе в мочевой системе, а при более низких показателях инфекционную патологию необходимо было далее диагностировать другими методами.

Из мочи больных преимущественно в виде монокультуры выделяли P. mirabilis, P. vulgaris, P. aeruginosa, S. aureus. Обнаружение их в моче

независимо от количества, свидетельствовало об инфекционном процессе в мочевой системе.

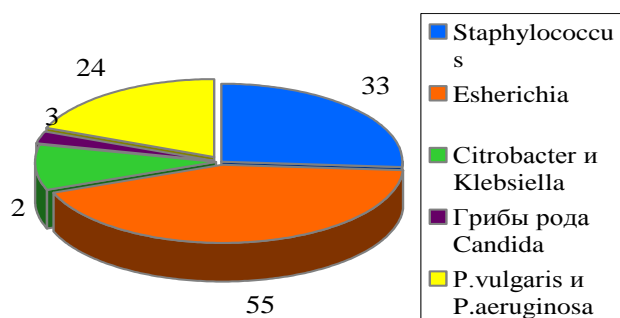


Рис. 1. Состав и количество микроорганизмов наиболее часто встречающихся в моче при оппортунистических инфекциях.

Таким образом, в пробах мочи при оппортунистических инфекциях наиболее часто выделялись микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (родов Escherichia, Citrobacter, Klebsiella) и Micrococcaceae (рода Staphylococcus).

Видовую идентификацию стафилококков проводили на основании изучения комплекса биологических свойств выделенных чистых культур. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица № 1

Видовая идентификация стафилококков, наиболее часто встречающихся в моче при оппортунистических инфекциях

Количество штаммов	ДНК-аза	Плазмокоагулаза	Фосфатаза	Нитрат-редуктаза	Продукция ацетона	уреаза	гемолиз	мальтоза	маннит	сахароза	Вид
15	+	+	+	+	+	15	+	+	+	+	S.aureus
41	-	-	+	+	+	+	(+)	(+)	-	+	S. epidermidis
52	-	-	-	-	+	+	-	-	11	+	S. saprophyticus
5	-	-	-	1	+	+	-	-	2	+	S.warneri
35	-	-	-	+	+	-	-	-	9	+	S.haemolyticus
8	-	-	-	3	1	+	-	-	-	(+)	S.hominis
12	-	-	-	+	+	d	4	+	-	+	S.lugdunensis

Примечание. Знаком (+) содержание 90% и более положительных штаммов, (-) 90% и более отрицательных штаммов.

При изучении видового состава выделенных микроорганизмов рода Staphylococcus установили наиболее частое выделение коагулазанегативных штаммов: S.saprophyticus – 52, S.lugdunensis – 12, S.hominis – 8, S.warneri – 5, S.haemolyticus – 35, S.epidermidis – 51, S.aureus – 15 штаммов (рис. 2).

При изучении чувствительности выделенных культур к антибиотикам наблюдали тенденцию к распространению антибиотикорезистентных штаммов. Антибиотикорезистентность проявлялась к β – лактамным антибиотикам.

Из обследованных 168 штаммов рода Staphylococcus 87 были резистентны к бензилпеницилину, 15 штаммов резистентны к доксициклину и 8 штаммов к ципрофлоксацину. К линкомицину частота резистентности стафилококков составляла всего 5 штаммов, к оксацилину 12 штаммов.

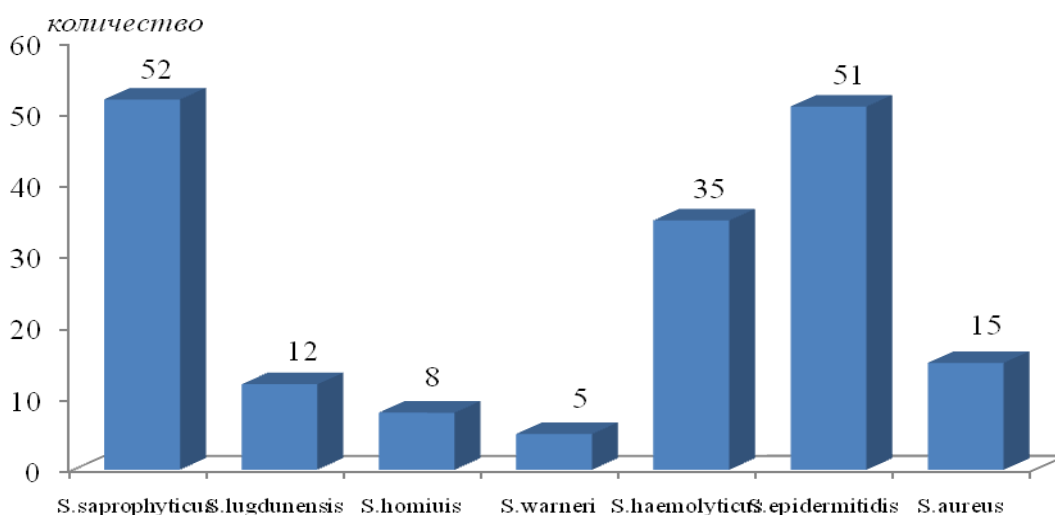


Рис. 3. Распределение выделенных микроорганизмов рода *Staphylococcus* по видовому составу.

Все изученные штаммы были чувствительны к ванкомицину, наибольшую резистентность стафилококки проявляли к бензилпенициллину а наименьшую к линкомицину и гентамицину. У этих штаммов были идентифицированы бета-лактомазы расширенного спектра действия. В связи с этим лечение стафи-лококковых инфекций мочевыводящих путей нецелесообразно проводить пенициллинами и цефалоспоридами. Препаратом выбора, по нашим исследо-ваниям, является ванкомици и гентамицин.

Таким образом, необходимо постоянно проводить мониторинг этиологической структуры и антибиотикорезистентность возбудителей опортунистических инфекций мочеполовой системы, с целью разработки рациональных схем лечения.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Деревенко И.И., Ходырева. Анализ этиологической структуры мочевой инфекции и антибиотикорезистентности ее возбудителей. – Журн. Антибиотики и химиотерапия. № 9., 1997, стр. 2.
2. Сидоренко С.В., Исследования распространения антибиотикорезис-тентности: практическое значение. Журн. „ Инфекции и антимикробная терапия”, 2002; Том 4, № 2.
3. Агаева Э.М., Нариманов В.А. Distribution of antibiotic resistanse strain of *E. coli* in Azerbaijan , I infeksiyon xəstəliklər konqresi, Bakı 2009, səh. 96-97.

X Ü L A S Ə

SİDİK-CİNSİYƏT SISTEMI OPPORTUNİSTİK İNFEKSIYALARININ ETİOLOJİ STRUKTURU VƏ ONLARIN TÖRƏDİCİLƏRİNİN ANTİBİOTİKOREZİSTENTLİYİNİN MONİTORİNQİ

Ağayeva E.M., Nərimanov V.Ə., Qurbanov A.İ., Bayramov A.Q., Qarayev Z.Z.
ATU, Mikrobiologiya və immunologiya kafedrası

Sidik-cinsiyət sistemi opportunistik infeksiyalarının etioloji strukturu öyrənilmişdir. Müəyyən edilib ki, onların törədiciləri *Esherichia* (55%), *Staphylococcus* (33%), *P.vulgaris* və *P.aeruginosa* – (24%), *Citrobacter* və *Klebsiella* – (12%), və *Candida* – (3%) cinslərindən olan mikroorqanizmlərdir.

Sağlam insanların sidiyində assosiasiya halında çox vaxt *S.saprophyticus*, *S. epidermitidis*, *S. Faecalis* tapılır.

Sidikdə 10^5 KƏV/ml mikrob olması sidik-cinsiyət sistemində infeksiyon prosesinə dəlalət edir. Stafilokokkların antibakterial preparatlara qarşı həssaslığı və rezistentliyi öyrənilən zaman β - lactam antibiotiklərə qarşı rezistent ştammların daha çox yayılması müşahidə edilmişdir. Vankomisin və gentamisin müalicə üçün seçim preparatları hesab oluna bilər.

SUMMARY

ETIOLOGICAL STRUCTURE OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS GENITOURINARY SYSTEM AND MONITORING THE ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF THEIR CAUSATIVE AGENTS

Agayeva E.M., Narimanov V.A., Qurbanov A.İ., Bayramov A.Q., Qarayev Z.Z.
AMU, Department of Microbiology and Immunology

Etiological structure of opportunistic infections of urinary system was studied. It has been determined that, their causative agents are conditionally pathogenic microorganisms from genus of *Esherichia* (55%), *Staphylococcus* (33%), *Citrobacter* and *Klebsiella* -12%, fungus such as *Candida* – 3%, *P.vulgaris* and *P.aeruginosa* - 24%. In the urine of the adult patients, *S.saprophyticus*, *S. epidermitidis*, *S. Faecalis* were frequently observed. Microbial frequency more than 10^5 CFU/ml in the urine indicates a process of infection in the urinary system.

In the study of sensitivity and resistance of staphylococci to antibiotics, the tendency of spreading of antibiotic-resistant strains to β - lactam antibiotics was observed. The drugs of choice for treatment are vancomycin and gentamicin.

Daxil olub: 22.01.2015.

RESİDİVLƏŞƏN HERPETİK KERATİTLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ BİZİM TƏCRÜBƏMİZ.

Hacıyeva N.M., Məhərrəmov S.M.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşmə İnstitutunun Oftalmologiya kafedrası, Bakı şəh.

Birinci tipli sadə herpes virusu (ingilis.Herpes simplex virus1,HSV-1,Human herpesvirus I)-herpes viruslar ailəsinin bir növüdür. Herpesviridae, insanlarda oral herpes törədir (qısalmış yazılışı VPQ-1).Bu virus neyrotrop və neyrovazivdir ,daha doğrusu yoluxmadan sonra sinir sistemə miqrasiya edir.HSV-1 adətən, dodaqlarda infeksiya törədir[1].Sadə herpes virusunun dünyada yayılması 65-90% arasında dəyişir.İnfeksiya mənbəyi herpesin aktiv mərhələsində olan insandır[2].

Virus görünən simptomların olmaması zamanı da ötürülə bilər.Ötürülmə yolları məişət kontakt,hava-damcı,cinsi,transplasentar(anadan döle)olur.Əsas

yoluxma kontakt yolla baş verir. Virus bioloji mayelərdə və tüpürcəkdə toplanır. Yoluxma qab-qacaq, dəsmal, oyuncaqlar, öpüşmə vasitəsilə baş verir. Spesifik antitellərə görə araşdırmalar təsdiq edir ki, HSV-1 ilə yoluxma adətən, erkən yaşlarda olur [3].

Buynuz qişanın zədələnməsi virus keratitləri arasında ən çox herpes virusları ilə baş verir. Gedışatın ağırlığına və tezliyinə görə bu xəstəlik keratitlər arasında birinci yeri tutur. Bütün virus infeksiyaları üçün umumi olan cəhət odur ki, onlar həmişə sinir toxumasının zədələnməsi ilə müşayiət olunur və bu da buynuz qişanın innervasiyasının pozulması, həssaslığının azalması şəklində özünü biruzə verir. Virus keratitləri uzun müddət davam edir və tez-tez residivləşir. Törədicinin aktivləşməsinə orqanizmin immunmüdafiəsinin zəifləməsi: KRVI, sətəlcəm, buynuz qişanın mikrotravması, soyuqdəymə, emosional stres səbəb olur. Adətən, xəstəlik dodaqlarda herpetik səpgi şəklində üzə çıxır [4].

Virus birincili yoluxmadan sonra hissi liflərin aksonları ilə qanqliyaya (üçlü sinir-VPQ-1 üçün və spinal-VPQ-2 üçün) düşür və orada latent formada qalır. Müəyyən şəraitdə virus reaktivləşir və həmin aksonlara əks istiqamətdə toxuma-hədəfə doğru hərəkət edir [5].

Profilaktik müalicəsiz herpetik keratitlərin təkrari hücumları il ərzində təxminən 33%-də, iki il ərzində 66%-də baş verir.

İşin məsədi: Herpetik keratitlərin residiv formalarının farmakoterapiyasının optimizasiyası.

Material və metodlar: Bizim müşahidəmiz altında herpetik keratitli 27 xəstə (27 göz) olmuşdur. Yaş həddi 14-37 arasında dəyişmişdir. Onlardan 20- i kişi, 17 –si qadın idi. Pasientlər xəstəliyin formasına görə aşağıdakı qruplara bölünmüşlər:

Cədvəl № 1.

Keratitlərin forması	Pasientlərin sayı
1. Vezikulyoz	6
2 Ağacvari	10
3. Landkartşəkilli (metaherpetik)	8
4. Diskvari	3
Cəmi	27

Bütün xəstələr yaşadığı ərazi poliklinikalarında müalicə alıblar və müəyyən vaxtdan sonra onlarda residiv müşahidə olunub. 12 pasientdə ikinci residiv, 11 xəstədə iki il ərzində ikidən çox residiv olmuşdur. 6 pasientdə il ərzində üçdən artıq residiv qeyd edilib. Birincili xəstələr bizim müşahidəmizə daxil edilməmişdir.

Pasientlərin çox hissəsində anamnezdə sətəlcəm, özünü pishissetməklə müşayiət olunan dodaqtrafi səpgilərin residivi qeyd olunmuşdur. Xəstələr işıqdan qorxma, yaşaxma, müxtəlif dərəcəli görmə zəifliyindən şikayət edirdilər. Onların böyük əksəriyyəti, artıq bir neçə gün simptomları müşahidə etsələr də, həkimə gec müraciət etmişdirlər.

Xəstələr virusəleyhinə preparatların instilyasiyası, antibiotik və steroid məlhəmlər almışlar.

Biz müalicəni bütün preparatların ləğvi və virusəleyhinə maddələrin monoterapiyası ilə başladıq. İkinci residivli xəstələrə Asiklovir 200mg. 1 tab. gündə 5 dəfə 5 gün ərzində, sonra isə 1-1.5 ay ərzində 1 tab. gündə 1 dəfə verilmişdir. İkidən artıq residiv verən xəstələrə Vansiklovir 500mg. 10 gün ərzində 1 tab. gündə 2 dəfə olmaqla, 1 aya qədər isə 1 tab. gündə 1 dəfə olmaqla təyin edilmişdir.

Digər lokalizasiyalı herpetik infeksiyalar olduqda müalicə 1-2 aya qədər uzadılıb, dermatoloq və nevropatoloqun konsultasiyası və müalicəsi aparılıb.

Yerli olaraq selektiv herpesəleyhinə aktiv preparatların- 0.1% idoksirudin məhlulunun(İDU,Oftan İDU,Keresid)10-14 gün ərzində instilyasiyası(sonra buynuz qişa epitelinə nəzərçarpacaq toksiki təsir göstərir)və 3%-li asiklovir məlhəmi(zoviraks,viroleks)3-5 dəfə göz qapaqlarının arasına qoymaq daha effektiv təsir göstərir.

Oftalmoferon kombinə edilmiş dərman vasitəsidir,tərkibində virusəleyhinə və immunmodulə edici vasitə alfa-interferon-2b,insani rekombinat və antihistamin vasitə diferhidramin vardır. Kəskin mərhələdə gündə 6-8 dəfə 1-2m damcı konyunktival kisəyə damızdırılır.İltihabi prosesin azalma dərəcəsinə görə damcıları simptomlar tam yox olana qədər azaltmaq olar.Tez-tez residiv olan pasientlərə virusəleyhinə aktiv, tərkibində qansiklovir olan Virqan(VİRGAN)göz məlhəmi təyin olunub.Virqan aşağı konyunktival kisəyə buynuz qişada tam repitelizasiya(bərpa olunma) olana qədər 1 damcı gündə 5 dəfə,sonra isə 1 damcı gündə 3 dəfə instilyasiyası aparılıb.Müalicə 21 gün davam edilib.

Keratitin metaherpetik və ya diskvari forması olan xəstələrə induktor kimi interferon və ya poludanın-(göz toxumalarında və qanda α,β,γ interferonların ifrazını təmin edən biosintetik poliribonukleoid kompleks) subkonyunktival inyeksiyası(1ml.məhlulda 50-100ME).0.3-0.5ml№10, təyin olunub. Vit B1və B2-nin əzələ daxili inyeksiya kursu ,daxilə askorbin turşusu və A vitaminin qəbulu istifadə edilmişdir.

Uzunsürəngədişli 2 xəstədə buynuz qişanın zədələnmiş toxumasının təmizlənməsi istiqamətində mikroinvaziv əməliyyatlar: mikrotermokoagulyasiya və riboflavinin subkonyunktival inyeksiyası aparılmışdır.

Nəticə və müzakirələr: Herpetik keratitlərin residivləşməsi adətən, immunitetin zəifləməsi fonunda xroniki bakterial infeksiya ocağı olduqda ,stres və soyuqdəymə fonunda baş verir.Herpetik keratitlərin müalicəsi hətta gözdə olan proses söndükdən sonra da il ərzində davam etdirilməlidir. [6]. Xroniki infeksiyanın sanasiyası, oftalmoloqun müşahidəsi altında olmaq və imunitetin möhkəmləndirilməsi residivlərin profilaktikası üçün məqsədyönlüdür.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Biswas P.S., Rouse R.T. Early events in HSV keratitis-setting the stage for a blinding disease // Microbes Infect., 2005, v.7(4), p.799-810.
- 2.Марков И.С. Диагностика и лечение герпетических инфекций и токсоплазмоза. К, 2002, 190 с.
- 3.Панченко Л.А., Кириченко И.И., Ходак Л.А. Возбудители герпесвирусных инфекций и наиболее важные клинические проявления у человека // Провизор. 1999, №3, с.28-30.
- 4.Каспаров А.А. Офтальмогерпес. М.: Медицина, 1994, 224 с.
- 5.Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Черных М.Д. Терапия герпетической инфекции. СПб., 1993, 40с.
- 6.Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Астахов Ю.С. и др., Рациональная фармакотерапия в офтальмологии, 2004,112с.

РЕЗЮМЕ

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КРАТИТОВ.

Гаджиева Н.М., Магеррамова С.М.

Кафедра Офтальмологии Азербайджанского Государственного Института
Усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку*

Ключевые слова: кератит, герпес,

Цель: Оптимизация фармакотерапии рецидивирующих форм герпетических кератитов.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 27 больных (27 глаз) с герпетическим кератитом, в возрасте от 14 до 37 лет, 20 мужчин и 17 женщин. Все больные получали лечение по месту жительства, через какое-то время у них наблюдался рецидив. У 12 человек был второй рецидив, у 11 более двух рецидивов в течение двух лет. 6 больных наблюдали рецидивы в течение одного года более 3-х раз. Больные с первой атакой герпеса в исследование включены не были. Было проведено комплексное лечение противовирусными препаратами, двум больным были проведены микроинвазивные операции с диатермокоагуляцией.

Вывод: Рецидивы герпетического кератита обычно возникают на фоне ослабления иммунитета, имеющегося хронического очага бактериальной инфекции, на фоне стресса и переохлаждения. Лечение герпетического кератита должно быть продолжено даже после стихания процесса в течение первого года.

SUMMARY

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF RECURRENT HERPETIC KERATITIS.

Hacıyeva.N.M.,Maharramova S.M
Azerbaijan Institute of Postgraduate Education after acad. A.Aliev, Baku.

Key words: keratitis, herpes

Aim: Optimization of pharmacotherapy of relapsing forms of herpetic keratitis .

Materials and methods: We observed 27 patients (27 eyes) with herpetic keratitis, aged 14 to 37 years, 20 men and 17 women. All patients received treatment in the community, after some time, they have relapsed. At 12 was the second relapse, 11 more than two relapses within two years. 6 patients were relapse within one year more than 3 times. Patients with a first attack of herpes in the study were not included. Treatment we started with the abolition of all medications and purpose alone antiviral agents.

Conclusions: Recurrences of herpetic keratitis usually occur on the weakening of immunity with chronic outbreak of a bacterial infection, the stress and hypothermia. Treatment of herpetic keratitis should be continued even after decrease of the process in the first year .

Daxil olub: 27.01.2014.

ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ FONUNDA İNKİŞAF EDƏN XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ DİASTOLİK DİSFUNKSIYA İLƏ HOMOSİSTEİNİN ƏLAQƏSİ

Əzizov V.Ə., İmaməliyev Q.M., İbrahimova Ş.S., Qurbanova X.İ.

ATU-nun II Daxili xəstəliklər kafedrası.

Ürək çatışmazlığı təkcə sol mədəciyin atım fraksiyasının (AF) azalması ilə deyil, həm də AF-nin normal səviyyədə saxlanılması ilə də müşahidə oluna bilər. Sonuncu forma diastolik ürək çatışmazlığı (DÜÇ) adlandırılır və ürək çatışmazlığı olan xəstələr arasında onun xüsusi çəkisi 30-50% təşkil edir (2). DÜÇ sol mədəciyin diastolik disfunksiyası hesabına yaranır. Bir çox xəstəliklər, o cümlədən arterial hipertenziya, şəkərli diabet, ürəyin tac damar xəstəliyi, pylənmə və s. diastolik disfunksiya yaradır. Mədəciclərin relaksasiyasının pisləşməsi və onun sərtliyinin artması diastolik disfunksiyasının əsas aparıcı amilidir. Diastolik disfunksiya isə öz növbəsində DÜÇ-ün perkursorudur (3, 4). Diastolik disfunksiya diastola zamanı yaranan mexanik qeyri-normallıq vəziyyətidir. Diastolik disfunksiya ürək çatışmazlığı simptomları olduqda və həmçinin olmadıqda belə baş verə bilər. Ona görə də diastolik disfunksiya sol mədəciyin qeyri-normal mexaniki xüsusiyyəti və DÜÇ isə klinik sindromdu kimi dəyərləndirilir (7,8). DÜÇ həm ayrılıqda, həm də sistolik ürək çatışmazlığı (SÜÇ) ilə müştərək rast gələ bilər. Bu heç də o demək deyil ki, SÜÇ və DÜÇ vahid continuumun tərkib hissələridir. Bunlar arasında fərqli xüsusiyyətlər mövcuddur.

Son zamanlar XÜÇ-un inkişafında yeni risk amillərinin rolu öyrənilməkdədir. Bu risk amillərindən biri də homosisteindir. Homosisteinin endotelial disfunksiya yaratması çoxlu sərbəst oksigen radikallarını artırması hesabına baş verir. Bu da sərbəst radikalların konstutiv və endotelial azot oksid synthase (e - NOS) fermentinin ekspressiyasını blokada etməsi ilə izah olunur (1,5). Mexanistik nəzəriyyəyə görə homosistein trombositin aqreqasiyasını artırmaqla, oksidativ stresslə, hiperkəloqulyasiya yaratmaqla, endotelin-1-in səviyyəsini artırmaqla, damar sayə əzələsinin proliferasiyasını və endotelial disfunksiya yaratmaqla miokardın zədələnməsini induksiya edir (6,9).

Ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) olan insanlarda homosisteinin miokardda və interstisial sahədə fibroz toxuma sintezini artırması miokardın sərtliyini artırır ki, bu da öz növbəsində sol mədəcik diastolik disfunksiyasını yaradır.

İşin məqsədi: Ürəyin işemik xəstəliyi fonunda inkişaf etmiş XÜÇ-lü xəstələrdə homosisteinlə sol mədəciyin diastolik funksiyası arasındakı əlaqəni öyrənməkdir.

Material və metodlar. Müayinə üçün orta yaşı $56,8 \pm 5,4$ il, ÜİX fonunda XÜÇ I-III funksional sinif (NYHA) olan 33 xəstə (20 kişi və 13 qadın), nəzarət qrupu olaraq orta yaşı $51,4 \pm 5,6$ il olan 28 praktik sağlam (20 kişi və 8 qadın) seçilmişdir. Sol mədəciyin sistolik və diastolik funksiyası *Exokardiografiya Vivid 4* aparatının köməkliyi ilə öyrənilmişdir. Hər iki qrupda sol mədəciyin son diastolik həcmi (SMSDH), sol mədəciyin son sistolik həcmi (SMSSH), atım fraksiyası (AF) öyrənilmişdir. Sol mədəciyin diastolik funksiyasının göstəriciləri: mitral axın E, A, E/A, izovolemik relaksasiya vaxtı (IVRT), mitral axının azalma müddəti (DT) dopler rejimdə öyrənilmişdir. Miokardın boylama ox üzrə yığılma sürəti mədəciclərarası çəpər üzərində nümunə götürülməklə, sistolik dalğa (Sm),

başlangıç diastolik dolma sürəti (Em), son diastolik dolma sürəti (Am) öyrənilmişdir. Qeyri-normal relaksiya (I mərhələ E/A <1, IVRT>100 ms və DT>300 ms), psevdonormal (II mərhələ E/A 1-2, IVRT<60 ms və DT 150-220 ms), restriktiv (III mərhələ E/A>2, IVRT<60 ms və DT<150 ms) götürülmüşdür.

Xəstələrdə homosisteinin səviyyəsi Almaniya istehsalı olan "İmmunofement analizatorun"da (Statfax 2100) öyrənilmişdir.

Müayinənin nəticəsi statistik olaraq Excell proqramında Spirmanın korrelyasiya əmsalı tətbiq olunmaqla araşdırılmışdır.

Alınan nəticələr və müzakirə. Müayinə zamanı xəstələrin 12-də qeyri-normal relaksasiya, 13-də psevdonormal və 8-də restriktiv tip diastolik disfunksiya müəyyən olunmuşdur. XÜÇ olan xəstələrdə nəzarət qrupu ilə müqayisədə sol mədəciyin hemodinamik göstəricilərinin (SMSDH, SMSSH, A, DT) $p < 0.05$ dürüslüyü ilə artması müşahidə olunur (cədvəl.1).

Cədvəl № 1.

Müayinə olunan xəstələrin hemodinamik göstəriciləri

Göstəricilər	Nəzarət qrupu	XÜÇ -lü xəstələr
SMSDH, ml	114±10	149±18*
SMSSH, ml	54±5	86±16*
AF, %	52 ±3	42±7
E, m/s	0,72±0.06	0,79±0,06
A, m/s	0,68±0.04	0,78±0,08*
E/A	1,05±0.06	1,01±0,07
DT, ms	202±12.2	178,32±25,21*
IVRT, ms	103±5.2	112,43±7,23
Sa	3.1±1.1	4,5±1,2
Ea	3.6±1.3	4,5±2,1
E/Ea	8±2	18±5
Homositein, mmol/l	10,3±0,5	13,5±0,6*

*Qeyd: * $p < 0.05$ – statistik dürüslüyü göstərir.*

XÜÇ olan xəstələrdə homosistein nəzarət qrupu ilə müqayisədə statistik dürüslüyü ilə ($P < 0,05$) artmış oldu. Müayinənin nəticəsi sol mədəciyin dolma təzyiqinin E/Ea yüksək olmasını göstərir.

Plazmada homosistein səviyyəsi əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) dürüslüyü ilə artır (cədvəl 2).

Cədvəl № 1.

Hemodinamik göstəricilərlə homosistein arasında korrelyasiya

Göstəricilər	Korrelyasiya əmsalı
SMSDH	0,23
SMSSH	0,22
AF%	-0,45*
E	-0,36*
A	-0,45*
E/A	0,43*
DT	-0,59*
IVRT	0,26
Sa	-0,38*
Ea	-0,41*
E/Ea	0,59*

*Qeyd: * $p < 0,05$ – statistik dürüslüyü göstərir*

Plazmada homosistein səviyyəsinin sol mədəciyin geometric remodelləşməsinin tipi ilə əlaqəsini analiz etdikdə, onun nəzarət qrupundan fərqli olaraq üç tipin hamısında yüksək olması müşahidə olunmuşdur. Konsentrik remodelləşməsi olan xəstələrdə homosistein səviyyəsi

ekssentrik tiptən yüksək olmuşdur.

Homosisteinin diastolik tip disfunksiyadan əlaqəsini öyrəndikdə, qeyri-normal relaksasiya tipli diastolik disfunksiyası olan xəstələrdə homosistein 12,5, ±0,7 mmol/l, psevdonormal tipli xəstələrdə 15,5, ±0,8 mmol/l, və restriktiv tipli xəstələrdə isə 19,6,5, ±0,4 mmol/l, olmuşdur. Tədqiqatın bu nəticəsi

homosisteininin səviyyəsinin sol mədəciyin diastolik disfunksiyası ilə əhəmiyyətli əlaqəsi olduğunu göstərir.

Xəstələrdə sol mədəciyin boşalmasının pozulması göstəricisi E/A, homosistein səviyyəsi ilə düzgün korrelyasiya olunur. Başlanğıc transmitral axın E, DT və sol mədəciyin dolma təzyiqi ilə homosistein arasında statistik dürüst əlaqənin olması ($p < 0,05$) homosisteinin proqnostik indeks markeri olduğunu göstərir. Alınan bu nəticə həm də homosisteinin sol mədəciyin dolma paterninin pozulması ilə sıx əlaqəsi olduğunu göstərdi. TDM-lə öyrənilən diastolik indeks markerləri Sa, Ea və E/Ea homosistein ilə daha sıx ($p < 0,005$) korrelyasiya olunur.

Hal-hazırda ÜİX fonunda XÜÇ-ün progressivləşməsində hemodinamik faktorlar xüsusən hemodinamik yüklənmə, genetik faktorlar, homosistein və neyrohumoral faktorların rolu olması dəqiq müəyyənlanmışdır. Eyni zamanda ÜİX-li xəstələrdə homosisteinin sol mədəciyin remodelləşməsinə təsirini praktik öyrənilməmişdir. Bizim aldığımız nəticələr digər nəticələrlə oxşarlıq təşkil edir. Diastolik təzyiqin sol mədəcik boşluğunda artması homosistein səviyyəsinin artması ilə yanaşı gedir. Bu bir daha homosisteinin diastolik disfunksiyanın ağırlıq dərəcəsi ilə əlaqəli olduğunu sübut edir.

Nəticə:

1. Homosisteinin səviyyəsi yeni TDM diastolik indeksi ilə düzgün korrelyasiya olunur.

2. Sol mədəciyin relaksiasının pozulması olan ÜİX-li xəstələrdə, homosisteinin səviyyəsi diastolik disfunksiyanın ağırlığı ilə düzgün korrelyasiya olunur.

3. Homosistein sistolik disfunksiyası olan XÜÇ-lu xəstələrdə də diastolik disfunksiyanın ağırlığını müəyyən etməyə imkan verir. Homosisteminin səviyyəsi DÜÇ-ün ağırlığını əks etdirir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Баранова Е.И., О.О.Большакова Клиническое значение гомоцистеинемии (обзор литературы) // Артериальная гипертензия.- 2004. №1. - С. 12-15.
2. Гуревич М.А. Хроническая сердечная недостаточность. Медицина; 2008.
3. Гомазков О.А. Эндотелин в кардиологии // Кардиология, 2001, №2, с. 50-58
4. Ferrari R., Bachetti T. Endotelial function and dysfunction in heart failure // Euer. Heart J. 1998, vol. 19, p.41-47.
5. Braunwold E. Heart Disease. 8th edition 2012.
6. Harrinson D.E. Endotelial function and oxidant stress // Clin.Cardiol., 1997, vol. 20, p.11-17.
7. Europeans Study Group on Diastolic Heart Failure. How to diagnose diastolic heart failure. Eur.Heart J. 1998, 19; 990-1003.
8. Zile M., Simsic M. Diastolic heart failure: diagnosis and treatment. Clin. Cornstone 2000; 3; 13-24.
9. William T., Abraham H. Heart failure. McGraw Hill, 2007.

SUMMARY

COMMUNICATION OF HOMOCYSTEINE WITH DIASTOLIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE APPEARED ON THE A BACKGROUND OF ISCHEMIC HEART

Azizov V. A., Imamaliev G. M., Ibrahimova Sh.S., Qurbanova X.I.
Department of Internal Medicine II, AMU

The aim of study was designed to characterize the importance of echocardiographic indexes including tissue Dopler imaging (TDI) of diastolic function, as determinants of homocysteine, levels in patient's with chronic heart failure due to ischemic heart disease.

Material and methods. In 33 patients with hypertension were included in the study (56,8±5,4 years of age ; 20 men, 13 women). We measured homocysteine levels and performed echocardiographic assessment of left ventricular dysfunction.

Results. It was found that patients with ischemic heart disease had increased plasma homocysteine level. We also found significant correlations ($p < 0,005$) between homocysteine and E, DT, Sa, Ea also filling pressure.

Conclusion: Plasma homocysteine levels are significantly related TDI diastolic indexes measured. Patient with ischemic heart disease with altered left ventricular relaxation have direct correlation with degree of diastolic dysfunction. Analysis of association between homocysteine level and parameters of myocardial diastolic function showed that increased plasma peptide levels correlated with degree of diastolic dysfunction. This findings may explain the powerful relationship of homocysteine to prognosis in patients ischemic heart disease with diastolic heart failure.

Daxil olub: 24.11.2014.

DÜYÜNLÜ URUN MÜALİCƏSİNDƏ TOTAL VƏ SUBTOTAL TİROİDEKTOMİYANIN MÜQAYİSƏLİ ÖYRƏNİLMƏSİ.

Hümmətov A.F., Abbasov A.H., Şirinova X.N.

Azərbaycan Tibb Universiteti, I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı.

Giriş: Son zamanlar qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri endemik zonalardan başqa digər bölgələrdə də geniş yayılmışdır. Bu öz təsdiqini müxtəlif cərrahi patologiyalara görə əməliyyat olunan xəstələr arasında qalxanvari vəzidə aparılan əməliyyatların sayının artmasında tapır. Qalxanabənzər vəzinin patologiyalarının artmasına səbəb endemik zonalardan başqa, vəzinin funksiyasına təsir edən etioloji faktorların yüksəlməsidir. Bu faktlara ətraf mühitin çirklənməsi, radiasion fonun dəyişməsi, xroniki stres, psixi gərginlik və s. aiddir. Bütövlükdə bu faktorlar orqanizmin immun sisteminə təsir edərək, autoimmun xəstəliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Qalxanabənzər vəzinin müxtəlif patologiyalarında aparılan cərrahi əməliyyatlar əksər halda subtotal və son zamanlar daha çox icra olunan total tiroidektomiya ilə nəticələnir. Lakin total və subtotal tiroidektomiyanın yaxın və uzaq nəticələrinə görə meydana çıxan müxtəlif klinik əlamətlər hər iki əməliyyat növündən hansının tətbiqinə üstünlük verilməsi fikrini yaradır. Məhz buna görə, biz total və subtotal tiroidektomiya əməliyyatlarının nəticələrinin müqayisəli öyrənilməsini qarşımıza məqsəd qoymuşuq.

Material və metod: 2007-2013 tarixlərində Kliniki Tibbi Mərkəzə düyünlü ur diaqnozu ilə 106xəstə daxil olmuşdur. Daxil olan xəstələrin 104-ü üzərində tiroidektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. 2 xəstədə ağır dərəcəli tireotoksikoz və

yanaşı xəstəlik olduğundan konservativ müalicə aparılmışdır. Bu xəstələr haqqında məlumatlar, əməliyyatlar və inkişaf edən ağırlaşmalar retrospektiv olaraq tədqiq edilmişdir.

Bütün xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl qalxanabənzər vəzinin funksional vəziyyəti və ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Göstəriş olduqda qalxanabənzər vəzinin ssintiqrafiyası və incə iynə aspirasion biopsiyası icra edilmişdir. Hipertiroid vəziyyətindəki xəstələr əməliyyatdan əvvəl konservativ müalicə ilə eutiroid vəziyyətə gətirilmişdir. Əməliyyat zamanı bütün xəstələrdə qayıdan qırtlaq sinirləri və paratiroid vəzilər qorunmağa çalışılmışdır.

Əməliyyatdan sonra simptomatik xəstələrdə qanda kalsiumun səviyyəsi yoxlanılmış və Kalsiumun miqdarı $<8,4$ mq/dl olan xəstələr hipokalsiemiya (hipoparatiroz) olaraq qəbul edilmişdir. Hipokalsiemiya xəstələrə oral kalsium və vitamin D müalicəsi başlanılmış və nəzarət olunmuşdur. Hipokalsiemiya xəstələrdən 6 aydan çox kalsiumla müalicəyə ehtiyacı olanlar daimi hipokalsiemiya olaraq qəbul edilmişdir.

Əməliyyatdan sonra səsin karlaşması və səsində dəyişiklik olan xəstələrin bəzilərinə larinqoskopiya icra olunmuş və səs tellərinin vəziyyəti qiymətləndirilmişdir. Səs tellərinin iflici 6 aydan çox davam edən xəstələr daimi qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi olaraq qəbul edilmişdir.

Bütün xəstələr icra olunan əməliyyatın növünə görə 2 qrupda cəmləşdirilmişdir. I qrupda qalxanabənzər vəzi total- tam çıxarılmış, II qrupda isə qalxanabənzər vəzi subtotal rezeksiya olunmuş xəstələr daxil edilmişdir. Hər iki qrup əməliyyatların növünə görə altqruplara bölünmüşdür. Statistik analizlər SPSS proqramı üzrə aparılmışdır. Parametrik olmayan nəticələrin qarşılaşdırılması üçün Mann – Whitney U testi istifadə edilmiş, $p < 0,05$ göstəricisi statistik olaraq etalon qəbul olunmuşdur.

Nəticə: Cəmi 104 xəstə üzərində əməliyyat icra olunmuşdur. Bu xəstələrdən 94-ü (90,3%) qadın, 10-u (9,7%) kişi olmuşdur. Xəstələrin yaşı 17-67 (orta 42 yaş) arasında olmuşdur. Xəstələrdən 5-i (4,8%) tamamlayıcı tiroidektomiya əməliyyatına məruz qalmışdır. Beləliklə, I qrupa 30 (28,8%) xəstə, II qrupa 74 (71,2%) xəstə daxil olmuşdur.

I qrupa daxil olan 25 xəstədə Total tiroidektomiya, 5 xəstədə Tamamlayıcı tiroidektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. II qrupa daxil olan 40 xəstədə Nikolayev üsulu ilə subtotal subfasiyal tiroidektomiya, 17 xəstədə Lobektomiya və ya İstmusektomiya, 16 xəstədə bir tərəfdə total, digər tərəfdə subtotal tiroidektomiya, 1 xəstədə isə Totala yaxın Tiroidektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. Əməliyyata qədərki dövrdə 39 xəstədə hipertiroid vəziyyət qeydə alınmışdır.

Əməliyyatdan sonra 1 (0,98%) xəstədə (Tamamlayıcı Tiroidektomiya icra olunan xəstə) daimi hipokalsiemiya əmələ gəlmişdir. Lakin statistik analizdə total və subtotal tiroidektomiyanın nəticələri araşdırıldıqda daimi hipokalsiemiya baxımından ciddi fərq görülməmişdir. Əməliyyatdan sonra hər iki qrupa daxil olan cəmi 5 (4,80%) xəstədə müvəqqəti (keçici) hipokalsiemiyanın klinikasına rast gəlinmişdir.

Cədvəl № 1.

Əməliyyat		2007-2008 n %	2009-2010 n %	2011-2012 n %	2013 n %	Cəmi
Tarix						
Xəstələr		31	26	19	28	104
I	Total tiroidektomiya	1 (0,98%)	5 (4,80%)	8 (7,65%)	11(10,5%)	25
	Tamamlayıcı TT	1 (0,98%)	0	1 (0,98%)	3 (2,88%)	5
Cəmi		2	5	9	14	30
II	Totalayaxın (Bilateral Near) Tiroidektomiya	—	—	—	1 (0,98%)	1
	Birtərəfli Lobektomiya və digər payda Subtotal Tiroidektomiya	7 (6,73%)	2 (1,92%)	0	7 (6,73%)	16
	İki tərəfli Subtotal tiroidektomiya	17 (16,3%)	14 (13,5%)	5 (4,80%)	4 (3,80%)	40
	Lobektomiya və istmusektomiya	5 (4,80%)	5 (4,80%)	5 (4,80%)	2 (1,92%)	17
Cəmi		29	21	10	14	74

Cədvəl № 2.

Ağırlaşmalar	I		II			
	Total tiroidektomiya	Tamamlayıcı tiroidektomiya	TYT	BLST	STT	Lİ
Müvəqqəti hipokalsemiya	2	1	–	1	1	–
Daimi hipokalsemiya	–	1	–	–	–	–
Müvəqqəti səs karlaşması	1	1	–	–	–	1
Daimi səs karlaşması	1	–	–	–	–	–
Qanaxma	1	–	–	–	–	–
İnfeksiya	1	–	–	–	–	–
Traxeostomiya	1	–	–	–	–	–

Bunların 3(10%)-ü I qrup, 2(2,7%)-si II qrupa daxil olan xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. Total və subtotal tiroidektomiyanın nəticələri qarşılaşdırıldıqda statistik olaraq, I qrupa daxil olan xəstələrdə müvəqqəti hipokalsiemiya daha çox rast gəlinmişdir ($p=0,01$). Cəmi 1 xəstədə qalxanabənzərətəraf vəzinin autotransplantasiyası icra edilmişdir. Cinsiyyətdən asılı olaraq daimi və müvəqqəti hipokalsiemiya arasında fərq görülməmişdir. Daimi qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi sadəcə Total tiroidektomiya icra olunan 1 (3,3%) xəstədə rast gəlinmişdir. Bu xəstədə əməliyyatdan sonrakı histopatoloji nəticədə qalxanabənzər vəzinin limfoması təsdiqlənmiş və kimyaterapiyaya göndərilmişdir. Müvəqqəti qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi isə TT icra olunan 2(6,7%) xəstədə və birtərəfli lobektomiya, istmusektomiya icra olunan 1(1,4%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. İki qrup arasında ciddi fərq görülməmişdir. 1(3,3%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı 32 saat ərzində qanaxma, həmin xəstədə seroma və yara infeksiyası inkişaf etmişdir. Bir xəstədə traxeostomiyaya ehtiyac yaranmış, 10 gün sonra traxestomik boru çıxarılmışdır. Ölüm müşahidə edilməmişdir.

Histopatoloji müayinədə 11 (10,6%) xəstədə maliqnizasiya aşkarlandı. Bu xəstələrdən 7-də (63,6%) papilyar, 3- də (27,3%) follikulyar xərçəng, 1- də (9,1%) isə limfoma tapıldı. 1 xəstədə papilyar xərçəngə görə tamalayıcı tiroidektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur.

Cədvəl № 3.

Nəticələr		Xəstə sayı,
<i>Xoşxassəli</i>	Adenamatoz hiperplaziya	44
	Xronik Limfositik tiroidit	11
	Follikulyar adenom	14
	Hurthle hüceyrəli adenom	5
<i>Bədxassəli</i>	Papilyar xərçəng	7
	Follikulyar xərçəng	3
	Medulyar xərçəng	-
	Limfoma	1

Müzakirə:

Ur daha çox endemik zonalarda yaranır. Əhali arasında rastgəlmətezliyi 2-10% təşkil edir. Endemik bölgələrdə isə bu göstərici 20-30%, bəzi yerlərdə isə 50-60% təşkil edir. Qeyd etmək lazımdır ki, dünyəli ur ölkəmizdə, xüsusilə Şəki – Qax – Zaqatala – Balakən kimi endemik bölgələrdə daha çox rast gəlinən xəstəlik qrupudur. Ümumi cərrahiyyə klinikalarında çox icra olunan əməliyyatlardan biri tiroidektomiyalardır. Tiroid əməliyyatları xərçəng və xərçəng şübhəsi, sıxılma simptomları, hipertiroidit, döş qəfəsi daxili ur və kosmetik səbəblərdən icra olunur.⁽²⁾ Bədxassəli olduğu bilinən hallarda standart müalicə Total Tiroidektomiya olmaqla yanaşı, xoşxassəli hallarda cərrahi yanaşma müzakirə olunur. İdeal müalicə metodu aşağı ağırlaşma riskli, təmin edici olmalı və xəstəliyin təkrar inkişafının qarşısını almalıdır. Əvvəllər xoşxassəli xəstəliklərdə subtotal müdaxilə daha çox tətbiq edilirdi. Bu metodun üstünlüyünün aşağı ağırlaşma faizinə malik olması və xəstələrin ömür boyu dərmanla müalicəsinə ehtiyac qalmaması olduğu düşünülürdü. Lakin icra olunan STT – lərdə xəstədə vəzi tam çıxarılmır və tam müalicə təmin olunmur. Belə xəstələrin dinamik izlənməsi göstərir ki, xəstələrin əksər hissəsində xəstəlik təkrarlanmışdır.⁽²⁾ Barczynski və əməkdaşları STT icra edilmiş 5214 xəstənin təxminən 72 aylıq təqib edildiyi bir tədqiqatda xəstələrin 7%-də xəstəliyin təkrarlandığını müşahidə etmişlər.⁽⁵⁾ Pappalardo və əməkdaşları STT – lərdən sonra tiroid hormon verildiyi hallarda xəstəliyin təkrarlanmasının 14,5%, verilmədiyi hallarda isə 43% olduğunu bildirmişlər.⁽⁹⁾ Təcrübənin artması ilə birlikdə ağırlaşma riski az olan TT-nin icra olunmasının mümkünlüyü xoşxassəli xəstəliklərdə TT-nin tətbiqini artırmışdır. Son 10 ildə bir çox müəllif tərəfindən xoşxassəli xəstəliklərdə TT standart yanaşma kimi tövsiyə olunmuşdur.^(4,8,11-13)

Total tiroidektomiyanın mənfi cəhətinin yüksək ağırlaşma riski olması göstərsə də, biri digərini təkzib edir! Tədqiqatlarda təcrübəli cərrahlar tərəfindən icra olunan TT və STT arasında ağırlaşmaların fərqli olmadığı bildirilir.⁽¹³⁾ Bizim tədqiqatımızda daimi və müvəqqəti qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi göstəriciləri arasında fərq olmasa da, müvəqqəti hipokalsiemiya faizi total tiroidektomiya icra edilən xəstələrdə statistik olaraq ciddi fərqlə çox olduğu aşkarlandı. Daimi hipokalsemiya TT və STT edilən heç bir xəstədə görülməmişdir. Ədəbiyyatda TT-dən sonra müxtəlif ağırlaşma faizləri göstərilir. Ümumiyyətlə, TT-dən sonra müvəqqəti hipokalsiemiya 6 – 41% arasında, STT-dən sonra 0 – 18% rastlanır. Daimi hipokalsiemiya isə TT-dən sonra 0,6 – 3,8%, STT-dən sonra 0 – 3% təşkil

edir.⁽⁸⁾ Əməliyyatdan sonrakı hipokalsiemiya qorunmaq üçün əməliyyat zamanı qalxanabənzərətəraf vəzilərin tapılması və diqqətli disseksiya olunması və kapsulla birgə endirilməsi vacibdir. Əgər əməliyyat zamanı vəzinin qidalanmasında pozulma aşkarlanarsa, çıxarılıb uyğun qaydada autotransplantasiya olunması məsləhətdir. Beləliklə, hipokalsiemiyanın daha aşağı olacağı düşünülə də, bizim tədqiqatımızda qalxanabənzərətəraf vəzinin autotransplantasiyası olunmuş xəstələrdə digərləri ilə bənzər nəticələr müşahidə olunmuşdur.⁽¹⁰⁾

Tiroid əməliyyatlarında digər ciddi ağırlaşma qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsidir. Qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi tiroid əməliyyatlarının ən qorxulan ağırlaşmasıdır. Bu ağırlaşma xəstədə ömür boyu səsin karlaşmasına səbəb olur, bəzən iki tərəfli zədələnməsi traxeostomiya aparılmasına ehtiyac yaradır, bu da xəstənin sosial həyatına ciddi şəkildə mənfi təsir göstərir. Ədəbiyyatda müvəqqəti qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi TT-dən sonra 1 – 10%, STT-dən sonra 0,9 – 6%, daimi qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi isə TT-dən sonra 0 – 1,3%, STT-dən sonra 0 – 1% göstərilir. Bizim araşdırmamızda 1 (0,98%) xəstədə bir tərəfli daimi qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi olmuşdur. Müvəqqəti qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi isə 3 (2,88%) xəstədə rast gəlmişdir. Əməliyyat zamanı bütün xəstələrdə qayıdan qırtlaq siniri tapılmağa çalışıldı və traxeaya girdiyi nöqtəyə qədər yoxlandı. Siner tapıldıqdan sonra sinirdən uzaq olmağa və diqqətli disseksiya etməyə çalışıldı. Bu sayədə bizim təcrübəmizdə QQS-nin zədələnmə faizinin çox aşağı olduğunu düşünürük. Bununla yanaşı bizim apardığımız total tiroidektomiya əməliyyatı əksər halda subfasiyal icra edilir ki, bu da paratiroid vəzin zədələnmə və qidalanma pozulmasını, həmçinin qayıdan qırtlaq sinirinin zədələnmə riskini azaldır.⁽¹⁾ Həm müvəqqəti (keçici) qayıdan qırtlaq siniri zədələnməsi, həm də keçici hipokalsemiyalı xəstələr məhz əvvəllər düyünlü ura görə subtotal tiroidektomiya əməliyyatı icra olunmuş xəstələrin təkrar tamamlayıcı tiroidektomiya əməliyyatlarından sonra baş vermişdir.

Bəzi müəlliflər TT və ya STT-yə alternativ kimi totala yaxın tiroidektomiya (TYT) edilməsini məsləhət görürlər.^(7,8) Bu üsulda ağırlaşma faizi TT-yə nəzərən, təkrari xəstəlik faizi isə STT-yə nəzərən daha aşağı olacaqdır. Acun və əməkdaşları totala yaxın tiroidektomiya etdikləri 152 xəstənin heç birində daimi hipokalsiemiya və ya QQS zədələnməsi görmədiklərini, 7,2% müvəqqəti hipokalsiemiya, 3,3% müvəqqəti QQS zədələnməsi bildirilmişdir.⁽³⁾

Nəticə olaraq, ədəbiyyat məlumatları ilə baxıldıqda STT-dən sonra xəstəliyin təkrarlanma riskinin yüksək olması, patoloji dəyişikliyə uğramış xəstə toxumanın tam çıxarılmaması və təkrari tiroidektomiya əməliyyatları zamanı ağırlaşma riskinin yüksək olması səbəbilə çoxdüyünlü urun müalicəsində STT icra edilməsi düzgün yanaşma deyildir. Total tiroidektomiyada ağırlaşma faizləri Subtotal tiroidektomiya əməliyyatlarına nəzərən ciddi fərq yoxdur. Çoxdüyünlü urlu xəstələrdə TT və ya TYT-nin dəqiqliklə, aşağı ağırlaşma riski ilə edilməsi mümkün və etibarlı metodur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Abbasov A.H., Hümətov A.F., Bayramov N.Y. Qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri Bakı 2012 147 s.
2. Makay Ö, İçöz G, Akyıldız M, Yetkin E. Total, totale yakın ve subtotal tiroidektomi – Hangi durumda hangi yöntem uygulanmalı? Ulusal Cerrahi Dergisi 2006;22;79-84.
3. Acun Z, Comert M, Cihan A, Ulukent SC, Ucan B, Cakmak GK. Near-total thyroidectomy could be the best treatment for thyroid disease in endemic regions. Arch Surg 2004;139(4):444-447
4. Albayrak Y, Demiryılmaz Y, Kaya Z, et al. Comparison of total thyroidectomy, bilateral subtotal thyroidectomy and Dunhill operations in the treatment of benign thyroid disorders Minerva Chir. 2011;66(3):189-195
5. Barczynski M, Konturek A, Stopa M, et al., Total thyroidectomy for benign thyroid disease: is it really worthwhile? Ann Surg 2011;254(5):724-729
6. Erdoğan G, Erdoğan MF, Emral R, et al. Iodine status and goiter prevalence in Turkey before mandatory iodization. J Endocrinol Invest 2002;25(3):224-228
7. Erbil Y, Barbaros U, Salmalıoğlu A, et al., The advantage of near-total thyroidectomy to avoid postoperative hypoparathyroidism in benign multinodular goiter. Langenbecks Arch Surg 2006;391(6):567-573.
8. Moalem J, Suh I, Duh QY. Treatment and prevention of recurrence of multinodular goiter: an evidence-based review of the literature. World J Surg 2008;32(7):1301-1312
9. Pappalardo G, Guadalajara A, Frattaroli FM, et al., Total compared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports. Eur J Surg 1998;164(7):501-506. Endemik bölgədə tiroid cerrahisi 13
10. Shaha AR, Jaffe BM. Parathyroid preservation during thyroid surgery. Am J Otolaryngol 1998;19(2):113-117
11. Tezelman S, Borucu I, Benyürek Giles Y, et al., The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter. World J Surg 2009;33(3):400-405
12. Yang W, Shao T, Ding J, et al. The feasibility of total or near total bilateral thyroidectomy for the treatment of bilateral multinodular goiter. J Invest Surg 2009;22(3):195-200.
13. Zambudio AR, Rodriguez J, Riquelme J, et al., Prospective study of postoperative complications after total thyroidectomy for multinodular goiters by surgeons with experience in endocrine surgery. Ann Surg 2004;240(1):18-25.

РЕЗЮМЕ**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ УЗЛОВОГО ЗОБА**

Гумметов А.Ф., Аббасов А.Г., Ширинова Х.Н.

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра хирургических болезней I, Баку

Материал и методы: За период 2007-2013 гг. в нашу клинику поступили 106 больных с диагнозом узлового зоба. У 104 из поступивших больных была выполнена операция тиреоидэктомии. У 2 больных было проведено консервативное лечение из-за тиреотоксикоза тяжелой степени и сопутствующего заболевания. 94 (90.3%) из оперированных больных были женщины, 10 (9.7%) – мужчины. Возраст больных был от 17 до 67 лет (в среднем 42 года). Все больные были объединены в 2 группы в зависимости от вида выполненной операции. В I группу были включены больные, у которых щитовидная железа была удалена полностью (тотально), во II группу – больные с субтотальной резекцией. Обе группы были разделены на подгруппы в зависимости от вида операций. В I группу были включены 30 (28.8%), во II – 74 (71.2%) больных. У 25 больных I группы была выполнена операция тотальной тиреоидэктомии, у 5 больных – дополняющей тиреоидэктомии. У 40 больных II группы была выполнена операция субтотальной субфасциальной

тиреоидэктомии по Николаеву, у 17 больных лобэктомия или истмусэктомия, у 16 больных тотальная тиреоидэктомия на одной и субтотальная тиреоидэктомия – на другой стороне, у 1 больного – тиреоидэктомия, близкая к тотальной.

Результат: У 1 (0.98%) больного развилась постоянная гипокальциемия после операции дополняющей тиреоидэктомии. В отношении постоянной гипокальциемии серьёзных различий в результатах ТТ и СТТ не наблюдалось. У 5 (4.8%) больных из обеих групп была клиническая картина временной (преходящей) гипокальциемии после операции. 3 (10%) из этих больных были из I группы, 2 (2.7%) – из II группы. При сравнении результатов ТТ и СТТ отмечается большее количество больных с временной гипокальциемией в I группе. У 1 больного была выполнена аутоотрансплантация паращитовидной железы. Необратимое повреждение возвратного гортанного нерва наблюдалось только у 1 (3.3%) больного с ТТ. После операции при гистопатологическом исследовании у этого больного была подтверждена лимфома щитовидной железы, больной был направлен на химиотерапевтическое лечение. Обратимое повреждение возвратного гортанного нерва наблюдалось у 2 (6.7%) больных с ТТ и 1 (1.4%) больного с односторонней лобэктомией и истмусэктомией. У 1 (3.3%) больного случилось кровотечение в течение 32 часов после операции. У этого больного развилась серома и раневая инфекция. У одного больного возникла необходимость в трахеостомии, через 10 дней трахеостомическая трубка была удалена. Смертельных исходов не было.

При гистопатологическом исследовании у 11 (10.6%) больных была обнаружена малигнизация, из них у 7 (63.3%) был папиллярный рак, у 3 (27.3%) – фолликулярный рак, у 1 (9.1%) больного была лимфома. У 1 больного была выполнена операция дополняющей тиреоидэктомии по поводу папиллярного рака.

Выводы: Точное выполнение тотальной и близкой к тотальной тиреоидэктомии с низким уровнем осложнений является возможным и надёжным методом в лечении многоузлового зоба по причине высокого риска рецидивов, неполного удаления патологически изменённой ткани при субтотальной тиреоидэктомии и высокого риска осложнений при операциях повторной тиреоидэктомии.

SUMMARY

THE COMPARATIVE STUDY OF TOTAL AND SUBTOTAL THYROIDECTOMY IN MANAGEMENT OF NODULAR GOITER

Hummetov A.F., Abbasov A.H., Shirinova Kh.N.
Azerbaijan Medical University I Department of Surgical Diseases

Material and methods: 106 patients with diagnosed nodular goiter admitted to our clinic during the period 2007 – 2013. 104 of them underwent thyroidectomy surgery. 2 patients were treated conservatively because of severe degree thyrotoxicosis and concomitant pathology. 94 (90.3%) of operated patients were females, and 10 (9.7%) – males. Age of patients varied from 17 to 67 years (mean 42). All patients were merged in 2 groups according to type of surgery. I group included patients with total removal of thyroid gland, and II group – patients with subtotal resection. Both groups were divided to subgroups

according to operation. There were 30 (28.8%) patients in I group, and 74 (71.2%) patients in II group. 25 patients of I group underwent total thyroidectomy procedure, and 5 patients – completion thyroidectomy. 40 patients of II group underwent subtotal subfascial thyroidectomy by Nikolayev, 17 – lobectomy or isthmusectomy, 16 patients – total thyroidectomy on one side and subtotal thyroidectomy on another side, and 1 patient underwent near total thyroidectomy.

Results: 1 (0.98%) patient developed permanent hypocalcemia after completion thyroidectomy operation. There was no serious difference of permanent hypocalcemia in results of TT and STT. 5 (4.8%) patients from both groups had clinical presentation of temporary (transient) hypocalcemia after surgery. 3 (10%) of those patients were from I group, and 2 (2.7%) from II group. Comparison of results of TT and STT shows more patients with temporary hypocalcemia in I group. 1 patient underwent autotransplantation of parathyroid gland. Irreversible injury of recurrent laryngeal nerve was noted only in 1 (3.3%) patient with TT. Morphologic study of specimen confirmed lymphoma in that patient, who was sent for chemotherapy. Reversible injury of recurrent laryngeal nerve happened in 2 (6.7%) patients with TT and 1 (1.4%) patient with unilateral lobectomy and isthmusectomy. 1 (3.3%) patient complicated with bleeding within 32 hours after surgery. That patient developed seroma and wound infection. A need for tracheostomy occurred in one patient. Tracheostomy tube was removed after 10 days. There was no mortality.

Morphologic investigation revealed malignization in 11 (10.6%) patients. 7 (63.3%) of them had papillary cancer, 3 (27.3%) – follicular cancer, and 1 (9.1%) had lymphoma. 1 patient underwent completion thyroidectomy surgery because of papillary cancer.

Conclusion: Precise application of total and near total thyroidectomy with low morbidity is possible and safe method in management of multinodular goiter because of high recurrence rate and incomplete removal of pathologically changed tissue in subtotal thyroidectomy and high risk of complications in repeated thyroidectomy.

Daxil olub: 10.03.2015.

QALXANABƏNZƏR VƏZİ KİÇİK DÜYÜNLƏRİNİN DIFFERENSIAL DİAQNOSTİKASINDA ANGIOGENEZİN ƏHƏMİYYƏTİ: KLİNİK, ULTRASƏS, MORFOLOJİ PARALELLƏR

Ağayev B.A.⁽¹⁾, Həsənov İ.Ə., Mahmudov R.Z.⁽²⁾

***Akad. M.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi (1);
Mərkəzi Gömrük Hospitalı (2) və “Ömür” tibb klinikası***

Açar sözlər: tireoid mikrodüyünlər, angiogenez

Aktuallıq: Qalxanabənzər vəzi (QV) düyünlərinin differensial diaqnostikası, optimal müalicə taktikasının seçilməsi və proqnozlaşdırılması klinik tireoidologiyada aktual məsələlər sırasındadır. Xüsusən də, ölçüləri 1,0 sm civarında və ondan kiçik olan düyünlərin klinik təbiətinin düzgün təyini ciddi çətinliklər ilə bağlıdır [1, 2]. Müxtəlif mənbələrə görə, cərrahi müdaxiləyə qədərki dövrdə orqandakı “subsantimetrlik”, “mikro” düyünlərin şiş və ya qeyri-şiş

təbiətini xəstələrin yalnız 8,0-23,0%-də dəqiqləşdirmək mümkün olur [3,4]. Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri (QVMD) müxtəlif böyümə templəri və bədləşmə (maliqnezasiya) potensialı ilə səciyyələnir ki, bu da həmin törəmələrin differensiasiyasında etibarlı meyarların tərtibini daha da mürəkkəbləşdirir [5,6,7]. Son illər QBMD-nin differensial diaqnosikasında və proqnozlaşdırılmasında müvafiq düyünlərin incə iynə toxuma biopatlalarının və postoperasion morfoloji təhlilində “angiogenez” parametrlərinin mümkün əhəmiyyətinə xüsusi diqqət yetirilir [8]. Bununla belə, QVMD xəstələrində angogenezin morfoloji göstəriciləri ilə texniki cəhətdən daha əlverişli və asan olan ultrasəs müayinəsinin “qan cərəyanı”, “damarlanma” göstəriciləri arasında paralellər, klinik-morfoloji təhlillər praktik aparılmamışdır. Yeri gəlmişkən, QVMD xəstələrində preoperasion dövrdə ultrasonoqrafik icra edilmiş damarlanma təhlili olduqca zidiyyətli nəticələr verir [9]. Ultrasəs doppleroqrafik müayinədə (UDM) QV mikrodüyünü vaskulyarizasiyası parametrlərinin həmin düyünün morfoloji təyin edilmiş bədlük potensialı, eləcə də-angiogenez göstəriciləri ilə əlaqəsi isə çox zəif öyrənilmişdir [9, 10].

Məqsəd. Qeyd edilənləri əsas götürərək hazırki tədqiqatın məqsədi “zob”, “tireoid adenoma” və “tireoid xərçəng” xəstələrindən orqandakı subsantimetrlik düyünlərin ultra-səs-doppleroqrafik və morfoloji müayinələrinin nəticələrinin müqayisəli təhlili əsasında yönəldici diaqnostik meyarların tərtibi olmuşdur.

Tədqiqat material və metodları. Ümumilikdə, 2003-2012-ci illər ərzində kompleks pre-, postoperasion tədqiqatlar əsasında seçilmiş 160 xəstədən 46-də “tireoid zob”, 40-də “tireoid adenoma”, 74-də “latent (klinik gizli gedişli) tireoid karsinoma” aşkarlanmışdır. Diaqnoz bütün hallarda morfoloji analiz ilə təsdiqlənmişdir. 66 xəstədə (41,3%) QVMD müəyyənəşdirilmişdir ki, bunlar da konkret olaraq hazırki tədqiqatın kontingentini təşkil etmişdir (cədvəl 1)

Cədvəl № 1.

Tədqiqat kontingentinin xəstələrinin klinik qruplar üzrə paylanması

SN _o	Klinik qrup	Ümumi say	Tireoid mikrodüyün
1	Tireoid zob	46	20 (43,5%)
2	Tireoid adenoma	40	14 (35,0%)
3	Latent (klinik gizli gedişli) karsinoma	74	32 (43,2%)
	Yekun	160 (100,0%)	66 (41,3%)

QVMD təyini üçün əsas əlamətlər aşağıdakılar olmuşdur: palpasiyada QV-də düyün müəyyən olunmaması, ultrasəs müayinəsində-maksimal ölçüləri 1,0 sm-i keçməyən aydın və ya qeyri-dəqiq konturlu, müxtəlif exogenlik dərəcələrində düyünlü sahələr, posto-perasion kompleks morfoloji analizdə nativ vəziyyətdə maksimal ölçüləri 1,0 sm və daha az olan parenximadaxili düyünlər tapılması. Mikrodüyünlərin verifikasiyası üçün ümumi qəbul olunmuş klinik, ultrasonoqrafik və morfometrik parametrlər əsas götürülmüşdür [2,3,11,12]. 66 xəstədən 24-də (36,4%) orqanda birdən artıq (2 və daha çox) subsanti-metrlik düyün müəyyən edilmişdir ki, bunlardan 10-u zob, 5-i adenoma, 9-u isə-latent karsinoma xəstəsi olmuşdur.

66 xəstədən 62-si (93,9%) əməliyyata qədər 1,0 ildən 15,0 ilə qədərki bir müddətdə konservativ müalicə almışdır.

Xəstələr sırasında qadınlar mütləq çoxluq təşkil etmişdir, belə ki, 66 xəstədən 49-u (74,2%) 25,0-63,0 yaşlar arasındakı qadınlar olmuşdur (cədvəl 2).

Cədvəl № 2.

Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri olan xəstələrin cins üzrə paylanması

SN ₀	Klinik qruplar	Cins	Say	Cəmi
1	Tireoid zob	qadın	14	20
		kişi	6	
2	Tireoid adenoma	qadın	10	14
		kişi	4	
3	Latent (klinik gizli gedişli) karsinoma	qadın	25	32
		kişi	7	
Yekun		qadın	49 (74,2%)	66 (100,0%)
		kişi	17 (25,8%)	

Əməliyyata qədərki dövrdə 66 xəstədən yalnız 11-də (16,7%) mikrodüyünlü sahədən incə iynə aspirasion toxuma biopstatı almaq mümkün olmuşdur ki, bu da, ilk növbədə texniki çətinliklər ilə şərtlənmişdir. Ancaq preoparasion dövrdə bütün hallarda (66,0; 100,0%) orqanın ümumi ultrasəs analizi ilə yanaşı, doppleroqrafik kartlaşdırma zamanı mikrodüyün və orqanın onun ətrafındakı zonalarının damarlanma tipi; qan cərəyanının maksimal sistolik sürəti (MSS), rezistentlik indeksi (Rİ), yuxarı qalxanabənzər arteriyada qan cərəyanı sürəti də təyin edilmiş, bu zaman müvafiq protokollar və standartlar əsas götürülmüşdür [5,7,9,10]. Əməliyyatdan sonra isə bütün xəstələrdə material kompleks morfoloji-morfometrik analizdən keçirilmişdir. Morfoloji tədqiqatlar zamanı ümumi histoloji qiymətləndirmə ilə bərabər, müvafiq kəsiklərində (1mm²-də yeni formalaşan mikrodamarların sayı), qan mikrodamarları şəbəkəsinin ümumi sıxlığı (1mm²-də prekapillyarlar, kapillyarlar, postkapillyarların miqdarı) da öyrənilmişdir. Immunhistokimyəvi üsulla angiogenezi qiymətləndirmək üçün “damar endotelinin böyümə faktoru (VEGF)”, “CD31 (PECAM-1)” və “CD 34 (Qbend)” parametrləri əsas götürülmüşdür. Həmin immunhistokimyəvi markerlər streptavidin-biotin kompleksi (DAKO) ilə vizualizasiya edilmişdir [13,14,15]. Morfometrik təhlillər “Nikon” işıq-optik mikroskopunda “Krüss Topica Digital” kamerasının köməkliyi ilə yarımavtomatik rejimdə yerinə yetirilmişdir.

Xəstələrdə konkret ultrasəs göstəricisi ilə törəmənin morfoloji tipi (zob, adenoma, xərçəng), morfoloji damarlanma variantları, dərəcələri, angiogenez intensivliyi arasında ikifaktorlu xətti qeyri-parametrik statistik təhlil icra edilmiş, müxtəlif parametrlərin bir-biri ilə korrelyasiya xarakteri və intensivliyi $p=0,95$ ($p \leq 0,05$) etibarlılıq səviyyəsində korrelyasiya əmsalı (p) və Pirson kriterisi x^2) ilə öyrənilmişdir [16].

Nəticələr və onların müzakirəsi. Göstəriləndiyi kimi, 66 xəstənin hamısında cərrahi əməliyyat icra olunmuşdur. Əməliyyat həcmi və taktikası seçilərkən diaqnostika mərhələsində alınmış ümumi-klinik, ümumi-laborator, cərrahi müdaxiləyə mütləq və nisbi göstərişlər nəzərə alınmışdır. Əməliyyatlar əksərən (59 xəstə; 89,4%) “parsial” xarakter daşımışdır ki, bu da düyünün təkliyi, mikrodüyünlərin kompakt, qovuşmuş kompleks halında yerləşməsi, ölçüləri və preoparasion dövrdə bədləşmə barədə hər hansı bir rəyin verilməməsi ilə bağlı olmuşdur.

Orqanda əməliyyatlar aşağıdakı şəkildə qruplaşdırılmışdır: sadə strumektomiya-40; bir payın mikrodüyünlə birlikdə parsial rezeksiyası (genişləndirilmiş strumektomiya)-12; payın irisahəli rezeksiyası-7; orqanın istmus hissəsinin və bir payını əhatə etmiş hemitireoidektomiya- 3; subtotal tireoidektomiya- 4 xəstə (cədvəl 3)

Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri olan xəstələrdə cərrahi əməliyyatlar (xəstələrin sayı)

SN _o	Əməliyyatlar	Klinik qruplar			Cəmi
		Tireoid zod	Tireoid adenoma	Latent (klinik gizli gedişli)	
1	Sadə strumektomiya	13	10	17	40 (60,6%)
2	pay parsial rezeksiyası (genişləndirilmiş strumektomiya)	3	1	8	12 (18,2%)
3	Pay irisahəli rezeksiyası	2	2	3	7 (10,6%)
4	Hemitireoidektomiya	1	1	1	3 (4,5%)
5	Subtotal tireoidektomiya	1	-	3	4 (6,1%)
Yekun		20	14	32	66 (100,0%)

Son 7 xəstədə əməliyyat həcmnin əhəmiyyətli dərəcədə artıq olduğu heç də mikro-düyünlərin ölçüləri ilə yox, onların sayı (multinodulyar proses) və müxtəlif zonalarda (pay+istmus; paylar+istmus) yerləşməsi ilə əlaqəli olmuşdur. Yeri gəlmişkən, xəstələrdə orqanın mikrodüyünləri isə çoxocaqlı (multifokal) zədələnmələri zamanı, qalxanabənzər vəzidə cərrahi əməliyyatın mümkün qədər geniş həcmnin, radikallığının tərəfdarları son illər artmaqdadır [1,2,17]. Biz isə hesab edirik ki, multifokal mikrodüyünlər şəraitində qalxanabənzər vəzidə əməliyyat planlaşdırılarkən “orqansaxlayıcılıq” ilə “radikallıq” arasında optimal bir nöqtə tapılmalı, xəstələrdə laborator, ultrasəs, preoperasion morfoloji analizlərin göstəriciləri, prosesin klinik xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır.

Xüsusi qeyd edirik ki, kontingentə daxil edilmiş “latent (klinik gizli gedişli) tireoid karsinoma” diaqnozlu 32 xəstədə də əməliyyata qədərki laborator, ultrasəs və aspirasion punksiyanın ümumi-sitoloji analizləri xərçəngi aşkarlamaq üçün yetərli olmamışdır. Fikrimizcə, bu cəhət tireoid mikrokarsinomaların preopresion diaqnostikasında daha dəqiq meyarların tərtibini labüd edur. Bu nöqtəyi-nəzərdən hesab edirik ki, subsantimetrik düyünün ultrasəs vizualizasiyasında, incə iynə aspirasion və toxuma biopsiyası prosedurunda yeni texniki yanaşma, sitoloji və ya histoloji təhlildə isə yeni, daha informativ üsulların tətbiqi zəruridir; bu qənaətimiz problemlə sistemli məşğul olan digər tədqiqatçıların fikirləri ilə də üst-üstə düşür [5,7,9,11].

Ultrasəs-dopplerografiya olaraq xəstələrdə orqanın və düyünün damarlanması 4 tipi sistemləşdirilmişdir. Xüsusi qeyd edilməlidir ki, bunlardan “qarışıq tip” 32 xərçəng xəstəsindən 24-də (75,0%) müəyyən olunmuşdur ki, bu rəqəm də ədəbiyyat məlumatlarına (60,0-95,0%), ümumilikdə, uyğun gəlir [5,10]. Beləliklə, retrospektiv analizə əsasən hesab edirik ki, preoperasion ultrasonografiya analizdə təyin edilmiş “düyünün qarışıq tip (peri-, intranodulyar, xaotik) damarlanması” ilə “latent tireoid karsinoma” arasında orta dərəcəli statistik etibarlı düz-mütənasib korrelyasiya vardır ($r=0,56$; $p<0,05$; $\chi^2=29,0$).

Ultrasəs müayinəsində mikrodüyün damar şəklinin güclənməsi 20 “zob” xəstəsindən 4-də (20,0%), 14 “tireoid adenoma” xəstəsindən 4-də (28,6%), “latent (gizli gedişli klinik gedişli) tireoid karsinoma” diaqnozlu 32 xəstədən isə 25-də (78,1%) qeyd edilmişdir. Beləliklə, “damar şəkli güclənməsi” parametri “zob” və “tireoid adenoma”nın verifikasiyasında diaqnostik əhəmiyyətli deyildir. Ancaq xəstələrdə ultrasonografiya təyin edilmiş hipervaskulyarizasiya və “xərçəng” diaqnozu arasında orta dərəcəli statistik dürüst düz-mütənasib korrelyasion əlaqə

mövcuddür ($r=0,53$; $p<0,05$; $x^2=28,0$). Başqa sözlə, QV mikrodüyünün həmin ultrasəs parametri “latent tireoid mikrokarsinoma”nın preoperasion diaqnostikasında yönəldici əhəmiyyətli ola bilər; bu barədə bir sıra digər müəlliflər də yazırlar [5, 9].

Ultrasəs-dopplerografiya olaraq düyünlü sahədə “maksimal sistolik sürət (MSS)”, “rezistentlik indeksi (Rİ)” və “yuxarı qalxanabənzər arteriyada qan cərəyanı sürəti” parametrlərinin düyünlərin postoperasion müəyyənləşdirilmiş morfoloji tipi, variantları və bədlük (maliqnezasiya) dərəcəsi ilə ciddi əlaqəsi tapılmamışdır. Bununla belə, “latent tireoid karsinoma” diaqnozlu 32 xəstədən 10-da (31,2%) MSS və yuxarı qalxanabənzər arteriyada qan cərəyanı sürətinin artması, Rİ-in isə, əksinə, azalması müşahidə edilmişdir.

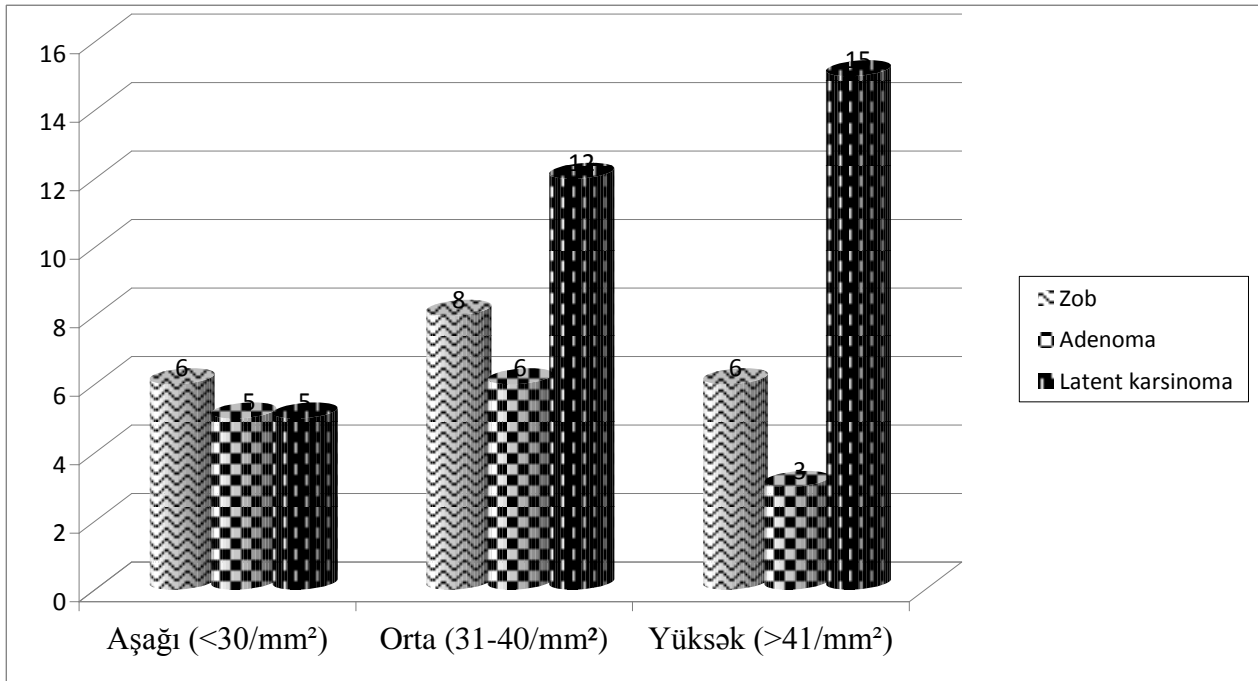
Beləliklə, qalxanabənzər vəzi mikrodüyünlərinin differensial diaqnostikasında ultra-səs-dopplerografiya müayinələrinin nəticələri hələ də qənaətbəxş deyildir və bəzi tədqiqatçılar göstərdikləri kimi [9], bu istiqamətdə tədqiqatlar aktuallığını saxlamaqdadır.

Postoperasion morfoloji analizlərin nəticələrinin QVMD verifikasiyasında, diaqnoz üçün “qızıl standart” ki götürmüşük, baxmayaraq ki, ayrı-ayrı tədqiqatçılar morfoloji təhlilin vacibliyini qeyd etsələr də, onun mütləq diaqnostik əhəmiyyətinə tənqidi yanaşırlar [11,18].

Qalxanabənzər vəzin müxtəlif morfoloji tipli mikrodüyünlərində qan mikrodamarlarının ümumi sıxlığının aşağıdakı səviyyələrini müəyyən etmişik: “aşağı” -1,0 mm²-də 30-dan az; “orta” -1,0 mm²-də 31-40; “yüksək” -1,0 mm²-də 41-dən çox mikrodamar.

Qalxanabənzər vəzin müxtəlif morfoloji tipli mikrodüyünlərində qan mikrodamarların ümumi sıxlığının aşağıdakı səviyyələrini müəyyən etmişik.

Mikrodamarların sıxlığına görə isə QVMD olan xəstələr aşağıdakı kimi qruplaşdırılmışdır (Şək.1).



Şək.1. Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri toxumasında mikrodamarlar şəbəkəsinin sıxlığına görə paylanması

Göründüyü kimi, mikrodamar şəbəkəsinin “aşağı” sıxlıq göstəricisi ilə qalxanabənzər vəzidəki mikrodüyünün klinik mahiyyəti (zob, adenoma,

karsinoma) arasında sistemli, statistik etibarlı əlaqəsi yoxdur. Bununla belə, mikrodamarların yüksək sıxlığı ($>41,0/\text{mm}^2$) daha çox “latent tireoid karsinoma” xəstələrində təsadüf etmişdir. Belə ki, “yüksək” sıxlıq göstəricisinə malik 24 xəstədən 15-də postoperasion olaraq “karsinoma” aşkarlanmışdır. Beləliklə, qalxanabənzər vəzidə mikrodüyün toxumasında mikrodamarların şəbəkəsinin yüksək sıxlığı ilə “latent (gizli klinik gedişli) tireoid karsinoma” arasında statistik etibarlı, orta intensivlikli, düz mütənasib korrelyasion əlaqə mövcuddur ($r=0,58$; $p<0,05$; $\chi^2=26,8$).

Nəticələrimizə əsasən, qalxanabənzər vəzinin müxtəlif mikrodüyünlərində yeni (de novo) formalaşan damarların sıxlığı ilə həmin düyünün klinik təbiəti arasındakı əlaqələr daha sistemli xarakterdədir. Belə ki, postoperasion immunhistokimyəvi-morfometrik təhlildə istər zob, istər tireoid adenoma, istərsə də latent tireoid karsinoma xəstələrində angiogenezin daha çox mozaik-ocaqlı, xaotik xarakterdə getdiyi aydınlaşdırılmışdır. Bununla belə, maliqnezasiyalı düyünlərdə həm daxili hissələrdə, həm də düyünün həqiqi və ya psevdo kapsulu boyunca nizamsız angiogenez ilə bərabər, funksional-fəal mikrodamarların sayının kəskin azalması, orta və iri diametrlı arteriyalarda və venalarda isə fibroz, mənəfəz qapanması təzahürləri də qeyd edilmişdir. Funksional-fəal kapillyarların sıxlığının bu cür kəskin azalması nə “zob”, nə “adenoma” xəstələri üçün səciyyəvi deyildir. Buna əsasən güman edirik ki, xaotik angiogenez ilə bərabər, perikapsulyar və interstisial angiofibroz, angioobturasiya mikrodüyün bədləşmə dərəcəsinin təyininə yönəldici-diaqnostik əhəmiyyətli ola bilər.

QV mikrodüyündə və onun bilavasitə ətrafındakı orqan zolağında angiogenez intensivliyi aşağıdakı qaydada qiymətləndirilmişdir: “aşağı; 1,0+”-yeni yaranan mikrodamarlar kəskin sahəsinin $\frac{1}{4}$ -də (25,0%-ə qədərlik sahədə); “orta; 2,0+”-kəskin sahəsinin təxminən $\frac{1}{2}$ -də (26,0-50,0%), “yüksək 3,0+”-kəskin sahəsinin $\frac{3}{4}$ -də (51,0-75,0%) və “çox yüksək; 4,0+”- kəskin sahəsinin $\frac{5}{4}$ -hissəsindən çoxunda ($>76,0\%$) tapılır. Qeyd edilməlidir ki, bu təsnifat praktik işdə daha səmərəlidir və bəzi müəlliflərin [3,8,12] təklif etdikləri mütləq rəqəmlər əsasında bölgülərdən daha asan tətbiq oluna bilər.

Toxuma kəsiklərində angiogenez intensivliyi ilə mikrodüyünün morfoloji tipi (zob, adenoma, karsinoma), morfoloji variantı (zob, adenoma, karsinomanın müxtəlid histoloji variantları), bədlək dərəcəsi (histodifferensiasiya E0-E3) arasında əlaqələrin mahiyyətinin araşdırılması hazırda davam etdirilir. İlkin nəticələrimizə görə, müxtəlif mikrodüyünlərdə yeni yaranan mikrodamarların həm yerləşmə, həm də sıxlıq xüsusiyyətləri mürəkkəb qarşılıqlı əlaqələr ilə səciyyələnir. Belə ki, bədləşmiş mikrodüyündə (latent tireoid karsinomada) bir tərəfdən xaotik, yüksək və ya çox yüksək intensivliklə angiogenez müşahidə olunsa da, digər tərəfdən mikrodamarların əksəriyyəti funksional-fəal deyildir.

Yekun

1. Multifokal mikrodüyünlər şəraitində qalxanabənzər vəzidə əməliyyat planlaşdırılarkən “orqansaxlayıcılıq” ilə “radikallıq” arasında optimal bir nöqtə tapılmalı və bu məqsədlə, digər göstəricilər ilə bərabər, preoperasion müəyyən edilmiş damarlanma, angiogenez parametrləri nəzərə alınmalıdır.

2. Preoperasion ultrasonoqrafik təyin edilmiş “düyünün qarışıq tip (peri-, intranodulyar xaotik) yüksək intensivlikdə damarlanması” ilə “latent tireoid karsinoma” arasında orta dərəcəli statistik etibarlı düzmütənasib əlaqə vardır və

bu xüsusiyyətlər “latent tireoid mikrokarzinoma”nın preoperasion diaqnostikasında yönəldici əhəmiyyətli ola bilər.

3. Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünündə “mikrodamarlar şəbəkəsinin ümumi yüksək sıxlığı+funksional-fəal mikrodamarların aşağı xüsusi payı” və “yüksəkintensivlikli xaotik angiogenez” ilə “latent (gizli klinik gedişli) tireoid mikrokarzinoma” arasında statistik etibarlı, düz-mütənasib korrelyasion əlaqə mövcuddur və bu morfoloji parametrlər yönəldici-diaqnostik kriterilər kimi istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Hay I.D., Hutchinson M.E., Gonzalez-Losada T. et al. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 900 cases observed in a 60-year period // *Surgery*, 2008, v.144, №6, p. 980-987; discussion p. 987-988.
2. Воробьев И.Н. Хирургические аспекты диагностики и лечения непальпируемых узловых образований щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2009, 110 с.
3. Ланцов Д.С. Морфология и пролиферативная активность микрокарциномы щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Обнинск, 2007, 18 с.
4. Zamanov R. Anamnestic, laboratory, instrumental and morphologic properties of asymptomatic thyroid carcinomas: retrospective multifactor analysis // Abstracts of XII Intern. Euroasian Kongress of Surgery and Gastroenterology, 13-16 October, 2011. Ваку, 2011, p. 302-303.
5. Сенча А. Н. Методы лучевой визуализации в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы: Дис. ... докт. мед. наук, М., 2008, 226 с.
6. Рачинский С.В., Цветкова Е.В. Клинико-морфологическое значение малого рака щитовидной железы // *Онкохирургия (Москва)*, 2008, №1, с. 143.
7. Tae H., Lim D., Baek K. et al. / Diagnostic Value of Ultrasonography to Distinguish Between Benign and Malignant Lesions in the Management of Thyroid Nodules // *Thyroid*, 2007, v.17, №5, p. 461-466.
8. Owen M., Alarcon T., Maini P., Byrne H. Angiogenesis and vascular remodelling in nor-mal and cancerous tissues // *Journal of Mathematical Biology*, 2009, v.58, N4-5, p.689-721.
9. Ito Y., Amino N., Yokozawa T. et al. Ultrasonographic evaluation of thyroid nodules in 900 patients: comparison among ultrasonographic, cytological, and histological findings // *Thyroid*, 2007, v.17, №12, p. 1269-1276.
10. Dural A., Gonenc M., Buyukasik S. et al. The Correlation Between Sonographic and Histopathological Findings in Thyroid Nodules // *Eur. Thyroid J.* 2012, 1 (Suppl 1):75–208. 36th Annual Meeting of the ETA. p.105. P.4.
11. Berker D., Aydin Y., Ustun I. et al. The Value of Fine-Needle Aspiration Biopsy in Subcentimeter Thyroid Nodules // *Thyroid*, 2008, v. 18, N6, p. 603-608.
12. Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф. Микрокарцинома щитовидной железы. М.: Медицина, 2003, 262 с.
13. www.immunohistochemistryprotocols.com.
14. Mikel U. (Editor). *Advanced Laboratory Methods in Histology and Pathology*. AFIP, Washington, DC, 1994, 254 p.
15. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека / Под ред. С.В. Петрова, Н.Т. Райхлина. Казань, «Титул», 2004, 456 с.
16. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. Санкт-Петербург: ВмедА, 2002, 266 с.
17. Yeung M., Serpell J. Management of the solitary thyroid nodule // *Oncologist*, 2008, v.13, №2, p. 105-112.
18. Lanshchakov K., Belousov P., Vanushko V. et al. Preoperative Malignancy Risk Prediction in Thyroid Nodules with “Follicular Neoplasm” Cytology // *Eur. Thyroid. J.*, 2012; 1 (suppl. 1):75–208, 36th Annual Meeting of the ETA. p.175, P.249.

РЕЗЮМЕ

ЗНАЧЕНИЕ АНГИОГЕНЕЗА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛКИХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ, УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ, МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Агаев Б.А., Гасанов И.А., Махмудов Р.З.

Резюме: У 66-ти больных с мелкими (до 1,0 см) узлами в щитовидной железе проведен комплексный ретроспективный анализ клинических,

ультразвуковых, морфологических данных и особенностей хирургического лечения. Выполнены орган-сохраняющие операции различных объемов, в основном – струмэктомия, парциальные резекции органа. Операциям предшествовал достаточно длительный период малоэффективной консервативной терапии или множественность узлов в органе. Выявлена корреляция некоторых доплерографических параметров со злокачественностью тиреоидных узлов до 1,0 см, хотя надежных преоперационных ультразвуковых признаков малигнизации последних не установлено. При послеоперационном иммуногистохимическом и морфометрическом анализе образцов мелких узлов обнаружено что, «общая высокая плотность микросо-судов+низкий удельный вес функционально-активных капилляров в сочетании с хаотичным ангиогенезом высокой интенсивности» статистически достоверно коррелирует с озлокачествлением отмеченных узлов. Исходя из чего рекомендовано использование отмеченных морфологических параметров как дополнительных критериев в верификации латентной тиреоидной карциномы.

Ключевые слова: тиреоидные микроузлы, ангиогенез

SUMMARY

THE MEANING OF ANGIOGENESIS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF SMALL THYROID NODULES: CLINICAL, ULTRASOUND, MORPHOLOGICAL PARALLELS

Agayev B.A., Hasanov I.A., Makhmudov R.Z.

Summary: In the 66 patients with small (till 1,0 sm) of the nodes in the thyroid gland conducted a comprehensive retrospective analysis of clinical, ultrasound, morphological data and characteristics of surgical treatment. Performed organ-preserving surgery of different sizes, mostly - strumectomy, partial resection of the body. Operations was preceded by a sufficiently long period of conservative therapy ineffective or-multiple nodes in the body. The correlation of certain parameters dopplerographic malignancy of thyroid knots to 1.0 cm, although reliable ultrasonic preoperative ultrasound signs of malignancy of last sites is not established. When postoperative immunohistochemical and morphometric analysis of samples of small nodes found that "the overall high density of microvessels + low proportion of functionally active capillaries combined with chaotic angiogenesis high intensity" statistically significantly correlated with malignancy selected nodes. On the basis of what is recommended to use the marked morphological parameters as additional criteria to verify the latent thyroid carcinoma.

Keywords: thyroid micro sites, angiogenesis

QEYRİ-STABİL STENOKARDİYALİ XƏSTƏLƏRDƏ QANDA B-TİP NATRIUMURETİK PEPTİDİN DİFFERENSİAL QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

Məmmədov E.B.

*C.M.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu,
Bakı.*

B-tip natriumuretik peptid (BNP) ventrikulyar miokardda sintez olunan və 32 aminurşusundan ibarət olan hormonal peptiddir. BNP mədəcik divarının gərginləşməsindən sonra kardiomyositlər tərəfindən sekresiya olunan neyrohormondur [1,2,3]. Onun requlyasiya olunmasında angiotenzin II, ET-1 kimi hormonal maddələrlə yanaşı, fizioloji faktorlarından yaşın, cinsin və böyrək funksiyasının da rolu vardır. BNP bioloji qeyri-aktiv olan N-terminal fraqment (NT-proBNP) şəklində sintez olunur. Sonra qulaqcıq və brain natriumuretik faktor reseptorları ilə birləşərək aktiv formaya (BNP) çevrilir [6]. BNP sistemli vaskulyar rezistentliyi azaldaraq mərkəzi venoz təzyiqi aşağı salır, natriumurezi artırır. Beləliklə də dövrən edən qanın həcmi azaltmaqla arterial qan təzyiqini aşağı salır, ürəkdə sonrakı yüklənməni azaldır, ürəyin vurğu həcmi və atım fraksiyasının artmasına səbəb olur [4,5]. Ürək çatmamazlığı zamanı ürək boşluqları genişləndiyindən və divar gərginliyi (wall stress) artdığından BNP sekressiyası artır və qanda onun səviyyəsi yüksəlir. Eksperimental tədqiqatlarda BNP-nin işemik prekondesləşməyə təsirinin olması müəyyənləşdirilmişdir. Donuzlar üzərində aparılan təcrübələrdə BNP-nin yaratdığı vazodilatasiyanın ET-1 ilə prekonstriksiya aparılmış heyvanlarda daha güclü olmuş və özünü daha qabarıq şəkildə göstərmişdir [6]. İşemik prekondesləşdə ən əsas rol oynayan amillərdən biri NO (azot oksid) sintezinin artmasıdır. BNP-nin azot oksid sintezini aktivləşdirməklə NO yaranmasını sürətləndirməsi eksperimental tədqiqat işlərində sübut olunmuşdur [7,8]. Qanda BNP-nin səviyyəsinin artmasına səbəb olan faktorlardan biri də kəskin miokardial işemiyadır. Ararılan tədqiqat işində BNP-ni qeyri-stabil stenokardiya kontekstində differensial qiymətləndirməyə çalışmışıq.

Tədqiqatın məqsədi: qeyri-stabil stenokardiya xəstələrdə qanda B-tip natriumuretik peptidin səviyyəsini xəstəliyin müxtəlif klinik formalarında (proqressivləşən gərginlik stenokardiyası, ilkin stenokardiya, variant və sakitlik stenokardiyası) öyrənməkdən və mümkün ola biləcək fərqləri araşdırmaqdan ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Kəskin koronar sindrom diaqnozu ilə hospitallaşdırılmış 150 xəstə müayinədən keçirilmişdir. Xəstələrin 79-da kəskin miokard infarktı, 71 xəstədə isə qeyri-stabil stenokardiya diaqnozu təsdiq olunub. Tədqiqata qeyri-stabil stenokardiya diaqnozu qoyulmuş 71 xəstə cəlb olunmuşdur. Xəstələrin 61-i (85,91%) kişi, 10-nu (14,08%) qadın olmuşdur. Xəstələrin qanında B-tip natriumuretik peptidin səviyyəsi stasionara daxil olduqdan ilk 12 saat ərzində öyrənilmişdir. Qanda BNP səviyyəsinə müvafiq olaraq xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: I qrup - BNP səviyyəsi yuxarı olan xəstələr və II qrup - BNP səviyyəsi normal olan xəstələr. İlkin exokardioqrafik müayinədə atım fraksiyası 45% və ondan yuxarı olan xəstələr tədqiqata cəlb olunmuşdur. Postinfarkt kardioskleroz, xroniki ürək çatmamazlığı, xroniki böyrək çatmamazlığı

və xəstəxanaya daxil olarkən kəskin ürək çatmamazlığı olan xəstələr, ilkin exokardioqrafik müayinədə atım fraksiyası 45%-dən aşağı olan xəstələr tədqiqata daxil edilməyib. Yəni, qanda BNP-nin səviyyəsini artırma biləcək bütün hallar istisna edilməklə xəstə seçimi aparılmışdır. Xəstələrə qeyri-stabil stenokardiya diaqnozu xəstəliyin klinikası və laborator-instrumental müayinələrin (elektrokardioqrafiya, exokardioqrafiya, mioqlobin, troponin I) nəticələrinə əsasən qoyulmuşdur. Müayinə olunan xəstələrdə BNP ilə paralel olaraq kreatinfosfokinazanın MB fraksiyası, mioqlobin, troponin I və D-dimerin qanda konsentrasiyası izlənmişdir. Tədqiqatdan alınmış verilənlər keyfiyyət əlamətlərinə görə qruplaşdırılaraq variasion statistik metodların tətbiq olunması ilə analiz edilmişdir. Keyfiyyət əlamətlərinin öyrənilməsi zamanı qruplarda mütləq saylar, onların faizlə təyin edilmiş hissəsi və keyfiyyət əlamətinin rast gəlmə tezliyini xarakterizə etmək məqsədilə, onun orta xətası müəyyən edilmişdir. Qruplar arasındakı fərqi statistik dürüslüyü Pirsonun qeyri-parametrik – χ^2 və Styudentin t meyarlarının təyin olunması ilə müəyyən edilmişdir. Fərq $p < 0,05$ göstəricisində statistik dürüst hesab edilmişdir. Alınmış verilənlərin statistik işlənməsi fərdi kompüterdə cədvəl redaktoru Microsoft Office Excel 2007 tətbiqi proqramlar paketi Statistica 8.0 əsasında yerinə yetirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Müayinə olunan xəstələrin 46-da (64,78%) qanda BNP-nin səviyyəsi 100 pg/ml-dən (norma 0.0 - 100 pg/ml) yuxarı olmuşdur. 25 xəstədə (35,21%) isə BNP-nin səviyyəsi normal olmuşdur. Xəstələrin əksəriyyətində yanaşı xəstəliklər olmuşdur. Yanaşı xəstəliklər ürəyin işemik xəstəlikləri üçün risk faktoru olan (şəkərli diabet və hipertoniya xəstəliyi) və risk faktoru olmayan xəstəliklər kimi (xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi, kalkulyoz xolesistit, xroniki pankreatit, dissirkulyator ensefalopatiya, xroniki gastrit və s.) qruplaşdırılmışdır. Yanaşı xəstəliklərin olmasına görə xəstələrin qruplaşdırılması

Cədvəl № 1.

Yanaşı xəstəlik	BNP səviyyəsi normal olan xəstələr – I qrup (n=25)		BNP səviyyəsi yuxarı olan xəstələr - II qrup (n=46)	
	müt.	%	müt.	%
Şəkərli diabet	3	12,0±6,5	25	54,3±7,3 *
Hipertoniya xəstəliyi	18	72,0±9,0	40	87,0±5,0
Risk faktoru olmayan yanaşı xəstəlik	2	8,0±5,43	9	19,6±5,8
Yanaşı xəstəlik yoxdur	6	24,0±8,5	2	4,3±3,0 *

*Qeyd: * - göstərici I qrup göstəricisinə nəzərən statistik dürüst fərqlənir ($p < 0,05$)*

Cədvəldən göründüyü kimi BNP-nin səviyyəsi yuxarı olan xəstələrin 54,3%-də yanaşı xəstəlik kimi şəkərli diabet qeydə alınmışdır. Müqayisə aparsaq görürük ki, BNP-nin səviyyəsi normal olan xəstələrin cəmi 3-də (12,0%) şəkərli diabet olmuşdur. Hipertoniya xəstəliyinə nəzər salsaq görürük ki, I və II qrupda onun yanaşı xəstəlik kimi rastgəlmə tezliyi müvafiq olaraq 72,0±9,0% və 87,0±5,0% olmuşdur ki, bu da həmin qruplar üzrə BNP nəticələrinə təsir göstərə biləcək böyük fərq yaratmır. Göstərilənlərdən belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, qeyri-stabil stenokardiya xəstələrdə kəskin işemiya zamanı BNP səviyyəsini artıran faktorlardan biri yanaşı xəstəlik kimi şəkərli diabetin olmasıdır. Hipertoniyanın BNP-nin ifrazına stimullaşdırıcı təsir göstərən xəstəliklərdən biri kimi qəbul olunmasına baxmayaraq BNP səviyyəsi yuxarı və aşağı olan xəstələrin

BNP nəticələrinin təhlili onu göstərir ki, xəstədə hipertoniya xəstəliyinin olub və ya olmamasının nəticələrə heç bir təsiri olmamışdır.

Qanda BNP-nin səviyyəsi yuxarı olan qeyri-stabil stenokardiyalı xəstələrin xəstəliyin klinik formalarına görə qruplaşdırılması cədvəl 2-də verilmişdir:

Cədvəl № 2.

Əsas xəstəlik	BNP səviyyəsi yuxarı olan xəstələr - II qrup (n=46)	
	Xəstə sayı (%)	BNP (pg/ml)
Sakitlik stenokardiyası	15 (32,6±6,9) *	325,7±59,9 *
İlkin stenokardiya	16 (34,8±7,0) *	351,4±67,4
Variant stenokardiya	2 (4,3±3,0)	270,5±100,5
Proqressivləşən gərginlik stenokardiyası	13 (28,3±6,6) *	462,5±74,0 *
Ümumi	46 (100)	370,9±37,3 *

Qeyd: * - göstərici I qrup göstəricisinə nəzərən statistik dürüst fərqlənir ($p < 0,05$)

BNP-nin səviyyəsi normal olan qeyri-stabil stenokardiyalı xəstələrin xəstəliyin klinik formalarına görə qruplaşdırılması cədvəl 3-də verilmişdir:

Cədvəl № 3

Əsas xəstəlik	BNP səviyyəsi normal olan xəstələr - I qrup (n=25)	
	Xəstə sayı (%)	BNP (pg/ml)
Sakitlik stenokardiyası	2 (8,0±5,4)	38,4±33,0
İlkin stenokardiya	1 (4,0±3,9)	90,0
Variant stenokardiya	-	
Proqressivləşən gərginlik stenokardiyası	22 (88,0±6,5)	23,3±4,7
Ümumi	25 (100)	27,1±5,33

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi BNP səviyyəsi normal olan xəstələrin əsas hissəsini (88%) proqressivləşən gərginlik stenokardiyası təşkil edir. Proqressivləşən gərginlik stenokardiyası heç də həmişə BNP ifrazının artmasına səbəb olmur. Qısamüddətli miokardial işemiya kardiomyositlərdə hipoksiyaya bağlı dəyişikliklər yaratmaqla bərabər, həm də işemiyanın aradan götürülməsinə və kardiomyositlərin qorunmasına yönəldilmiş müxtəlif kardioprotektiv mexanizmlərin işə düşməsinə səbəb olur. Belə mexanizmlərdən biri işemik prekondesləşmədir. İşemik prekondesləşmə neyrohumoral aktivləşməyə səbəb olmaqla mitoxondrial ATF-həssas kalium kanallarını açmaqla və mitoxondrilərin keçiriciliyini artıran ötürücü kanalları bağlamaqla kardiomyositlərin işemiyaya bağlı hüceyrə ölümünə qarşı dözümlülüyünü artırır. Bu mexanizmlərin əksinə təsir göstərən faktorlara yaş, yanaşı xəstəlik, müxtəlif dərmanlar və s. aid edilə bilər.

Heyvanlar üzərində aparılan eksperimental tədqiqatlarda da BNP və işemik prekondesləşmə, BNP və NO sintezi arasında əlaqənin olması müəyyən olunmuşdur [9]. Eksperimental tədqiqatlarda ekzogen BNP-nin siçanlarda miokardial infarktı ölçülərini azaltması və bu zaman siklik qvanil-monofosfat sintezinin 2,5 dəfə artması və K_{ATP} kanallarının açılması müəyyən olunmuşdur. BNP/sGMF/ K_{ATP} signal vermənin işemik zədələnmə-limit mexanizminin əsas zəncirlərindən biri olması müəyyən olunub [10]. Bu hal işemik prekondesləşmə ilə BNP ifrazı arasında asılılıq olması fikrini yaradır. Başqa sözlə xəstənin xroniki təkralanan işemik tutmalara malik olduğu vəziyyətlərdə (apardığımız tədqiqatda proqressivləşən gərginlik stenokardiyası) qanda BNP səviyyəsi artmaya da bilər.

İşemik ağrı tutmalarına sanki öyrəşmiş xəstələrdə BNP səviyyəsi kəskin ağrı tutması zamanı normal ola bilər.

Göstərilənlərdən belə nəticəyə gəlmək olur ki, BNP-nin səviyyəsi daha çox hallarda xəstəliyin qeyri-stabil olan hallarında qeydə alınır. Bir sözlə qanda BNP səviyyəsi yuxarıdırsa bu xəstəliyin daha kritik həddə olmasını göstərir.

Nəticə:

1). Qeyri-stabil stenokardiyalı xəstələrdə qanda B-tip natriuretik peptidin səviyyəsinin yüksəlməsinə əsasən sakitlik (spontan) stenokardiyası, ilkin stenokardiya və variant (Prinsmetal) stenokardiya kimi klinik formalar səbəb olur. Başqa sözlə xəstəliyin daha kritik olan hallarında qanda BNP-nin səviyyəsi artır.

2). Proqressivləşən gərginlik stenokardiyası heç də həmişə BNP səviyyəsinin yüksəlməsinə səbəb olmur.

3). Proqressivləşən gərginlik stenokardiyası zamanı yanaşı xəstəlik kimi şəkərli diabetin olması BNP səviyyəsinin yüksək olması ilə müşayiət olunur.

ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Davidson's Principles and Practice of Medicine. "Churchill Livingstone", 2000, p.212.
2. Desmond G. Julian, J. Campbell Cowan, et al., Cardiology. Eighth edition. "Elsevier Saunders", 2005, p140
3. Leonard S. Lilly. Pathophysiology of Heart Disease. "Lippincott Williams and Wilkins", 2003, p. 224-232.
4. Maisel A.M., Krishnaswamy P., Nowak R. et al. Bedside B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure: primary results from the Breathing Not Properly (BNP) Multinational study. // Paper presented at: 51st Annual Scientific Session of the American College of Cardiology; March 17–20, 2002; Atlanta, Ga.
5. Cheung BM, Kumana CR. Natriuretic peptides—relevance in cardiac disease. // JAMA 1998; 280: 983–4.
6. Sudhir K., Amidon T., Yock P. et al. Differential contribution of nitric oxide to regulation of vascular tone in coronary conductance and resistance arteries: intravascular ultrasound studies. // Am. Heart J. 1999. 127: 858–865.
7. Costa M., Elesgaray R., Loria A., Balaszczuk A.M., Arranz C.(2004) Atrial natriuretic peptide influence on nitric oxide system in kidney and heart. // Regul. Pept. 118: 151–157.
8. Zellner C., Protter A.A., Pothireddy M.R. et.al. Coronary vasodilator effects of BNP: mechanisms of action in coronary conductance and resistance arteries. // Am J Physiol 1999. 276: H1049–H1057
9. Savio P. D'Souza, Derek M. et al., B-type natriuretic peptide limits infarct size in rat isolated hearts via K_{ATP} channel opening. // The Hatter Institute, University College London Hospitals and Medical School, London WC1E 6BT, 2003; United Kingdom.
10. Yang X.M., Downey J.M., Cohen M.V. (). Brain natriuretic peptide (BNP) at reperfusion limits infarction in rabbit hearts by activation of PKG and opening of mK_{ATP} channels. // J. Mol. Cell. 2005. Cardiol. 38: 867.

РЕЗЮМЕ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В-ТИПА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Мамедов Э.Б.

Научно-исследовательский институт кардиологии имени Д.М.Абдуллаева

Цель исследовательской работы заключалась в изучении ВНП при различных клинических вариантах нестабильной стенокардии. Исследованию были подвергнуты 71 пациент с диагнозом нестабильная стенокардия. Пациенты с клиническими и эхокардиографическими признаками сердечной недостаточности были исключены из исследования. Средний возраст больных составлял 64 года для женщин и 66 лет для мужчин. Из общего числа больных

у 46 наблюдался высокий уровень ВНП. У 25 больных с диагнозом прогрессирующая стенокардия уровень ВНП был нормальным.

Было выявлено, что главной причиной повышения уровня ВНП в крови у больных с нестабильной стенокардией, являются такие типы, как впервые возникшая, вариантная и спонтанная стенокардия. В большинстве случаев повышение уровня ВНП наблюдалось при прогрессирующей стенокардии в сочетании его с сахарным диабетом.

SUMMARY

DIFFERENTIAL ESTIMATION OF B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE IN UNSTABLE ANGINA PECTORIS

Mammadov E.B

Scientific-Research Institute of Cardiology named after J.M.Abdullayev

The aim of our research work was to study B-type natriuretic peptide in different clinical types of unstable angina pectoris. 71 patients diagnosed as unstable angina pectoris have been involved to the examination. Patients who clinically and echocardiographically had heart failure were excluded from the investigation. Mean age of patients was 64 in women and 66 in men. 46 of the investigated patients have a high level of BNP (B-type natriuretic peptide). BNP was normal in 25 of investigated patients in whom the diagnosis was progressive angina pectoris.

It was revealed that the main cause of BNP elevation in the blood among patients with the diagnosis of unstable angina pectoris were new onset, variant and spontaneous types of unstable angina pectoris. It also was observed that in the majority of cases progressive angina pectoris causes elevated BNP level if associated with diabetes mellitus.

Daxil olub: 10.10.2014.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ КРОВИ, ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОПЕРИРОВАННЫХ ИЗ МИНИЛАПАРАТОМНОГО ДОСТУПА, ПОЛУЧАВШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ.

**Мамедов Р.А., Мамедов К.М., Гасымов Э.М., Зейналов Н.А.,
Гусейнзаде А.Н.**

**Кафедра общей хирургии и кафедра I хирургические болезни
АМУ, городская больница Геокчайского района.**

*Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, низкоинтенсивное
лазерное излучение, минилапаротомная холецистэктомия*

На современном этапе развития медицинской науки отмечается рост числа заболеваний дигестивного тракта, в том числе желчнокаменной болезни и её осложнений [8].

Несмотря на большой арсенал лекарственных препаратов, неутешительные результаты консервативной терапии в последние годы определили увеличение как числа, так и видов оперативных вмешательств, особенно с применением современных малоинвазивных технологий [2,8].

В последние годы многих хирургов стала привлекать менее дорогая и доступная для всех хирургов открытая малоинвазивная хирургия на желчном пузыре и желчевыводящих путях [4,9].

Редкое использование конверсии во время операции, которая чаще встречается при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), позволяет реализовать всю задуманную интраоперационную программу [7,14].

Так как ранее изучались сравнительные характеристики различных видов операции, цель нашей работы заключалась в улучшении послеоперационного течения после холецистэктомии из минилапаратомного доступа [4].

Одним из наиболее решающих факторов, имеющих значение при развитии гнойно-воспалительных процессов в желчном пузыре и в гепатодуоденальной зоне, является состояние иммунной реактивности организма в целом, о сопоставляющей части гуморального иммунитета [1,3,5,15].

Известно, что развитие любой воспалительной реакции, в том числе острого калькулезного холецистита (ОКХ) и её осложнений связано с пуском цитокинового каскада [6,12].

Если учесть, что одним из основных преград на пути улучшения результатов хирургического лечения ОКХ и её осложнений является резкое угнетение гуморального иммунитета и цитокиновый дисбаланс, тогда поиск методов коррекции этих нарушений является актуальным и необходимым [10,11,13].

Согласно цели и задачам работы из общего числа пациентов больные были распределены по группам: основную и сравнительную.

В группу сравнения вошли 167 больных с ОКХ, оперированных из минилапаратомного доступа, получавшие в послеоперационном периоде традиционную антибактериальную консервативную терапию.

Вторая основная группа (188 пациентов) в зависимости от вида послеоперационной терапии была разделена на две подгруппы.

К первой подгруппе относятся 86 пациентов, которым после минилапаратомной холецистэктомии (МХЭ) в комплекс послеоперационной терапии была включена лимфотропная терапия.

Ко второй подгруппе основной группы относятся 102 больных, которым после МХЭ в комплекс послеоперационного лечения были включены низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) и лимфотропная терапия.

Проводя сравнительную оценку показателей гуморального иммунитета у больных группы сравнения и основной группы при флегмонозной форме холецистита на 3-4 сутки после операции показатели JgA ($1,8 \pm 0,9$) останутся ниже показателей нормы ($N=3,08 \pm 0,17$) в 1,75 раз. Тогда как показатели

иммуноглобулина JgA ($N=2,78\pm 0,12$) на 3-4 сутки после операции МХЭ включением в комплекс послеоперационного лечения лимфотропной терапии ниже нормы в 0,6 раз, а показатели иммуноглобулина JgA ($N=2,99\pm 0,12$) на 3-4 сутки после МХЭ с включением в комплекс послеоперационного лечения НИЛИ и лимфотропной терапии почти что нормализовались..

В такой же последовательности в сравнении в динамике происходит с JgM и JgG. При проведении сравнительной оценки состояния JgA в плазме крови у больных основной и сравнительной группы при гангренозной форме ОКХ, нами были получены следующие данные: содержание JgA на 3-4 сутки у пациентов сравнительной группы составило $1,78\pm 0,08$, что ниже показателей нормы на 1,81.

При сравнительной оценке показателей гуморального иммунитета в послеоперационном периоде было установлено, что количество JgA, JgM и JgG в плазме крови у пациентов ОКХ с МХЭ с традиционной послеоперационной терапией остаются низкими, сохраняя при этом определенный иммунодефицит.

Увеличение этих показателей после включения в комплекс послеоперационного лечения лимфотропной терапии и полная нормализация их в группе пациентов, получавших в послеоперационном периоде в комплексном лечении НИЛИ и лимфотропную терапию, свидетельствует о благотворном влиянии низкоинтенсивного лазерного излучения и лимфотропной терапии вместе на положительную динамику устранения иммунодефицита.

Существенное значение имело изучение и проведение сравнительной оценки данных некоторых показателей цитокинового статуса при флегмонозной и гангренозной формах ОКХ в основной и сравнительной группах. Показатели цитокинов в плазме крови у больных ОКХ и МХЭ в основной и сравнительной группах при флегмонозной и катаральной формах на 3-4 сутки после операции существенно не отличаются, поэтому нами была проведена сравнительная оценка при одной - гангренозной.

При традиционной послеоперационной терапии у больных ОКХ с МХЭ на 3-4 сутки показатели TNF - α ($84,6 \pm 6,4$ пкг/мл) остаются выше показателей нормы, TNF - α ($52,1 \pm 11,3$) в 1,8 раза, показатели JL - 1 β ($13,0 \pm 1,7$ пкг/мл) ниже нормальных показателей в 2,8 раза ($3,8 \pm 1,7$ - N). У больных ОКХ с МХЭ с включением в послеоперационный период лимфотропной терапии показатели TNF - α умеренно снижаются ($79,9\pm 5,6$), оставаясь выше показателей нормы в 1,6 раза, а количественно показатели JL - 1 β увеличиваются до $24,3 \pm 1,8$ не доходя до нормы, оставаясь ниже показателей нормы ($38,1\pm 1,7$ пкг/мл) в 1,7 раза. Количественные показатели TNF - α в плазме крови у пациентов с ОКХ и её осложнениях с МХЭ получавших в послеоперационном периоде в комплексе лечения НИЛИ и лимфотропную терапию, значительно стабилизировались $60,4\pm 0,4$, приближаясь к показателям нормы. То же самое происходит с показателями JL - 1 β на 3-4 сутки после операции JL - 1 β ($34,1\pm 1,6$ пкг/мл) при норме ($38,1\pm 1$ пкг/мл).

Немаловажное значение в интерпретации клинического течения заболевания для групп больных с ОКХ и ее осложнениями и предопределении хирургической тактики и послеоперационного лечения имел анализ данных общих и биохимических исследований крови.

При проведении этих исследований крови у пациентов основной и сравнительной групп до операции и в послеоперационный период при каждой морфологической форме, была установлена определенная связь о виде послеоперационного лечения.

Сравнивая изменения некоторых показателей общего анализа крови у больных с ОКХ и ее осложнениями при различных видах послеоперационной терапии можно сделать следующее заключение.

При катаральной форме ОКХ эти показатели не столь заметно отличались друг от друга. При флегмонозной форме ОКХ количественное отношение лейкоцитов на 4-5 сутки после операции у больных сравнительной группы, получавших традиционное лечение превышало нормальные показатели в 1,3 раза ($12,4 \pm 1,0$), что составило 33,4%, а СОЭ превышало показатели нормы в среднем в 2,4 раза.

У больных с этой морфологической формой, получавших в послеоперационном периоде в комплексном лечении лимфотропную терапию количественные показатели лейкоцитов на 4-5 сутки превышали верхние границы нормы в 0,9 раза ($9,8 \pm 1,3$), что составило 8,41, а показатели СОЭ превышали нормальные показатели в 1,8 раза. У пациентов с флегмонозной формой ОКХ, получавших в комплексе послеоперационной терапии НИЛИ и лимфотропную терапию на 4-5 сутки количественные показатели нормализовались ($8,2 \pm 1,2$), а СОЭ была чуть выше верхних границ нормы ($10,8 \pm 4,4$).

При гангренозной форме ОКХ у больных с традиционной терапией количество лейкоцитов оставалось высоким ($12,6 \pm 1,2$), что превышает верхние границы нормы в 1,6 раза, а показатели СОЭ превышали верхние границы нормы в 3,6, что свидетельствует о продолжающейся воспалительной реакции в организме больного. У больных с деструктивными формами ОКХ получавших в комплексе послеоперационного лечения лимфотропную терапию на 4-5 сутки количество лейкоцитов оставалось высокими ($11,9 \pm 1,7$) и превышало средние показатели в 1,3 раза, а СОЭ было выше верхней границы норма в 2,6 раза.

У больных с гангренозной формой ОКХ, получавших в комплексе послеоперационного лечения НИЛИ и лимфотропную терапию, в динамике показателей общего анализа крови отмечаются положительные сдвиги, достигая показателей нормы.

Таким образом, сравнивая воздействия не состояние гуморального иммунитета и цитокинового статуса, а также общие лабораторные показатели различных видов послеоперационного лечения ОКХ из МЛХ, мы отметили благотворное влияние включения в послеоперационное лечение НИЛИ и лимфотропной терапии.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Naciyeв С.Н., Tagiyev E.O. Kəskin daşlı xolesistit zamanı immunitədə gedən dəyişikliklər /Prof. H.A. Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2012, s.44-45
2. Hadiyev S.J., Abbasov P.A. Kəskin xolesistilərdə laparoskopik xolesistektomiya //Cərrahiyyə, 2011, № 1 s. 79-83
3. Həsənov A.Ə. , Tagiyev N.Ə., Musayev J.M. Sitokinlər haqqında müasir təsəvvürlər. Onların norma və müxtəlif patologiyaların inkişafında rolu. //Sağlamlıq, 2006, № 7, s. 13-20

4. Hüseynov S.Ə., İsayev N.B. Öddaşı xəstəliyinin cərrahi müalicəsində minilaparatom kəsiklərin rolu // Sağlamlıq, 2006, № 6, s.42-44.
5. Авдеева Ж.И. Иммуноадьювантный эффект цитокинов // Тихоокеанский медицинский журнал, 2009, № 3, с. 19-22
6. Баширов А.Б., Алибеков А.Ф. Иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи. Сборник тезисов док. III конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. М. 2006, с. 181-182
7. Брискин Б.С., Гуднов А.И. Возможности и трудности холецистэктомии из минилапаратомного доступа // Анналы хирургической гепатологии, 2004, Р.6, №1, с. 88-98
8. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Выборы способа операции при остром деструктивном холецистите. Вкн.: Хирургия деструктивного холецистита. Екатеринбург, 2006, № 4, с. 19-20
9. Быстрев С.А., Жуков Б.И. Миниинвазивные операции в лечении желчекаменной болезни у пациентов с повышенным риском. // Хирургия 2010, № 7, с. 55-59
10. Винник Ю.С., Дябкин О.В. Особенности использования иммунокорригирующей терапии у больных механической желтухи желчекаменного генеза. / Мат. XI съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011, с. 73-74
11. Ворганов Ю.С. Патогенетические и дифференцированные подходы к обоснованию озono- и лазеротерапии в комплексном лечении гнойно-воспалительных процессов органов брюшной полости. Автореф. Дисс. Док. мед. наук. Пермь, 2006, 34 с.
12. Воробьев А.И. Клинико-иммунологические аспекты диагностики и хирургического лечения скрытой формы деструктивного холецистита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Волгоград, 2007, 22 с.
13. Cregory P. Relation between cytokine IL-6 levels and the occurrence of systemic complications in patients with multiple injuries and blunt abdominal trauma // Spr. Arch. Celok. Lek., 2003, v.131, No 3-4, p. 118-121
14. Daou R. Cholecystectomy using a minilaparotomy. // Ann. Chir. -1998. - V. 52. - N7. - P/ 625-628
15. Sheen-Chen S.M., Chen H.S., Eng H. et al. Systemic immune response after laparoscopic and open cholecystectomy // World J. Surg. - 2002. - Vol.26, № 12. - P. 1418-1422

X Ü L A S Ə

MİNİ LAPAROTOM KƏSİKLƏRDƏ APARILAN XOLESİSTEKTOMİYALAR ZAMANI ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI DÖVRÜN MÜALİCƏ NÖVÜNDƏN ASILI OLARAQ HUMORAL İMMUNITETİN VƏ SİTOKİN STATUSUNUN NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ ÖYRƏNİLMƏSİ

Məmmədov R.Ə., Məmmədov K.M., Qasimov E.M., Zeynalov N.A., Hüseynzadə A.N.
 ATU-nun Ümumi cərrahiyyə kafedrası, Göyçay Rayon xəstəxanası ATU-nun I cərrahi xəstəliklər kafedrası

Öd kisəsinin və öd yollarının iltihabi prosesinin əmələ gəlməsinin əsas səbəblərindən biri də sitokinlərin və humoral immunitetin dəyişməsidir.

Əsas qrupa aid olan xəstələrin sayı-188.

Minilaparotom xolesistektomiyadan sonrakı dövrdə müalicə növündən asılı olaraq xəstələr iki yarımqrupa bölünür.

I yarımqrup - əməliyyatdan sonrakı dövrdə də kompleks müalicəyə limfotrop müalicə əlavə olunur.

II yarımqrup - əməliyyatdan sonrakı dövrdə də kompleks müalicəyə aşağı intensivlikli lazer terapiya və limfotrop terapiya əlavə olunur.

Müqayisə qrupu - kəskin kalkulyoz xolesistitli xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ənənəvi müalicə aparılmış 167 xəstə.

Alınan nəticələri müqayisə etdikdə məlum oldu ki, əməliyyatdan sonrakı dövrdə kompleks müalicəyə lazer və limfotrop müalicənin əlavə olunması nəticəsində immunoqlobulinlərin (IgM, IgG) kəmiyyət göstəriciləri stabilləşmişdir.

İltihabi sitokinlərin (TNF- α , IL-1 β) aktivliyi bir qədər azalmışdır.

Beləliklə, kəskin kalkulyoz xolesistiti xəstələrdə minilaparotom xolesistektomiyadan sonrakı dövrdə kompleks müalicəyə lazer və limfotrop terapiyanın əlavə olunması humoral immunitetin və sitokinlərin stabilizasiyasına müsbət təsir edir.

SUMMARY

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF RESULTS OF HUMORAL IMMUNITY AND CYTOKINE STATUS DEPENDING ON TYPE OF POSTOPERATIVE MANAGEMENT AFTER CHOLECYSTECTOMY FROM A MINI-LAPAROTOMY INCISION

Mammadov R.A.*, Mammadov K.M.***, Gasimov E.M.*, Zeynalov N.A.***,
Huseynzade A.N.*

* Department of General Surgery and Anesthesiology of Azerbaijan Medical University ** Regional hospital of Goychai province

*** I Department of Surgical Diseases of Azerbaijan Medical University

One of the causes of beginning of inflammatory process in gall bladder and biliary tracts is a change of cytokines and humoral immunity.

Number of patients in the main group was 188.

Depending on the type of postoperative management patients after minilaparotomy cholecystectomy were divided to 2 subgroups.

I subgroup – a lymphotropic therapy was added to multimodal management in the postoperative period.

II subgroup – a low intensive laser therapy and lymphotropic therapy was added to multimodal management in the postoperative period.

Comparison group – 167 patients with acute calculous cholecystitis who received a traditional therapy in the postoperative period.

A comparison of results revealed a stabilization of quantitative parameters of immune globulins (IgA, IgH) after addition of laser and lymphotropic therapy to multimodal management in the postoperative period.

An activity of inflammatory cytokines TNF- α , IL-1 β decreased in a way.

Thus the addition of laser and lymphotropic therapy to multimodal management after minilaparotomy cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis effects positively to stabilization of humoral immunity and cytokines.

Daxil olub: 27.01.2015.

XRONİKİ ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞINDA KLİNİK LABORATOR MÜAYİNƏ STANDARTLARININ TƏTBİQİNİN MARKETOLOJİ ƏHƏMİYYƏTİ

Nəcəfov N.A.

Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu

Giriş. Xəstəliklərin diaqnostikasında klinik laborator müayinə metodlarının rolu ildən ilə çoxalır [1,2,3,4]. Son illərdə laborator xidmətlərinin yüksək texnologiya əsasında keyfiyyət sıçrayışı onların klinik təbabətdə marketoloji əhəmiyyətini artırmışdır [4]. Xüsusən klinik təbabətdə müayinə və

diagnostika sahəsində standartların tətbiqi laborator testlərin geniş və əsaslı təyinatına imkan yaratmışdır. Bəllidir ki, tibb müəssisələrində həkim laborantların ştat normativləri köhnədir və laboratoriya xidmətlərinə tələbat nəzərə alınmadan müəyyən olunmuşdur. Klinik müayinə və diagnostika standartlarının rəsmiləşdirilməsi şübhəsiz ki, həkimlərin laborator analizlərinin obyektiv göstərişlər nəzərə alınmaqla təyin olunmasında məsuliyyətini artırır. Ehtimal olunur ki, klinik standartların tətbiqi şəraitində laborator analizlərə tələbat dəyişər və bu prosesin marketoloji əhəmiyyətinin qiymətləndirilməsi zəruridir. Bunları nəzərə alaraq xroniki ürək çatışmazlığı nümunəsində klinik laborator müayinə standartlarının tətbiqi ilə bağlı laborator xidmətlərinə tələbatın dəyişməsinin öyrənilməsinə qarşımıza məqsəd qoymuşuq.

Tədqiqatın materialı və metodları. Müşahidə vahidi kimi stansionar şəraitində xroniki ürək çatışmazlığı diaqnozu ilə müalicə olunan pasiyent götürülmüşdür. Müşahidə toplumu 50 pasiyentdən (32 kişi, 18 qadın) ibarət olub uçdantutma metodu ilə formalaşmışdır. Xəstəlik pasiyentlərə təyin edilmiş bütün laborator müayinələr barədə məlumatlar xüsusi qeydiyyat sənədinə köçürülmüş və klinik standartlarla müqayisə edilmişdir. Müqayisənin adekvatlığını təmin etmək məqsədi ilə hər 100 pasiyentə görə təyin edilmiş laborator müayinələrin sayı, orta xətası hesablanmışdır. Müqayisə iki növ standartlarla aparılmışdır. Əsas standart kimi akademik Çazov E. İ. tərəfindən hazırlanmış və Rusiya Federasiyasının Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş “ürək çatışmazlığı olan pasiyentlərin tibbi yardım” standartı istifadə edilmişdir [6].

Köməkçi standart kimi Rusiya Federasiyasının ailə həkimləri Assosiyasının tövsiyələri əsas götürülmüşdür [1].

Xroniki ürək çatışmazlığında təyin olunmuş laborator müayinələrinin faktiki səviyyəsi ilə standartlarda nəzərdə tutulmuş səviyyə arasında fərqin dürüstlüyü xi- kvadratı meyarı ilə qiymətləndirilmişdir [7].

Alınmış nəticələr. Xroniki ürək çatışmazlığı (XÜÇ) olan pasiyentlərin tibbi-demografik səciyyələri 1-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Xəstələrin böyük əksəriyyəti (64±6,8%) kişilərdir. Onların orta yaşı 70,1±0,6 il olmuşdur. Xəstələrin böyük qisminin (56±7,0%) yaşı 65-75 intervalındadır. Pasiyentlərin 26±6,2% I, 52±7,1%-i II və 22±5,9%-i III funksional sinifə aid edilmişdir, onların böyük əksəriyyətində ürəyin işemiya xəstəliyi (76±6,0%), 56±7,0%-də arterial hipertenziya, 8±3,8%-də şəkərli diabet və 24±6,0%-də piylənmə diaqnozları qeydə alınmışdır. Yanaşı xəstəliklərin sayı 70±6,5% pasiyentdə 3 və 24±6,0%-də 2 olmuşdur.

Cədvəl № 1.

Xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrin tibbi-demografik səciyyələri

Göstəricilər	N;%	Göstəricilər	N;%
Kişi	32;64±6,8	Yaş illər ≤65	8;16±5,2
Qadın	18;36±6,8	65-75	28;56±7,0
		≥75	14;28±6,3
Ağırliq		əsas xəstəliklər	
I funksional sinif	13;26±6,2	arterial hipertenziya	20; 56±7,0
II funksional sinif	26;52±7,1	ürəyin işemiya xəstəliyi	38;76±6,0
III funksional sinif	11;22±5,9	şəkərli diabet	4;8±3,8
		piylənmə	12;24±6,0
Maddi vəziyyəti (fərdi rəyinə görə);		Xəstəliklərin müştərəkiliyi: 2	12;24±6,0
Qənaətbəxş	18;36±6,8	3	35;70±6,5
Qeyri qənaətbəxş	32;64±6,8	4 və çox	3; 6±3,3

Həm əsas xəstəlik (XÜÇ), həm də qeyd olunan yanaşı xəstəliklər pasiyentlərin müayinə planına təsir edə bilərlər. Xəstələrə müalicə həkimləri tərəfindən təyin edilmiş laborator müayinələrin çeşidləri və tezliyi 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Cədvəldə təyin olunmuş analizlərin hansı standartla müvafiq olduğu işarələnmişdir (• ▲). Göründüyü kimi təyin olunmuş analizlərin çeşidləri əsasən standartlara uyğundur. Amma onların təyin olunma tezliyi kəskin fərqlənir. Belə ki, bütün standartlarda yüksək sıxlıqlı lipoproteinlərin (HDL), aşağı (LDL) və çox aşağı sıxlıqlı proteinlərin (VLDL), triqliseridlərin və kreatinkinazanın XÜÇ-da xəstələrin qanında təyini zəruri sayılır.

Müşahidə dövründə olan pasiyentlərdə bu analizlər 25%-dən az xəstələrə təyin edilmişdir. Ölkəmizdə standart müayinələrin tətbiqi hüquqləşdirilsə, onda qeyd olunan analizlərin təyini 5 dəfəyə qədər çox olacaqdır.

Akademik E.İ. Çazovun tövsiyə etdiyi bir sıra analizlər (HB_sAg(Hepatit B virus), İgM və G human immunodeficiency HIV1 və 2, İgM və İgG Hepatit C virus, qanda laktatdehidrogenoza, qamma qlutamiltransferaza, beyin natriyuretik peptid və sair) Rusiya ailə Həkimləri Assosiasiyasının klinik tövsiyyələrində özünə yer tapmamışdır. Qeyd olunan analizlərin təyini müşahidəmizdə olan xəstələrdə maksimum 24±6,0% hallarda qeyd olunmuşdur. Bu analizlərin də standartdan 4-5 dəfə az təyin olunduğu aydın görünür. Müqayisə üçün götürdüyümüz hər iki standartla tam uyğun təyin olunmuş analizlərə aid edilə bilər: qanın və sidiyin ümumi analizi, ümumi xolesterin, qan qrupları və Rh faktor, fibrinogen, protrombin vaxtı, qlukoza, bilirubin.

Qanda kreatinin, sidik covhəri, natrium, kalium, α-amilaza, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, tireotrop hormon, tropinin I və T, ferritinin təyini Rusiya ailə Həkimləri Assosiasiyasının tövsiyyələrində olsa da onların zərurliyini akademik E.İ. Çazovun hazırladığı standartda izləmək olmur. Müşahidəmizdə olan pasiyentlərdə bu analizlərin təyini 2-44% hallarda qeydə alınmışdır. Ən az (12%) təyin olunan Ferritin və Tropinin T, nisbətən çox (44%) təyin olunan qanda natrium və kaliumun miqdarının müəyyən olunmasıdır.

Cədvəl № 2.

XÜÇ-də xəstələrə təyin edilmiş laborator müayinələrin sayı

Analizlərin adı	N;%	Analizlərin adı	N;%
Qanın ümumi analizi • ▲	50:100	Protrombin vaxtının təyini •	50;100
Sidiyin ümumi analizi •	50:100	Qamma-qlutamiltransferazanın aktivliyi •	10;20±6,9
Ümumi xolesterin • ▲	50:100	Qanda beyin natriyuretici peptidin təyini •	2;4±2,8
Yüksək sıxlıqlı lipoprotein •▲	11;22±5,9	Kreatinin (Serumda) ▲	14;28±6,3
Aşağı sıxlıqlı lipoprotein • ▲	11;22±5,9	Sidik çövhəri ▲	14;28±6,3
Çox aşağısıxlıqlı lipoprotein•▲	11;22±5,9	Qanda natrium ▲	22;44±7,0
Triqliseridlər • ▲	11;22±5,9	Qanda kalium ▲	22;44±7,0
Qanda kreatinkinaza • ▲	4;8±3,8	Qanda qlukoza ▲	50;100
Əsas qan qrupları (O,A,B,) • ▲	50:100	Qanda filrutin ▲	50;100
Rh faktor •	50:100	Qanda α-amilaza ▲	20;40±6,9
Hb _s Ag Hepatit B virus •	15;30±6,5	Alaninaminotransferaza ▲	20;40±6,9
İgM və İgG human immunodeficiency virus HİV1 •	8;16±5,2	Aspartataminotransferaza ▲	20;40±6,9
İgM və İgG human immunodeficiency virus HİV2 •	8;16±5,2	Qanda albumin ▲	35;70±6,5
Treponema pallidum antiteli •	7;14±4,9	Tireotrop hormon ▲	10;20±5,6
Hepatit C virus antiteli (İgM, İgG) •	8;16±5,2	Tropinin I ▲	4;8±3,8
Qanda laktodehidrogenazanın aktivliyi •	12;24±6,0	Tropinin T ▲	1;2±2,0
Qanda qələvi fosfatazının aktivliyi •	12;24±6,0	Ferritin ▲▲	1;2±2,0
Qanda fibrinogen •	50;100	•-akademik Çazov E.İ. [6] ▲-klinik tövsiyələr [1]	

Beləliklə, ölkəmizdə müalicə həkimləri klinik situasiyanı adekvat qiymətləndirərək standartlara müvafiq çeşiddə laborator analizlər təyin edirlər. Amma təyinatların tezliyi standartlara tam uyğun deyil. XÜÇ-də standart müayinələrin təyini təmin edilsə, laboratoriya xidmətinin iş yükü əhəmiyyətli dərəcədə çoxalacaqdır. Hal-hazırda Bakıda laborator xidmət şəbəkəsi XÜÇ-də zəruri sayılan bütün analizləri təmin etmək imkanına malikdir. Faktiki olaraq xəstələrin 82,0±3,8%-ə standartlara müvafiq olmayan çeşid və tezliklə laborator analizləri təyin edilir. Bu göstərici qadınlar yarım qrupunda (100%) kişi yarımqrupu ilə müqayisədə (72±8%) statistik dürüst çoxdur.

XÜÇ-nin funksional sinifinə görə ayırd olunan yarımqruplarda da standart laborator analizlərin təyini ehtimalı bir-birindən fərqlənmişdir: I, II və III funksional siniflər üzrə xəstələrdə standartdan kənaraçıxma hallarının tezliyi müvafiq olaraq 77% (13 pasiyentin 10-da), 84,6% (26 pasiyentin 22-də) və 82% (11 pasiyentin 9-da). Bu göstəricilərin fərqlinin dürüstlüyü təsdiq olunmur (P>0,05). Hesab etmək olar ki, XÜÇ-nin ağırlıq dərəcəsi həkimlərin laborator analizlərinin təyininə təsir etmir.

Xəstələrin yaşı ilə bağlı ayırd olunmuş qruplarda laborator analizlərin standartla müvafiq təyini bir-birindən fərqlənmişdir: ən yüksək səviyyədə standartdan kənaraçıxma halları 75 və yuxarı yaşlı pasiyentlər qrupunda qeydə alınmışdır (100%). 75 yaşa qədər pasiyentlərin 75,0 ±7,2%-də laborator analizlərin təyinatı standartla uyğun olmamışdır (P<0,05).

Yanaşı xəstəliklərin sayı 2, 3, 4 və çox olan pasiyentlər qrupunda müvafiq olaraq 91,2% (11 xəstə), 80% (28 xəstə) və 66,7% (2 xəstə) hallarda laborator

analizlərin təyində standartlarında kənarçıxma qeydə alınmışdır ($P > 0,05$). XÜÇ şəkərli diabet fonunda 4 xəstədə qeydə alınmış və onların heç birində laborator analizlərin təyinatında standartdan kənara çıxma müşahidə edilməmişdir.

Arterial hipertenziya və ürəyin işemiya xəstəliyi fonunda XÜÇ olan pasiyentlərdə laborator analizlərin təyində standartdan kənara çıxma 71,4% (28 xəstənin 20-də) qeydə alınmışdır. Arterial hipertenziasız digər xəstəliklər fonunda XÜÇ-də standartdan kənarçıxma laborator müayinə halları 95,5% (22 xəstənin 21-də) təşkil etmişdir.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. XÜÇ polietoloji xəstəlik olduğuna görə xəstənin müayinəsi kompleks olmalıdır. Laborator müayinələrin çeşidləri və təyini tezliyi barədə vahid mövqe yoxdur. Hətta Rusiya Federasiyasında Səhiyyə Nazirliyinin (akademik E.İ. Çazovun tərtib etdiyi) və Ailə Həkimləri Assosiasiyasının təsdiq etdiyi standartlar bir-birindən fərqlənir. Bunu obyektiv hesab etmək olar. Aldığımız nəticələrdə diqqəti cəlb edən odur ki, XÜÇ-də faktiki təyin edilmiş laborator analizlərin çeşidləri hər iki standartla uyğundur. Bu onu göstərir ki, həkimlərin XÜÇ-də zəruri olan laborator analizlərin çeşidləri barədə məlumat bazası qənaətbəxşdir. Amma əksər xəstələrə təyin olunmuş laborator müayinələrin faktiki tezliyi çox aşağı səviyyədədir. Belə hal əksər hallarda onunla bağlıdır ki, xəstəxana laboratoriyalarının gücü və imkanları fərqli olduğuna görə həkimlər zəruri saydıqları analizləri təyin edə bilmirlər.

Azərbaycanda tibbi sığortaya keçid ləngidiyinə görə xəstələrin standart müayinə proqramları tam hazır deyildir. Ona görə də xəstəxanalar laboratoriyaların standartlara cavab verməsinə əhəmiyyət vermirlər. Amma tibbi sığortanın yaxın gələcəkdə tətbiqi gözlənilir və bunun üçün ölkədə iqtisadi və siyasi şərait mövcuddur. Belə olan halda ilk növbədə xəstəxana laboratoriyalarının gücləndirilməsi və standartlarda nəzərdə tutulan bütün analizlərin aparılması zəruri olacaqdır. Aldığımız nəticələr göstərir ki, xəstələrin standart müayinə taktikası laborator xidmətlərinə tələbatı dəfələrlə artırır bilər. Beləliklə, tibbi sığorta sisteminin əsas tələblərindən olan müayinə standartlarının tətbiqi klinik laboratoriya xidmətinə tələbatı çoxaldır və bununla bağlı müvafiq normativ baza hazırlanmalıdır.

Nəticələr

1.Xroniki ürək çatışmazlığı diaqnozu ilə stansionar müalicəsi olan xəstələrin laborator müayinə proqramı beynaxalq standartlara tam uyğun deyil.

2.Tibbi sığorta sisteminin əsas şərti olan pasiyentlərin standart müayinə taktikası klinik laborator xidmətinə tələbatı əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

3.Xəstəxana laboratoriyaları xəstəxanaya verilmiş lisenziya çərçivəsində pasiyentlərin standartlara müvafiq analizlərini aparmaq imkanında olmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Клинические рекомендации / Под ред. И. Н. Денисова, Ю. Л. Шевченко. М. ГЭОТАР. Мед. 2004. 1184с.
- 2.Zethelius B., Johnston N., Venge P. Troponin as a predictor of coronary heart disease and mortality in 70 – year-old men: a community-based cohort study. // Circulation.2006.113 (8): 1071-1078.
- 3.Thygesen K., Albert J.S., White H.D. Universal definition of myocardial infarction. // J. Am. Coll. Cardiol. 2007. 50 (22): 2173-2195.
- 4.Safford M.M., Parmar G., Bazasch C.S. et al. Hospital laboratory reporting may be a barrier to detection of “microsize” myocardial infarction in the US: an observational study // BMC Health Services Research.2013. 13: 162

- 5.Тарасенко О.А. Система менеджмента Качества клиничко-диагностической лаборатории службы крови мегаполиса. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М.2010-421.
- 6.Стандарт медицинской помощи больным с сердечной недостаточностью // www.rspor.ru /SAPP_serdechn_nedostat.d
- 7.Стентон Г. Медико-биологическая статистика Москва. Практика. 1999-459с.

РЕЗЮМЕ

МАРКЕТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Наджафов Н.А.

Цель исследования: оценить потенциальную роль использования стандартов клиничко-лабораторных анализов в изменения объема работы клинических лабораторных больниц.

Материалы и методы исследования: Наблюдения проведено на примере стационарного лечения хронической сердечной недостаточности. Путем выкопировки из истории болезней определена частота и перечень лабораторных анализов. Фактические данные сравнены с российскими стандартами лабораторных анализов при хронической сердечной недостаточности.

Результаты. Установлен, что перечень используемых лабораторных анализов соответствует стандартам. Выявлено существенные расхождения частоты фактического назначения лабораторных анализов с таковыми по стандартам.

Заключение: В условиях медицинского страхования применение стандартов лабораторных анализов будет увеличивать потребность в услугах клинических лабораторий. Больничные лаборатории должны гарантировать выполнение анализов, необходимые для лечения больных в соответствии со стандартом.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, маркетинговое значение, клиничко-лабораторный анализ, применения стандартов

SUMMARY

MARKETOLOGIC VALUE OF STANDARDS APPLICATION OF CLINIC-LABORATORY ANALYSES AT CHRONIC HEART FAILURE

Nadzhafov N. A.

Research objective: to estimate potential role of use of standards of Clinic-laboratory analyses in change of volume of work of clinical laboratory hospitals.

Materials and research methods: Observations are made on the example of hospitalization of chronic heart failure. The way of copying from history of diseases determined the frequency and the list of laboratory analyses. Actual data are compared to the Russian standards of laboratory analyses at chronic heart failure.

Results: It is established that the list of used laboratory analyses conforms to standards. Essential divergences of frequency of the actual purpose of laboratory analyses with those according to standards are revealed.

Conclusion: In the conditions of medical insurance application of standards of laboratory analyses will increase need for services of clinical laboratories. Hospital laboratories have to guarantee implementation of the analyses, necessary for treatment of patients according to the standard.

Keywords: *heart failure, marketologic value, clinic-laboratory analysis, applications of standards*

Daxil olub: 13.10.2014.

BÖYÜK HƏCMLİ ABDOMİNAL ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA FOTHEMOTERAPİYA METODLARININ QANIN LAXTALANMA VƏ FİBRİNOLİTİK SİSTEMLƏRİNƏ TƏSİRİ

Əhmədov Ə. M., Xıdırova N. M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrası

Qarın boşluğu üzvlərində travmatik cərrahi əməliyyatlar aparılmış xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə tromboqen ağırlaşmalar təhlükəsi cərrahiyyənin aktual problemi kimi qalmaqda davam edir (2, 12, 11). Bu səbəbdən yeni müasir profilaktika metodlarının axtarışı zərurəti yaranır (6, 9, 10). Tədqiqatlar hemostaz sisteminə həm medikamentoz, həm də qeyri medikamentoz yolla təsir etmək istiqamətində aparılır (1, 3, 4, 8).

Tədqiqatın məqsədi: Qanın ultrabənövşəyi (UBŞ) və damardaxili lazer şüalandırılmasının (QDLŞ) koaquloqrammanın elektrokoaquloqrafik və biokimyəvi göstəriciləri əsasında laxtalanma və fibrinolitik sistemə təsirinin öyrənilməsi.

Tədqiqatın materialı və metodları: Tədqiqat işi 2010 – 2014-cü illərdə 1 saylı şəhər xəstəxanasında qarın boşluğunda böyük həcmli cərrahi müdaxilə aparılmış 64 xəstənin müayinə və müalicəsinin nəticələri əsasında öyrənilmişdir. Bunlardan 29 nəfəri qadın, 35 nəfəri kişidir. Yaş həddi 20-69 arasında olmuşdur. Xəstələrin hamısında əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə normal və ya zəifləmiş fibrinoliz fonunda hiperkoaqulyasiya qeyd olunmuşdur. Xəstələrin ağırlıq dərəcəsi APACHE III şkalası üzrə 65-75 balla qiymətləndirilmişdir. Hemostaz sistemə nəzarət üçün elektrokoaquloqrafiya metodu istifadə olunmuşdur. Bunun üçün “Elektrokoaquloqraf H-334” aparatı, həmçinin biokimyəvi koaquloqrammadan istifadə edilmişdir. Tədqiqat materialı kimi periferik venadan götürülmüş venoz qandan istifadə olunmuşdur.

Nəzarət qrupunu 22 xəstə təşkil etmişdir. Bu qrupda tromboqen fəsadların profilaktikası üçün ənənəvi medikamentoz terapiyadan istifadə edilmişdir: gündəlik d/a 12.000 vahid heparin, v/d damcı üsulu ilə reopoliqlukin və 3 dəfə trental yeridilmişdir.

42 xəstədən ibarət əsas qrupda tromboqen fəsadların profilaktikası üçün ənənəvi medikamentoz müalicə ilə yanaşı fotohemoterapiya aparılmışdır. Öz növbəsində əsas qrup 2 yarım qrupa bölünmüşdür: I- 20 xəstədə UBŞ ilə qanın reinfuziyası aparılıb. II- 22 xəstədə QDLŞ tətbiq edilib. Hemostazın vəziyyətini qiymətləndirmək üçün xəstələrdə aşağıdakı göstəricilər öyrənilib: trombositlərin

sayı, fibrinogen, rekalsifikasiya vaxtı, hissəvi tromboplastin vaxtı, protrombin indeksi, laxtalanma müddəti, koaqulyasiya dərəcəsi, fibrinolitik potensial, hemostatik potensial, fibrinogen/fibrin deqradasiya məhsulları.

Cədvəl № 1.*Nəzarət qrupunda hemostaz göstəricilərinin dinamikası*

Göstəricilər	I gün	II gün	III gün	IV gün	VI gün	VIII gün
Rekalsifikasiya vaxtı (san.)	46,1±0,8	44±0,5**	44,5±0,6**	46,4±0,8	49,1±0,8	48,8±1,2
Protrombin indeksi (%)	91,2±1,2	89,9±1,3	89,7±1,3	90,4±1,2	92,2±0,9	93,6±0,9
Fibrinogen (q/l)	5,1±0,2	6,2±0,3	6,4±0,3	6,8±0,3	6,6±0,2	5,8±0,2
Laxtalanma müddəti (dəq)	5,8±0,3	6,0±0,2	6,2±0,3	8,5±0,6	6,3±0,3	6,1±0,2
Koaqulyasiya dərəcəsi (%)	94,7±0,8	96,1±0,6	96,4±0,5	95,8±0,5	96,4±0,5	97±0,5**
Koaqulyasiya aktivliyi (ş.v.)	20,5±0,7	18,7±0,7	20,8±0,7	22,5±0,6**	23,4±0,9**	21,6±0,8
Fibrinoliz dərəcəsi (%)	18,9±1,0	19,1±1,3	18,6±1,0	19,8±1,2	18,9±0,8	18,8±0,7
Fibrinolitik potensial (ş.v.)	2,3±0,2	2,0±0,2	1,8±0,2	1,8±0,1	1,8±0,07	1,8±0,09
Hemostatik potensial (ş.v.)	2,2±0,2	2,4±0,1	2,7±0,1	2,6±0,2	2,3±0,1	2,0±0,1
Trombositlər (min)	211±28	185±22	157±13**	164±16**	235±21	217±23**

** - $p < 0,05$ (birinci günlə müqayisədə)

UBŞ kursu əməliyyatdan 14-18 saat sonra 24 saatlıq intervalla 3-5 seans aparılmışdır. Qanın şüalandırılması 1,5-2,0 ml/kq hesabı ilə aparılmışdır (5). Bütün xəstələrdə leykopeniya, limfositopeniya, hemostaz sistemində pozğunluqlar (normal və ya zəifləmiş fibrinolizlə müşahidə olunan hiperkoaqulyasiya) qeyd olunmuşdur.

Fotodermatozlar, makrohematuriya, aktivləşmiş fibrinoliz, qabarıq təzahür edən leykositoz bu metod üçün əks göstəriş sayılmışdır.

QDLŞ kursu da operasiyadan 14-18 saat sonra 24 saatlıq intervalla 4-7 seans aparılmışdır. Şüalanmanın gücü 1 mVt, ekspozisiya müddəti 30 dəq. olmuşdur. Təcrübəmizdə QDLŞ üçün istifadə edilən parametrlər ədəbiyyatda tövsiyə edilən parametrlərlə üst-üstə düşür - yəni 1mC/ml (1,7,8). Tətbiq olunan xəstələrdə fibrinolizin ləngiməsi, qanda trombositlərin sayının artması, yüksək fibrinogen QDLŞ üçün göstəriş sayılmışdır.

Daxili qanaxma, aktivləşmiş fibrinoliz, II^a dərəcəli qan dövranı çatışmazlığı QDLŞ aparılmaması üçün əsas sayılmışdır.

Tədqiqat işində alınan nəticələrin statistik araşdırılması müasir tövsiyyələr nəzərə alınmaqla qeyri parametrik üsullarla aparılmışdır.

Nəzarət qrupunda əməliyyatdan 2-3 gün sonra rekalsifikasiya vaxtının etibarlı azalması, 4-6 gün sonra isə qanın koaqulyasiya aktivliyinin artması qeyd olunmuşdur. Periferik qanda trombositlərin sayı III günə qədər azalmış, IV gündən artmağa başlamışdır. VIIIgün trombositlərin sayı əvvəlki səviyyəyə çatmışdır. Protrombin indeksi, laxtalanma müddəti, fibrinoliz dərəcəsi, fibrinolitik potensial, hemostatik potensialın göstəricilərində etibarlı dinamika qeyd olunmamışdır (cədvəl 1).

I əsas yarım qrupda 3-4 seansdan sonra rekalsifikasiya vaxtı etibarlı dərəcədə artaraq normal göstəricilərə çatmışdır. Qanın laxtalanma müddəti 64% artmış, koagulyasiya aktivliyi 32% azalmışdır. Trombositlərin sayının ilkin göstəricilərə nisbətən 24% azalması qeyd olunmuşdur. Protrombin indeksi, fibrinogenin konsentrasiyası, fibrinolitik aktivlik göstəricilərində etibarlı dinamik dəyişiklik nəzərə çarpmamışdır. Bu da laxtalanmanın postkoagulyasiya fazasına UBŞ-nın təsir etməməsini söyləməyə əsas verir (cədvəl 2).

Cədvəl № 2.

UBŞ seansı aparılmış xəstələrdə hemostaz göstəricilərinin dinamikası

Göstəricilər	İlkin göstəricilər	I seansdan sonra	II seansdan sonra	III seansdan sonra	IV seansdan sonra	V seansdan sonra
Rekalsifikasiya vaxtı (san.)	43,2±2,4	48,7±1,8	47,0±2,2	55,6±2,4	53,4±1,7 **	54,5±1,4
Laxtalanma müddəti (dəq)	4,7±0,3	7,4±0,2	6,6±0,3 **	7,3±0,1*	7,0±0,2*	7,7±0,2*
Koaqulyasiya aktivliyi (ş.v.)	21,6±0,6	19,2±0,7	16,5±0,5 **	17,1±0,3*	14,7±0,4*	13,4±0,4*
Trombositlər (min)	248±23	208±18	191±16	172±13	181±15 **	188±12 **

* - $p < 0,02$, ** - $p < 0,05$ (ilkin göstəricilərlə müqayisədə)

II əsas yarım qrupa daxil olan xəstələrdə fotohemoterapiya kursundan sonra aşağıdakı göstəricilər ilkin göstəricilərlə müqayisədə etibarlı dərəcədə dəyişmişdir:

fibrinoliz dərəcəsi 1,4 dəfə yüksəlmiş, qanın fibrinolitik potensialı 43% artmış, hemostatik potensial 58% azalmış, fibrinogenin konsentrasiyası 33%, trombositlərin sayı 46% aşağı düşmüşdür. Bu xəstələrdə fibrinolitik aktivliyin stimulyasiyasına cavab olaraq qanda fibrinogen/fibrin deqradasiya məhsullarının mülayim artması qeyd olunmuşdur (cədvəl 3). Rekalsifikasiya vaxtı, laxtalanma müddəti, koagulyasiya dərəcəsi, koagulyasiya aktivliyi və protrombin indeksi göstəricilərində etibarlı dəyişikliyin olmaması QDLŞ-nın laxtalanma prosesinə təsir etməməsi ilə izah olunur.

Cədvəl № 3.

QDLŞ seansı aparılmış xəstələrdə hemostaz göstəricilərinin dinamikası

Göstəricilər	İlkin göstəricilər	I seansdan sonra	II seansdan sonra	III seansdan sonra	IV seansdan sonra	V seansdan sonra	VI seansdan sonra	VII seansdan sonra
Fibrinoliz dərəcəsi (%)	12,6±0,3	13,3±0,3	14,9±0,2**	14,4±0,2*	14,8±0,2*	16,2±0,3*	15,6±0,2*	16,1±0,1*
Fibrinolitik potensial (ş.v.)	1,4±0,02	0,8±0,03	1,1±0,04**	1,7±0,02*	1,6±0,03*	1,9±0,04*	1,9±0,04*	2,0±0,05*
Hemostatik potensial (ş.v.)	5,6±0,15	4,0±0,13	4,5±0,12	3,8±0,1**	2,7±0,09*	2,9±0,05*	2,4±0,6*	2,3±0,08*
Fibrinogen (q/l)	7,2±0,3	8,5±0,2	7,8±0,4	7,3±0,4	7,6±0,5**	6,9±0,3**	5,5±0,4**	4,8±0,3**
Trombositlər (min)	229±22	238±26	207±22**	179±17**	151±14**	127±10*	133±10*	124±12**

* - $p < 0,02$, ** - $p < 0,05$ (ilkin göstəricilərlə müqayisədə)

Beləliklə, aparılan tədqiqat işindən aşağıdakı nəticəyə gəlmək olar:

- UBŞ qanın laxtalanmasının birinci 2 fazasını (protrombin əmələgəlmə, trombin əmələgəlmə) ləngidir. Postkoagulyasiya fazasına təsir etmir.
- QDLŞ qanın laxtalanmasının yalnız postkoagulyasiya fazasını aktivləşdirir.
- Fotohomoterapiya metodu trombositopoezi ləngidir.
- Qarın boşluğu üzvlərində travmatik cərrahi əməliyyatlar aparılmış xəstələrdə planlaşdırılan fotohomoterapiyadan əvvəl hemostaz sisteminin tam yoxlanılması zəruridir və dinamik nəzarətdə saxlanılmalıdır.

ƏDƏBİYYA - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Əhmədov Ə. M. Kəskin bağırsağ keçməzliyinin cərrahi müdaxilədən sonrakı intensiv müalicəsində qanın damardaxili lazer şüalandırılması və plazmaferezin klinik effektivliyi. Dis. ...tibb elmləri namizədi. Bakı 2001. 149s.
- 2.Rüstəmov R. Ş. Qanaxmalar və trombozlar. Bakı 2007. 358s.
- 3.Андожская Ю. С. Коррекция микроциркуляции у больных с атеросклеротическим поражением различных бассейнов с помощью эфферентных методов лечения. //Вестник хирургии №6, -2007. Ст.31.
- 4.Баркаган З. С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии М. Ньюдиамед. -2000. 148с.
- 5.Гусейнов Б. А., Ахмедов М. Б. Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови в практической медицине. Табиб. Баку .2000. 204с.
- 6.Зубаиров Д. М. Молекулярные основы свертывания крови и тромбообразования. Казань, изд-во ФЭК, 2000. – 367с.
- 7.Москвин С. В. Азизов Г. А. Внутривенное лазерное облучение крови. -М.; НИЦ «Матрикс». 2004. 31ст.
8. Суджаева С. Г., Островски Ю. П. Диагностика и лечение острой тромбоэмболии легочной артерии. Минск. 2010. 67с.
- 9.Rodger M., Wells P.S. Diagnosis of Pulmonary Embolism // Thromb. Res. – 2001. – Vol. 103.– P.225–238.
- 10.Khan M.G., Palmer L.B. Pulmonary embolism. In: Pulmonary disease diagnosis and therapy. A practical approach. Eds. M.G. Khan, J.P. Lynch. – Baltimore: Williams and Wilkins. – 1997. – P. 585-601.
- 11.Nicolaidis A., Breddin H., Fareed J. Prevention of venous thromboembolism: international Consensus Statement Guidelines compiled in accordance with the scientific evidence // Int. Angiol. – 2001. – Vol. 20. – P. 1-37.
- 12.Pulmonary embolism – new paradigms in diagnosis and therapy // Chest. – 2001. – Vol. 120. – P. 1556-1561.

SUMMARY

THE EFFECT OF PHOTOHEMOTHERAPY METHODS TO THE BLOOD COAGULATION AND FIBRINOLYTIC SYSTEM AFTER A LARGE SCALE ABDOMINAL SURGERY

Ahmadov A.M., Chidirova N. M.
Department of Surgical Diseases 1 of AMU

In all patients of investigated was noted in the background of normal or weakened fibrinolysis hypercoagulation after surgery. For prophylaxis of thrombogenic complications have been applied medicamentous treatment in addition to photohemotherapy methods. Ultraviolet radiation of blood have reduced the formation of prothrombin and thrombin. Intravascular laser radiation of blood have activated post-coagulation phase but have weakened thrombocytopoiesis.

Key words: thrombogen complications, ultraviolet radiation of blood, intravascular laser radiation of blood.

Daxil olub: 3.04.2015.

ПИТАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕНЗОЛЬНЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ

Оруджов Р.А.

***Кафедра Гигиены детей подростков и Гигиены труда АМУ,
Баку.***

Бензол как растворитель и сырьевой продукт широко применяется в составе лакокрасочных покрытий, в химической, полиграфической, фармацевтической, резиновой и других видах промышленности. Бензол относится к ядам кроветворения, но влияние его на организм весьма сложно. Он поражает нервную и кроветворную системы, свертывающую систему крови, стенки сосудов, нарушает баланс ряда витаминов – В₁₂, В₆, С. Бензол в виде паров попадает в организм через легкие, но он также легко всасывается через кожу. Поступившие в организм яды подвергаются разнообразным превращениям. Почти все органические вещества подвергаются превращениям путем различных химических реакций: окисления, восстановления, гидролиза, дезаминирования, метилирования, ацетилирования, образования парных соединений с некоторыми кислотами (глюкуроновой, серной, аминокислотами, метильные группы). В результате образуются вещества, выделяющиеся с мочой, желчью или выдыхаемым воздухом. Не подвергаются превращениям лишь химически инертные вещества, как например, бензин, выделяющийся из организма в неизменном виде.

Бензол окисляется до фенолов, диоксибензола, пирокатехина, гидрохинона и даже до муконовой кислоты. В настоящее время признано, что токсическое действие бензола на кроветворные органы, в частности лейкопоз, связано с продуктами его превращения – феноловыми метаболитами (фенол и др.). Поэтому меры профилактики могут осуществляться путем предотвращения процессов окисления бензола, что достигается применением серусодержащих аминокислот - цистеина, цистина, метионина, содержащихся в пищевых продуктах (творог, овсяная мука, рисовые отруби и др.), а также витаминов Е и С. Таким образом, знание процессов превращения ядов в организме позволяет влиять на эти процессы с целью ускорения их обезвреживания. Нужно полагать, что обезвреживание ядов может происходить в разных органах, но основную роль в этом процессе играет печень. Существенное значение в обезвреживании ядов имеет нервная регуляция.

При химических превращениях бензола в организме происходит многоступенчатая реакция и различные синтетические процессы (образование парных соединений с серной и глюкуроновой кислотами и аминокислотами) в результате организм расходует ряд метаболитов

(глюкуроновую, серную кислоты, цистеин, цистин, метионин и витаминов Е и С) и возникает дефицит указанных веществ.

Основным в профилактике неблагоприятного действия профессиональных вредностей на организм рабочих является оздоровление условий труда, техническое и санитарно-гигиеническое благоустройство предприятий, а также строгое соблюдение правил техники безопасности. В общем комплексе мероприятий по предупреждению отрицательного воздействия на организм рабочих факторов производственной среды большое значение имеют мероприятия, направленные на повышение устойчивости организма к воздействию физических и химических производственных факторов. Среди этих мероприятий одно из ведущих мест принадлежит лечебно-профилактическому питанию. Главное назначение лечебно-профилактического питания – повысить защитные силы и реактивность организма, предупредить профессиональные заболевания, но и обеспечить высокий уровень работоспособности.

Питание – одна из основных жизненных потребностей всякого живого организма. Велико значение питания и для человека. От характера питания зависит жизнедеятельность, работоспособность человеческого организма и даже длительность его жизни. Только при рациональном питании возможно полное развитие всех функциональных способностей организма и наиболее высокая производительность труда. При организации питания рабочих промышленных предприятий исходит из требований рационального питания, обеспечивающего нормальную жизнедеятельность организма, здоровье, высокий уровень работоспособности и сопротивляемости организма к различным неблагоприятным факторам окружающей среды. Рациональное питание называют и профилактическим в том понимании, что оно повышает устойчивость организма к заболеваниям вообще. Основные правила рационального питания – полноценность, разнообразие и умеренность. Биологическая ценность пищи определяется содержанием в ней всех необходимых организму веществ в определенных количественных соотношениях. Питание, в котором обеспечены оптимальные соотношения пищевых веществ, называется сбалансированным. При организации питания необходимо исходить из следующих принципов. Энергетическая ценность пищевого рациона должна соответствовать энергетическим затратам организма. Промышленные яды могут нарушать окислительно-восстановительные процессы и обмен веществ, что приводит к ослаблению функциональной способности организма. Поэтому важно обеспечить витаминную полноценность питания промышленных рабочих. Рибофлавин, аскорбиновая, никотиновая, пангамовая кислоты и витамин Р входят в состав ферментов, участвующих в окислительных процессах, и, следовательно, могут давать определенный защитный эффект при воздействии экзогенных химических факторов.

Для предупреждения неблагоприятного воздействия гепатотропных ядов на организм в пище должно быть достаточное количество пиридоксина, цианкобаламина, пантотеновой кислоты, холина, инозита, обладающих липотропным действием. Систематическое применение в комплексе тиамина, рибофлавина, никотиновой и аскорбиновой кислот не только смягчает действие химических веществ, но и приводит к повышению

работоспособности. Принципы построения лечебно – профилактического питания сводятся к следующему: повышение общей устойчивости организма с помощью пищевого фактора; использование антидотных свойств отдельных компонентов пищи; ускорение или замедление метаболизма ядов в зависимости от токсичности исходных веществ или продуктов их биотрансформации в организме; влияние пищевого фактора на ускорение выведения ядовитых веществ из организма; замедление с помощью пищи процессов всасывания ядовитых веществ в пищевом канале; компенсация повышенных затрат пищевых и биологически активных веществ, связанных с влиянием ядов; воздействие с помощью пищевых веществ на состояние наиболее поражаемых органов. Известно, что фон питания имеет большое значение для развития интоксикации; при нарушении характера питания может в значительной степени повыситься или понизиться чувствительность организма к введенному химическому веществу. Кроме того, алиментарный фактор оказывает влияние на метаболизм токсических веществ и их распад в организме. Имеются сведения детоксирующие свойства аскорбиновой кислоты, тиамин, пиридоксин и других витаминов при действии ароматических углеводов и ацетона. Выявлено благоприятное действие аскорбиновой кислоты при влиянии на организм ароматических углеводов – бензола, толуола, уайтспирита и ацетона. Дополнительная С витаминизация рациона рабочих контактирующих в производственных условиях с этими вредностями, снижала заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Рабочим и служащим, занятым на производстве бензола и его гомологов, назначается лечебно – профилактический рацион № 4, аскорбиновая кислота и тиамин (витамин В₁). Основная цель этого рациона – повышение функциональных возможностей печени и кроветворной системы. Молоко и молочные продукты, растительные масла включены в рацион как источник липотропных факторов, влияющих благотворно на функции печени. Вместе с тем следует ограничивать употребление жирных блюд, рыбных, мясных, грибных супов, а также соусов и подливок. Необходимо до минимума свести употребление сельди, копченостей и солений. Выдача молока или других равноценных пищевых продуктов рабочим и служащим, занятым на работах с вредными условиями труда, предусмотрена в статье 215 Законов о труде Азербайджанской Республики (Баку, 1999, стр.121). Молоко выдается рабочим и служащим в дни фактического выполнения ими работ на производствах с вредными условиями труда, если они по нарядам или графикам выходов были заняты на этих работах не менее половины рабочего дня или смены. За рабочую смену независимо от ее продолжительности выдается 0,5 л молока. Рабочим и служащим предприятий, учреждений и организаций, переведенных на 5-дневную рабочую неделю, сохраняется недельная норма выдачи молока, рассчитанная на 6 рабочих дней. Натуральное молоко в исключительных случаях по согласованию с медико-санитарной частью предприятия или с местной ЦГЭ может быть заменено равным количеством кефира, простокваши, ацидофильного молока или мацони. Обеспечение молоком рабочих и служащих должно проводиться в течение рабочей смены. Работникам различных подрядных организаций, вспомогательных и подсобных цехов за время их работы на производствах, участках и в цехах, где для всех

основных работников, а также для ремонтного и дежурного персонала этих подразделений предусмотрена выдача молока в соответствии с правилами выдачи этого продукта. Выдача молока работникам других организаций производится за счет организаций, в штатах которых они состоят. Молоко не выдается рабочим и служащим в дни их отсутствия на предприятии независимо от причин, а также в дни работы на других участках, где выдача молока не предусмотрена. Молоко не выдается рабочим и служащим, получающим рационы лечебно – профилактического питания в связи с особо вредными условиями труда. Не разрешается выдача молока за прошедшие смены, за одну или несколько смен вперед, на дом, а также выдачи денег вместо молока. Ответственность за своевременное обеспечение рабочих и служащих молоком возлагается на руководителей промышленных предприятий, учреждений и организаций. Благоприятное действие молока объясняется прежде всего наличием в нем полноценного животного белка, серусодержащих аминокислот, молочнокислого кальция, витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Под действием витаминов наблюдается значительная стимуляция защитных механизмов организма к действию неблагоприятных химических факторов производственной среды. Известны детоксирующие свойства аскорбиновой кислоты при действии бензола, толуола, ксилола. Витамин С снижает уровень холестерина в крови и является в этом смысле антисклеротическим средством. Кроме того, он действует на внутреннее дыхание т. е. способствует потреблению кислорода клетками организма, участвует в белковом и углеводном обмене. Готовый препарат витамин С содержит минимальную суточную норму человека – 50 мг. Следует считать, что рабочим подвергающимся влиянию производственных ядов, нужно предоставить полноценное в количественном и качественном отношении смешанное питание, состоящее из всех необходимых пищевых веществ (белки, углеводы, жиры), минеральных солей и витаминов. Необходимо отметить, что лечебно-профилактическое питание не противопоставляется техническим и санитарно-гигиеническим мероприятиям, играющим решающую роль в охране здоровья рабочих на производстве.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATUPA – REFERENCES:

1. Azərbaycan Respublikasının Əmək Məcəlləsi. Bakı, 1999, s.121.
2. Qasimov M. S., Vəkilov V.N., Musayev R.H., Rəsulov R.Y. Sağlam həyat ugrundə. Bakı, Qismət, 2012, 423s.

X Ü L A S Ə

BENZOL İNTOKSİKASİYASININ MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASINDA QİDALANMA VƏ ONUN ROLU

Orucov R.A.

ATU-nun Uşaq yeniyetmələr gigiyenası və Əmək gigiyenası kafedrası, Bakı.

Peşə zərərlərinin işçi orqanizminə göstərdiyi əlverişsiz təsirin profilaktikasında əsas yeri əmək şəraitinin sağlamlaşdırılması, müəssisənin texniki və sanitar- gigiyenik abadlığı, həmçinin texniki təhlükəsizlik qaydalarına ciddi əməl edilməsi tutur.

İstehsalat mühitinin sağlamlaşdırılması ilə yanaşı fiziki və kimyəvi istehsalat amilləri təsirinə qarşı orqanizmin müqavimətinin artırılmasına yönəldilmiş tədbirlərin böyük əhəmiyyəti vardır. Bu tədbirlər içərisində aparıcı yerlərdən biri müalicə - profilaktik qidalanmaya məxsusdur.

Məqalədə işçilərin əlverişsiz istehsalat mühiti təsirinə (benzol) məruz qaldığı zaman müalicə - profilaktik qidalanma məsələsi işıqlandırılır. Bu növ qidalanmanın təşkilinə diqqət yönəldilir.

SUMMARY

NUTRITION AND ITS ROLE IN PREVENTION AND TREATMENT OF BENZENE INTOXICATIONS

Orujov R.A.

The Chair of Children and Teenager Hygiene and Labour Hygiene of Azerbaijani Medical University , Baku.

The main measures in the prevention of unfavourable effect of occupational hazards on workers organism are sanitation of labour conditions, technical and sanitary – hygienic welfare of enterprises as well as strict observance of safety precautions. In addition to the sanitation of production environment, of great importance are the steps aimed at increasing the resistance of human organism to the action of physical and chemical production factors. Among these steps one of leading places is held by therapeutic preventive nutrition the purpose of which is to enhance defensive forces and the reactivity of organism and to exclude occupational diseases.

The paper covers the issues of organizing therapeutic preventive nutrition at industrial enterprises where the workers are subjected to the effect of detrimental factors caused by production environment (benzene). Attention is given to the organization of nutrition of this kind at benzene intoxications.

Daxil olub: 7.05.2015.

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Насирова Х.Б., Алиева Э.Р.

*Азербайджанский Медицинский университет
Кафедра Терапевтической и Ортопедической
стоматологии.*

Несвоевременное и некачественное лечение кариозных поражений зубов приводит к распространению процесса и развитию воспаления пульпы зуба и периодонта. На результаты лечения кариеса, пульпита и периодонтита, и возникающих при этом различного рода осложнений в влияют совокупность экзо- и эндогенных факторов риска, среди которых особо хотелось бы отметить ошибки при препарировании твердых тканей зубов, неадекватный выбор средств для антисептической обработки каналов и реставрации утраченных

твердых тканей зубов, и в конечном счете профессиональное мастерство врача (2,3,5).

Среди немаловажных патогенетических факторов, вызывающих патологию периодонта, важное место отводится микрофлоре полости рта, разрушение и недостаточно эффективное удаление микробной экосистемы, а также предотвращение повторного инфицирования, неадекватный выбор методов и средств для пломбирования корневых каналов и т.д. Несмотря на значительное развитие современной стоматологии в этой области и продолжающегося усовершенствования необходимого инструментария, материалов и методик, на сегодняшний день невозможно добиться полной и эффективной дезинфекции корневых каналов, что является одной из главных целей консервативного эндодонтического лечения (1,4). Наличие вышеуказанной проблемы по росту частоты встречаемости неудовлетворительных результатов лечения различных форм апикального периодонтита, которые согласно результатам исследований некоторых ученых выявлялись в нередких случаях, предопределяет необходимость комплексного подхода к лечению вышеуказанных патологий

Цель исследования: Оценить частоту и клинические особенности осложнений, развивающихся в отдаленные сроки после завершения лечения среднего кариеса, пульпита и периодонтита.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели и задач исследования была разработана программа исследования для пациентов Стоматологической Поликлиники АМУ, что позволило установить объем, качество лечения и особенности обращаемости населения за стоматологической помощью, приоритетность обращений и результаты лечения по поводу каждого из изучаемых в данной работе видов патологии твердых и мягких тканей зубов. По информации специальных амбулаторных карт обследования стоматологических больных, содержащих информацию о первичном диагнозе, сведения о зубах, леченных по поводу некоторых заболеваний при первичном обращении, был проведен мониторинг профессионального уровня оказываемой помощи и результатов лечения кариеса, пульпита, периодонтита.

В исследование репрезентативно были включены материалы по оказанию стоматологической помощи 870 пациентам, получившим стоматологическую помощь. Статистический анализ полученной информации и данных проводился путем непосредственного инструментального клинического обследования полости рта в целом и каждого зуба в отдельности.

Таким образом, были изучены и проанализированы амбулаторные карты обследования стоматологических больных, из которых экспертному анализу на качество отдаленных результатов лечебно-профилактических мероприятий было подвергнуто 439 карт, в которых были выявлены различного рода осложнения после проведенного ранее лечения.

Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины – M , их средней стандартной ошибки – m , критерия значимости Стьюдента – t). При обработке данных использовали пакет программного обеспечения Microsoft Excel 2007. С учетом количества выборки определяли вероятность различия P . Статистически достоверным считали значение $P < 0,05$.

Результаты исследований работы того или иного стоматологического учреждения и конкретных врачей определяется, прежде всего, умением лечить основные стоматологические заболевания и, прежде всего, кариес зубов. Особенно это важно, когда сопоставляются результаты деятельности нескольких стоматологических учреждений.

Эффективность лечения заболеваний зубов и околозубных тканей определялась по изучению данных о частоте нозологических форм исследуемых стоматологических патологий, которые были получены методом мониторинга в Стоматологической Клинике Азербайджанского Медицинского Университета. Всего был проведен анализ состояния зубочелюстной системы 870 пациентов, из них 439 с соматической патологией и 431 практически здоровых лиц (табл. 1).

Таблица № 1

Возрастно-половая характеристика пациентов - %

Среди больных, обратившихся в стоматологическую клинику и получивших необходимую по показаниям стоматологическую помощь, лица женского пола составили – 518 (59,5%), а мужского 352 (40,5%).

Возраст	Частота %					
	Мужской		Женский		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15-25	108	40,6	158	59,4	266	30,6
26-35	95	39,6	145	60,4	240	27,6
36-49	91	42,7	122	57,3	213	24,5
50 и старше	58	38,4	93	61,6	151	17,4
Всего	352	40,5	518	59,5	870	100,0

Согласно полученным данным, наиболее часто за стоматологической помощью в клинику обращались лица женского пола в возрасте от 15 до 25 лет. При этом можно отметить, что обращаемость женщин была выше, чем у мужчин во всех возрастно-половых группах обследуемых пациентов. Минимальный же уровень обращаемости за специализированной стоматологической помощью приходился на самую старшую возрастную группу представителей мужского пола – 38,4%. Каждая группа зубов выполняет определенные функции, и жевательная нагрузка на них распределяется неравномерно. В связи с этим интерес представляют данные о количестве осложнений, приходящихся на отдельно взятый зуб (табл. 2).

Как было установлено в ходе проведения клинико-эпидемиологических исследований, основными причинами, по которым население обращалось в клинику за стоматологической помощью, чаще всего были периодонтиты 208 (23,9%) и дефекты реставраций 264 (30,3%), а также но в сравнительно меньшей степени и различные формы пульпитов 153 (17,6%). Что касается частоты обращений по отдельно взятым группам обследуемых больных, куда входили практически здоровые лица и больные с общесоматической патологией, то здесь наблюдается некоторая достоверная разница в полученных данных.

Таблица № 2

Структура стоматологической заболеваемости (абс. и в %)

Заболевания	С сомат. патол.		Без сомат. патол.		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Средний кариес	50	11,4 ± 1,52	38	8,8 ± 1,37	88	10,1 ± 1,02
Глубокий кариес	25	5,7 ± 1,11	60	13,9 ± 1,67	85	9,8 ± 1,01
Пульпит	94	21,4 ± 1,96	59	13,7 ± 1,66	153	17,6 ± 1,29
Периодонтит	120	27,3 ± 2,13	88	20,4 ± 1,94	208	23,9 ± 1,45
Вторичный кариес	40	9,1 ± 1,37	32	7,4 ± 1,26	72	8,3 ± 0,93
Дефект пломб	110	25,1 ± 2,07	154	35,7 ± 2,31	264	30,3 ± 1,56
Итого	439	50,5 ± 1,70	431	49,5 ± 1,70	870	100,0

Так у большинства пациентов, страдающих различными заболеваниями органов и систем организма, обратившихся в стоматологическую клинику АМУ, основной причиной визита к стоматологу послужили пульпит, периодонтит и дефект пломб, в то время как у практически здоровой группы больных по числу диагностированных тех же оральных

патологий определялись большие по значениям величины.

Что касается среднего кариеса, то наиболее часто данному заболеванию твердых тканей зубов подвержены лица с соматической патологией - 50 (11,4%) больных.

Необходимо отметить тот факт, что частота развития кариозного процесса, пульпита и периодонтита и их возможных осложнений зависят от множества определенных факторов: недостаточное соблюдение правил асептики, антисептики, гигиены полости рта, повышенная вязкость слюны и нарушение слюноотделения, деформации зубочелюстной системы, неправильный или неадекватный выбор антисептического и пломбирочного материала и т.д. При этом очень важно учитывать возрастно-половые, социально-экономические факторы, а также наличие или отсутствие общесоматической патологии.

Учитывая влияние возраста, пола и соматической патологии на состояние органов и тканей полости рта, в том числе и на развитие осложнений после завершения лечебных процедур, нами прослежена динамика частоты возникновения и развития осложнений в зависимости от возрастно-половой конституции и наличия организменных патологий. Чтобы выявить характер выявленных осложнений мы изучали средние сроки их появления после лечения среднего кариеса, пульпита и периодонтита.

При изучении качества и эффективности оказания стоматологической помощи является и оценке результатов эстетического и эндодонтического лечения зубов в сравнительно отдаленные сроки было установлено, что частота осложнений после лечения среднего кариеса в форме периодонтита чаще всего выявлялась в самой младшей возрастной группе - 14,1%, тогда как аналогичного рода осложнения в возрастной группе 50-59 лет мы наблюдали лишь 6,8% случаев.

Наименьшая средняя частота из всех выявленных осложнений в отдаленные сроки после завершения лечебных процедур приходилось на глубокий кариес в возрастной группе старше 50 лет - 5,0% (табл. 3). Наименьшие показатели по частоте выявления осложнения в виде глубокого

кариеса наблюдались в группе больных, возраст которых составил в среднем 50-59 лет.

Таблица № 3

Структура осложнений после лечения среднего кариеса по возрастным группам у пациентов обоего пола (уд. вес в %)220

Возраст	Количество больных	Частота %					
		Глубокий кариес		Пульпит		Периодонтит	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	70 31,8%	21	9,5 ± 1,98	18	8,2 ± 1,85	31	14,1 ± 2,35
30-39	55 25,0%	13	5,9 ± 1,59	19	8,6 ± 1,89	23	10,5 ± 2,06
40-49	50 22,7%	21	9,5 ± 1,98	12	5,5 ± 1,53	17	7,7 ± 1,80
50-59	45 20,5%	11	5,0 ± 1,47	19	8,6 ± 1,89	15	6,8 ± 1,70
Всего	220	66	30,0 ± 3,09	68	30,9 ± 3,12	86	39,1 ± 3,29

*Примечание: * - P<0,05 по отношению к МСП*

Практически одинаково часто в исследуемых возрастных группах больных, точнее, у пациентов в возрасте 20-29 и 40-49 лет, наблюдалось такое осложнение, как глубокий кариес. Пульпит зубов, как осложнение возникшее после лечения среднего кариеса, у пациентов стоматологической клиники наблюдался сравнительно чаще в возрастной группе 30-39 и 50-59 лет.

Что касается глубокого кариеса и воспаления периапикальных тканей, то данные патологии достоверно чаще наблюдались в первой группе, куда входили представители самой младшей возрастной группы. Наибольший удельный вес осложнений у лиц обоего пола, который наблюдался в возрасте 40-49 лет, приходился на глубокий кариес и периодонтиты (9,5% и 7,7%), а сравнительно реже в этой группе больных наблюдался пульпит (5,5%).

Заключение: При проведении клинико-эпидемиологических исследований среди изучаемого контингента стоматологических больных очень важно определенные факторы риска развития возможных осложнений при лечении заболеваний мягких и твердых тканей зубов: возрастно-половые особенности, общее состояние организма, нарушения в функциональном состоянии местных факторов защиты в полости рта.

Именно эти факторы и стали определяющими при статистическом анализе результатов обследования полости рта, в частности зубов, на предмет выявления частоты встречаемости некоторых основных стоматологических заболеваний. Так была выявлена некоторая динамика в уровне распространенности среднего кариеса, пульпита и периодонтита, а также дефектов реставраций, которая напрямую зависела от возраста, пола и наличия или отсутствия соматической патологии. Вышеуказанные факторы напрямую влияли и на частоту развития определенных осложнений в определенные сроки после завершения их лечения.

ӘДӘБИҮҮАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Алимский Э.А. Ахмедова А.В. Структура возможных осложнений и средние сроки их появления после лечения кариеса зубов // Стоматология для всех. - 2009. - №4. - С. 22-25.
- 2.Зюзина Т. В., Клещенко А.В., Звонникова В.А., и др., Оценка эффективности применения растворителя корневых пломб из гуттапечи// Эндодонтия today – 2011 - №1 - С.33-36.

- 3.Макеева И.М., Несвижский Ю.В., Бугаева Н.Т., и др., Профилактика инфицирования тканей периодонта в процессе эндодонтического лечения зубов // Стоматология.- 2009.- N 3 (88). – С.38-40.
- 4.Shebab E.I. Din Mohamed Saber, Marwa Mohammad Aly Abou Seeda, Ehab Hassanien. The effect of instrument material, taper and degree of root canal curvature on cyclic fatigue of rotary nickel-titanium instruments //ENDO (Lond Engl). - 2013 - 7(1)- P.59-64.
- 5.Shen Ya, Shun-pan Cheung G., Peng B., Haapasalo M. Defects in Nickel- Titanium Instruments after Clinical Use. Part 1: Fractographic Analysis of Fractured Surface in a Cohort Study // J. of Endod. – 2009 – Vol. 35 (1). – P. 129-132.

X Ü L A S Ə

STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN MÜALİCƏSİ KEYFİYYƏTİNİN MONİTORİNQİ

Nəsirova X.B., Əliyeva E.R.
Ortopedik və Terapevtik Stomatologiya kafedraları

Bu klinik və epidemioloji tədqiqatlar zamanı, insanlar stomatoloji yardım üçün klinikaya müraciyyət etmələrinin əsas səbəbləri kimi daha çox hallarda Periodontit 208 (23,9%) və restovrasiya qüsurlarına rast qəlinmişdir 264 (30,3%), ancaq Pulpitin müxtəlif formaları 153 (17,6%) nisbətən az dərəcədə aşkar olunmuşdur. Somatik xəstəlikləri olan və praktiki sağlam şəxslər arasında müqaisə aparıldıqda mə alınan nəticələri analiz etdikdə demək olar ki, hər bir qrup patoloji üçün müayinələrlə bağlı məlumatlarda bəzi əhəmiyyətli fərqlər aşkar olunmuşdur.

S U M M A R Y

MONITORING THE QUALITY OF TREATMENT OF DENTAL DISEASES

Nasirova H.B., Aliyeva E.R.
Azerbaijan Medical University
Department of Therapeutic Dentistry and Prosthodontics

It was established in the course of clinical and epidemiological studies, the main reasons for which people visit the clinic for dental care, most often periodontitis were 208 (23.9%) and defective restorations, 264 (30.3%), and but relatively lesser extent various forms of pulpitis and 153 (17.6%). Regarding the frequency of requests for single group examined patients, which included practically healthy persons and patients with somatic disorders, there has been some significant differences in the data.

Daxil olub: 28.11.2014.

XRONİKİ KOLİT FONUNDA BAŞ VERƏN XORALI STOMATİTLƏRİN KLİNİK DİAQNOSTİKASI VƏ KOMPLEKS MÜALİCƏ TƏCRÜBƏSİ

İsmayılov A.İ., Məmmədova A.M., Əliyev M.M.

Ə.Əliyev adına AzDHTİ-nun stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası.

Açar sözlər: ağız boşluğu selikli qişası, xorali stomatit, xroniki kolit

Key words: oral mucosa, ulcerous stomatitis, chronic colitis

Ağız boşluğu selikli qişası (ABSQ) xəstəlikləri bölməsi stomatologiyanın ən mühüm və az öyrənilmiş sahəsi hesab olunur [8]. Bu xəstəliklərin uzun sürən gedişə malik olması və müalicəyə çətin tabe olması səbəbindən onlar həmişə tədqiqatçıların diqqət mərkəzində olmuşdur [7, 12]. Daim xarici və daxili mühit amillərinin təsirinə məruz qaldığından ABSQ-da bir çox patoloji proseslər özünə yer tapır [10, 14].

ABSQ-da rast gəlinən xəstəliklərin bir çoxu ümumi (sistem) patologiyaların simptomları kimi meydana çıxır [4, 13].

Tibbi ədəbiyyatda da ABSQ xəstəliklərinin bir çoxunun genezində sistem patologiyaların aparıcı rol oynaması və onların gedişinə həlledici təsir göstərməsinə dair məlumatlar kifayət qədərdir [11].

ABSQ xəstəlikləri ilə orqanizmin daxili orqan və sistemləri, xüsusən də mədə-bağırsaq traktı arasında mövcud olan əlaqələrə diqqət yetirilməsi diaqnostika, müalicə və xəstəliyin proqnozu baxımından böyük əhəmiyyət kəsb etdiyindən bir çox hallarda müalicənin uğurunu təmin edir [3].

Oral və mədə-bağırsaq traktı toxumaları arasındakı anatomo-fizioloji “yaxanlıq”, innervasiya və humoral tənzimlənmədəki ümumilik bu iki nahiyənin bəzi patologiyalarının müştərəkliyini əsaslandırır [5, 6].

Bəzi müəlliflərin fikrincə, stomatitli xəstələrin 82-95%-də gastritlər, mədə və 12 barmaq bağırsaq xorası, hepatobiliar sistemin xəstəlikləri və s. Kimi həzm sistemi patologiyaları aşkarlanır və belə olan halda təbii ki, həm xoralı stomatitin, həm də xroniki kolitin müalicəsi müəyyən çətinliklər törədir [9].

Hazırkı işimizin əsas **məqsədi** xroniki kolit fonunda baş verən xoralı stomatitin klinik diaqnostikası və kompleks müalicəsinin təkmilləşdirilməsi olmuşdur.

Material və metodlar: Kompleks müalicə sxeminin effektivliyinin qiymətləndirilməsi məqsədi ilə tədqiqatlara xroniki kolit fonunda baş verən xoralı stomatitli 40 xəstə (22 qadın və 18 kişi) cəlb olunmuşdur. Xəstələrin yaş həddi 18-45, xəstəliklərin müştərək mövcudluq müddəti 5 il olmuşdur. Nəzarət qrupunu 12 nəfər praktik sağlam şəxs təşkil etmişdir.

İşçi qrupun xəstələri hər biri 20 nəfər olmaqla 2 qrupa bölünmüşdür. Birinci qrup xəstələrində xoralı stomatitin müalicəsi ənənəvi sxemlər üzrə həyata keçirilmişdir (antiseptiklər, antibakterial işləmələr, desensibilizasiya edicilər, keratoplastiklər, vitaminoterapiya və s.). 2-ci qrup xəstələrində xoralı stomatitin müalicəsi təklif etdiyimiz sxem üzrə aparılmışdır.

Xroniki kolitlərin ümumi müalicəsi bütün hallarda həkim-terapevt-gastroenteroloqun məsləhəti üzrə aparılmışdır.

Ümumi müalicə kimi xroniki koliti olan xəstələrə hər dəfə 1 tablet olmaqla gündə 3 dəfə Tributin həbi təyin edilmişdir (10 gün, cəmi 30 həb). Xroniki kolit zamanı əksər xəstələr qəbizlikdən əziyyət çəkirlər. Bizim müşahidəmizdə olan xəstələrin hamısının anamnezində qəbizlik və ya qəbizliyə meyllilik qeydə alınmışdır. Odur ki, gastroenteroloqun təyinatında bu vəziyyət nəzərə alınaraq xəstələrə 1 ay müddətində hər gün axşam yeməyindən sonra 1 həb Senage preparatı (cəmi 30 həb) qəbul etmək tövsiyyə edilmişdir. Elə bu məqsədlə xəstələrə 10 gün ərzində axşam saatlarında mikroimalə etdirmək tapşırılmışdır (tərkibi: Günəbaxan yağı – 20,0; Romazulan – 1 çayşığı).

İkinci işçi qrup xəstələrinə ənənəvi müalicə ilə bərabər yerli olaraq təbii sorbent - Azeomed məlhəmindən istifadə etmişik (tərkibi: Azeomed tozu ilə 10%-li metilurasil məlhəminin qarışığı; istifadə qaydası: gündə 2 dəfə, 10 dəqiqə ərzində xora üzərinə applikasiya). Daxilə isə Azeomed həbləri (1 ay ərzində gündə 3 dəfə olmaqla, hər dəfə 2 həb – gündə 6 həb) təyin olunmuşdur. Birinci və ikinci qrup xəstələri orta yaş həddinə, somatik və stomatoloji statusuna, xəstəliyin davam etmə müddətinə görə identik seçilmişdir. Xoralı stomatitin davam etmə müddəti yarım ildən 5 ilədək olmuşdur. Davam etmə müddətinə görə xəstələr aşağıdakı kimi paylanmışdır: 0,5-1 il – 9 xəstə; 1-3 il – 11 xəstə; 3-5 il – 20 xəstə.

Xoralı stomatitin və yanaşı gedən xronik kolitin bəzi patogenetik mexanizmlərini dəqiqləşdirmək məqsədi ilə klinik müayinə metodları ilə yanaşı ağız suyunda lizosimin səviyyəsi (B.Г.Дорофeyчук, 1968), immun reaktivlik (dövr edən immun komplekslərin təyini, T- və B-limfositlərin miqdarı, qan zərdabında immunoqlobulinlərin səviyyəsi) öyrənilmişdir.

Nəticə və müzakirələr: Qarşıya qoyduğumuz məqsədə uyğun olaraq xroniki kolitlər fonunda baş verən xoralı stomatitlərin klinik xüsusiyyətlərini öyrənmişik. Bunun üçün xroniki kolitdən əziyyət çəkən 85 xəstənin ağız boşluğunda baş verən dəyişiklikləri 5 il müddətində izləmişik və bu xəstələrin 54%-də xoralı stomatit qeydə alınmışdır.

Nəzarətimiz altında olan əksər xəstələrin ağız boşluğunda selikli qışa solğun-çəhrayı rəngdə olmuş, lakin onun səthində cüzi ödem qeydə alınmış, dilin üzəri bozumtul-sarı rəngdə ərplə örtülü olmuşdur. Belə ərp dilin distal şöbəsində, xüsusən də səhərlər intensiv nəzərə çarpmışdır. Xronik kolitlər zamanı ağız boşluğu selikli qışasında tez-tez rast gəlinən xoralı patologiyası xronik residivləşən aftoz stomatitin fibrinoz forması olmuşdur (68%). Qlossalgiya və kataral qlossit isə nisbətən az müşahidə olunmuşdur (3 xəstə). Mədə-bağırsaq traktı tərəfindən simptomlar baş verənə qədər ağız boşluğunda aftoz tipli səpkilərin meydana çıxması nadir hadisə deyil [1]. Həmin elementlərin lokalizasiyasının adəti yerləri - yanaqlar, dodağın vestibulyar səthi, retromolyar zona və dildir. Bizim şəxsi araşdırmalarımıza görə xoralı stomatitin müxtəlif variantlarına mədəsində xora xəstəliyi, xronik hepatit, xroniki koliti olan şəxslərdə tez-tez rast gəlinir (15-18% hallarda). Bizim müşahidələrdə xoralı stomatiti olan xəstələr arasında həzm aparatı xəstəliklərindən əziyyət çəkənlər 82% təşkil etmişdir.

Yaşından asılı olmayaraq, ağız boşluğunun selikli qışasında dəqiq müəyyən edilməyən hər hansı provokasion amillər olmadıqda xırda nöqtəvi destruksiya ocaqları yaranır və qısa vaxt kəsiyində ağırlı xoraya transformasiya olur. Xroniki koliti olan xəstələrdə belə xoralar uzun müddət davam edir (3 xəstədə bu müddət 2 ay davam etmişdir).

ABSQ-da iri ölçülü xoralar sağaldıqdan sonra yerində kobud çapıqlar və selikli qışanın xeyli dəyişilmiş arxitektonikası qalır. Ədəbiyyatlarda xroniki residivləşən aftoz stomatitin bu forması Setton stomatiti kimi tanınır. Klinik xüsusiyyətləri, morfogenezi, müalicədən sonra onun daha yüngül formaya transformasiyası etməsi ağız selikli qışasının belə zədələnmə tipini xroniki residivləşən aftoz stomatitin variantlarından biri kimi (deformasiya edən forması) qiymətləndirməyə əsas verir.

Xronik kolit zamanı dilin deskvamasiyası aparıcı stomatoloji simptomdur və 43% xəstələrdə aşkarlanmışdır. Müqayisə üçün göstərmək lazımdır ki, xronik gastritdə bu göstərici 17,2%-dir. Belə deskvamasiya ocaqları dildə göynəmə və zəif

ağrılarla müşayiət olunur, isti yemək yedikdə, siqaret çəkildə güclənir, bəzən isə xəstə deskvamasiya ocağının mövcudluğunu bilmir.

Beləliklə, çoxsaylı xəstələrin uzunmüddətli klinik müəahidəsi göstərmişdir ki, xroniki kolitlər zamanı ağız boşluğu selikli qişasının dəyişiklikləri rəng dəyişməsi, kolitin kəskinləşmə dövründə ödem, dildə xarakterik ərç, dilin dorsal səthinin epitelisinin diffuz deskvamasiyası, selikli qişanın ayrı-ayrı sahələrinin nazilməsi ilə səciyyələnir [2].

Xroniki kolitin genezində - müxtəlif infeksiyalar (salmonell, bağırsağ çöpü, protey və s.), qida və dərman allergiyası, ağır metallarla, kimyəvi maddələrlə və s. intoksikasiya durur. Xəstəliyin klinik gedişatının xarakterindən asılı olaraq müşahidə etdiyimiz bəzi xəstələrdə hərərətin yüksəlməsi, intoksikasiya halları, yüngül formada yaddaş pozulmaları, baş ağrıları qeydə alınmışdır. Ədəbiyyat məlumatlarına görə bəzi xəstələrdə, hətta, ürək-damar sisteminin kollars vəziyyətinə qədər pozulması halları da müşahidə oluna bilər [10]. Bəzən, mədə-bağırsağ dispepsiyasının qabarıq nəzərə çarpan halları da qeydə alınır: gəyirmə, qıçqırma, qusma, ishal, qarının yuxarı yarısında lokalizə edən ağrılar. Xroniki kolitin kəskinlik dərəcəsi, adətən patoloji prosesin lokalizasiyası və kəskinliyindən asılı olur [8].

Tədqiqatımızın məqsədinin ikinci hissəsi tətbiq etdiyimiz müalicə sxeminin effektivliyinin qiymətləndirilməsi olmuşdur. Araşdırmaların nəticələrinə görə 2-ci qrup xəstələri arasında aparılan müalicəni 1-ci qrupdakına nisbətən daha uğurlu hesab etmək olar. Müəyinə obyektivi olan şəxslərin orqanizminin müdafiə mexanizmlərinin öyrənilməsi tədqiqatın tərkib hissəsi olduğundan bu göstəricilər xüsusi maraq doğurur. Məlumdur ki, qeyri-spesifik yerli-müdafiə faktoru olan lizosimin aktivliyi ağız boşluğu toxumalarının optimal vəziyyətini təmin etmək üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Hər iki qrup xəstələrində müalicədən sonra lizosimin aktivliyində yüksəlmə müşahidə edilmişdir. Lakin lizosimin aktivliyinin yüksəlişi 1-ci qrup xəstələrinə nisbətən 2-ci qrup xəstələrində 34,2% çox olmuşdur ki, bu da müalicə sxeminin effektivliyini sübut edir.

Müalicədən əvvəl, sağlam şəxslərlə müqayisədə bütün xəstələrin hüceyrə və humoral immuniteti göstəricilərində azalmalar müşahidə olunmuşdur. Müalicədən sonra isə bu göstəricilərdə yaxşılaşmaya meyllilik nəzərə çarpmışdır. Lakin qeydə alınmış bu yaxşılaşmalar müalicə metodlarından asılı olaraq müxtəlif qruplarda müxəlif dərəcədədir. Məsələn, 1-ci qrupla müqayisədə 2-ci qrup xəstələrində T-limfositlərin artması - 24%, B-limfositlərin artması - 4,8%, İgA-nin artması - 26,1%, İgM-in artması - 18,4%, İgG-nin artması - 5,1%, dövr edən immun komplekslərin miqdarındakı artım - 31,4% olmuşdur ki, bu da tətbiq etdiyimiz müalicə nəticəsində immunitetin yaxşılaşmasını göstərir.

Tətbiq etdiyimiz kompleks müalicənin effektivliyi subyektiv və obyektiv göstəricilərin dinamikası, həmçinin laborator tədqiqatların nəticələri əsasında qiymətləndirilmişdir.

Kompleks müalicəyə effektivlik kriterisinə əsasən qiymət verilmişdir: nəzərəçarpacaq yaxşılaşma - bütün obyektiv və subyektiv simptomların yox olması, həmçinin laborator tədqiqatın nəticələrindəki normallaşma, ağız selikli qişasındakı xoraların epitelizasiyası; yaxşılaşma - bütün obyektiv və subyektiv simptomların "yumşalması", laborator tədqiqatın nəticələrindəki normallaşmaya meyllilik, xoraların nisbətən uzun müddət ərzində epitelləşməsi; effektin olmaması - torpid gedişli xoraları olan xəstələrdə xəstəliyin bəzi simptomlarının zəifləməsi.

Müalicənin effekti qənaətbəxş olmadığı hallarda əlavə metodlar tətbiq etməklə 2-ci və 3-cü kurs müalicələr aparmaq lazım gəlmişdir. Bizim təcrübəmizdə 2 xəstəyə təkrar müalicə kursu tətbiq edilmişdir.

Xroniki kolit fonunda müşahidə olunan xorali stomatitlərin təklif etdiyimiz sxem üzrə aparılmış müalicəsi (2-ci qrup) ənənəvi sxemlərlə müalicə almış xəstələr qrupuna (1-ci qrup) nisbətən 13,8% effektiv olmuşdur (obyektiv və subyektiv simptomların davam etmə müddətinə görə). 2-ci qrup xəstələrində simptomların tamamilə itməsi 23% daha tez baş vermişdir. Ağız selikli qişasındakı xoraların sağalma müddəti 1-ci qrup xəstələrinə nisbətən, 2-ci qrupda 42,1% daha tez baş vermişdir.

Beləliklə, xroniki kolit fonunda baş verən xorali stomatitlərin kompleks terapiyası məqsədilə təklif etdiyimiz müalicə sxemi antibakterial, antiseptik, iltihabəleyhinə, immunostimulyator, reparativ, epitelizasiyanı sürətləndirən xüsusiyyətlərə malik patogenetik müalicə kompleksi hesab oluna bilər.

Nəticə: Çoxillik müçahidələrimiz ehtimal etməyə əsas verir ki, xorali stomatitin və xroniki kolitin müştərək inkişaf mexanizminin əsasını sinir-endokrin-trofik pozulmaları təşkil edir, bunun nəticəsində yerli və sistem immunitətdə zəifləmələr baş verir, bu da öz növbəsində selikli qişanın autolizinə (xoraların əmələ gəlməsinə) aparıb çıxarır. Elə bu səbəbdən də, bu iki xəstəliyin eyni vaxtda, eyni istiqamətli, paralel aparılan müalicəsi daha məqsədə uyğundur və daha effektiv nəticələr əldə etməyə zəmin yaradır.

Daxil olub:

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Əliyev M.M., Quliyeva L.X. Xroniki residivləşən aftoz stomatitlərin klinik diaqnostikası və müalicə prinsipləri – “Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri”, 2004, I cild, səh.264-267.
2. İsmayılov A.İ., Məmmədova A.M., Əliyev M.M. Xroniki gastritlər zamanı ağız boşluğu selikli qişasında baş verən patoloji proseslərin klinik xarakteristikası. “Sağlamlıq”, 2014, №4, səh. 98-102.
3. Алиев М.М., Ахмедова А.М., Кулиева Л.Х. и др. Признаки хронического воспаления у больных язвенным стоматитом с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Материалы Российского научного «Стоматологического форума 2003», Москва, 2003, с.4-5.
4. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. М., Медицина, 1979. – 149 с.
5. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык – «зеркало» организма. – М., 2000. -407 с.
6. Болотовский Г.В. Болезни кишечника: колиты, дуодениты и другие. С.Пб., 2002, -41с.
7. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М.: Медицина, 1991. - 304 с.
8. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М., 2001. –271 с.
9. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // Под ред. Е.В.Боровского и А.А.Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. –320 с.
10. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -224 с.
11. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Мед.лит., 2006. -288 с.
12. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. Проблемы патологии слизистой оболочки полости рта и перспективы научных исследований. Труды V съезда стоматологической ассоциации России, 1999, с.202-204.
13. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М., «Медицина», 1978. - 232 с.
14. Стоматология: Учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов / Под ред. В.А.Козлова. – СПб.: СпецЛит, 2003. -477 с.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЯЗВЕННОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА

Исмаилов А.И., Мамедова А.М., Алиев М.М.

Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии АзГИУВ им.А.Алиева

Большинство заболеваний слизистой оболочки полости рта выявляются как симптомы системных патологий. Среди пациентов страдающих хроническим колитом, у 54% был обнаружен язвенный стоматит. В таких случаях лечение колита и язвенного стоматита трудно.

У 85 больных страдающих хроническим колитом, были проведены клинические исследования, а также были изучены клинические особенности язвенного стоматита в полости рта.

У 40 больных данной патологии оценивалась эффективность применяемого лечения.

Предложенная схема патогенетического комплексного лечения, была на 13,8% более эффективной, чем лечение традиционными методами.

Параллельно проведенное направленное лечение хронического колита и на его фоне язвенного стоматита, дает возможность получить очень хороший результат.

SUMMARY

THE EXPERIENCE OF CLINIC DIAGNOSTICS AND COMPLEX TREATMENT OF
ULCEROUS STOMATITIS ON THE PHON OF CHRONIC COLITIS

Ismayilov A.I., Mammadova A.M., Aliyev M.M.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Chair of Stomatology and Maxillofacial Surgery

Most of the mucosa diseases are revealed as symptoms of system pathologies. Among patients, suffer from chronic colitis, was educed ulcerous stomatitis (54%). In such cases the treatment of colitis and ulcerous stomatitis is difficult.

Among 85 patients, suffer from chronic colitis, were conducted clinical researches and also were studied clinical features of ulcerous stomatitis in mouth.

Among 40 patients of this pathology was assessed the efficiency of applied treatment.

Proposed scheme of pathogenetical complex treatment was on 13,8% more effective than the treatment of traditional methods.

Parallelly conducted directional treatment of chronic colitis and on its phon ulcerous stomatitis, give us the possibility to receive a very good result.

Daxil olub: 20.11.2014.

ORDUBAD RAYONUNDA YERLİ ƏHALİ ARASINDA ƏSAS STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN EPİDEMİOLOGİYASI

Cəfərov R.M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ortopedik stomatologiya kafedrası.

Stomatoloji xəstəliklər insanların ümumi xəstələnmələri arasında ən geniş yayılanlarından biridir. Baxmayaraq ki, əsas stomatoloji xəstəliklərin etiologiyası və patogenezi bir çox hallarda məlumdur bu gün dünyanın bütün ölkələrində tədqiqatçılar bu problemi müxtəlif aspektlərdən öyrənməkdə davam edirlər.

Həyata keçirilən epidemioloji müayinələr müxtəlif yaş qruplarında dişlərin kariesi və parodont toxumalarının xəstəliklərin yayılması səviyyəsinin və intensivliyinin yüksək olduğunu və yuxarı yaş qruplarında olan insanlarda xəstəliklərin intensivlik göstəricilərinin artmasını göstərir. Bu da əsas stomatoloji xəstəliklərin qarşısının vaxtında alınması və onların başlanğıc formalarının aradan qaldırılması üçün effektiv profilaktika üsullarının tətbiqi nəticəsində əldə oluna bilər [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Tədqiqatın məqsədi Ordubad rayonunda yaşayan yerli əhali arasında karies və parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyinin öyrənilməsidir.

Tədqiqatın materialı və metodları: Klinik-epidemioloji tədqiqatlarla Ordubad, rayonunda ÜST-ün tövsiyələrinə uyğun 6, 12, 15, 35-44 və 65-74 yaş qruplarından olan 469 nəfər arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin rastgəlmə tezliyini öyrənmək üçün diş kariesinin yayılması və intensivliyi və parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyi öyrənilmişdir. Əsas müayinə üsullarından klinik-stomatoloji müayinələrlə birlikdə KPÇ-indeksi, SPİTN indeksi, gigiyenik indekslər (Y.A.Fyodorov–V.V.Volodkina və Qrin–Vermillion) və P.A.Leusun stomatoloji yardımın səviyyəsi (SYS) indeksindən istifadə edilmişdir. Alınan nəticələrin dürüstlüyü statistik üsulla işlənmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Ordubad rayonu dəniz səviyyəsindən 753 m hündürlükdə yerləşir. Ərazisi 994,88 km², əhalisi 47,7 min nəfərdir. (01.01.2013-cü il). Mərkəzi Ordubad şəhəridir. Rayon ərazisi dağlıq və maili düzənliklərdən ibarətdir. Yay quraq və qışı soyuq keçən iqlim tipi vardır. Orta temperatur yanvarda -3⁰ C-dən -10⁰ C-yə qədər, iyulda 10-25⁰ C, ilik yağıntı 300-800 mm-dir. Rayon ərazisindən Araz, Ordubad, Vənənd çayları axır. İçməli suda florun miqdarı 0,28 mq/l-dir. Əsasən kənd təsərrüfatı rayonudur.

Rayon ərazisində yaşayan yerli əhəlinin müxtəlif yaş qruplarında aparılmış klinik epidemioloji tədqiqatlar zamanı aşkar edilmiş dişlərin karieslə zədələnməsi cədvəl 1 verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi Ordubad rayonunda yaşayan əhəlinin ayrı-ayrı yaş qruplarında diş kariesinin yayılması fərqlidir. Ümumiyyətlə müayinə olunan 433 nəfər yerli əhəlinin 411 nəfərində 92,78±1,23% karies xəstəliyi aşkar edilmişdir. Ayrı-ayrı yaş qruplarına gəldikdə 6-yaşlı şagirdlər arasında diş kariesi 96,94%±1,74% rast gəldiyi halda 12-yaşlılar arasında bu göstərici 82,35±3,77% olmuşdur. 12 yaşlılarda kariesin nisbətən aşağı düşməsi süd dişlərində kpindeksinin yüksək 6,5 olması ilə əlaqədardır. Dəyişən dişləm dövründə karieslə zədələnmiş süd dişlərinin əksər hallarda təbii olaraq daimi dişlərlə əvəz olması bu prosesə öz təsirini göstərir. 15 yaşlı yeniyetmələrdə diş kariesinin yayılması

92,59±2,25% təşkil edir. Yuxarı yaşlarda karies xəstəliyi daha çox yayılmışdır. Belə ki, əgər kariesin yayılması 35-44 yaşlarında 98,18±1,80% təşkil edirsə 65-74 yaşlılar arasında bu göstərici artıq 100,00±0,00%-dir. Kariesin intensivlik göstəricilərinə gəldikdə isə 6-yaşında kp± KPC -indeksi 6,78±0,26, 15 yaşlı yeniyetmələrdə 3,90± 0,17, 12 yaşlı uşaqlarda isə 4,10± 0,20 olmuşdur. Demək olar ki, 12 və 15 yaşında KPC- indeksi eynidir. 0,20 yaxın fərq 11 yaşlıların bəzilərində kariesli süd dişinin olması ilə əlaqədardır. KPC-indeksi yuxarı yaş qruplarında Ordubad rayonunda çox yüksəkdir. 35-44 yaş qrupunda KPC-indeksi 13,07± 0,49 olduğu halda 65-74 yaş qrupunda bu göstərici 18,79± 0,60 təşkil edir.

Cədvəl № 1.

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Kariyes %-lə	p	K	P	Ç	kp KPC	P
6	98	95 96,94±1,74	-	664	-	-	664 6,78±0,26	-
12	102	84 82,35±3,77	P< 0,01	412	6	-	418 4,10±0,20	P< 0,001
15	135	125 92,59±2,25	P> 0,05	503	16	5	524 3,90±0,17	P< 0,001
35-44	55	54 98,18±1,80	P >0,05	154	167	398	719 13,07±0,49	P< 0,001
65-74	53	53 100,00±0,00	P>0,05	145	47	804	996 18,79±0,60	P< 0,001
Cəmi:	433	411 92,78±1,23	-	1878	236	1207	3321 7,50±0,13	-

6 və 12 yaşlarında Ç göstəricisi olmuşdur. Bu çox yaxşı haldır. 15 yaşlı yeniyetmələrdə Ç-0,03 olmuşdur. Yuxarı yaş qruplarında adambaşına çəkilmiş dişlərin sayı 35-44 yaşında 7,23 olmuşdursa 65-74 yaşında 15,16 olmuşdur. Plomblanmış dişlərin sayı çox az, adambaşına 0,5, kariesli dişlər isə 4,3 olmuşdur. Bu stomatoloji xidmətin aşağı səviyyədə olduğunu göstərir.

Ordubad rayonunda aparılmış klinik-epidemioloji müayinələr zamanı əhali arasında parodont xəstəliyinin yayılması cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəl № 2.

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Parodont xəstəlikləri				P
		Gingivit	Parodontit	Parodontoz	Cəmi	
6	98	54 55,11±5,02	-	-	54 55,11±5,02	-
12	102	35 34,31±4,70	26 25,49±4,32	-	61 59,80±4,85	P< 0,05
15	135	48 35,56±4,12	33 25,44±3,70	-	81 60,00±4,22	P< 0,05
35-44	55	12 21,82±5,57	21 38,18±6,55	16 29,09±6,12	49 89,09±4,20	P< 0,001
65-74	53	5 9,43±4,02	8 15,09±4,92	19 35,85±6,59	32 60,38±6,72	P< 0,001
Cəmi:	433	154 34,76±2,26	88 19,86±1,90	35 7,90±1,28	277 65,53±2,30	-

Cədvəldən görünürdü ki, kimi rayon ərazisində yaşayan yerli əhəlinin müayinə olunan ayrı-ayrı yaş qruplarında parodont xəstəliklərinin və onun müxtəlif nazoloji formalarının rastgəlmə tezliyi fərqlidir. Belə ki, müayinə olunan

yerli əhalinin 65,53± 2,30% parodont xəstəlikləri aşkar edilmişdir. Ayrı-ayrı yaş qruplarına gəldikdə isə 6 yaşlı uşaqlarda bu göstərici 55,11± 5,02%-dir. Onu da qeyd etmək lazımdır ki bu yaşda parodontit və parodontoz xəstəliyinə rast gəlinməmişdir. 12 və 15 yaşlı məktəblilər arasında parodont xəstəliyinin yayılması uyğun olaraq 59,80± 4,85%-60,00± 4,22% olmuşdur. Yuxarı yaş qruplarında bu göstəricilər fərqlidir. Belə ki, 35-44 yaş qrupunda parodont xəstəlikləri geniş yayıldığı halda 89,09± 4,20%, 65-74 yaşında bu göstərici 60,38± 6,72 olmuşdur.

Parodont xəstəliklərinin ayrı-ayrı formalarına gəldikdə müayinə olunanlardan 34,76±2,26% gingivit, 19,86±1,90%- parodontit və 7,90± 1,28% parodontoz xəstəliyi aşkar edilmişdir. Gingivitlər 65-74 yaş qrupunda ən az 9,43±4,02% parodontit 15,09±4,92% rast gəldiyi halda parodontoz xəstəliyi bu yaş qrupunda ən çox olmuşdur. Aşağı yaş qruplarında isə gingivit ən çox 6 yaşında 58,11± 5,02%, parodontit 35-44 yaş qrupunda 38,18± 6,55% müşahidə edilmişdir. Beləliklə alınmış nəticələrin analizi göstərir ki, aşağı yaş qruplarında parodontun iltihab xəstəliklərinə gingivit və parodontitə, yuxarı yaşlarda isə parodontun distrofik xəstəliyə yəni parodontozə daha çox rast gəlinir. Bu vəziyyət bir tərəfdən başa düşüləndir. Çünki, yaş artdıqca parodontoz toxumalarında iltihab prosesləri, əksər hallarda distrofiya ilə nəticələnir. Digər tərəfdən fikrimizcə uşaq yaşlarında iltihab xəstəliklərinin üstünlük təşkil etməsi ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin qənaətbəxş olmaması ilə əlaqədardır. Ona görə rayonun yerli əhalisi arasında gigiyenik üsullarına təlimlərinin tətbiqi prioritet istiqamət olmalıdır.

Ordubad rayonu yerli əhalisinin müayinəsi zamanı aşkar olunmuş əsas stomatoloji xəstəliklər karies və parodont xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi demək olar ki müayinə olunmuş yaş qruplarının hamısında yüksəkdir. Kariesin intensivliyi 92,78±1,23%, KPC-indeksinin göstəricisi 7,50±0,13 təşkil edir. Parodont xəstəlikləri isə müayinə olunanların 65,53±2,30% aşkar edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Алимский А.В. Мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей / А.В.Алимский // Материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции. — М., 2006. — С. 10-12
- 2.Сəфəров Р.М., Аббасов Ə.Д. Нахçıван Мухтар Республикасында içməли suların kimyası, tərkibi və stomatoloji xəstəliklər // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, 2011, № 17, s. 50-52.
- 3.ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. — Женева, 1997.— 76 с.
- 4.Демина Р.Р. Кариес зубов у детей раннего возраста, факторы риска, профилактика: автореф. дис... канд.мед.наук / Самарский государственный медицинский университет. — 2006. — 22 с.
- 5.Пашин Д.В. Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний / Институт стоматологии. — 2006. — № 2.1. С.30-32
6. Максимовская Ж.Н., Кузмина Э.М., Дахкильчов М.У. и др. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у подростков и взрослого населения в Республике Ингушетия // Рос. стоматолог, журн. 2000. — № 3. — С. 22-23
7. Адилова Ш.Т., Маликова М.Т., Адиллов З.К., Акилов Т.А. Распространенность болезней пародонта среди населения города Ташкент // Dental Forum. 2005. — №5. — С.25-27
- 8.Сунцова В.В. Стоматологическое здоровье детей Омской области, обоснование и подходы к его коррекции: автореф. дис.канд.мед.наук. — Омск., 2005. — 19 с.

РЕЗЮМЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СРЕДИ МЕСТНЫХ ЖИТЕЛЕЙ ОРДУБАДСКОГО РАЙОНА

Джафаров Р.М.

Кафедра Ортопедической стоматологии Азербайджанского Медицинского
Университета

При обследовании местных жителей Ordubadского района частота встречаемости основных стоматологических заболеваний, кариеса и заболеваний пародонта, можно сказать, что во всех возрастных группах была высокой. Интенсивность кариеса составила $92,78 \pm 1,23$, показатели индекс КПУ - $7,50 \pm 0,13$. Заболевания пародонта были обнаружены у $65,63 \pm 2,30\%$ обследованных.

Ключевые слова: кариес, заболевания пародонта, эпидемиология

SUMMARY

THE EPIDEMIOLOGY OF MAJOR DENTAL DISEASES AMONG LOCAL
RESIDENTS OF ORDUBAD BOROUGH

Jafarov R.M.

Department of Prosthetic Dentistry of Azerbaijan Medical University

In a study of Ordubad residents we can say that incidence of major dental diseases, dental caries and periodontal disease in all age groups was high. Caries intensity was $92,78 \pm 1,23\%$, DMF index value - $7,50 \pm 0,13$. Periodontal disease were found in $65,63 \pm 2,30\%$ of patients.

Keywords: dental caries, periodontal disease, epidemiology

Daxil olub: 12.12.2014.



EKSPERİMENTAL TƏVABƏT

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

EKSPERIMENTAL MEDICINE

ALKOHOLUN TƏKRARƏN YERİDİLMƏSİNİN BEYİNCİYİN PURKİNYE
HÜCEYRƏLƏRİNƏ TƏSİRİ

İsmayılov T.M., Həsənova G.A., Cəfərova S.Ş.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Normal fiziologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: alkohol, beyincik, Purkinye hüceyrələri

Key words: alcohol, cerebellum, Purkinje cells

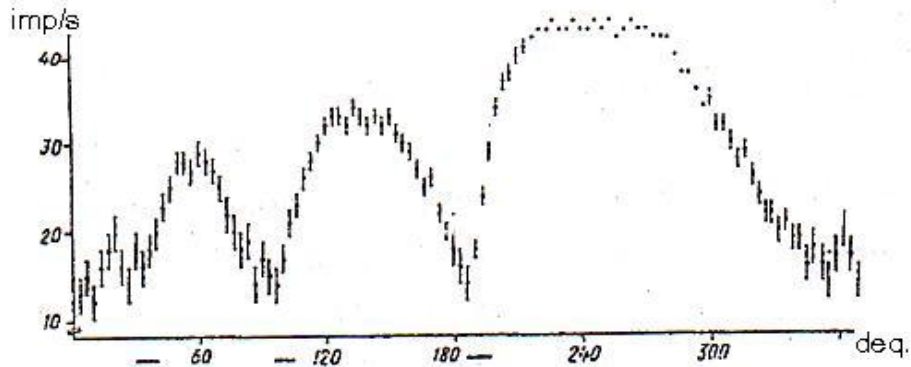
Beynin ayrı-ayrı şöbələri alkoholun təsirinə differensial həssaslıq göstərirlər [2, 3]. Məlumdur ki, alkohol həm beyinciyin, həm də Deytersin lateral nüvəsinin neyronlarına tormozlayıcı təsir göstərir və bu neyronların alkohola həssaslığı eynidir [6]. Bundan fərqli olaraq, Sinclair J.G. et al. [7] göstərmişdilər ki, alkoholun vena daxilinə yeridilməsi Purkinye hüceyrələrinin (PH) boşalmalarının tezliyini artırır. Əvvəlki tədqiqatlarımızda [1] aşkar edilmişdir ki, alkoholun kiçik və orta dozalarda birdəfəlik yeridilməsi dırmaşan liflərin aktivasiyası zamanı PH boşalma tezliyinin nəzərə çarpan dərəcədə azalmasına, mamırlı liflərin oyanması zamanı isə kəskin artmasına gətirib çıxarır. Alkoholun beyinin aktivliyinə təsiri barədə ədəbiyyatda olan məlumatlar kifayət qədər olmadığına görə və bir-birinə zidd olduğuna görə onun beyinin neyronlarına təsir mexanizmini əlavə tədqiq etmək üçün alkoholun eyni dozada təkrarən yeridilməsi zamanı təsir xüsusiyyətlərinin öyrənilməsinin məqsədə uyğun olmasını hesab etdik.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar nembutal və xlopaloza ilə (müvafiq olaraq 45 və 15 mq/kq) narkotizə olunmuş, bədən çəkisi 2,5-4,5 kq hər iki cinsdən olan pişiklər üzərində aparılmışdır. Beyinciyi açılmış, bud venasına kanyula yeridilmiş və traxeotomiya olunmuş heyvan stereotaksis cihazında bərkidilmişdir. Peristaltik nasosla 0,96 ml/dəq sürətlə 2 ml/kq dozada vena daxilinə 30% alkohol məhlulu və kontrol üçün alkohol əvəzinə eyni sürətlə və eyni dozada fizioloji məhlul yeridilmişdir.

PH aktivliyi natrium xloridlə (3 mol/l) doldurulmuş, müqaviməti 4-10 Mom olan şüşə mikroelektrodların köməkliyi ilə qeydə alınmışdır. PH identifikasiyası onların aktivasiyasını əks etdirən müvafiq olaraq dırmaşan və mamırlı liflər vasitəsi ilə sadə və mürəkkəb boşalmaların eyni vaxtda olması və dırmaşan liflərin vasitəsi ilə PH aktivasiyasından sonra ləngimə pauzasının olmasıdır [3, 5]. PH aktivliyi alkoholun yeridilməsindən öncə 10-30 dəq müddətində, təsir etmə vaxtı təxminən 1 saat, yeridəndən sonra 60-120 dəq qeydə alınmışdır. PH aktivliyi əvvəlki səviyyəyə çatandan 1-1,5 saat sonra, alkoholun vena daxilinə yeridilməsi proseduru əlavə olaraq iki dəfə də təkrar edilirdi. Qeydə alınmış PH impuls aktivliyi impulslararası intervalların analizi proqramı üzrə kompyuterdə işlənmişdir. Alkoholun qanda miqdarı qaz xromatoqrafiya usulu ilə müəyyən olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. 10 pişik üzərində 2 ml/kq dozada 30% alkoholun təsirindən PH elektrik aktivliyi qeydə alınmışdır. Əvvəllər göstərdiyimiz kimi [1], beyinciyin PH alkoholun nəzərə çarpan effekti 2 ml/kq dozada müşahidə olunmuşdur.

Şəkildə (şək.1) göstərildiyi kimi, alkoholun yeridilməsindən öncə PH aktivliyi 10-23 imp/s arasında tərəddüd edirdisə, yeridildikdən 5-6 dəq sonra o tədricən artır və 30-cü dəqiqəyə maksimuma (27-31 imp/s) çatır. Bundan sonra boşalmaların tezliyi azalmağa başlayır və 50-60 dəqiqədə əvvəlki səviyyəyə qayıdıandan sonra alkohol eyni dozada təkrar yeridilir. İkinci dəfə yeridəndən sonra impulsasiyanın tezliyi həm daha çox artır (33-37 imp/s qədər), həm də reaksiya daha tez (latent dövr – 3-4 dəq) və uzunmüddətli (80-90 dəq) olur. Alkoholun üçüncü dəfə eyni dozada yeridilməsi nəticəsində latent dövr daha qısamüddətli (2 dəq), impulsasiyanın tezliyi isə daha qısa müddətdə 42-43 imp/s qədər artırdı. Alkoholun təsiri daha çox müddət (140-160 dəq) davam edirdi və boşalmalar daha nizamlı olurdu.



Şəkil 1. Purkinje hüceyrələrinin boşalmalarının tezliyinə təkrar dozalarda yeridilmiş alkolun təsiri.

Absisda - vaxtın qeydi, dəq.; ordinatda - Purkinje hüceyrələrinin boşalmalarının tezliyi, imp/s. Absisin altında xətlərlə alkolun təkrar yeridilməsinin ardıcılığı və davam etmə müddəti göstərilibdir.

Alkoholun təkrar yeridilməsindən əvvəl və sonra impulslararası intervalların histoqramlarının müqayisəsi PH boşalmalarının tezliyinin və nizamlı olmasının artmasını daha əyani aşkar edir. Alkoholun yeridilməsindən öncə mamırlı və dırmaşan liflərin oyanması nəticəsində aktivləşən PH boşalmalarında impulslararası intervalların histoqramlarının mənfi ekssesi var idi, alkolun ikinci və üçüncü dəfə yeridilməsindən sonra impulslararası intervalların histoqramı bir zirvəsi olan normal paylanmanın tipik əyrisinə yaxınlaşır. Histoqramlarda birinci moda mamırlı liflərin aktivasiyası nəticəsində mürəkkəb boşalmaların daxilində impulslararası intervalları əks etdirir. Histoqramın ikinci, əsas modası, sadə zirvələrin arasında impulslararası intervalların sayını əks etdirir. Nəhayət, histoqramın sonunda uzunmüddətli impulslararası intervalların sahəsində olan moda dırmaşan liflər vasitəsi ilə PH aktivasiyasından sonra sadə zirvələrin tormozlanma müddətinə uyğun gəlir.

PH impulslararası intervallarının müddətlərinin histoqramları göstərir ki, norma şəraitində PH boşalmaları çox nizamsız idir, bu isə intakt PH aktivliyində ən səciyyəvi göstəricidir. Etanolun birinci və ikinci dozanın təsiri şəraitində isə impulslararası intervalların əsas modası qısa intervalların (30-22 ms) sahəsinə doğru sürüşür, alkolun üçüncü injeksiyasından sonra moda daha da qısaldı (15-20 ms). Bu dəyişikliklər həm qısa, həm də uzun impulslararası intervalların nisbi miqdarının hesabına baş verirdi, bu da mürəkkəb boşalmaların sayının kəskin azalmasının nəticəsi idi (cədvəl 1).

Alkoholun yeridilməsindən öncə stasionar aktivlik sahələrində sadə zirvələr arasında olan intervallar xeyli dəyişirdi – 40-dan 80 ms qədər. Alkoholun ikinci dəfə yeridilməsi nəticəsində PH aktivliyi daha nizamlı olurdu, üçüncü dəfədən sonra isə impulsarası interval heç vaxt 40 ms aşmırdı.

Cədvəl № 1.

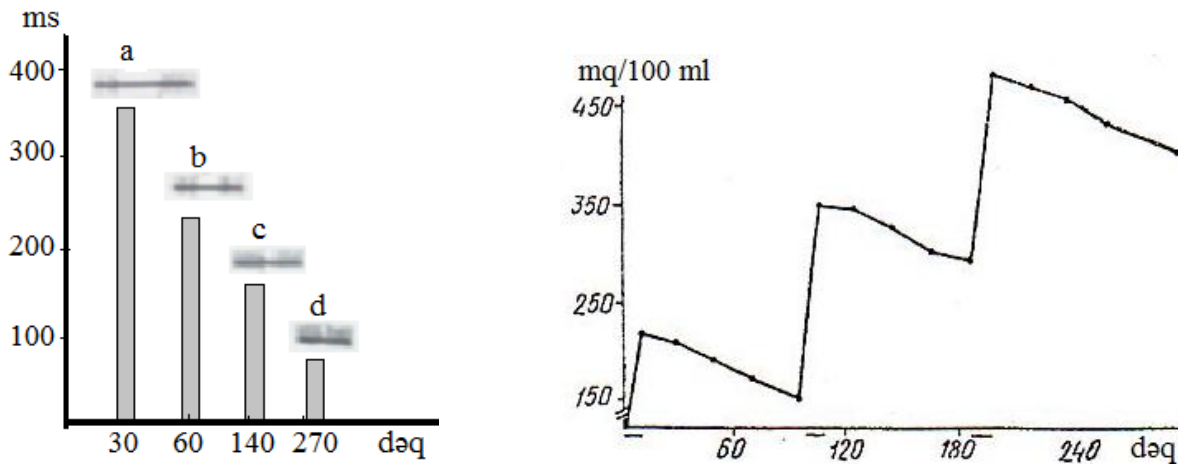
Alkoholun vena daxilinə təkrar yeridilməsinin beyinjiyin Purkinye hüjeyrələrinin (PH) fon aktivliyinə təsiri

PH-nin aktivliyinin göstərijiləri	Alkoholun yeridilməsindən əvvəl	Alkoholun yeridilməsindən sonra*		
		(1) 2 ml/kg	(2) 2 ml/kg	(3) 2 ml/kg
PH-nin boşalmalarının tezliyi, imp/s	16,3±2,2	27,8±1,6	33,8±0,8	43,7±0,3
Orta impulsarası interval, ms	61,3±8,1	35,9±2,2	30,3±0,8	23,7±0,2
Sadə zirvələrin tezliyi, imp/s	15,4±1,9	26,4±1,3	32,5±0,6	42,4±0,1
Mürəkkəb zirvələrin tezliyi, imp/s	1,3±0,6	0,9±0,4	0,7±0,1	0,4±0,1
Ləngimə pauzasının müddəti, ms	340,0±93	220,0±55	130,0±23	53,0±11

*Qeyd: * - 30% alkoholun vena daxilinə yeridilməsi PH-nin aktivliyi qeydə alınandan 30 (1), 95 (2) və 130 (3) dəq sonra yerinə yetirilirdi; rəqəmlər alkoholun maksimal effektinin inkişaf dövründə PH-nin aktivliyinin göstərijilərini əks etdirir*

Bununla yanaşı, alkohol dırmaşan liflər vasitəsi ilə PH fəallaşmasından sonra ləngimə pauzalarının dəqiq nəzərə çarpan qısalmasını törədirdi. Bildiyimiz kimi, mürəkkəb boşalmalardan sonra yaranan ləngimə pauzasının müddəti PH aktivliyində mühüm göstəricilərdən biridir. Təcrübələrimizdə mürəkkəb boşalmalardan sonra yaranan ləngimə pauzalarının müddəti alkoholun yeridilməsindən öncə bir dəqiqə ərzində və yeridəndən sonra maksimal effektin inkişafı fonunda hesablanırdı. Alkoholun yeridilməsindən öncə mürəkkəb boşalmalardan sonra ləngimə pauzasının müddəti orta hesabla 340 ms, alkoholu birinci dəfə yeridəndən sonra – 220, ikinci dəfədən sonra – 130, üçüncü dəfədən sonra isə – cəmi 50 ms bərabər idir (şək.3).

Ləngimə pauzalarının qısalması ilə yanaşı, alkoholun dozasından asılı olaraq, PH mürəkkəb boşalmalarının sayı da azalmışdır (cədv.1). Belə ki, alkoholun yeridilməsindən öncə PH mürəkkəb boşalmalarından sonra uzunmüddətli ləngimə pauzaları (340 ms və daha uzunmüddətli) müşahidə olunmuşdur və bu dövrə sadə zirvələrin ən aşağı tezliyi (15,4±1,9 imp/s), mürəkkəb boşalmaların isə yüksək tezliyi (1,3±0,6 imp/s) uyğun gəlirdi. Alkoholun birinci yeridilməsindən sonra bu göstəricilər müvafiq olaraq 220±55 ms, 26±1,3 və 0,9±0,4 imp/s, ikinci yeridilməsindən sonra – 130±23 ms, 32,5±0,6 və 0,7±0,1 imp/s, üçüncü dəfədən sonra – 53,0±11,0 ms, 42,4±0,1 və 0,4±0,1 imp/s təşkil edirdi. Beləliklə, alkoholun bütün dozalarında mürəkkəb boşalmadan sonra ləngimə pauzasının müddəti və sadə zirvələrin tezliyi arasında əlaqənin olması qeydə alınmışdır: mamırlı liflərin oyanması zamanı PH fəallaşmasını əks etdirən sadə zirvələrin tezliyi nə qədər yüksək idi, o qədər də ləngimə pauzası qısa olurdu.



Şəkil 2. Purkinje hüjeyələrinin aktivliyində ləngimə pauzasının davametmə müddətinin normada və alqoholun təsirindən dəyişməsi.

Absisdə – müddət, dəq; ordinatda – alqoholun yeridilməsindən önjə (a) və birinci – üçüncü dəfə (b – d) təkrar yeridilməsindən sonra ləngimə pauzasının orta müddəti, ms.

Şəkil 3. Alqoholun qanda konsentrasiyası.

Absisdə – vaxt, dəq.; ordinatda – alqoholun konsentrasiyası, mq/100 ml qanda. Əyridə nöqtələrlə qanın analiz üçün alınma vaxtı, absis altında xətlərlə alqoholun yeridilməsi vaxtı göstərilibdir.

Cədvəldən görüldüyü kimi, alqoholun hər növbəti yeridilməsi kumulyativ təsir göstərir və mürəkkəb boşalmadan sonrakı ləngimə pauzasının kəmiyyətinin tərəddüd etməsini nəzərə çarpacaq dərəcədə azaldır. Bununla əlaqədar qeyd etmək lazımdır ki, alqoholun yeridilməsindən önjə mürəkkəb boşalmadan sonra PH «susma» müddəti 300 ms artıq idirsə, yeridəndən sonra pauza 30 ms çox deyildir. Bu nəticələr göstərir ki, normada ləngimə fazasının davametmə müddətlərinin tərəddüd etməsi daha aydın nəzərə çarpır, alqoholun təsiri zamanı isə ləngimə pauzalarının müddəti və onların tərəddüd etməsi azalır.

Məlumdur ki, alqoholun qanda konsentrasiyası alqohol intoksikasiyasının göstərijilərindən ən əhəmiyyətlidir. Kəskin alqohol intoksikasiyanın dərəcəsi və onun simptomlarının inkişaf sürəti orqanizmə yeridilmiş alqoholun miqdarından və onun qana daxilolma vaxtından asılıdır. Şək.3-də alqoholun üç ardıcıl inyeksiyasından sonra qanda alqoholun konsentrasiyasının dinamikası göstərilibdir. Qrafikdən görüldüyü kimi, alqoholun hər növbəti yeridilməsindən sonra onun qanda konsentrasiyası artır. Bundan əlavə, alqoholun ikinci və üçüncü yeridilməsi onun qanda konsentrasiyasının daha da çox artması ilə nəticələnirdi. Müşahidələrimiz göstərmişdir ki, alqoholun qanda konsentrasiyası əvvəlki səviyyəyə birinci inyeksiyadan 4-5 saatdan sonra qayıdır, baxmayaraq ki, onun PH təsiri daha əvvəl baş verir.

PH impuls aktivliyinin tezliyi və qanda alqoholun konsentrasiyası arasında düz mütənəsiblik qeydə alınır: konsentrasiya artdıqca PH boşalmalarının tezliyi artır.

Alınan nəticələr göstərir ki, alqoholun vena daxilinə təkrar yeridilməsi beyinjiyin PH aktivliyinə kumulyativ təsir edir. Hər şeydən əvvəl bu, alqoholun hər növbəti yeridilməsindən sonra PH boşalmalar tezliyinin və alqoholun qanda konsentrasiyasının artmasında özünü göstərir (şək.1, 3). Maraqlıdır ki, PH boşalma tezliyinin artması əsasən sadə zirvələrin tezləşməsi hesabına baş verirdi, mürəkkəb boşalmaların tezliyi isə bu dövrlə azalırdı (bax jədvəl). Bu effekt beyinjiyin PH iki əsas afferent girişi arasında resiprok əlaqənin olması barədə əlavə sübutudur. Alqoholun təsiri şəraitində PH aktivliyinin artması mexanizmlərindən biri dənəli hüjeyələr tərəfindən oyadıçı mediator olan qlütamin turşusunun daha effektiv ifrazı [4], bu da öz növbəsində parallel liflər – PH dendritləri

sistemində sinaptik ötürülməni asanlaşdırır. Orqanizmin alkoholla doyması şəraitində mamırlı liflərin oyanması zamanı PH aktivliyinin artması həm də alkoholun PH toniki tormozlayıcı təsir göstərən aşağı olivanın nüvələrinə sistem təsirinin nəticəsi ola bilər [8].

Tədqiqatlarımızda müəyyən olunmuşdur ki, alkoholun PH təsiri onun yeridilməsindən yalnız 4-5 dəqiqədən sonra baş verir, baxmayaraq ki, o, beyinə artıq birinci dəqiqələrdə düşürdü. Bu, görünür, alkoholun təsiri yalnız onun konsentrasiyası müəyyən səviyyəyə çatanda baş verir. Bundan əlavə, alkoholun effektləri onun heyvanların fərdi tolerantlığı ilə müəyyən olunan parçalanma sürətindən də asılıdır. Alkoholun təsirinin azalması 30-50 dəq sonra baş verir, lakin onun orqanizmdən tam çıxarılması kifayət qədər gec olurdu. Bu nəticələr göstərir ki, etanolun qanda yüksək konsentrasiyasına baxmayaraq, effektləri xeyli azalır və PH boşalma tezliyi əvvəlki səviyyəyə qayıdır, yəni beynin PH alkoholun təsirinə adaptasiya olunur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Исмаилов Т.М., Гасанова Г.А., Велиева Г.Д. Действие различных доз алкоголя на активность клеток Пуркинью мозжечка. Вопросы физиологии и биохимии, том 20, Баку: ЕАМ, 2002.- с.112-117.
2. Arias C., Mlewski E.C., Molina J.C., Spear N.E. Ethanol induces locomotor activating effects in preweanling Sprague-Dawley rats // Alcohol. 2009. V. 43. N. 1. P. 13-23
3. Belmenquenai A., Botta P. et al. Alcohol impairs long-term depression at cerebellar parallel fiber-Purkinje cell synapse // J.Neurophysiol. 2008. V.100. p.3167-3174.
4. Carta M., Mameli M., Valenzuela C.F. Alcohol potently modulates climbing fiber. Purkinje neuron synapses: role of metabotropic glutamate receptors // The J. of Neuroscience. 2006.V.26. N 7. P.1906-1912.
5. Cerminara N.L., Rawson J.A. Evidence that climbing fibers control an intrinsic spike generator in cerebellar Purkinje cells // J.Neurosci. 2004. V.24. P.4510-4517.
6. Seil F., Leiman A. Et al. Direct effects of ethanol on central nervous system cultures: an electrophysiological and morphological study // Exp. Neurol. – 1977. – 55, N 2. – P.390-404.
7. Sinclair J.G., Lo G.F. et al. The effects of ethanol on cerebellar Purkinje cells in naive and alcohol-dependent rats // Can. J. Physiol. And Pharmacol. – 1980. – 58, N 4. – p.429-432.
8. Montarolo P.G., Palestini M., Strata P. The inhibitory effect of the olivo-cerebellar input on cerebellar Purkinje cells in the rat // J.Physiol.-1982.-332,Nov.-P.187-202.

SUMMARY

EFFECT OF REPEATEDLY INJECTION OF ALCOHOL ON THE CEREBELLAR PURKINJE CELLS

Ismayilov T.M., Hasanova G.A., Jafarova S.Sh.

Department of Normal Physiology of Azerbaijan Medical University, Baku

The activity of identified cerebellar Purkinje cells after three successive intravenous injections of 2 ml/kg of 30 % alcohol (ethanol) solution was studied at narcotized cats. Under influence of first injection of alcohol a sharp increase in the discharge frequency of Purkinje cells activated by mossy fibre afferent input was accompanied by decrease in the discharge frequency of Purkinje cells activated by climbing fibre input. Each successive injection of the same dose alcohol produced a cumulative effect on the cerebellar Purkinje cells activity.

Key words: alcohol, cerebellum, Purkinje cells

Daxil olub: 20.02.2015.

İLİN FƏSİLİNDƏN ASILI OLARAQ ONİKİAYLIQ ERKƏK DOVŞANLARIN BEYİN ŞÖBƏLƏRİNİN MITOXONDRI FRAKSIYALARINDAKI QAYT MÜBADİLƏSİNƏ ETANOLUN YÜKSƏK DOZASININ TƏSİRİ

Həsənova V.A., Fərəcov Ə.N.

Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universiteti.

Məlumdur ki, qamma-aminyağ turşusu (QAYT) beyin toxuması və hüceyrəsinin mübadiləsinin məhsulu olub MSS-də mövcud olan mediatorların bütün meyarlarına tam cavab verdiyi üçün ləngidici mediator kimi qəbul olunmuşdur (6,10,11).

Beynin toxuma və hüceyrələrində QAYT-ın səviyyəsinin daima sabit saxlanması onun MSS-də baş verən oyanma və ləngimə prosesləri arasında tarazlığın tənzimlənməsində və maddələr mübadiləsinin yüksək plastikliyində böyük əhəmiyyətə malikdir.

Müxtəlif ekstremal və stres amillərinin təsiri nəticəsində MSS şöbələrində QAYT-ın miqdarının artması və ya azalması orqanizmin kompensator imkanlarının pozulması nəticəsində böhran vəziyyətinə gətirib çıxarır (10). QAYT mübadiləsinə təsir edən müxtəlif amillər içərisində fəsil dəyişikliklərinin mühüm rolunun olduğu az da olsa öyrənilmişdir (1).

Aşağı molekulyar çəkiyə malik olan sərbəst aminturşularının, biogen monoaminlərin və xüsusən də QAYT sisteminin MSS-də neyrokimyəvi tədqiqi və bu maddələrin hal-hazırda nəzəri biologiya və kliniki təbabətdə xüsusi əhəmiyyət kəsb etməsi, onların sinir sistemindəki funksional rolu ilə bilavasitə bağlıdır (11).

Zərərli uçucu kimyəvi maddələrin və ələlxüsus etanolun MSS-də toksik təsirinə biokimyəvi mexanizminin öyrənilməsi hazırkı təbabətin ən aktual və sosial problemlərindən biridir (6,10,14,15).

Bütün yuxarıda göstərilənlərə əsasən hazırkı tədqiqat işimizdə on iki aylıq erkək adovşanlarının beyin şöbələrində mitoxondrilərində QAYT mübadiləsinə etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirini öyrənməyi qarşımıza məqsəd və vəzifə qoyduq.

Material və metodlar Təcrübələr şinşilla xəttindən olan oniki aylıq (yetkin) 40 baş erkək ada dovşanları üzərində aparılmışdır.

Beyin şöbələrindən baş beyin yarımkürələri qabığı, beyincik, beyin sütunu və hipotalamus təhlil olunmuşdur.

Təcrübə heyvanları üçün ətraf mühitin hərərəti vivariumda 20-22°C səviyyəsində saxlanmış, kontrol və təcrübə qruplarına ayrılmışdır. Beynəlxalq konvensiyasının tələblərinə uyğun olaraq bütün təcrübələrdə istifadə edilən heyvanların (norma və təcrübə) başları uretan narkozu altında kəsildikdən sonra, beyinləri 5 dəqiqə ərzində kəllə qutusundan çıxarılaraq buz üzərinə qoyulmuşdur.

Beyin şöbələrində toxumalarında mitoxondri fraksiyasının ayrılmasında Somogyi J. və həm.müə., (12) üsulundan istifadə edilmişdir. Sərbəst aminturşularının ayrılması üçün kağızda yüksək gərginlikli elektroforez üsulundan istifadə edilmişdir. Beyin şöbələrində mitoxondrilərində QDK fermentinin fəallığı 30 dəqiqə ərzində 37°C-də azot atmosferində sərbəst Qlu ilə inkubasiya zamanı QAYT-ın miqdarı hesablanmışdır (13) və onun fəallığı mkmol QAYT /q-s-la ifadə edilmişdir. QAYT-T fermentinin fəallığı isə N.S. Nilovanın üsulu ilə təyin edilərək (7) mkmol Qlu / q-s-la ifadə olunur.

Etanolun yüksək dozası (3,5 q/kq 40%-li məhlulu) qarın boşluğuna bir dəfə yeritdikdən 1 saat sonra 12 aylıq (yetkin) heyvanlar kəsilərək təcrübələr

aparılmışdır. Kontrol qrupda isə eyni miqdarda və çəkiddə olan heyvanlarda alkoqol əvəzində eyni dozada və eyni şəraitdə fizioloji məhluldan istifadə edilmişdir.

Alınmış kəmiyyət göstəriciləri Fişer Studentə görə və Vilkoksonun qeyri-parametrik (Manna-Uinti) statistik üsulu ilə işlənmişdir (5).

Nəticələr və onların müzakirəsi Aparılan tədqiqat işləri göstərdi ki, (cədvəl 1), normal (intakt) heyvanların beyin şöbələrinin mitoxondri fraksiyalarında yaz fəslində QAYT-ın miqdarı 12 aylıq heyvanlarda, payız fəslindəkinə nisbətən bir qədər az, sərbəst Qlu-Asp-ın səviyyəsi isə əksinə yüksəkdir. Belə ki, yaz fəslində baş beyin yarımkürələrinin qabığının mitoxondrilərində normada QAYT-ın miqdarı $0,38 \pm 0,007$ mkmol/q, beyincikdə $0,25 \pm 0,009$ mkmol/q, beyin sütununda $0,17 \pm 0,007$ mkmol/q və hipotalamusun mitoxondri fraksiyasında isə bu göstərici $0,32 \pm 0,009$ mkmol/q olmuşdur. Bu zaman, yəni yazda baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarları uyğun olaraq $1,31 \pm 0,011$ mkmol/q və $1,31 \pm 0,011$ mkmol/q, beyincikdə $1,57 \pm 0,027$ mkmol/q və $0,47 \pm 0,005$ mkmol/q, beyin sütununda $0,84 \pm 0,01$ mkmol/q və $0,34 \pm 0,012$ mkmol/q və hipotalamusun mitoxondri fraksiyasında isə $0,85 \pm 0,017$ mkmol/q və $0,69 \pm 0,010$ mkmol/q təşkil etmişdir.

Cədvəl № 1.

İlin fəslindən asılı olaraq oniki aylıq Şinşilla xəttindən olan erkək dovşanların beyin şöbələrinin mitoxondri fraksiyasındakı QAYT, Qlu və Asp-ın miqdarına (mkmol/q) etanolun yüksək dozasının birdəfəlik (3,5 q/kq 40%-li məhlulunun qarın boşluğuna yeridilməsinin) təsiri ($M \pm m$, $n=5$).

Beyin şöbələri	Təcrübələr		Yaz			Payız		
			QAYT	Qlu	Asp	QAYT	Qlu	Asp
Baş beyin qabığı	Kontrol	$M \pm m$	$0,38 \pm 0,007$	$1,31 \pm 0,011$	$0,68 \pm 0,015$	$0,44 \pm 0,009$	$1,36 \pm 0,009$	$0,75 \pm 0,017$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$0,67 \pm 0,014$ 176 <0,001	$1,15 \pm 0,015$ 88 <0,001	$0,48 \pm 0,014$ 71 <0,001	$0,70 \pm 0,012$ 159 <0,001	$1,29 \pm 0,028$ 95 <0,001	$0,50 \pm 0,014$ 67 <0,001
Beyincik	Kontrol	$M \pm m$	$0,25 \pm 0,009$	$1,57 \pm 0,027$	$0,47 \pm 0,005$	$0,31 \pm 0,009$	$1,59 \pm 0,007$	$0,82 \pm 0,010$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$0,45 \pm 0,008$ 180 <0,001	$1,10 \pm 0,011$ 70 <0,001	$0,30 \pm 0,009$ 64 <0,001	$0,75 \pm 0,011$ 242 <0,001	$1,10 \pm 0,012$ 69 <0,001	$0,35 \pm 0,011$ 43 <0,001
Beyin sütunu	Kontrol	$M \pm m$	$0,17 \pm 0,007$	$0,84 \pm 0,001$	$0,34 \pm 0,012$	$0,25 \pm 0,009$	$0,83 \pm 0,007$	$0,36 \pm 0,013$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$0,23 \pm 0,005$ 135 <0,001	$0,61 \pm 0,011$ 79 <0,001	$0,24 \pm 0,010$ 71 <0,001	$0,31 \pm 0,023$ 124 <0,001	$0,71 \pm 0,010$ 86 <0,001	$0,29 \pm 0,011$ 81 <0,001
Hipotalamus	Kontrol	$M \pm m$	$0,32 \pm 0,009$	$0,85 \pm 0,017$	$0,69 \pm 0,010$	$0,37 \pm 0,014$	$0,86 \pm 0,014$	$0,71 \pm 0,012$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$0,72 \pm 0,012$ 225 <0,001	$0,72 \pm 0,007$ 85 <0,001	$0,46 \pm 0,007$ 67 <0,001	$0,84 \pm 0,013$ 227 <0,001	$0,70 \pm 0,012$ 81 <0,001	$0,47 \pm 0,011$ 66 <0,001

Payız fəslində isə bu göstəricilər belə paylanmışdır: baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində QAYT-ın miqdarı normada $0,44 \pm 0,009$ mkmol/q və beyincikdə $0,31 \pm 0,009$ mkmol/q, beyin sütununda $0,25 \pm 0,009$ mkmol/q və hipotalamusun mitoxondri fraksiyasında isə $0,37 \pm 0,014$ mkmol/q səviyyəsində olmuşdur. Bu ərafədə, yəni payızda normada baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində uyğun olaraq sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarı $1,36 \pm 0,009$ mkmol/q və $0,75 \pm 0,017$ mkmol/q, beyincikdə $1,59 \pm 0,007$ mkmol/q və $0,82 \pm 0,010$ mkmol/q, beyin sütununda $0,83 \pm 0,007$ mkmol/q və $0,36 \pm 0,013$ mkmol/q və

hipotalamusun mitoxondrilərində isə $0,86 \pm 0,014$ mkmol/q və $0,71 \pm 0,012$ mkmol/q miqdarında olmuşdur.

12 aylıq intakt erkək ada dovşanlarının beyin şöbələrini mitoxondri fraksiyalarında QDK fermentinin fəallığı yaz fəslində payız fəslindəkinə nisbətən aşağı, QAYT-T –nin fəallığı isə əksinə yüksək olub (cədvəl 2). Belə ki, yaz fəslində baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində QDK-nın fəallığı $13,3 \pm 0,17$ mkmol QAYT/q ·s, beyincikdə $8,6 \pm 0,10$ mkmol QAYT/q ·s, beyin sütununda $5,7 \pm 0,14$ mkmol QAYT/q ·s və hipotalamusun mitoxondri fraksiyasında isə bu göstərici $9,7 \pm 0,10$ mkmol QAYT/q ·s olmuşdur. Payız fəslində isə QDK-nın fəallığı normada baş beyin yarımkürələri qabığının, beyinciyin, beyin sütununun və hipotalamusun mitoxondrilərində uyğun olaraq $15,5 \pm 0,23$; $10,8 \pm 0,21$; $7,4 \pm 0,15$ və $12,0 \pm 0,13$ mkmol QAYT / q ·s səviyyəsində olmuşdur. QAYT-T fermentinin fəallığı isə normada yaz fəslində baş beyin yarımkürələri qabığının, beyinciyin, beyin sütununun və hipotalamusun mitoxondrilərində uyğun olaraq 17,3; 40,6; 22,0 və 30,9 mkmol Qlu/q ·s səviyyəsində olmuşdur.

Cədvəl № 2.

İlin fəslindən asılı olaraq oniki aylıq Şinşilla xəttindən olan erkək dovşanların beyin şöbələrini mitoxondri fraksiyasında QDK (mkmol QAYT/ q ·s) və QAYT-T (mkmol Qlu / q ·s) fermentlərinin fəallığına etanolun yüksək dozasının (3,5 q/kq 40%-li məhlulunun birdəfəlik qarın boşluğuna yeridilməsinin) təsiri ($M \pm m$, $n=5$).

Beyin şöbələri	Təcrübələr		Yaz	Payız		
			QDK	QAYT-T	QDK	QAYT-T
Baş beyin qabığı	Kontrol	$M \pm m$	$13,5 \pm 0,17$	$17,3 \pm 0,38$	$0,44 \pm 0,009$	$21,8 \pm 0,47$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$23,0 \pm 0,28$ 173 <0,001	$31,8 \pm 0,41$ 184 <0,001	$27,6 \pm 0,56$ 178 <0,001	$38,8 \pm 0,53$ 178 <0,001
Beyincik	Kontrol	$M \pm m$	$8,6 \pm 0,10$	$40,6 \pm 0,71$	$10,8 \pm 0,21$	$47,2 \pm 0,69$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$21,5 \pm 0,24$ 250 <0,001	$30,4 \pm 0,54$ 75 <0,001	$24,2 \pm 0,45$ 224 <0,001	$34,8 \pm 0,46$ 74 <0,001
Beyin sütunu	Kontrol	$M \pm m$	$5,7 \pm 0,14$	$22,0 \pm 0,36$	$7,4 \pm 0,15$	$27,3 \pm 0,69$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$7,4 \pm 0,20$ 130 <0,001	$40,0 \pm 0,71$ 185 <0,001	$11,1 \pm 0,28$ 150 <0,001	$40,2 \pm 0,67$ 147 <0,001
Hipo-talamus	Kontrol	$M \pm m$	$9,7 \pm 0,10$	$30,9 \pm 0,52$	$12,0 \pm 0,13$	$32,8 \pm 0,94$
	Təcrübə	$M \pm m$ % p	$22,9 \pm 0,19$ 236 <0,001	$52,9 \pm 0,54$ 171 <0,001	$28,6 \pm 0,46$ 238 <0,001	$58,0 \pm 1,24$ 177 <0,001

Payız fəslində isə normada QAYT-T fəallığı baş beyin yarımkürələri qabığının, beyinciyin, beyin sütununun və hipotalamusun mitoxondrilərində 17,3; 21,8; 47,2; 27,3 və 32,8 mkmol Qlu/q ·s səviyyəsində olmuşdur.

Sonrakı seriyalarda aparılan təcrübələrdən əldə edilən dəlillər göstərdi ki, on iki aylıq erkək adadovşanların öyrənilən beyin şöbələrini mitoxondri fraksiyalarında yaz və payız fəsilərində etanolun birdəfəlik yüksək dozasının təsirindən sonra QAYT-ın miqdarı normaya nisbətən xeyli artır, sərbəst qlutamat və aspartatın miqdarı (cədvəl 1) baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində 76%, beyincikdə 80%, beyin sütununda 35% və hipotalamusun mitoxondri fraksiyasında isə 125% artmışdır. Göründüyü kimi bu zaman QAYT-ın miqdarının artımı normaya nisbətən ən çox hipotalamusun mitoxondrilərində

(125%), ən aşağı artım isə beyin sütununun mitoxondrilərində (35%) baş vermişdir.

Payız fəslində tədqiq edilən aminturşularının miqdarı 12 aylıq erkək adadovşanlarının MSS şöbələrinin mitoxondri fraksiyasında etanolun birdəfəlik yüksək dozasının təsirindən sonra yazdakına nisbətən bir qədər fərqli dəyişikliklər baş verir. Belə ki, bu fəsilə etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirindən sonra baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində QAYT-ın miqdarı normaya nisbətən 59%, beyincikdə 142%, beyin sütununda 24% və hipotalamusun mitoxondri fraksiyasında bu göstərici 127% çox olmuşdur. Göründüyü kimi payız fəslində QAYT-ın miqdarı etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirindən sonra beyin şöbələrindən ən çox beyinciyn mitoxondrilərində (124%), ən az artım isə beyin sütununun mitoxondrilərində (24%) baş vermişdir. Bu fəsilə sərbəst Qlu və Asp-ın da miqdarları etanolun müvafiq dozasının birdəfəlik təsirindən sonra yaz və payız fəsilələrində nisbətən yenə də fərqli dəyişikliklərə məruz qalırlar. Etanolun göstərilən dozasının təsirindən sonra yaz fəslində sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarları baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində, beyincikdə, beyin sütununda və hipotalamusun mitoxondrilərində uyğun olaraq normaya nisbətən 12; 30; 21; 30 və 15% və 29 və 33% azalmışdır. Payız fəslində isə buazalma uyğun olaraq normaya nisbətən baş beyin yarımkürələri qabığının, beyinciyn, beyinsütununun və hipotalamusun mitoxondrilərində 5; 31; 14 və 19% və 23; 47; 19 və 34% olmuşdur.

Tədqiqatımızın sonrakı gedişatı göstərir ki, müvafiq dozada etanolun birdəfəlik təsirindən sonra yaz fəslində QDK fermentinin fəallığı yaz fəslində baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondri fraksiyasında normaya nisbətən 73%, beyincikdə 150%, beyin sütununda 30% və hipotalamusun mitoxondrilərində isə 136% yüksəlmişdir. Payız fəslində isə bu fermentin fəallığı etanolun təsirinə qarşı tədqiq edilən beyin şöbələrinin mitoxondrilərində yaz fəslindəkinə nisbətən bir qədər fərqli və müvafiq olaraq 78; 124; 50 və 138% yüksəlmişdir. Bu şəraitdə etanolun yüksək dozasının birdəfəlik yüksək dozasının (3,5 q/kq 40%-li məhlul) təsirindən sonra yada baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində QAYT-T fermentinin fəallığı 84%, beyin sütununun mitoxondrilərində 85% və hipotalamusun mitoxondrilərində 71% yüksəlmiş halda, beyinciyn mitoxondri fraksiyasında isə bu fermentin fəallığı 25% aşağı düşmüşdür. Payız fəslində QDK fermentinin fəallığı etanolun yüksək dozasının təsirindən sonra baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondriləri fraksiyasında beyincikdə, beyin sütununda və hipotalamusda uyğun olaraq 78%, 124%, 50% və 138% yüksəlmiş və bu halda QAYT-T fermentinin fəallığı baş beyin yarımkürələri qabığının mitoxondrilərində isə 78%, beyin sütununun mitoxondrilərində 47% və hipotalamusun mitoxondrilərində isə 77% yüksəlmiş halda, bu zaman beyinciyn mitoxondriyasında bu fermentin fəallığı normaya nisbətən 26% aşağı düşmüşdür. Təcrübələrin nəticələrinə görə demək olar ki, beyinciyn mitoxondri fraksiyasında yaz və payız fəsilələrində QAYT-T fermentinin fəallığı etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirindən sonra tədqiq etdiyimiz üç digər beyin şöbələrinin (baş beyin yarımkürələri qabığı, beyin sütunu və hipotalamus) mitoxondri fraksiyalarından fərqli olaraq normaya nisbətən 25 və 26% aşağı düşmüşdür. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, hər iki fəsilə QDK fermentinin fəallığı beyinciyn mitoxondrilərində etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirindən sonra normaya nisbətən digər üç beyin şöbələrindən fərqli olaraq daha çox 124 və 150% yüksəlmişdir. Deməli, məlum olur ki, beyinciyn mitoxondrilərində hər iki fəsilə etanolun yüksək təsirinə qarşı bir tərəfdən QAYT –ın sintezinin və digər tərəfdən onun parçalanmasının artımı diqqəti cəlb edir. Bu zaman, göründüyü kimi, onun sintezi (artımı), parçalanmasını üstələyir və nəticədə QAYT-ın artması beyində

“qoruyucu” ləngimənin artmasına səbəb olur ki, bu da beyin hüceyrələrinin sıradan çıxmasının qarşısını ala bilir.

Məlumdur ki, QAYT MSS şöbələrinin toxuma və mitoxondrilərində əsasən sərbəst Qlu-da QDK fermentinin fəallığının yüksəlməsi hesabına sintez olunur, onun parçalanması və ya mənimsənilməsi əsasən Krebsin üç karbon turşuları tsiklinə α -ketaqlutar turşusundan kəhraba turşusu və sonradan kəhraba aldehidinin əmələ gəlməsi yolu ilə baş verir və bütün proseslər çevrilmələrin əsasını təşkil edən QAYT-T fermentinin birbaşa köməkliyi nəticəsində baş verir.

Biz öz tədqiqat işimizdə postnatal ontogenezin əsasən iki mərhələsini -6 və 12 aylıq ada dovşanları götürmüşük. Altı aylıq ada dovşanları ona görə götürmüşük ki, ada dovşanlarının postnatal ontogenezin ilk günündən sərbəst QAYT, Qlu və Asp-ın miqdarları, QDK və QAYT-T fermentlərinin fəallıqları altı aylıq dövrə qədər tədricən artaraq və ən yükkək hədd altı aylıq dövrdə baş verir. Bu dövr erkək ada dovşanlarının cinsi yetişmə dövrünə təsadüf edir. Ona iki aylıq heyvanlarda yuxarıda göstərilən neyrokimyəvi komponentlərin MSS-də səviyyələri demək olar ki, stabilləşir. Demək, biz öz tədqiqatımızı MSS-də QAYT mübadiləsinə normada və etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirindən sonra iştirak edən yuxarıda göstərilən 5 komponentin postnatal ontogenezin ən yüksək dövrü olan 6 aylıq və stabilləşmə dövründə (on iki aylıq) olan heyvanları seçməkdə məqsədimiz bu iki dövrdə MSS-də və orqanizmdə baş verən əsas qanunauyğunluqları müəyyənləşdirməkdən ibarətdir. Tədqiqatımızda ilin iki fəslində -yaz və payız fəsillərini seçməkdə isə əsas məqsədimiz bu fəsillərdə MSS-də baş verən oyanma və ləngimə prosesləri arasındakı neyrokimyəvi mexanizmi normada və etanolun təsirindən sonra aydınlaşdırmaq, MSS-də alkoqolizm zamanı fəsildən asılı olaraq baş verən dəyişiklikləri nisbətən aşkar etmək, bu fəsillərdə istifadə edilən neyrotrop dərman maddəsindən (mediator təbiətli neyrotrop maddələrin) istifadəsində qanunauyğunluqları müəyyənləşdirməkdir.

Yaz və payız fəsillərində on iki aylıq erkək ada dovşanlarının öyrənilən beyin şöbələrinin toxuma və mitoxondrilərində istər QAYT sistemi komponentlərinin səviyyəsi, istərsə də sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarları normada və etanolun birdəfəlik yüksək dozasının təsirindən sonra baş verən dəyişikliklər müqayisə etdikdə bu dəyişikliklər yaz fəslində özünü daha qabarıq şəkildə verir, nəinki payız fəslində.

Yaz və payız fəsillərində mediator təbiətli aminturşularının (QAYT, Alu və Asp) səviyyəsini təyin etməklə, bu fəsillərdə oyandırıcı və ləngidici mediatorlar arasında paritet müəyyən edilir. Çox güman ki, QAYT-ın payız fəslində, yazdakına nisbətən normada bir qədər çox, sərbəst Qlu və Asp-ın səviyyəsinin az olmasına görə payız fəslində ləngidici proseslər, yaz fəslində isə oyandırıcı amillər üstünlük təşkil edir.

Güman etmək olar ki, öyrəndiyimiz sərbəst aminturşularının miqdarlarının və fermentlərin fəallığının fəslə görə normada və etanolun yüksək dozasının birdəfəlik təsirindən sonra on iki aylıq heyvanların beyin şöbələrinin mitoxondri fraksiyasında dəyişməsi bu zaman orqanizmdə yaşla bağlı olan hormonal dəyişikliklərlə sıx əlaqədardır.

Məlumdur ki, yaz fəslində erkək heyvanlarda androgenlərin miqdarı payız fəslinə nisbətən yüksək olur və onun ümumi qana buraxılması da üstünlük təşkil edir (2,4). Digər tərəfdən erkək yetkin (12 aylıq) heyvanlarda androgenlərin miqdarının artması beyin şöbələrinin toxuma və mitoxondrilərində QAYT-ın miqdarının və QDK fermentinin fəallığını azalır, sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarı isə, əksinə artır. Bu zaman QAYT-T-nin fəallığı da yüksəlir (11). 12 aylıq erkək heyvanların kastrasiyası zamanı (yəni androgen sintezinin azalması) isə tədqiq

edilən aminturşularının miqdarları isə fermentlərin fəallıqlarının səviyyəsi normaya nisbətən aşağı düşür (10,11).

Göstərilənlərə əsasən hesab etmək olar ki, on iki aylıq (yetkin) erkək ada dovşanlarında yaz fəslində payızdakına nisbətən androgenlərin sintezi xeyli yüksək olur və onların qana buraxılması da xeyli çox olur. Elə bu səbəbdən də öyrənilən beyin şöbələrinin mitoxondrilərində QAYT-ın miqdarı və QDK-ın fəallığı yaz fəslində payızdakına nisbətən aşağı olur, sərbəst Qlu və Asp-ın miqdarı isə əksinə nisbətən yüksək olur.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə (3) epifiz vəzinin hormonu olan melatonin MSS-nin müxtəlif şöbələrində QAYT-ın miqdarını artırır. Digər tərəfdən müəyyən edilib ki, on iki aylıq erkək heyvanlarda hər iki fəsilə günün birinci yarısında ikinci yarısına nisbətən xeyli az olur. Buna əsasən (1) hesab edirlər ki, günün ikinci yarısında (xüsusən də payızda) epifizin hormonu olan melatoninin miqdarı qanda artır və bu da öz növbəsində beyin şöbələrinin mitoxondrilərində QAYT-ın miqdarının artmasına səbəb olur.

Bütün yuxarıda göstərilənlərə əsasən hesab etmək olar ki, etanolun orqanizmə birdəfəlik yüksək dozasının hər iki fəsilə təsirindən sonra QAYT-ın miqdarının tədqiq edilən beyin şöbələrinin mitoxondri fraksiyalarında normaya nisbətən çox olması bir tərəfdən neyronların ekstremal (stres) şəraitdə qorunub saxlanılmasında, digər tərəfdən isə MSS-nin və orqanizmin müvafiq mühitə uyğunlaşma reaksiyasında çox mühüm rol oynayır və bilavasitə iştirak edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Əliyeva N.N., Səfərov M.İ. Eşitmə analizatorunun funksiyasının poaulması şəraitində postnatal ontogenezdə bioritmlərin beynin müxtəlif şöbələrində qamma-amin yağ turşusu sisteminə təsiri. Bakı, "Sabah", 2008, 194s.
- 2.Ələkbərov M.Ə. Ələkbərov E.M., Ələkbərov Ə.M. İnsanın təbiət ritmləri. Bakı, 1996, 135s.
- 3.Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. Гиппокампаально-эпифизарный функциональный блок в организации ответа на стресс. Новое в изучении пластичности мозга // Материалы конференции., Москва, 2000, с.5.
- 4.Бундер П.А. Эндокринология пола М. «Наука», 1980. 254 с.
- 5.Лакин Г.Ф. Биометрия. М., «Высшая школа», 1990. 325с.
- 6.Михайлова С.А., Сафаров М.И., Фараджев А.Н. Глутамат -декарбоксилазна и ГАМК- аминотрансферазная активности в митохондриях отделов головного мозга при воздействии этанола в постнатальном онтогенезе // Укр.биохим.журнал, 2010, т.82, №4, с.92-99.
- 7.Нилова Н.С. Аммиак и ГАМК-трансаминазная активность ткани головного мозга // Докл. АН СССР. 1966. №2.с.483-486.
- 8.Резников А.Г. Половые гормоны и дифференциация мозга. Киев, «Наукова думка», 1982,251с.
- 9.Розанов В.А. Сезонные изменения а системе гамма-аминомасляной кислоты головного мозга мышей // Укр.биохим.журнал, 1982, т.54, №1, с.36-40.
10. Сафаров М.И. Обмен гамма - аминотрансферазной кислоты в развивающемся мозге при экстремальных состояниях организма // Баку «Азернешр». -2008. -210с.
- 11.Сытинский И.А. Гамма - аминотрансферазная кислоты – медиатор торможения. Л., «Наука», 1977, 128 с.
12. Somogyi J, Fonyu A, Vincze I. Preparation of brain mitochondria. Acta Physiol Acad Sci Hung. 1962; 21p. 295-300.
- 13.Sytinsky I.A., Priyatkina T.N. Effect of cerain drugs on gamma-aminobutyric acid system of central nervous system // Biochem. Pharmacol. 1966. V.115, №1, p.49-57.
14. Jiang Chun – Ling, Zang Wan –Gid . Acta Physiol. Sci., 1999, vol.51, №6, p.609-614.
- 15.Szego C.M. The lizosome as a mediator of hormone action // Recent Progr. Hormone Pes. 1977, vol. 30, №1, p.43-48.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ ЭТАНОЛА НА МЕТАБОЛИЗМ ГАМК В МИТОХОНДРИЯХ СТРУКТУР МОЗГА ДВЕННАДЦАТИМЕСЯЧНЫХ КРОЛИКОВ–САМЦОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА ГОДА

Гасанова В.А., Фараджев А.Н.

Выявлено, что в нормальных условиях у двеннадцатимесячных (взрослых) кроликов–самцов линии Шиншилла содержание гамма – аминокислотной кислоты (ГАМК) и активность фермента ее синтеза – глутаматдекарбоксилазы (ГДК) в митохондриях коры больших полушарий мозга, мозжечка, ствола мозга и гипоталамуса у интактных животных в весеннем периоды по сравнению с осенью ниже, а уровень свободных глутамата (Глу) и аспартата (Асп) наоборот, больше. При воздействии высокой дозы этанола (3,5г/кг 40%-ного раствора алкоголя внутривентриально) содержание ГАМК и активность ферментов ГДК в весеннем и осеннем периодах года значительно возрастает, а содержание свободных Глу и Асп, наоборот, уменьшается. При этом, активность фермента ГАМК-трансаминазы в митохондриях исследуемых структур мозга изменяется по разному: в мозжечке активность снижается, а в других трех структурах повышается по сравнению с контролем.

Увеличение содержания ГАМК и повышение активности ГДК в митохондриях исследованных структур мозга, возможна, создает «охранительное» торможение в ЦНС при острой этанольной интоксикации организма.

Ключевые слова: *этанол, ГАМК, глутамат, аспартата, глутаматдекарбоксилаза, ГАМК-аминотрансфераза*

SUMMARY

IMPACT OF HIGH DOSE OF ETHANOL ON GABA METABOLISM IN THE MITOCHONDRIA OF THE CNS OF TWELVE-MONTH-OLD MALE RABBITS DEPENDING ON THE SEASON

Hasanova V.A., Faradzhev A.N.

It was found that in normal circumstances, In intact sixmonth-old (adult) male Chinchilla rabbits gamma-aminobutyric acid (GABA) content and activity of the enzyme of its synthesis –glutamate decarboxylase (GAD) in the mitochondria of the cerebral cortex, Cerebellum, Brain stem and hypothalamus in the spring was lower compared to the autumn and the level of free glutamate (Glu) and aspartate (Asp) was slightly higher. After impact of high dose of ethanol (3.5 g/kg 40% solution of alcohol, intraperitoneally) GABA content and the GAD and GABA –transaminase enzyme activity in the spring and autumn period was greatly increased, and free Glu and Asp content was decreased. The activity of the GABA transaminase enzyme in the mitochondria of the brain structures changed in different ways; in the cerebellum activity reduced, and in the other three structures increased compared to the control.

GABA and GAD activity increase in mitochondria of studied brain structures may create a “protective” inhibition in the CNS under alcohol intoxication .

Key words: ethanol, GABA, glutamate, aspartate, glutamate decarboxylase, GABA-transaminase

Daxil olub: 23.02.2015.



* SƏNİYYƏNİN TƏŞKİLİ *
* ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *
* HEALTH ORGANIZATION *

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Мамедов В.К., Каландарли Н.Г.

***Азербайджанское бюро Кафедры ЮНЕСКО по биоэтике,
Бакинский государственный университет***

Длительное время проблемы прав пациентов рассматривались всемирным профессиональным медицинским и правозащитным сообществом в комплексе общих социально-экономических прав человека.

В настоящее время права пациентов рассматриваются, в первую очередь, как составная часть биоэтических норм, что связано со стремительным внедрением достижений научно-технологического прогресса в биологию и медицину. Необходимость имплементации биоэтических норм в законодательство стран, поддерживающих международные обязательства, в том числе Азербайджана, обусловлена следующими факторами:

- права пациентов являются главным компонентом и системообразующим институтом международного здравоохранительного права, которое призвано поддерживать государства в их деятельности по обеспечению правомочий индивида на безопасность жизни и охрану здоровья;

- изменение вектора правотворчества с охраны общественного здоровья на защиту индивидуального права на охрану здоровья, что обусловлено признанием здоровья индивида объективным и необходимым условием осуществления всех других прав человека.

Имплементация принципов биоэтики в странах с разными этнокультурными ценностями и традициями реально сталкивается с трудностями в связи с проявлением особенностей и отличий национальных систем этического регулирования в медицине и здравоохранении [10]. Вместе с тем, общим признаком является тот факт, что имплементация биоэтических норм в национальные законодательства должна быть, в первую очередь, направлена на обеспечение прав пациентов на недискриминационной основе, доступа к минимально необходимому комплексу услуг по реализации здорового образа и условий жизни каждого человека.

Азербайджанское национальное законодательство в области защиты прав пациентов обладает рядом прогрессивных, на наш взгляд, элементов, так как включает в себя основные биоэтические принципы, которые можно

встретить как в Законе «Об охране здоровья населения Азербайджанской Республики» 1997 г. [5], так и в других законодательных актах в сфере здравоохранения и социального обеспечения. Так, в этих законах имеют место принципы признания уязвимости человека и уважения неприкосновенности личности, неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности, равенства, справедливости и равноправия, недопущения дискриминации и стигматизации, уважения культурного разнообразия и плюрализма, солидарности и сотрудничества, социальной ответственности и здоровья, защиты будущих поколений и совместного использования благ.

В то же время, многие из задекларированных в законах принципов или не раскрыты в полной мере, как это предусмотрено в международно-правовых нормативных актах, или же лишены юридических механизмов их исполнения. Наряду с этим, надо также признать, что продолжают оставаться нормы, которые пока не имплементированы в силу исторических особенностей развития нашего законодательства. К примеру, биоэтический принцип «Человеческое достоинство и права человека» предусматривает, что интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами общества. Но в нашем законодательстве сегодня этот принцип все еще не отражен, что, возможно, связано с нашим советским наследием.

Имплементации прав пациентов должно сопутствовать формирование контрольных процедур и соответствующих регулятивных органов, которые правомочны выносить юридически обязательные решения в связи с нарушением какими-либо структурами – научно-исследовательскими, клиническими, производственными – правовых норм и обязательств в правозащитной сфере охраны здоровья. К примеру, нарушения принципов информированного согласия, совместного использования благ, возмещения причиненного ущерба здоровью, случаи дискриминации и др. в системе здравоохранения должны быть наказуемыми деяниями. Но, к сожалению, во многих случаях механизмы исполнения данных нормативных положений законодателем не расписаны. Такие отсылки в национальном законодательстве, как «в предусмотренном законодательством порядке», зачастую ничего не значат; более глубокое их изучение показывает, что такой порядок пока не расписан. Примеров тому много, например, механизмы определения компенсации за ущерб, причиненный здоровью в медицинских учреждениях, наказания за нарушения прав пациентов на информированное согласие, на отказ в диагностировании и лечении, за отказ в предоставлении медицинской информации пациенту или его представителю и т.п.

Имплементация прав пациентов в законодательную базу, разработка основ регулирования прав человека на личную автономию, на неприкосновенность и медицинское невмешательство без его согласия затрудняются отсутствием международного правового определения совокупности прав, относящихся к человеческой телесности. Существенным пробелом в правовом регулировании данной сферы, равно как и задачей законодательства являются разработка и реализация механизмов защиты прав пациентов, обоснования их ценности в системе прав и свобод человека.

Вышеупомянутый контроль за реализацией обеспечения прав пациентов может быть осуществлен на основании выработки унифицированной системы индикаторов и оценки, создания механизма реагирования на индивидуальные нарушения прав пациентов на охрану здоровья, адаптации стандартов имплементации в соответствии с международными рекомендациями.

Четырнадцать основных прав пациентов, содержащихся в Европейской хартии прав пациентов [13], большей частью отражены в нашем законодательстве – право на профилактические меры, доступность медицинских услуг, информацию, согласие, свободу выбора, приватность и конфиденциальность, уважение времени пациентов, соблюдение стандартов качества, безопасность, инновации в лечении, предотвращение страданий и боли, индивидуальный подход к лечению, подачу жалобы и компенсацию. Но, на наш взгляд, они будут продолжать иметь декларативный подход, пока не будут разработаны механизмы контроля за исполнением и обеспечением этих прав. Статистика количества поданных жалоб в национальные суды на нарушения прав пациентов в Азербайджане в десятки и сотни раз меньше не только по сравнению с европейскими странами, США, Турцией, Израилем, но и по сравнению с Россией, Украиной, Китаем, Ираном. Это не является следствием того, что у нас мало правонарушений в этой сфере, а следствием слабой правовой просвещенности населения, с одной стороны, и отсутствия юридических механизмов обеспечения продекларированных прав, с другой [6].

В нашем законодательстве отсутствуют нормы, поощряющие гражданскую активность в системе охраны прав человека на безопасность жизни и здоровье. Пока не разрабатывается имплементация биоэтических норм обеспечения права на свободное движение информации в государственных и частных службах здравоохранения, права на осуществление мониторинга с целью оценки фактического соблюдения прав граждан в системе здравоохранения, права на публичный диалог с руководителями общественного здравоохранения.

Сравнительный анализ национального и зарубежных законодательств в области защиты прав пациентов выявляет схожие и различные позиции в существующем перечне прав пациентов в Азербайджанской Республике.

Некоторые принципиально важные права пациентов, рекомендованные международно-правовыми документами, такие как право выбора врача, право на конфиденциальность, право на дачу согласия или отказ от медицинского вмешательства, право на получение информации и другие, – отражены в законодательстве Азербайджана. Но мы должны констатировать, что все еще имеется немалое количество важных и актуальных прав пациентов, не полностью реализуемых в нашей стране, хотя потребность в их обеспечении давно уже назрела.

Учитывая стремление азербайджанских правоведов, ученых, исследователей, практических специалистов приблизить национальную законодательную базу к мировым демократическим стандартам и, в первую очередь, принимая во внимание Распоряжение Президента Азербайджанской Республики от 27 декабря 2011 г. [12], мы надеемся, что нижеследующие предложения найдут практическое применение в отечественном законодательстве, и реализация целого ряда важных, на наш взгляд, прав пациентов будет иметь место у нас в стране.

Безусловно, закрепление права человека на здоровье в ст.41 Конституции Азербайджанской Республики [7] соответствует целям, изложенным в Конвенции о правах человека и биомедицине 1997 г., «защищать достоинство человека и гарантировать каждому без исключения соблюдение целостности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины». Но надо признать, что отрасли медицинского права и биоэтики, образовательная политика,

доктрины и концепции в области прав пациентов находятся в первоначальной стадии осознания их приоритетности в системе национального правоведения и правотворческих исследований. Имеющийся Закон Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения», принятый полтора десятилетия назад, поддерживается ведомственными механизмами исполнения, но он не получил развития другими, более конкретизированными, нормативно-правовыми актами в каждой из сфер биоэтики, в том числе, в сфере защиты прав пациентов, и поэтому нуждается в дополнениях и пересмотрах. С нашей точки зрения эту задачу можно реализовать двумя путями: 1) путем внесения изменений и дополнений в действующий закон; 2) принятием нового закона «О правах пациентов» и необходимых подзаконных актов.

Главное сходство законодательства Азербайджана с собраниями нормативно-правовых актов в области медицинского права других стран заключается в отражении в Законе «Об охране здоровья населения» 1997 г. ряда указанных выше прав пациентов. Другой схожей составляющей в правовой институционализации биоэтики в Азербайджане является создание в 1999 г. Национального комитета по биоэтике и этике технологий при Президиуме НАНА, который в 2003 г. разработал положение об этических комитетах.

Этические комитеты во всем мире являются важнейшим институтом по обеспечению защиты прав пациентов. Однако, в реальной клинической практике и научных исследованиях в Азербайджане их участие в решении морально-этических вопросов в неоднозначных ситуациях, требующих правового закрепления, остается номинальным. Это обуславливает другое принципиальное отличие нашего государства от продвинутых западных стран и соседних государств постсоветского пространства, в которых (например, в России и Украине) в области медицинского права и биоэтики проходят уже не первые национальные съезды, конгрессы, издаются профильные и специализированные журналы и др. Следовательно, вторым важным направлением в деле защиты прав пациентов, кроме законотворчества, должна стать реальная институционализация биоэтических комитетов в стране. Биоэтические комитеты медицинских учреждений и Министерства здравоохранения республики станут первым уровнем рассмотрения потенциальных жалоб пациентов на их ущемленные права. В этом направлении законодатель должен сказать свое слово принятием Закона «Об этических комитетах».

На основе анализа международного и национального законодательств в сфере защиты прав пациентов, мы хотели бы предложить присоединение Азербайджана к важным международно-правовым документам в области защиты прав пациентов, например, к «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины» [3]. Также необходимо имплементировать ряд основных прав пациентов, которые уже имплементированы в ряде зарубежных стран и которые позволят демократизировать правоотношения в азербайджанской национальной системе здравоохранения и поднять их на качественно новый уровень. Это:

1. Право на человеческое достоинство пациента.
2. Право на профилактические меры с целью предупреждения заболевания.
3. Право на доступность медицинских услуг, требующихся пациенту по состоянию здоровья.

4. Право на свободу выбора не только врача (в нашем законодательстве оно есть), но и медицинского учреждения, методов лечения и др.

5. Более расширенное, чем предоставляемое ст.25 Основного Закона, право на информацию.

6. Более полное, чем в Законе «Об охране здоровья населения» 1997 г., понятие права на информированное согласие.

7. Более расширенное, чем в ст.24 Основного Закона, право на приватность и конфиденциальность.

8. Право на уважение времени пациентов.

9. Право на просмотр и исправления в медицинских документах, как дополнение к имеющемуся в нашем законодательстве праву на затребование копий медицинских документов.

10. Право на соблюдение стандартов качества и безопасность.

11. Право на облегчение страданий и гуманный уход из жизни.

12. Право на моральную поддержку членов семьи, родственников и друзей, медицинских работников, опекуна, попечителя, священнослужителя, адвоката, нотариуса, законного представителя для защиты прав пациента.

13. Право на представительство интересов пациента на всех уровнях системы здравоохранения при принятии решений о планировании и оценке медицинских услуг, определяющих объем, качество и характер медицинской помощи; при обсуждении проектов законодательных актов и внесении предложений по формированию государственной политики в области здравоохранения.

14. Более расширенное, чем в действующем законодательстве, право на обращение и подачу жалобы, на независимую экспертизу.

15. Право на компенсацию в случае причинения пациенту физического либо морального и психологического вреда действиями медицинского учреждения.

Кроме вышеперечисленных рекомендуемых прав пациентов, хотелось бы отметить также ряд важных предложений и механизмов, которые могли бы усовершенствовать систему обеспечения прав пациентов и функционирование национальной системы здравоохранения:

- учреждение должности уполномоченного по правам пациентов;
- гарантированное отсутствие какой-либо дискриминации;
- гарантированное предоставление пациенту необходимой информации;
- определение возраста несовершеннолетних для принятия ими самостоятельного решения в отношении своего здоровья, запрет на отказ от лечения родителем ребенка или опекуном.

Также целесообразно включить в Уголовный кодекс Азербайджанской Республики нормы следующего содержания:

- Посягательства на эмбрион (плод) человека – экспериментальное создание эмбрионов, не связанное с бесплодием, проведение исследований эмбриона без необходимости лечения, трансплантация тканей или клеток эмбриона и использование их в коммерческих целях, селекция эмбрионов и их коррекция без необходимости лечения.

- Общественно опасное поведение в сфере генетики человека, узаконить генетическую информацию как собственность человека.

- Определить понятие медицинского риска (в том числе, обоснованного) как акта действия (или бездействия) медицинского

работника, сопряженного с опасностью причинения вреда правоохраняемым интересам.

- Определить наказание за причинение медицинским персоналом вреда здоровью пациентов.

- Определить уголовную ответственность за пропаганду и активизацию усилий в области биоэтики, противоречащих общечеловеческим и национальным ценностям.

Пробельность азербайджанского законодательства в сфере защиты прав пациентов в сравнении с международным опытом очевидна. Биоэтика и права пациентов тесным образом переплетаются с уголовно-правовой наукой и практикой. Преступления, совершаемые в сфере биомедицинской деятельности, необходимо выделить в самостоятельные законодательные нормы.

Необходимо ликвидировать имеющиеся в нормативно-правовой базе пробелы, дать определенность базовым понятиям, установить юридическую ответственность за нарушения прав пациентов, реализовать распределение полномочий и обязанностей государственных органов по обеспечению и защите прав пациентов, сделать реальным, а не декларативным, право на информированное согласие, на свободный выбор врача, на паллиативную поддержку, на медицинское страхование, возмещение ущерба за нанесенный здоровью и жизни пациента вред и многое другое. Недостаточная, а в некоторых случаях, полностью отсутствующая детализация законодательства в области биоэтики и медицинского права, коллизии и лакуны не отвечают современным требованиям во взаимоотношениях государства, пациентов и медицинского сообщества, минимизируют, а зачастую сводят к нулю гарантированные Конституцией и законами права пациентов.

Эти и другие проблемы ставят национальное законодательство перед необходимостью имплементации правовых норм в области биоэтики в свете новых вызовов и угроз, их гармонизации с международно-правовыми нормами. В тех случаях, когда это необходимо, в случаях имеющихся правовых пробелов и юридических противоречий, с целью их устранения, нужны пересмотр и доработка существующей внутригосударственной нормативно-правовой базы в области обеспечения и защиты прав пациентов.

Особо хотелось бы отметить, что принцип равенства в правах пациентов зачастую нарушается из-за неразвитости в Азербайджане системы медицинского страхования, призванной обеспечивать регулятивность платежеспособности населения в вопросах лечения, реабилитации, профилактики и т.п. Медицинское страхование во всем мире представляется как важная дополнительная гарантия защиты интересов пациентов. Системы медицинского страхования имеют отработанные механизмы во всех развитых государствах мира, в Азербайджане же оно остается на декларативном уровне.

Также можно утверждать, что есть необходимость введения в отечественное уголовное право норм об ответственности за такие, получившие реальное распространение во всем мире, новые вызовы и угрозы и общественно опасные деяния, как дискриминация человека по генетическим признакам, не связанное с лечением изменение генотипа человека, проблемы эвтаназии, терапевтического и репродуктивного клонирования человека и его органов, другие манипуляции с генами человека, которые способны привести к утрате личной генетической индивидуальности, незаконные генетические испытания на молекулярном уровне для создания генно-инженерно-модифицированных организмов

(микроорганизмов, вирусов, трансгенных растений и животных, а также их клеток), эксперименты, связанные с телесностью человека.

Исходя из предпосылок, которые могут проявиться через несколько лет, и в целях сохранения генетического потенциала будущих поколений, очевидно, следует дополнять действующую законодательную базу рядом актуальных в рассматриваемый период времени нормативно-правовых актов.

Изложенные нами предложения полностью соответствуют задачам, поставленным руководством нашей страны в Концепции развития «Азербайджан – 2020: взгляд в будущее», которая отмечает, что к 2020 г. «будет обеспечен переход к обязательному медицинскому страхованию и на его основе созданы условия для усовершенствования механизмов контроля за качеством медицинской помощи, защитой прав пациентов».

Важно и актуально переориентирование современных научных и технологических исследований, равно как и научно-технического прогресса в целом, на позитивное использование их достижений, на защиту будущих поколений, среды обитания, биосферы и биоразнообразия, на производство продуктов питания, свободных от ГМО и т.п., и, что самое главное, на обеспечение прав человека на безопасность жизни и охрану здоровья.

В заключение хотелось бы отметить, что, являясь свидетелями очевидного прогресса Азербайджанской Республики во всех отраслях жизни, в том числе в сфере обеспечения прав человека, мы уверены, что в скором будущем в национальном законодательстве будут приняты изменения, совершенствующие систему обеспечения прав человека на безопасность жизни и охрану здоровья. *Исследование международного опыта, присоединение нашего государства к декларациям, конвенциям и другим нормативно-правовым и рекомендательным международным актам, имплементация общепризнанных мировых стандартов и демократических ценностей в такой важной области, как медицинское право и права пациентов, заимствуя при этом позитивный международный опыт и учитывая национальные особенности, – это важные компоненты данного процесса.*

ƏDƏBİYYAT - LITERATURA – REFERENCES:

1. Azərbaycan Respublikasının səhiyyə qanunvericiliyi. Bakı: Qanun. 2008. 604 s.
2. Azərbaycan Respublikasının cinayət məəcəlləsi. Bakı: Qanun. 2006. 272 s.
3. Biologiya və təbabətin nailiyyətlərinin tətbiqi ilə əlaqədar insan hüquqlarının və insan ləyaqətinin qorunmasına dair Konvensiya // Bioetika: sənədlər, terminlər. Bakı: Elm. 2009. 336 s.
4. İnsan hüquqları və bioetikaya dair Ümumi bəyannamə // Bioetika: sənədlər, terminlər. Bakı: Elm. 2009. 336 s.
5. Закон «Об охране здоровья населения Азербайджанской Республики». Собрание законодательства Азербайджанской Республики. Баку: Ганун. 1997. №6, 62 с.
6. Каландарли Н. Проблемы биоэтики в свете Азербайджанского законодательства // Сборник материалов XVI Республиканской научной конференции докторантов и молодых ученых. Баку. 2012. 354-359 сс.
7. Конституция Азербайджанской Республики. <http://ru.president.az/azerbaijan/constitution>
8. Каландарли Н. Права пациентов в азербайджанском законодательстве и международный опыт. // АМЕА-nın Məruzələri, tom LXIX, cild №2, 104-113 ss.
9. Мамедов В. Степень развития медицинского права является показателем демократичности и развития общества. // Azərbaycan Tibb Jurnalı. Bakı, №1, 2011. 5-9 ss.
10. Мамедов В., Мустафаева А., Галаева И. Права человека в медицине. // Dirçəliş-XXI əsr. Bakı, №149-150, 2010. 219-231 ss.
11. Осинская Л. Нормотворческая деятельность Всемирной организации здравоохранения // Тезисы докладов Международной научной конференции, проведенной Одесской национальной юридической академией. 2010. 732 с.

12. Распоряжение Президента Азербайджанской Республики об утверждении Национальной программы действий по повышению эффективности защиты прав и свобод человека в Азербайджанской Республике. <http://ru.president.az/articles/4089>
13. Хартия Европейского Союза по правам человека. <http://www.dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1342692>
14. Galandarli N. Bioethics in the system of fundamental universal human and national values. UNESCO Chair in Bioethics 9th World Conference bio-ethics, medical ethics and health law. Royal continental congress center Heapol, Italy. November 19-21, 2013. 97 p.
15. Galandarli N. To the legal support of the Solution of Bioethical Problems in the Republic of the Azerbaijan. Asian Social Science, vol.9. 11 September 2013. Canadian center of Science and Education. 57-62 pp.
16. Galandarli N., Mammadov V. Legal support of vaccination as an indispensable condition for observance of bioethical norms. 8th International Conference on Bioethics Education: contents, methods, trends. Program and book of abstracts – bioethics 2012, Israel, 2-5 september, 2012.
17. Mammadov V., Galandarli N., Mustafayeva A., et al., Legal Responsibility for Violation of Law by Medical Workers in Azerbaijan. ACLM 53rd Annual Meeting Law, Medicine and your Professional practice February 21-24, 2013. Planet Hollywood resort. Las Vegas, Nevada.
18. Beauchamp D., Steinbock B. New Ethics for the Public's Health. London. 1999. 425 p.
19. Bennet B., Tomossy G.F. Globalization and Health: Challenges for health law and Bioethics. International library of Ethics, Law and New Medicine. Vol.76. 2010. 122-134 pp.
20. Hursthouse R. Applying Virtue Ethics. // Virtue and Reasons: Philippa Foot and Moral Theory Essays in Honour of Philippa Foot. Ed. by Philippa Foot, Rosalind Hursthouse, Gavin Lawrence and others. Oxford, Clarendon Press. 1995, 61 p.

X Ü L A S Ə

PASİYENTLƏRİN HÜQUQLARININ MÜDAFİƏSİ SAHƏSİNDƏ AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ MİLLİ QANUNVERİCİLİYİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ ÜZRƏ TƏKLİFLƏR

Məmmədov V.Q., Qələndərli N.H.

Məqalədə Azərbaycanda xəstələrin hüquqlarının qorunması sahəsində mövcud qanunvericilik təhlil edilir. Milli qanunvericilikdə öz əksini tapa biləcək bəzi beynəlxalq sənədlər və müddəalar göstərilir. Məqalədə milli qanunvericilikdə xəstələrin hüquqlarının təkmilləşdirilməsi üçün təkliflər təsvir edilir.

S U M M A R Y

SUGGESTIONS ON IMPROVEMENT OF THE NATIONAL LEGISLATION OF AZERBAIJAN REPUBLIC IN THE FIELD OF PROTECTION OF PATIENTS' RIGHTS

Mammadov V.G, Galandarli N.H.

In article the existing legislation in the field of protection of the patients' rights in Azerbaijan is analyzed. Some international documents and provisions which can be reflected in the national legislation are provided. In article possible offers for improvement of the rights of patients in the national legislation are described.

Daxil olub: 13.01.2015.

ABŞERON RAYONUNDA İLK ƏLİL HESAB EDİLƏNLƏRİN YAŞ VƏ CİNS TƏRKİBİNİN FƏRQLİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Baxşəliyev N.S.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu.

Cəmiyyətin tibbi-sosial yükünü ağırlaşdıran problemdən ən mühümü əlillikdir. Əlillərin sayı ildən-ilə çoxalır. Azərbaycan Respublikası Dövlət Stastitika Komitəsinin məlumatlarına görə 2005-2012-ci illərdə ilk dəfə əlil hesab edilən şəxslərin sayı Azərbaycanda 1,19 (19,1 mindən 22,7 minə qədər), Belarusda 1,11 (52,0 mindən 57,5 minə qədər), Ermənistanda 1,03 (15,9 mindən 16,4 minə qədər), Qırğızstanda 1,15 (12,2 mindən 14,0 minə qədər) dəfə çoxalmışdır, amma Rusiyada 2,23 (1799 mindən 805 minə qədər) və Ukraynada 1,23 (212 mindən 171,8 minə qədər) dəfə azalma qeydə alınmışdır [1]. Rusiyada əlilliyin azalmasına baxmayaraq uşaq əhalisinin əlilləşməsi, xüsusən 0-4 yaşlarda əlillik riski çoxalmışdır [2]. Azərbaycan alimlərinin tədqiqatları uşaqlarda ruhi pozğunluqlarla bağlı əlilliyin artmasını [3], əlillik problemində regional xüsusiyyətlərin dərinləşməsini [4;5] sübut edir. Qeyd olunanlar regionlarda əlillik probleminin yaşdan asılılığının öyrənilməsinin aktual olmasını göstərir. Tədqiqatımızın məqsədi Abşeron rayonu nümunəsində ilk dəfə əlil hesab edilmiş xəstələrin yaş və cins tərkibinin fərqli xüsusiyyətlərinin aşkar edilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın materialları və metodları. Tədqiqatın məqsədinə müvafiq ilkin material kimi rəsmi təsdiq olunmuş ilkin əlillik halları barədə Dövlət Statistika Komitəsinin məlumat bazası istifadə olunmuşdur [1]. Bu mənbələrdə Azərbaycan respublikası (ümumi səciyyənin qiymətləndirməsi üçün), Bakının Binəqədi rayonu (Abşeron rayonuna yaxın nəzarət obyekt kimi) və respublika tabeli Abşeron rayonu üzrə (əsas müqayisə obyekt kimi) verilmiş statistik məlumatlar təhlil edilmişdir. 2011-2013 – cü illərdə ilk dəfə əlil hesab edilənlərin cins (kişi, qadın) və yaş (0-13, 18-29, 30 və çox) tərkibinin təsviri statistikasını aparılmış, ekstensiv göstəricilərin səviyyəsi və orta xətası hesablanmışdır [6]. Bu göstəricilərlə inzibati ərazi vahidləri (Azərbaycan Respublikası, Binəqədi və Abşeron rayonları) müqayisə edilərək onların fərqlərinin dürüstlüyü Yeyts düzəlişi ilə (nəticənin dəqiqliyini artırmaq məqsədi ilə) Z meyarına görə qiymətləndirilmişdir [6].

Alınmış nəticələr. İlk dəfə əlil hesab edilənlərin cins və yaş qruplarına görə bölgüsü 1-ci cədvəldə verilmişdir. Əlillərin cinsə görə strukturu Azərbaycan Respublikası üzrə 2012-2013 – cü illərdə 2011-ci illə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə ($P \geq 0,05$) dəyişmişdir: qadınların əlillər arasında xüsusi çəkisi artmışdır ($40,8 \pm 0,3\%$ -dən, $42,3 \pm 0,2\%$ -ə qədər). Belə dinamika Binəqədi və Abşeron rayonlarında statistik dürüst təsdiqini tapmamışdır. Müqayisə olunan inzibati-ərazi vahidlərində ümumi səciyyə odur ki, əlillər arasında kişilərin xüsusi çəkisi ($\geq 53,5 \pm 2,3\%$) qadınların xüsusi çəkisindən ($\leq 46,56 \pm 2,3\%$) statistik dürüst çoxdur. Qadınların əlillər arasında xüsusi çəkisi bütün müşahidə illərində (2011-2013) Abşeron rayonunda Binəqədi rayonuna nisbətən statistik dürüst ($P < 0,05$) çox olmuşdur ($\geq 45,5 \pm 2,1\%$ və $\leq 41,7 \pm 1,9\%$).

İlk dəfə əlil hesab edilənlər arasında 0-13 yaşlı uşaqların xüsusi çəkisi 2011 və 2012-ci illər arasında $23,6 \pm 0,3\%$ -dən $15,6 \pm 0,2\%$ -ə qədər azalmışdır ($P < 0,05$). Oxşar dinamika Binəqədi rayonunda da ($18,6 \pm 1,6$ və $11,1 \pm 1,2\%$; $P < 0,05$) müşahidə olunur. Abşeron rayonunda bu göstəricinin dinamikası fərqlidir (göstərici 2012-ci ildə artmış – $22,6 \pm 1,8\%$ 2013-cü ildə isə azalmışdır – $16,0 \pm 1,4\%$).

Əlillər arasında 0-13 yaşlı uşaqların xüsusi çəkisinə görə Abşeron rayonu ölkənin ümumi səviyyəsindən ($17,3\pm 1,7\%$ və $26,6\pm 0,3\%$ 2011-ci ildə) və Binəqədi rayonunun səviyyəsindən ($16,0\pm 1,4$ və $11,1\pm 1,2\%$ 2013-cü ildə) fərqli səciyyələnir.

Yeniyetmələrin (14-17 yaş) əlillər arasında xüsusi çəkisi Azərbaycan Respublikası üzrə azalmağa meyillidir (2011-2013-cü illərdə: $5,4\pm 0,1$; $4,3\pm 0,1$ və $3,1\pm 0,1\%$; $P\leq 0,05$). Bu göstərici Binəqədi ($3,4\pm 0,8$; $6,0\pm 0,9$ və $3,5\pm 0,7\%$) və Abşeron ($3,2\pm 0,8$; $3,1\pm 0,7$ və $1,9\pm 0,5\%$) rayonlarında fərqli dinamika ilə səciyyələnir. Müşahidə illərində Abşeron rayonu yeniyetmələrin əlillər arasında xüsusi çəkisinə görə həm Binəqədi rayonundan (2012-ci ildə $3,1\pm 0,7$ və $6,0\pm 0,9\%$; $P<0,05$; 2013-cü ildə isə $1,9\pm 0,5$ və $3,5\pm 0,7\%$; $P<0,05$), həm də ümumrespublika səviyyəsindən (2011-ci ildə $3,2\pm 0,8$ və $P<0,05$) fərqlənir.

Gənclərin (18-29 yaşlı) əlillər arasında xüsusi çəkisi 2011-2013-cü illərdə həm Azərbaycan Respublikasında ($9,9\pm 0,2$ və $9,4\pm 0,1\%$; $P<0,05$), həm Binəqədi ($1,3\pm 1,4\%$; $P\leq 0,001$) və Abşeron ($8,8\pm 1,3$ və $4,0\pm 0,01$) rayonlarında statistik dürüst dəyişmişdir. Bu göstəriciyə görə Abşeron rayonu ümumrespublika səviyyəsindən (2013-cü ildə $4,0\pm 0,7$ və $9,4\pm 0,1\%$; $P<0,01$) aşağı səviyyədədir. Belə səviyyə 2012-ci ildə də izlənilir ($4,5\pm 0,9$ və $8,7\pm 0,2\%$; $P<0,05$).

Cədvəl № 1.

İlk dəfə əlil hesab edilənlərin cins və yaş qruplarına görə bölgüsü (təqvim illəri və inzibati ərazi çərçivəsində cəmə görə %)

İllər	İnzibati ərazi	Cins		Yaş (illər)			
		kişi	qadın	0-13	14-17	18-29	30 və çox
2011	Azərbaycan Respublikası	$59,2\pm 0,3$	$40,8\pm 0,3$	$23,6\pm 0,3$	$5,4\pm 0,1$	$9,9\pm 0,2$	$61,1\pm 0,3$
	Binəqədi rayonu	$60,5\pm 2,1$	$39,5\pm 2,1$	$18,6\pm 1,6$ ▲	$3,4\pm 0,8$ ▲	$1,3\pm 0,5$ ▲	$76,7\pm 1,8$ ▲
	Abşeron rayonu	$53,5\pm 2,3$	$46,5\pm 2,3$ ●	$17,3\pm 1,7$ ▲	$3,2\pm 0,8$ ▲	$8,8\pm 1,3$ ●	$70,7\pm 2,1$ ●▲
2012	Azərbaycan Respublikası	$58,4\pm 0,3$	$41,6\pm 0,3$ □	$23,5\pm 0,2$	$4,3\pm 0,1$ □	$8,7\pm 0,2$ □	$63,5\pm 0,3$ □
	Binəqədi rayonu	$61,9\pm 1,8$	$38,1\pm 1,8$	$19,2\pm 1,4$	$6,0\pm 0,9$ □	$1,0\pm 0,4$ ▲	$73,8\pm 1,6$ ▲
	Abşeron rayonu	$54,5\pm 2,1$	$45,5\pm 2,1$ ●	$22,6\pm 1,8$ □	$3,1\pm 0,7$ ●	$4,5\pm 0,9$ ●▲□	$69,8\pm 2,0$ ▲
2013	Azərbaycan Respublikası	$57,7\pm 0,2$	$42,3\pm 0,2$ □	$15,6\pm 0,2$ □	$3,1\pm 0,1$ □	$9,4\pm 0,1$ □	$71,9\pm 0,2$ □
	Binəqədi rayonu	$58,3\pm 1,9$	$41,7\pm 1,9$	$11,1\pm 1,2$ ▲□	$3,5\pm 0,7$	$15,6\pm 1,4$ ▲□	$69,8\pm 1,8$ □
	Abşeron rayonu	$54,2\pm 1,9$	$45,8\pm 1,9$ ●	$16,0\pm 1,4$ ●	$1,9\pm 0,5$ ●▲	$4,0\pm 0,7$ ●▲□	$78,1\pm 1,7$ ●▲□

Qeyd: ●- $P < 0,05$ Binəqədi rayonu ilə təqvim ili çərçivəsində müqayisə

▲- $P < 0,05$ Azərbaycan Respublikası ilə təqvim ili çərçivəsində müqayisə

□- $P < 0,05$ İnzibati ərazi çərçivəsində 2011- ci illə müqayisə

İlk dəfə əlil hesab edilənlərin böyük əksəriyyəti 30 və yuxarı yaşlı şəxslərdir. 2011-ci ildə əlillərin $61,1\pm 0,3\%$ -i ölkə üzrə, $76,7\pm 1,8\%$ -i Binəqədi və $70,7\pm 2,1\%$ -i Abşeron rayonu üzrə bu yaşlı kontingentin payına düşür. Göstəricilər arasında fərq statistik dürüstdür ($P<0,05$). Respublika üzrə bu göstərici ildən ilə çoxalır (2011-2013-cü illərdə: $61,1\pm 0,3$; $63,5\pm 0,3$ və $71,9\pm 0,9\%$; $P<0,01$). 2011-ci

illə müqayisədə göstəricinin statistik dürüst artması Abşeron rayonu üzrə yalnız 2013-cü ildə qeydə alınmışdır (70,7±2,1% və 78,1±1,7%; P<0,05).

Binəqədi rayonunda göstəricinin dinamikası azalma ilə səciyyələnir (müvafiq olaraq: 76,7±1,8və 69,8±1,8%; P<0,05).

Beləliklə, ilk dəfə əlil hesab edilənlərin cinsə və yaşa görə bölgüsü və onun dinamikası Abşeron rayonunda həm ölkənin, həm də qonşu Binəqədi rayonunun müvafiq səviyyəsindən fərqlənir.Ən mühüm fərqli cəhətlərə aiddir:

–qadınların əlillər arasında xüsusi çəkisinin nisbətən çox olması (46,5±2,3 % 2011-ci ildə) və müşahidə müddətində nisbətən stabil qalması (2012-cü ildə 45,8±1,9%);

–əlillər arasında 0-13 yaşlı uşaqların xüsusi çəkisinin xaotik dəyişməsi (17,3 ±1,7% 2011, 22,6±1,8% 2012 və 16,0±1,4% 2013-cü illərdə);

–əlillər arasında 14-17 yaşlı yeniyetmələrin xüsusi çəkisinin nisbətən az olması (3,2±0,8% 2011, 1,9±0,5% 2013-cü illərdə);

–əlillər arasında 18-29 yaşlı gənclərin xüsusi çəkisinin azalmağa meyilli olması (2011-2013-cü illərdə: 8,8±1,3; 4,5±0,9 və 4,0±0,7%);

–əlillər arasında 30 və yuxarı yaşlı şəxslərin xüsusi çəkisinin ölkə səviyyəsi ilə müqayisədə çox olması.

İlkin əlilliyin 2011-2013 – cü illərdə kişi və qadın populyasiyalarında səviyyəsi 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur.Göründüyü kimi,bu müddət ərzində əlilliyin səviyyəsi həm ölkədə (37,9±0,29 və 58,7±0,35%o kişi, 25,7±0,24 və 42,4±0,29%o qadın populyasiyalarında), həm də Abşeron rayonunda (25,9±1,62 və 37,7±1,94%o kişi, 22,8±1,53 və 32,1±1,79%o qadın populyasiyalarında) statistik dürüst çoxalmışdır.Bütün müşahidə müddətində həm ölkədə, həm də Binəqədi rayonu üzrə illik əlilliyin səviyyəsi kişi populyasiyası ilə müqayisədə statistik dürüst çox olmuşdur. Amma Abşeron rayonunda ilkin əlilliyin səviyyəsinə görə kişi və qadın populyasiyalarının fərqi statistik dürüst olmamışdır (P>0,05).

Cədvəl № 2.

İlkin əlillik göstəricisinin səviyyəsi (müvafiq qruplar üzrə hər 10 min nəfərə görə)

İnzibati ərazi	kişi			qadın		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Azərbaycan Respublikası	37,9±0,29	39,4±0,29	58,7±0,35 □	25,7±0,24	27,9±0,24	42,4±0,29 □
Binəqədi rayonu	27,4±1,49 ▲	37,4±1,71 □	29,6 ±1,51 ▲	17,9±1,20 ▲	23,1±1,35 □	21,2±1,28 ▲
Abşeron rayonu	25,9±1,62 ▲	30,4±1,75 ●▲	37,7±1,94 ▲□●	22,8±1,53 ●	25,6±1,53 ●	32,1±1,79 ▲□●

Qeyd: ●-P < 0,05 Binəqədi rayonu ilə təqvim ili çərçivəsində müqayisə

▲- P < 0,05 Azərbaycan Respublikası ilə təqvim ili çərçivəsində müqayisə

□- P < 0,05 İnzibati ərazi çərçivəsində 2011- ci illə müqayisə

Beləliklə, ilkin əlillik səviyyəsinə və onun gender xüsusiyyətinə görə Abşeron rayonu həm ölkənin ümumi səviyyəsindən,həm də Binəqədi rayonunun müvafiq göstəricilərindən fərqlənir: ölkə ilə müqayisədə əlilləşmə riski nisbətən az, Binəqədi rayonu ilə müqayisədə isə nisbətən çoxdur,qadın və kişi populyasiyalarının fərqi nisbətən məhduddur.

Alınmış nəticələrinin müzakirəsi. Əlillik riski mürəkkəb tibbi-sosial problem kimi çoxlu amillərdən asılıdır. Əlilliyə səbəb olan xəstəliklərinin tezliyi, onların müalicəsinin effektivliyi və sosial-iqtisadi durumun adekvatlığı kompleks şəkildə əlillik riskini formalaşdırır.Abşeron və Binəqədi rayonları bir-birindən iki mühüm amillə fərqlənir: tibbi yardımın Binəqədədə paytaxt üçün səciyyəvi səviyyədə yüksək

olması, Abşeron rayonunda isə tibbi-iqtisadi və sosial inkişafı zəif olan kəndlərin çoxluğu. Ona görə də Abşeronda Binəqədiyə nisbətən əhalinin ilkin əlilləşmə riski yüksəkdir.

Abşeron rayonunda əlillik riski ümumrespublika səviyyəsindən azdır. Buda onu göstərir ki, əlillik riski ölkənin digər inzibati ərazilərində yüksəkdir. Əlillik riskinin gender asılılığı həm ölkə, həm də Abşeron və Binəqədi rayonlarında oxşardır: kişi populyasiyasının əlilləşmə riski çoxdur. Bu kişi əhalisinin əmək fəaliyyəti və sosial aktivliyi ilə bağlı xəstələnmə riskinə məruz qalması ilə bağlıdır.

Əlillik riskinin dəyişməsində iqtisadi inkişafın, əlilliyin ekspertizasının təşkilinin, xəstələnmə səviyyəsinin və səhiyyə resursları ilə təminatın rolu R.Q.Eyvazovun tədqiqatlarında öyrənilmişdir [4]. Aldığımız nəticələr R.Q.Eyvazovun nəticələri ilə tam uzlaşır.

Əlillik riskinin kişi populyasiyasında çox olması barədə əsaslandırdığımız müddət N.M.Rüstəmovanın müvafiq müddəalarına uyğun gəlir [5].

Beləliklə, Abşeron rayonu nümunəsində ilkin əlilliyin yaş və cins səciyələrinin fərqi təsadüfi deyil, onun sosial-iqtisadi, demoqrafiya və tibbi təşkilati səciyyəsinin nəticəsidir.

Nəticələr

1. Abşeron rayonunda Azərbaycan Respublikası üçün səciyyəvi olan kişi populyasiyasında əlillik riskinin çoxluğu təsdiq olunur, əlillik göstəricisinin səviyyəsi həm qadın, həm də kişi populyasiyasında ölkənin müvafiq göstəricisi ilə müqayisədə statistik dürüst azdır;

2. 2011-2013-cü illərdə Abşeron rayonunda ilkin əlilliyin səviyyəsi ölkədə və qonşu Binəqədi rayonunda olduğu kimi artmaqla səciyyəvi olur;

3. Abşeron rayonunu ilkin əlilliyə görə ümumrespublika və qonşu Binəqədi rayonundan fərqləndirən mühüm səciyyəvi aiddir:

– qadınların əlillər arasında xüsusi çəkisinin nisbi çoxluğu və 2011-2013-cü illərdə nisbi stabilliyi;

– əlillər arasında 14-17 yaşlı yeniyetmələrin xüsusi çəkisinin azlığı, 30 və yuxarı yaşlı şəxslərin xüsusi çəkisinin çoxluğu.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Azərbaycanda səhiyyə, sosial təminat və mənzil şəraiti. Statistik məcmuə. 2013. www.stat.gov.az
2. Потапова О.Н. Динамика детской инвалидности в медико-демографическом контексте // Здравоохранения Российской Федерации. 2012. №1. с. 26-29
3. Агаева К.Ф., Мусабекова Г.Н. Сравнительная оценка динамики заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств // Журнал Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Том 112. 2012, с.64-66
4. Эйвазов Р.Г. Нагрузка на региональные службы здравоохранения в связи с повышением риска инвалидности // ЛІКАРСКА СПРАВА (Врачебное дело) 2011. №5. с.110-113
5. Rüstəmov N.M. Göz xəstəlikləri ilə bağlı ilkin əlillik riskinin regional xüsusiyyətləri // Sağlamlıq. 2010. №7. s. 153-157
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Москва. Практика. 1999. – 459 с.

РЕЗЮМЕ

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТА, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫМИ ИНВАЛИДАМИ В АБШЕРОНСКОМ РАЙОНЕ

Бахшалиев Н.С.

Цель исследования: Выявить особенности возрастно-половой структуры контингента, впервые признанными инвалидами в Абшеронском районе.

Материалы исследования: Официальные данные Госкомстата Азербайджанской Республики (www.stat.gov.az).

Методы исследования: Методы анализа качественных признаков, проверки справедливости нулевой гипотезы на основе критерия с поправкой на Йейтса.

Результаты исследования: Доля мужчин среди контингента, впервые признанными инвалидами в 2011 году в Абшеронском районе ($53,5 \pm 2,3\%$) отличалась от таковой по республике в целом ($59,2 \pm 0,3\%$) и по Бинагадинскому району ($60,5 \pm 2,1\%$) и характеризуется относительной стабильностью за 2012 и 2013 годы. В Абшеронском районе среди инвалидов доля лиц старше 29 лет больше чем по Азербайджану в целом и в динамике увеличивается.

Заключение: В Абшеронском районе особенности возрастно-полового состава контингента, впервые признанными инвалидами существенные.

Ключевые слова: Абшеронский район, инвалиды, возраст и пол.

SUMMARY

DISTINCTIVE FEATURES OF AGE-SEX STRUCTURE OF THE CONTINGENT RECOGNIZED AS DISABLED PEOPLE IN THE ABSHERON AREA FOR THE FIRST TIME

Bakhshaliyev N. S.

Research objective: To reveal features of age-sex structure of the contingent recognized as disabled people in the Absheron area for the first time.

Research materials: Official data of State committee on statistics of the Azerbaijan Republic (www.stat.gov.az).

Research methods: Methods of the analysis of qualitative signs, checks of justice of a zero hypothesis on the basis of criterion adjusted for Yeats.

Results of research: The share of men among the contingent differed in recognized disabled people in 2011 in the Absheron area ($53,5 \pm 2,3\%$) for the first time from that on the republic in general ($59,2 \pm 0,3\%$) and on the Binagady area ($60,5 \pm 2,1\%$) and is characterized by relative stability for 2012 and 2013. The share of people in the Absheron area among disabled people is more senior than 29 years more than across Azerbaijan in general and increases in dynamics.

Conclusion: In the Absheron region features of age-sex structure of the contingent recognized as disabled people for the first time is the essential.

Keywords: Absheron area, disabled people, age-sex.

Daxil olub: 12.12.2014.



* ƏSZAÇILIĞIN PROBLEMLƏRİ * ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ *
* PROBLEMS of PHORACOLOGY *

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРОМЫШЛЕННЫЕ ОТХОДЫ – ИСТОЧНИКИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Юсифова Д.Ю.

Кафедра фармацевтической химии Азербайджанского Медицинского Университета, г. Баку.

Разработка малоотходной и безотходной технологии является актуальной проблемой всех отраслей народного хозяйства в том числе медицинской и фармацевтической наук. Биологически активные вещества растений это есть вещества вторичного обмена, а также являются основой лекарственных препаратов [7].

Исследования отечественных промышленных отходов позволяют создать лекарственные препараты, причем экономически выгодные.

Материалы и методы исследования: В Имишлинском районе функционирует завод, где из свеклы обыкновенной (*Beta vulgaris* L.) получают сахарозу. В результате образуются сотни тонн отходов, которые могут быть источником для получения ряда биологически активных веществ [8].

2.0 кг высушенные при 50-60°C (влажность 10%) отходы экстрагировали этанолом в соотношении 1:8 (сырье-растворитель) при комнатной температуре в течение 24 ч., дважды. Экстракты объединили, упаривали под вакуумом до 100 мл, прибавили 100 мл воды и упаривали до водного остатка, который последовательно обрабатывали гексаном, хлороформом и н-бутанолом. Из гексанового извлечения при хроматографировании на колонке заполненной Al_2O_3 (II степени активности) выделили стероиды - стигмастерин и β -ситостерин.

Из хлороформного извлечения получили урсоловую кислоту [3-окси- Δ -12(13)-урсен] [6].

Из н-бутанольного извлечения после упаривания получили фракции сапонинов, из которых при кислотном гидролизе получили олеаноловую кислоту [3-окси- Δ ¹²-28-карбоксииолеанен].

Одним из отходов растительного происхождения являются околоплодники каштана – *Castanea sativa* (L.) Mill, сем. Fagaceae-Буковые [8].

Ядра орехов каштана очень питательны и употребляются в вареном, печеном и сыром виде. Ядра орехов каштана собирают осенью. При этом образуются сотни тонн природных отходов – околоплодники, которые не используют. Нами было установлено, что эти отходы содержат значительное количество биологически активных веществ.

Из 2.0 кг околоплодника нами были выделены в свободном виде лютеолин (5,7,3',4'-тетраоксифлавоны) и после гидролиза флавоноидной фракции – кверцетин (3,5,7,3',4' – пентаоксифлавоны) и лютеолин (5,7,3',4' – тетраоксифлавоны).

Одним из плодо-овощных продуктов является лук репчатый – *Allium* сера, сем. лилейные –Liliaceae. Лук применяется во всем мире, в том числе в Азербайджане, причем в течение всего года. Следовательно, приходится этот продукт в огромных количествах хранить в складах-холодильниках. При этом образуется в большом количестве шелуха лука, которая утилизируется [1].

Проведенные нами исследования показали, что в шелухе лука содержатся в значительном количестве флавоноиды. Нами были выделены свободный флавоноидный агликон – кверцетин (3,5,7,3',4' – пентаоксифлавоны) и его гликозид. Структура последнего устанавливается.

Раннее нами было сообщено о том, что из шрота при производстве облепихового масла выделены L-яблочная кислота, β -ситостерин, урсоловая кислота, флавоноиды кемпферол (3,5,7,4' – тетраоксифлаван) ., кверцетин и его биозид рутин - кверцетин-7-O- (- α -L-арабинопиранозил (1 \rightarrow 6)- β -D-глюкопиранозид [6].

Из шрота при производстве яблочного сока нами были выделены стероид β -ситостерин, тритерпеновая кислота – урсоловая, флавоноиды АПИ-генин (5.7,4-триоксифлаван) и кверцетин (3,5,7, 3',4' – пентаоксифлаван) [4].

В Гекчайском районе функционирует современный завод «Нар», где из плодов гранатного дерева – *Punica granatum L.*, сем. Гранатовые – *Punicaceae* получают «Наршараб». При этом образуется огромное количество производственных отходов, которые утилизируются. Из указанных отходов нами были выделены тритерпеноид – урсоловая кислота [3-окси- Δ -12(13)-урсен] около 0.3% и фенолкарбоновая кислота – эллаговая около 0,4%.

Результаты исследования: Каждый из этих природных веществ (вторичные метаболиты), полученные из отечественных промышленных отходов, обладает ценными биологическими свойствами. Как, например, кверцетин и рутин являются фармакопейными препаратами и применяются в современной медицине как в свободном, так и в комбинированном виде [3].

Стигмастерин и β -ситостерин применяются для синтеза стероидных соединений [2].

Яблочная кислота в медицинской практике применяется как составная часть слабительных средств и препаратов от хрипоты. В промышленности используют при производстве вин, кондитерских продуктов как вкусовую добавку и регулятор pH [6].

Урсоловая и олеаноловая кислоты обладают противовоспалительными, анальгезирующими, гиполипидемическими, противосклеротическими, антиканцерогенными, кардиотоническими свойствами. Кроме того, урсоловая кислота усиливает кровообращение в коронарных сосудах и мозге. Производные урсоловой кислоты проявляют противогрибковую и антимикробную активность [2,6].

Лютеолин - 5,7, 3',4'-тетраоксифлаван обладает спазмолитическими, иммуномодулирующими, муколитическими, противоаллергическими, антиканцерогенными, противовоспалительными свойствами [5].

Эллаговая кислота, или дилактон гексагидроксидифеновой кислоты, является фенолкарбоновой кислотой и относится к низкомолекулярным фенольным соединениям. Встречается как в свободном, так и в связанном состоянии. В последнем случае является компонентом дубильных веществ гидролизуемой группы, так называемых эллаготанинов.

Биологическая активность эллаготанинов и эллаговой кислоты обширная и основывается на их противовоспалительной, противоопухолевой, антиоксидантной и антимикробной свойствах. Антимикробная активность против грибков, вирусов и особо важных бактерий, включая антибиотикорезистентные штаммы, такие как *Staphylococcus aureus*. Кроме того, эллаговая кислота также рассматривается как природный селективный эстрогенный рецепторный модулятор [9-11].

Выводы: Таким образом, из отходов отечественного растительного растения были выделены многочисленные биологически активные вещества и разработаны методы их получения. Следовательно, на основе этих веществ возможна разработка технологии получения различных лекарственных средств растительного происхождения.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Атлас лекарственных растений СССР. Государственное из-во мед. литература, М. 1962, 432 с.
2. Ковганко Н.В., Кашкан Ж.Н., Борисов Е.В., Батура Е.В. Спектры ЯМР ¹³С производных β-ситостерина, окисленных в циклах А и В // Химия природных соединений, 1999, № 6. –С.757-762.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Издание пятнадцатое. Из-во «Новая волна» 2005, 1206 с.
4. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю. Биологически активные вещества из отходов переработки плодов яблони. Актуальные вопросы химической технологии и защиты окружающей среды // Сборник материалов III Всероссийской Конференции с международным участием. Город Новочебоксарск, 21-22 ноября 2013 г.
5. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Флавоноиды соцветий *Cephalaria procera* (Dipsacaceae), произрастающей в Азербайджане // Растительные ресурсы, 2013, Т.49, В.1. С.103-107.
6. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Компонентный состав шрота при производстве облепихового масла // Растительные ресурсы, 2014, Т.50, В.1. С.127-131.
7. Муравьева Д.А., Самылина И.А., Яковлев Г.П. Фармакогнозия, Москва «Медицина», 2002, 653 с.
8. Флора Азербайджана Баку, Из-во Ак.наук Азерб.ССР.1952,Т.III, 406 с (сем. Salicaceae – Caryophyllaceae)
9. Kadhem K. Ghudhaib, Ekbal R. Hanna and Alaa Hussein Jawad Effect of ellagic acid on some types of pathogenic bacteria // Journal of Al-Nahrain University, 2010, Vol.13(2). June, pp.79-85.
10. Leonardo Sepulveda, Alberto Ascacio, Raul Rodriguez-Herrera, Antonio Aguilera-Carbo and Cristobal N.Aguilar Ellagic acid: Biological properties and biotechnological development for production processes // African Journal of Biotechnology, 2011, Vol. 10(22), pp. 4518-4523.
11. Lidia Lipinska, Elzbieta Klewicka, Michal Sojka Structure, occurrence and biological activity of ellagitannins: a general review //Acta Sci. Pol., Technol. Aliment., 2014, 13(3), 289-299.

X Ü L A S Ə**YERLİ BİTKİ MƏNŞƏLİ SƏNAYE TULLANTILARI – BİOLOJİ FƏAL MADDƏLƏRİN VƏ DƏRMAN VASİTƏLƏRİNİN MƏNBƏYİDİR**

Yusifova C.Y.

Bir sıra yerli bitki mənşəli sənaye tullantılarının tədqiqi aparılmışdır.

Şəkər çuğunduru tullantılarından stiqmasterin, β-sitosterin, ursol turşusu və saponinlərin hidrolizi nəticəsində oleanol turşusu alınmışdır.

Adı şabalıdın tullantılarından luteolin və kversetin, soğan qabığından kversetin, Çaytikanı yağı tullantılarından alma turşusu, β-sitosterin, ursol turşusu, kempferol, kversetin, rutin, alma şirəsi tullantısından ursol turşusu, apigenin və kversetin, nar şirəsi tullantısından ursol turşusu və ellag turşusu alınmışdır.

S U M M A R Y**DOMESTIC PLANT INDUSTRIAL WASTE - SOURCES OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES AND DRUG REMEDIES**

Yusifova C.Y.

It was carried out the studying of some domestic plant industrial waste. From sugar cane waste were received stigmasterin, β-sitosterol, ursol acid and oleanolic acid as the result of saponins hydrolysis. From chestnut waste were isolated luteolin and quercetin, from onion skins - quercetin, from Sea Buckthorn oil waste - malic acid, β-sitosterol, ursolic acid, kempferol, quercetin, rutoside, from apple juice waste - ursol acid, apigenin and quercetin, from pomegranate juice waste - ellagic and ursolic acids.

Daxil olub: 29.01.2015.



KLİNİKİ MÜŞAHİDƏLƏR КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ*
CLINICAL SUPERVISION

VEGENER QRANULEMATOZUNUN LOKAL VARIANTİ

İsrafilova Ş.Y.

ATU-nin Kliniki Allerqologiya və İmmunologiya Kursu, Bakı, Azərbaycan.

Açar sözlər: Vegener qranulematozu, yuxarı və aşağı tənəffüs yollarının və gözlərin zədələnməsi, antinuklear sitoplazmatik anticismlər

Keywords: Wegener's granulomatosis, upper and lower respiratory tract and eyes manifestations, anti-neutrophil cytoplasmic autoantibodies

Vegener qranulematozu- respirator traktın, böyrəklərin, dərinin, oynaqların və periferik sinirlərin zədələnməsiylə keçən sistem vaskulitdir. Gözlərin, ürəyin, və mərkəzi sinir sisteminin cəlb olunması, prosesin birincili zədələnmə ocağından yayılması nəticəsində olur. Vegener qranulematozu klassik üçlük: yuxarı və aşağı tənəffüs yolları və qlomerulonefritə əsasən ayırd edilir və zədələnmə toxumanın biopsiyasına əsasən təsdiq olunur. Ən çox rast gələn əlamətlərdən burun yollarının, burun çəpəri daxil olmaqla. qırtlağın və bronxların xorali damar zədələnmələridir. Variant formada tənəffüs sistemi, əsasən ağciyərlər zədələnir, böyrəklər cəlb olunmur. Xəstəliyin patogenetik mexanizmləri damarların immun zədələnməsiylə, və ikincili iltihab dəyişikliklərlə əlaqələndirilir. Xəstələrin çoxunda diaqnozun qoyulmasında kömək edən qanda antinuklear sitoplazmatik anticismlər təyin edilir.

Aşağıda göstərdiyimiz kliniki hadisədə düzgün diaqnoz xəstəliyin başlanmasından 30 il sonra, Moskvanın E.M. Tareyev adına nefrologiya, daxili və peşə xəstəlikləri klinikasında, qoyulub.

Xəstənin şikayətləri: sol göz nahiyəsində ağrı, həmin gözdə görmə qabiliyyətinin azalması, göz qapaqlarının şişkinliyi və qızartısı, göz qapaqlarının tam qapatma imkanının olmaması, soyuqda əl və ayaq barmaqlarının göyerməsi, baldırların aşağı 1/3 nahiyələrində ağrılı hiperpigmentasiya sahələri, arterial təzyiqin (AT) 160/100 mm c.s.-dək yüksəlməsi, orta AT 120/80 mm c.s., barmaqların ucunda müntəzəm olaraq yaraların (xoraların) əmələ gəlməsi.

Xəstəliyin anamnezi: 17 yaşında, kəskin respirator xəstəlikdən sonra, üzündə kəpənək şəklində qızartı əmələ gəlib, həmçinin qızartı baldırların arxa səthində, falanqalararası oynaqların üstündə müşahidə olunub. Xəstəyə qırmızı qurd eşənəyi (QQE) diaqnozu qoyulub, kortikosteroidlərlə müalicə başlanıb (dozaları xatırlamır), önəmli effekti olmayıb.

Bir ildən sonra Moskvanın revmatoloji ETİ-na qospitalizasiya edilib, QQE və dermatomiozit diaqnozları arasında differensiasiya aparılıb. Dərinin və əzələnin biopsiyası olunub, dermatomiozite uyğun nəticələr alınmayıb. Buna baxmayaraq, xəstəyə dermatomiozit diaqnozu qoyulub, prednizolonla müalicə başlanıb. Səpkilər keçib, xəstənin çəkisi 30 kiloqram artıb. Prednizolonla müalicəni xəstə 6 il ərzində davam edib. Prednizolon kəsildikdən bir il sonra ətrafların dərisində qırmızı, qabıqlanan, qaşıntısız səpkilər əmələ gəlib. Moskvanın Seçenov adına Tibbi Akademiyasının dəri-zöhrəvi klinikasında diskoid qırmızı qurd eşənəyi diaqnozu qoyulub, müsbət effekt verən kortikosteroid məlhəmlər təyin edilib.

28 və 29 yaşında fəsadsız keçən hamiləliklərdən sonra iki doğuş olub, uşaqları sağlamdır.

15 il sonra (xəstənin 44 yaşı vardır) günəşli ölkədə tətildən sonra bədən temperaturun $39,5^{\circ}\text{C}$ qədər yüksəlməsi, soyuqda əl və ayaq barmaqlarının göyerməsi əmələ gəlib. Bakıda yaşayış yerində həkimə müraciət edib, antibiotiklərlə, asparkamla müalicə təyin olunub, 3 gündən sonra temperaturu normallaşmış, digər əlamətlər dəyişilməyib. Həmin il baldırların dərisində ağrılı tünd qırmızı səpkilər əmələ gəlib. Xəstəyə 4 mq 2 tabletka gündə prednol təyin olunub, təsiri olmayıb. Bir neçə ildən sonra, kəskin respirator xəstəlikdən sonra, sol gözündə şişkinlik və ağrı, həmin gözdə tədricən görmə qabiliyyəti azalıb.

Qabarıq zəifliyə görə xəstəyə müsbət təsir verən retabolil təyin olunmuş. Qalxanvari vəzdə 4 düyün aşkar olunmuş, xəstəyə tireoidektomiya əməliyyatı aparılmış, o zamandan sutkada 50 mq L-tiroksin qəbul edir. Həmin vaxtdan xəstəni fiziki gərginlik zamanı təngnəfəslik narahat edir.

Bir neçə aydan sonra yenidən bədən temperaturun $39,5^{\circ}\text{C}$ qədər yüksəlməsi, zəiflik, sarı rəngli bəlgəmlə öskürək, eyni zamanda görmə qabiliyyəti azalmış. Antibiotiklərlə müalicəyə baxmayaraq, vəziyyəti yaxşılaşmayıb. Bakıda yaşayış yerində klinikaya daxil olub, diaqnoz naməlum qalıb. Sutkada 3 qram metipred, trental təyin olunub. Müalicə fonunda temperaturu azalıb, öskürək keçib, göz nahiyəsində ağrı azalıb. Amma, həmin əlamətlər tam keçməyib, bir ilə qədər qalıb, periodik olaraq arterial təzyiqin 160/100 mm c.s.-dək yüksəlməsini qeyd edir (orta AT 120/80 mm c.s.), AT yüksəldəndə raunatin qəbul edir.

Yuxarıdakı şikayətlərlə xəstə Moskvanın E.M. Tareyev adına nefrologiya, daxili və peşə xəstəlikləri klinikasına müraciət edib, xəstədə Vegener qranulematozu diaqnozu təxmin edilib, diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün həmin klinikanın “süni böyrək” şöbəsinə müayinə və müalicə seçimi məqsədiylə qospitalizasiya olunub.

Qəbul olarkən: Vəziyyəti nisbətən kafidir. $T^{\circ}\text{C}=36,6^{\circ}\text{C}$. Baldırların dərisində hiperpiqmentasiya sahələri görünür. Ödemlər yox. Ağciyərlərdə xışıltı yox. ÜVS=64/dəq., AT 120/80 mm c.s. qara ciyər və dalaq böyüməyib.

Laborator və instrumental müayinələrin nəticələri:

Qanın ümumi analizi: Hb-12,3-11,0 q/dl, eritrositlər 4,55-4,1 mln., MCV 83-82 (75-95), MCH 27,1-26,4 (24-34), MCHC 32,8-32,1 q/dl (30-38), HCT 37,5-34,3% (36-48), leykositlər 13,6-11,6 min., trombositlər 270-243 min., miyelositlər 0-1%, gənc 0-1%, çubuqnüvəli 3-7%, seqmentnüvəli 60-56%, limfositlər 30-26%, monositlər 7-8%, eozinofillər 0-0%, bazofillər 0-1%, EÇS-12-22 mm/s

Sidiyin ümumi analizi: nisbi sıxlığı 1,017, zülal yox, şəkər yox, mikroskopik müayinə normal. Neçiporenko üsuluyla sidiyin analizi: leykositlər-250, eritrositlər-250, silindrlər-yox. Sidiyin sutkalıq analizində zülal yox.

Zimnitski üsuluyla sidiyin analizi: xüsusi çəki 1,005-dən 1,023-dək. Gündüz diurezi: 640 ml. Gecə diurezi: 550 ml.

Qanın biokimyəvi analizi: dəmir 56 mq/dl (40-160), dəmirbağlama % 18,0% (20-55), kalsium 9,0 mq/dl (8,5-10,5), ГГТ-15 V/1 (3-49), AST, ALT-norma, qələvi fosfataza 84 V/1 (98-274), amilaza, ümumi zülal, albumin, kreatinin, qeyri-orqanik fosfor, qlukoza, sidik çövhəri azotu, sidik turşusu, ümumi bilirubin-norma. Natrium-146 mekv/1 (135-145), kalium-5,0 mekv/1 (3,5-5,0), triqliseridlər 194 mq/dl (50-150), ümumi xolesterin 211 mq/dl (150-250), yüksək sıxlıqlı lipoproteinlərin xolesterini 54 mq/dl (35-75), aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin xolesterini 118,2 mq/dl (100-160), çox aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin xolesterini - 38,8 mq/dl (10-30), hiperlipidemiya növü 4.

Zərdab zülallarının elektroforezi: albumin 62,5% (54,7-68,7), alfa-1 3,2% (3,7-7,8), alfa-2 10,8% (5,2-10,7), beta 13,3% (8,6-13,7), qamma 10,2% (10,7-19,3).

Reberq sınağı: qanda kreatinin 1, 2 q/dl, surkalıq diurez 1100 ml, filtrasiya 50 ml/dəq., (80-120), reabsorbsiya 98,5 (98-99).

Qan zərdabının immunoqlobulinləri: İgA 350 mq/dl (50-300), İgM 120 mq/dl (40-200), İgG 1400 mq/dl (600-2000), komplement 31,2 hem. vahid (20-40).

İmmunoloji müayinələrin nəticələri: Anti-DNT- mənfi, C- reaktiv zülal 3,4 mq/dl (0-0,8), antinuklear faktor ANF 1/160, homogen işıqlanma ++, krioqlobulinlər mənfi, kardiolipinlərə qarşı anticismlər İgM 3,77 BV/ml (0-7), İgG 0 BV/ml, cANCA (proteinaza 3-ə qarşı anticismlər) 6.32 V/ml (0-5), pANCA (miyeloperoksidazaya qarşı anticismlər) 2,18 V/ml (0-5).

Qalxanvari vəzin hormonları: sərbəst T4 20,5 pmol/l(9,0-23,2), TTH 4,92 BV/1 (0,36-4,84).

Koaquloqram: Aktivlənmiş hissəvi tromboplastin zamanı 0,87 (0,75-1,25), protrombin indeksi 110% (86-110), beynalxalq normallaşdırılmış nisbət 0,89 (0,9-1,15), fibrinogen 3,85 q/l (1,8-4,0), D-dimerlər ≥ 3 mkq/ml ($<0,5$). Nəticə: D-dimerlərin yüksək səviyyəsi. HBs Ag mənfi, HCV Ab mənfi.

EKG: Ürəyin elektrik oxu sola dönüb. Mülayim sinus bradikardiyası. Sol mədəciyin miokardının mülayim dəyişiklikləri.

Döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqrafiyası: İki proyeksiyada ortalığın orta mərtəbəsinin genişlənməsi qeyd olunur (damar komponentinin hesabına istisna olunmur). Diffuz pnevmoskleroz hesabına bütün şöbələrdə ağciyər şəkli güclənib, sağ ağciyərin aşağı payında kiçikoyuqlu tipdə deformasiya olunub. Ağciyərlərin kökləri azstrukturludur, fibrozlu bərkiyib, genişlənməyib. Plevral sinuslar sərbəstdir, bütün şöbələrdə izlənilir. Diafraqma hər iki tərəfdən 5-ci qabırqaların ön hissələrinin səviyyəsindədir. Ürək kölgəsi iki tərəfə genişlənilib, aorta yaşa uyğundur. Döş qəfəsi orqanların kompyuter tomoqrafiyası tövsiyə olunur.

Döş qəfəsinin multispiral kompyuter tomoqrafiyası: Aksial tomoqramlar seriyasında ağciyərlərdə ocaqlı və infiltrativ dəyişiklik aşkar olunmayıb. Bazal şöbələrdə pnevmatizasiya azalıb, hipoventilasiya hesabına (ağciyərin parenximasının sıxlığı 550 v.H, bazal şöbələrdə 825 v.H.). Bu fonda tək-tək paycıqdaxili emfizema sahələri görünür, əsasən sağ ağciyərin orta payında. Bronxlar subseqmentar şahələr səviyyəsinə qədər izlənilib, divarlar dəyişilməyib, boşluqlar sərbəstdir. Orталıq və ağciyərlər köklərinin strukturları differensiasiyalaşib. İntratorakal limfa düyünləri böyüməyib. Seroz boşluqlarda ekssudat yox, plevranın vərəqləri bərkləşib. Ürəyin forma və ölçüləri pasiyentin yaşına uyğundur, perikardın qatı (vərəqi) nazikdir.

Yuxarı boş venanın bir qədər genişlənməsi və əlavə v/ azygos mövcudluğu qeyd olunur. Qalan magistral damarlar adi kalibrlidir. Müayinə olunmuş skeletin strukturu degenerativ-distrofik dəyişikliklər əlamətləriylədir.

Qarın boşluğu və böyrəklərin ultrasəs müayinəsi: Qaraciyərin ölçüləri sağ payın qalınlığı hesabına (144 mm) normadan artıqdır. Qaraciyərin konturları düzdür. Parenximasının exogenliyi diffuz şəkildə artıb. Damar şəkli qalıb. Qapı venasının eni 10 mm. Öd kisəsi normal, qaraciyərdaxili öd axarları genişlənməyib. Mədəaltı vəzi baş və gövdə nahiyəsində izlənilib, ölçüləri normal, konturları düz, parenximasının exogenliyi artıb. Dalaq böyüməyib 100-30 mm, parenximasında struktur dəyişiklik yox. Dalaq venası 7 mm. Böyrəklər tipik yerdə təyin olunur, ölçüləri normal: sağ- 95-42-48 mm, sol 99-45-50mm, konturları düz, parenximanın qalınlığı 16 mm, exogenliyi normal. Kasa-ləyən sistemi

genişlənməyib, konkret yox. Nəticə: Qaraciyərin və mədəaltı vəzin diffuz dəyişiklikləri.

Burun-Boğaz-Qulaq mütəxəssisin konsultasiyası: burunun selikli qişasında burun çəpəridə hər iki tərəfdə, daha çox sağda, boz rəngli nazik qabıqlar görünür. Orta balıqqulaqlarının ön ucları qabıqlarla örtülüb. Qabıqları xaric etdikdən sonra al hiperemiyalı infiltrasiya olunmuş selikli qişa görünür.

Otoskopiya- qulaq keçidlərinin dərisinin quruluğu görünür. Udlaq- selikli qişası quru, avaz-çəhrayi rəngdə. Qırtlaq normal.

Diaqnoz: Burunun selikli qişasının iki tərəfli dəyişiklikləri (Vegener qranulematozu). İkitərəfli xarici otit. Təyinat: Lorinden C buruna gündə 2 dəfə, qulaq keçidlərinə yaxmaq. Təkrar müayinədə burun çəpərinin arxa sahəsində nazik qabıqlar yox, selikli qişası açıq çəhrayi rəngdədir.

Nevroloqun konsultasiyası: Distirkulator enfefalopatiya, I-II dərəcəli. İnsomniya. Reyno sindromu.

Xəstəliyin kliniki simptomlarına əsasən: xoralı-nekrotik rinit, sol tərəfdən göz yuvasının ekzoftalmla zədələnməsi, dərinin dəyişiklikləri, cANCA –nın yüksəlməsi və digər laborator göstəricilərin (antinuklear faktorun artması) dəyişilməsinə əsasən, Vegener qranulematozunun lokal variantını düşünmək olar. Vegener qranulematozunun lokal formasına burun-boğaz –qulaq orqanlarının və gözün zədələnməsi, həmçinin artrit/artralgiyalar və mialgiyalar xarakterdir, və diaqnostikası olduqca çətindir. Xəstəliyin klinik özəlliklərindən- Reyno sindromunun yaranması, dəri zədələnmələri- baldırların trofik dəyişiklikləri. Terapiyaya siklofosfanın əlavə olunması tövsiyə edilib, həftədə 400 mq. Xəstənin müalicəsi: metipred 4 mq sutkada 3 tablet, siklofosfan sutkada 100 mq/ həftədə 4 dəfə, pentoksifillin 100 mq 1 tab. gündə 3 dəfə, sirdalud 4 mq 1 tab gecə.

Ağciyərlərin zədələnməsi, rastgəlmə tezliyinə görə, Vegener qranulematozunda yuxarı tənəffüs yollarının zədələnməsindən sonra və diaqnostik əhəmiyyətinə görə, ikinci sıradadır; bütövlükdə xəstələrin 85%-da, xəstəliyin başlanğıcında isə 45%-da rast gəlir və dağılmağa, boşluqların formalaşmasına meyilli olan, çoxsaylı bilateral infiltratlarla xarakterizə olunur. Daha nadir hallarda plevrit, diffuz ağciyər hemorragiyaları, ortalığın limfatik düyünlərinin böyüməsi müşahidə olunur. Ağciyərlərdə rentgenoloji dəyişiklikləri olan xəstələrin yalnız yarısında klinik əlamətlər ortaya çıxır (öskürək, qanhayxırma); qalan hallarda ağciyərlərin zədələnməsi simptomuz keçir.

Aparılan müayinə xəstədə Vegener qranulematozu çərçivəsində ağciyərlərin zədələnməsini aşkar etmədi; xəstədə multispiral kompyuter tomoqrafiyasında aşkar olunmuş dəyişikliklər pnevmoniyadan sonrakına uyğun ola bilər.

Hemoqlobinin səviyyəsinin azalmasını xəstəliyin aktivliyiylə, leykositozu isə steroid terapiyasının nəticəsi kimi izah etmək olar.

Kliniki diaqnoz: Vegener qranulematozu, lokal variant. Birincili hipotireoz.

Beləliklə, düzgün diaqnoz xəstəliyin başlanmasından 30 il sonra qoyulub. Diaqnostikanın çətinliyi xəstəliyin lokal formasıyla bağlıdır- ağciyərlər və böyrəklər zədələnməyib. Həmçinin xəstəliyin diaqnostikasında önəmli göstərici olan-antinuklear sitoplazmatik anticismlərinin təyin edilməsi yalnız 1985-ci ildən istifadə olunur.

Amma, diaqnozun təsdiqlənməsi üçün aparıcı rolu histopatologiyanın məlumatları oynayır. Qeyri-adi atrofik rinit, burundan qanlı ya irinli ifrazat, və xəstədə, rinitin digər əlamətləri dəri və sistem əlamətlərlə müştərək olması, həkimin diqqətini çəlb etməlidir. Xarakter və diaqnostik baxımla önəmli olan nekrotizəedici vaskulit və qranulematoz iltihab şəklində zədələnmə ən aydın ağciyərlərin ya nazofaringeal bölmənin biopsiya materialında ayırd edilir. Dəri əlamətləri həmçinin urtikar vaskulitlə differensiasiya tələb edir. Xəstəyə dərinin və

əzələlərin biopsiyası aparılmış, və Wegener qranulematozuna xarakter olan leykositoklastik vaskulit aşkar edilmiş- immunofluoressensiyada komplement və immunoqlobulinlər aşkar olunmamış (ya cuzi miqdarda). Dermatomioziddə dermo-epidermal zonada komplement zülallarının və immunoqlobulinlərin depozisiyası aşkar olunur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's). American College of Rheumatology. http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases_and_conditions/wegeners.asp. Accessed Oct. 12, 2012.
2. Falk RJ, et al. Clinical manifestations and diagnosis of Wegener's granulomatosis and microscopic polyangiitis. <http://www.uptodate.com/index>. Accessed Sept. 21, 2012.
3. Wilhelm H. Schmitt, Fokko J. van der Woude Curr Opin Rheumatol. 2004;16(1) Clinical Applications of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody Testing <http://www.medscape.com/viewarticle/467031>

РЕЗЮМЕ

ЛОКАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА

Исрафилова Ш.Ю.

Курс клинической аллергологии и иммунологии Азербайджанского
Медицинского Университета, Баку

В статье приведен трудный для диагностики случай системного васкулита, когда правильный диагноз был установлен пациентке только через 30 лет от начала заболевания. Трудность диагностики связана с локальной формой гранулематоза Вегенера, для которой характерно изолированное поражение ЛОР-органов и глаз, а также возможны артриты/артралгии и миалгии. В диагностике заболевания помогают определение антинуклеарных цитоплазматических антител, а также данные биопсии.

Ключевые слова: гранулематоза Вегенера, поражение верхних и нижних дыхательных путей, глаз, антинуклеарные цитоплазматические антитела

SUMMARY

A LOCAL VERSION OF WEGENER'S GRANULOMATOSIS

Israfilova Sh.Y

The course of Allergy and Clinical Immunology, Azerbaijan Medical University,
Baku

The article reviewed the difficult to diagnose case of systemic vasculitis, when the correct diagnosis was established only after 30 years of disease's manifestation. The difficulty was related to local form of Wegener's granulomatosis, which is characterized by isolated manifestations of ENT-organs and eyes, with possible arthritis/arthralgia and myositis. An ANCA (anti-neutrophil cytoplasmic autoantibodies) test should be performed, and a histologic examination of tissue obtained by biopsy of an affected organ is helpful to make a definitive diagnosis.

Keywords: Wegener's granulomatosis upper and lower respiratory tract, anti-neutrophil cytoplasmic autoantibodies

* PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK *
* ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ *
* HELP to PRACTICAL DOCTOR *

**QIRTLAQ XƏRÇƏNGİNƏ GÖRƏ LARİNQEKTOMIYA
ƏMƏLIYYATINDAN SONRA SƏS FUNKSIYASININ BƏRPASI.**

İsayeva E.H., Əmirəliyev N.M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası

Qırtlaq xərçəngi baş və boyun nahiyəsinin bədxassəli şişlərinin ən çox rast gəlinən forması olub onların 50-60%-ni təşkil edir. Dünyanın əksər ölkələrində qırtlaq xərçəngi bütün bədxassəli şişlərin 2-5 %-ni təşkil edir (3).

Vizual lokalizasiyalı şiş olmasına baxmayaraq qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin böyük əksəriyyəti (60-70%) ixtisaslaşmış klinikaya şiş prosesinin III-IV mərhələlərində müraciət edirlər (1.5). Bu qrup xəstələrin radikal müalicəsinin əsas metodu qırtlağın tam çıxarılmasından – larinqeptomiyadan ibarət olan cərrahi əməliyyatdır (4.6). Larinqeptomiya onkoloji nöqtəyi nəzərdən özünü doğruldan əməliyyat olub yüksək onkoloji nəticələri təmin edir (2. 5. 4. 6). Lakin əməliyyatın funksional nəticələri qeyri qənaətbəxş olur. Belə ki, larinqeptomiya xəstəni səsli nitqdən məhrum edərək ona ağır psixoloji zərbə vurur, əmək qabiliyyətindən və ətraf mühitlə ünsiyyətdən məhrum edir. Qeyd etmək lazımdır ki, hal-hazırda onkoloji müalicənin müvəffəqiyyəti tək yaşama göstəriciləri ilə deyil, eyni zamanda xəstənin həyat keyfiyyəti ilə müəyyən edilir.

ABŞ Milli Xərçəng İnstitutunun (NCI) və Amerika Kliniki Onkoloji Cəmiyyətinin (ASCO) 1990-cı ildə keçirilən konfransında qeyd edilmişdir ki, həyat keyfiyyəti – şişəleyhinə müalicənin nəticələrinin qiymətləndirilməsinin yaşama göstəricisindən sonra ikinci mühüm meyarı olub, müalicənin bilavasitə effektivliyi meyarından daha vacibdir (8. 9. 7).

Bu nöqtəyi nəzərdən qırtlaq xərçənginə görə laringektomiya olunmuş xəstələrin reabilitasiyası mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Qeyd etmək lazımdır ki, larinqeptomiya əməliyyatına məruz qalmış xəstələrin həyat keyfiyyətinin reabilitasiyasının əsas vəzifəsi səs funksiyasının bərpasıdır.

Tədqiqat işinin məqsədi: Qırtlaq xərçənginə görə larinqeptomiya edilmiş xəstələrdə səs funksiyasının reabilitasiyasıdır.

Material və metodlar: 1990-2012-ci illərdə A.T.Abbasov adına Bakı şəhər onkoloji dispanserində və Tibb universitetinin onkoloji klinikasında qırtlaq xərçənginə görə larinqeptomiya olunmuş 432 xəstə aiddir. Tədqiqat işinə daxil olan xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür:

Birinci qrupu 1990-2012-ci illərdə qırtlaq xərçənginə görə, sərbəst, kombinasiyalı və kompleks müalicə planında larinqeptomiya icra edilmiş 390 xəstə təşkil etmişdir. Bu qrup xəstələrə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ya səs funksiyasının bərpası aparılmamış, ya da bunun üçün konservativ (loqopedik və elektroqırtlaq) və cərrahi (traxeozofageal şuntlama) reabilitasiya metodlarından istifadə edilmişdir. Bu xəstə qrupu üzərində Tibb Universitetinin onkoloji klinikasının təcrübəsi əsasında respublikada qırtlaq xərçənginə görə larinqeptomiya olunmuş xəstələrdə səs funksiyasının bərpasının mövcud müasir vəziyyəti öyrənilmiş və onun inkişaf istiqamətləri müəyyən edilmişdir.

İkinci qrupu təşkil edən 42 xəstədə 2005-2011-ci illərdə qırtlaq xərçənginə görə aparılan larinqektomiya əməliyyatı ilə eyni vaxtda və ya ondan müəyyən vaxt sonra səs protezlərindən istifadə etməklə səs funksiyasının reabilitasiyası traxeoözofageal şuntlama ilə protezləşmə – TEŞP aparılmışdır .

390 xəstədə səs funksiyasının bərpasının vəziyyətinin tədqiqi göstərmişdir ki, 32 (8,2%) xəstə “qida borusu” səsini qavramış, onlardan 24 bunu loqopedik öyrətmə nəticəsində əldə etmiş, 8-də isə “qida borusu” səsi spontan əmələ gəlmişdir. 16 (4,1%) xəstə elektroqırtlaq tipli səs aparatlarından istifadə edir, 331 (84,9%) xəstə pıçıltı ilə danışır, 7 (1,8%) xəstədə səsli nitq traxeoözofageal şuntlama nəticəsində əmələ gəlmişdir. Qalan 4 (1,0%) xəstədə davamlı farinqostomanın olması səbəbindən nitq təmami ilə mümkün olmamışdır.

Səsli nitqin mümkün olmamasının səbəblərinin tədqiqi göstərmişdir ki, 331 xəstədən 202 (61,0%) əməliyyatdan sonra loqopedə göndərilməmiş, 21 (6,4%) xəstəyə loqoped və 42 (12,7%) xəstəyə tərəfimizdən verilmiş metodik vəsait vasitəsi ilə təlim kursları aparılmış, lakin xeyri olmamış və nəhayət 66 (19,9%) xəstə müxtəlif səbəblərdən səsli nitqə öyrədilmədən imtina etmişdir. Bu faktlar göstərir ki, müalicədən uzun müddət vaxt keçməsinə baxmayaraq səsli nitqə malik olmayan xəstələrin xüsusi çəkisi yuxarı olaraq qalır.

Səsyaradıcı aparatlar səs funksiyasının reabilitasiyasına əhəmiyyətli kömək etməmişdir. Pıçıltı ilə danışan 331 xəstənin cəmi 16 (4,1%) elektroqırtlaqdan istifadə etmişdir. Lakin elektroqırtlaq vasitəsi ilə əmələ gələn səsin qeyri-kafi keyfiyyəti (monoton, metallik qalarlı, robotabənzər səs), aparatın boyunla təmasda olduğu yerdə xoşagəlməz hissiyatın olması, aparatın həmişə xəstənin yanında olmasının vacibliyi pıçıltı ilə danışan digər xəstələrin bu metoddan istifadədən imtinasına səbəb olmuşdur.

Tədqiqat obyektini olan 390 xəstənin 7-də (1,8%) traxeoözofageal şuntlama əməliyyatı aparılmışdır. Metodun bilavasitə nəticələri kafi olmuşdur. Lakin əməliyyatdan sonrakı 1-2 il müddətində yalnız bir xəstədə şunt öz funksiyasını saxlamış, qalan 6 xəstədə şuntun genişlənməsi və ya obliterasiyası müşahidə olunmuşdur.

Alınan nəticələr göstərir ki, qırtlaq xərçənginə görə larinqektomiya olunmuş xəstələrdə səs funksiyasının reabilitasiyası aşağı səviyyədə olub onların ətraf mühitlə əsas ünsiyyət yolu pıçıltılı nitqdır. Bu qrup xəstələrdə səsli nitqin bərpası ya aparılmamış, ya da passiv – onların loqopedə müraciəti ilə aparılmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, respublikada loqopedlərin sayı azdır, bu problemlə məşğul olan mütəxəssislər isə yoxdur. Səs yaradıcı aparatların və traxeoözofageal şuntlamanın effektivliyi və keyfiyyəti çox aşağıdır, uzaq nəticələri isə qeyri-qənaətbəxşdir.

Bütün bunlar qırtlaq xərçənginə görə larinqektomiya olunmuş xəstələrdə səs funksiyasının daha effektiv üsullarının işlənilib hazırlanmasını, təkmilləşdirilməsini və gündəlik kliniki praktikaya tətbiqini aktual edir.

Azərbaycan Tibb Universitetinin onkoloji klinikasında 2005-2011-ci illərdə qırtlaq xərçənginə görə laringektomiya əməliyyatı aparılmış 42 xəstəyə səs funksiyasının reabilitasiyası məqsədi ilə traxeoözofageal şuntlama ilə protezləşmə (TEŞP) aparılmışdır.

Xəstələrin hamısı kişi, yaş amplitudası 35-68 olmuşdur. Protezləşmə larinqektomiya ilə eyni vaxtda 14 xəstədə, ondan müəyyən vaxt sonra isə 28 xəstədə aparılmışdır.

Tədqiqat qrupuna daxil olan 42 xəstədən 25-də (59,5%) kombinəolunmuş müalicə aparılmışdır. Xəstələrin 10-da (23,8%) sərbəst müalicə planında, 4-də (9,5%) radikal şüa müalicəsindən sonra şişin davam edən böyüməsi və residivinə görə cərrahi əməliyyat icra edilmiş, 3 xəstədə (7,1%) isə kompleks müalicə aparılmışdır. Birincili şiş ocağında 42 xəstədən 37-də (88,1 %) tipik

larinqektomiya, 5-də (11,9%) isə kombinə olunmuş larinqektomiya (3 xəstədə qırtlaq-udlağın rezeksiyası, 2 xəstədə traxeyanın IV qövs səviyyəsində rezeksiyası) icra edilmişdir.

Xəstələrin 35-də (83,3 %) larinqektomiya ilə eyni vaxtda boyun diseksiyası aparılmışdır. Boyun diseksiyaları 6 (17,1%) xəstədə müalicəvi, 25 (71,4%) xəstədə profilaktik olmuş, 4 (11,4%) xəstədə isə boyunun bir tərəfində müalicəvi, digər tərəfində isə profilaktik boyun diseksiyası aparılmışdır.

TEŞP-dən əvvəl xəstələrə udlaq və qida borusunun strukturasını müəyyən etmək üçün bu orqanların endoskopik və rentgenoloji müayinəsi, ağciyərin vəziyyətinin müəyyən edilməsi üçün onun rentgenoloji və ya endoskopik müayinəsi aparılmışdır.

Vaxtı uzadılmış TEŞP nəticələrinin proqnozlaşdırılması üçün qida borusuna hava üfürülməsi testi icra edilmişdir.

Xəstələrdə səs funksiyasının reabilitasiyası üçün Niderland Onkologiya İnstitutu və İsveçin "Atos Medical" laboratoriyasının birgə əməkdaşlığı nəticəsində hazırlanmış "Provox" protezlərindən istifadə olunmuşdur. TEŞP zamanı tərəfimizdən təklif olunan metodikadan istifadə olunmuşdur.

Tədqiqat işində "Provox" tipli endoprotezlərin istifadə müddəti və ona təsir edən amillər, protezin ölçüsünün seçilməsi, protezləşmə zamanı baş verən ağırlaşmalar, miotomiyanın nəticələri öyrənilmiş, TEŞP funksional və onkoloji nəticələri, həmçinin bu qrup xəstələrin həyat keyfiyyəti qiymətləndirilmişdir.

Protezin istifadə müddətinin müəyyən edilməsinin kontingentini müşahidə müddətində ölmüş 6 xəstə istisna olmaqla 36 xəstə təşkil etmişdir. Səs protezinin istifadə müddətinin tədqiqi göstərmişdir ki, protezin istifadə müddəti onların qoyulduğu vaxtdan dəyişdirildiyi vaxta qədər 34 (94,5%) xəstədə 6 aydan çox, 23 (63,9%) xəstədə 1 ildən çox, 9 (25,0%) xəstədə 1,6 ildən çox təşkil etmiş, 3 (8,3 %) xəstə isə protezdən 2 ildən çox (2,2; 2,3; 2,6 il) istifadə etmişdir. Dəyişilən vaxta qədər protezdən orta istifadə müddəti 11,8 ay təşkil etmişdir ki, bu da istehsalçı firmanın məsləhət gördüyü müddətdən (6 ay) 2 dəfə çoxdur. Xəstələrdən 2-də (5,6%) protez 6 aya qədər müddətdə dəyişdirilmişdir. Çıxarıldıqdan sonra onların müayinəsini göstərmişdir ki, protezin silikonu tamdır onun funksiyasının pozulması səbəbi isə göbələk və bakteriya koloniyalarıdır.

Tərəfimizdən "Provox" səs protezi qoyulmuş 42 xəstədən 34-də (80,9%) 10 mm ölçülü, 6-da (14,3%) 8 mm, 2-də (4,8%) isə 12,5 mm ölçülü protezlərdən istifadə edilmişdir. Xəstələrin 4-də (9,5%) protez 6 dəfə, 6-da (14,3%) 5 dəfə, 9-da (21,4%) 4 dəfə, 6-da (14,2%) 3 dəfə, 7-də (16,7%) 2 dəfə, 10-da (21,4%) bir dəfə dəyişdirilmişdir (cəmi 132 dəfə).

Səs protezlərinin kliniki qiymətləndirilməsinin ən vacib meyarlarından biri onların istifadəsi zamanı yerli ağırlaşmalarının qiymətləndirilməsidir. Tədqiqat işində səs protezləri qoyulmuş 42 xəstənin 15-də (35,7%) ağırlaşmalar qeydə alınmışdı. Onlardan 4 (9,5%) xəstədə protezin ucunun şunta hissəvi daxil olması, bir (2,4%) xəstədə protezin şunta tam daxil olması, 2 (4,8%) xəstədə protezin ətrafından maye sızması, 3 (7,1%) xəstədə protezin traxéal ucluğunda qranulyasion toxuma, bir xəstədə (2,4%) protezin şuntndan düşməsi, 3 (7,1%) xəstədə isə protez qoyulduqdan sonra səsin əmələ gəlməməsi müşahidə olunmuşdur.

Hər bir ağırlaşmanın səbəbləri müəyyən edilmiş (reaktiv ödem, şuntun ölçüsündən uzun protez, traxeoözofageal divarın zəifliyi, protezin qoyulmasına iltihabi reaksiya, protezin qoruyucu klapanının xarab olması, protezin ucluqlarının zəifliyi, protezin mənfəzinin selik və bəlgəmlə tutulması, farinqospazm) və müvafiq konservativ (iltihabəleyhinə müalicə, protezin mənfəzinin təmizlənməsi) və cərrahi (protezin dəyişdirilməsi, protezin ətrafına

liqatura qoyulması, qranulyasion toxumanın kəsilib götürülməsi və ya kooaqulyasiyası, miotomiya) yollarla aradan qaldırılmışdır.

TEŞP funksional və onkoloji nəticələrinin tədqiqi aşağıdakıları göstərdi. TEŞP aparılmış 42 xəstədə əmələ gələn səsin keyfiyyəti 38 (90,5%) xəstədə “yaxşı”, 4 (9,5%) xəstədə “kafi” olmuşdur ki, bu da qırtlaq xərçənginə görə larinqektomiya olunmuş xəstələrdə TEŞP yüksək funksional nəticələrin əldə edilməsini təmin etdiyinin göstəricisidir.

Bu qrup xəstələrin onkoloji nəticələrinin tədqiqi göstərdi ki, TEŞP aparılmış 42 xəstədə 36 (85,7%) hal-hazırda xəstəliyin residivi və metastazı əlamətləri olmadan yaşayır. Xəstələrin orta müşahidə müddəti 3,6 ildir. 42 xəstədən 30 (71,4%) 3 ildən artıq müşahidə olunan xəstələrdir. Bu 30 xəstədən 5-i ölmüş (xəstəliyin residivi və metastazlarından 4 xəstə, inkurrent xəstəlikdən bir xəstə), 25 xəstə isə xəstəliyin əlamətləri olmadan dinamik müşahidədədir. Beləliklə, bu qrup xəstələrin 3 illik yaşama göstəricisi $81,3 \pm 8,9\%$ təşkil etmişdir. Beş ildən artıq kliniki müşahidədə olan 20 xəstədən 6-sı ölmüş (5 nəfər xəstəliyin residivi və metastazlarından, bir nəfər – inkurrent xəstəlikdən), 14 xəstə isə xəstəliyin əlamətləri olmadan yaşayır. Müalicənin 5 illik yaşama göstərici $70,0 \pm 7,8\%$ təşkil etmişdir. Qeyd edilən 3 və 5 illik yaşama göstəriciləri ənənəvi kombinə olunmuş metodun nəticələri ilə uzlaşır. Başqa sözlə TEŞP qırtlaq xərçənginin onkoloji nəticələrinə təsir etmir, funksional nəticələri isə xeyli yaxşılaşdırır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Амралиев Н.М. Рак гортани. Баку, 2002, 216 с.
2. Алферов В.С. Органосохраняющие методы лечения рака гортани. Дисс. докт.мед.наук, М.1993, 284 с.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями. //Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина, 2007, № 2. с.52-59.
4. Нуммаев Г.Н., Джумаев М.Г., Атаев С.Х и др. Выживаемость больных раком гортани. IV съезд онкологов и радиологов СНГ. Избранные лекции и доклады . Баку. 2006 с.147-148
5. Шенталь В.В., Пачес А.И., Таболиновская Т.О. и др. Практические аспекты диагностики и лечения опухолей головы и шеи. М.1997,200с .
6. Foote R., Olsen K., Buskirk S.et.al . Laryngectomy alone for T3 glottis cancer. Head Neck, 1994, 16(5), p.406-12.
7. Morton R.P. Laryngeal cancer: quality of live and cost effectiveness. //Head and Neck, 1997, 19, 243-249.
8. Parkin D., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics. //CA Cancer J. Clin. 2005, vol 55 (2). P. 74-108.
9. Terrell J., Fisher S. Long-term quality of live after treatment of laryngeal cancer. //Arch Otolaryngol head and neck Surg. 1998, 124, 964-971.

Daxil olub: 23.02.2015.

ARTERIAL HİPERTONIYA, ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ, ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK-QAN DAMAR SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜASİR MÜALİCƏSİ VƏ ARİTMİYALARIN RESİNХRON TERAPİYASI ÜZRƏ YENİ TÖVSIYƏLƏR.

Alimetov S.N., Qarayev Q.Ş.

***Azərbaycan Tibb Universitetinin II Daxili xəstəliklər kafedrası,
Elmi-Tədqiqat Mərkəzi, Bakı.***

Avropa kardioloqları cəmiyyətinin növbəti konqressi 31 avqust - 4 sentyabr 2013-cü il tarixində Amsterdanda keçirildi. Burada arterial hipertoniyanın, şəkərli diabeti olan xəstələrdə kardiovaskulyar xəstəliklərinin, ürəyin işemik

xəstəliyinin müalicəsi və ürək aritmiyalarının resinxron terapiyası üzrə tövsiyələr irəli sürülmüşdür:

– sözügedən konqressin materiallarında hipertoniyanın diaqnostikası üçün, arterial qan təzyiqinin ambulator monitorlaşdırılması və ev şəraitində özünə nəzarət üsullarına üstünlük verilir; bu üsullarla “ağ xalat” və maskalanmış arterial hipertoniya ayırd edilir;

– arterial hipertoniyanın gedişində daxili orqanların simptomsuz zədələnmələri və şəkərli diabet, yüksək əhəmiyyətli risk amilləri sayılır;

– konqress arterial hipertoniyanın məqsədəyünlü səviyyələrini sistolik təzyiq üçün 140 mm c.s-dan az, diastolik qan təzyiqi üçün isə 90 mm c.s-dan aşağı olmasını qəbul etdi; bununla belə arterial qan təzyiqinin sistolik göstəricisinin 79 yaşdan çox olan şəxslərdə 140-150 mm c.s-nu arasında tərəddüdünü məqbul hesab etdi; şəkərli diabeti olan xəstələrdə arterial diastolik qan təzyiqinin 80- mm c.s-nu arasında olmasını məqsədəuyğun səviyyə saydı;

– antihipertenziv terapiyaya tiazid diuretiklər, β - adrenoblokatorlar, kalsium antaqonistləri, angiotenzinçevirici ferment inhibitorları və angiotenzin II resentor blokatorları daxil edilmişdir; renin-angiotenzin sistemini inhibisiya edən iki və daha çox preparatın kombinasiya olunması qeyri-rasional sayılır;

– kombinə olunmuş adekvat antihipertenziv terapiyanın aparılmasına baxmayaraq, arterial qan təzyiqi 160/110 mm c.s-dan çox olmaqla yüksək qaldıqda, əlavə olaraq böyrəklərin kateter-simpatik denervasiyası və ya baroreseptor stimulyasiyasının icrası tövsiyə edilir;

– ürəyin işemik xəstəliyin stabil mövcudluğuna və ya demək olar ki, stabil stenokardiya mikrovaskulyar disfunksiya və koronar spazm məhfumları daxil olunmuşdur; onların diaqnostikası doppler tomoqrafiyası vasitəsilə həyata keçirilir və hər ikisinin proqnostik əhəmiyyəti nəzərə alınır;

– stenokardiyanın müalicəsində onun gedişini yüngülləşdirən nitratlar, β - adrenoblokatorlar, kalsium antaqonistləri, ivabradin, nikorandil, ranolazin və timetazidinin tətbiqi tövsiyə edilir; qısa müddətli təsirə malik nitratlar kəsici və ya dayandırıcı terapiya adlanır və onları β - adrenoblokatorlar, kalsium antaqonistləri ilə birlikdə birinci sıra dərmanlara aid edirlər; III-IV sinif stenokardiyası zamanı, β - adrenoblokatorları dehidropiridin antaqonistləri ilə kombinə edirlər; ivabradin, sürəkli təsirə malik nitratlar, nikorandil, ranolazin və timetazidin stenokardiyanın müalicəsində ikinci sıra preparatlarını təşkil edir;

– arterial hipertoniya, bradikardiya, şəkərli diabet, nefropatiya ilə müşayiət olunan ürəyin işemik xəstəliyi təsadüflərində koronar revaskulyarizasiyanı keçirmiş şəxslərdə və qadınlarda müalicə, məxsusi prinsiplərlə aparılmalıdır;

– ürək-qan damar sistemi xəstəliklərinin şəkərli diabetlə müşayiət olunan təsadüflərində (səhər ac qarına qlükemiya 7 mmol/l-dən çox, qlükoza ilə yüklənmədən sonra 11,1 mmol/l-dən çox, qlükozalaşmış hemoqlobin səviyyəsinin 6,5%-dən çox) ürək-damar fəsadlarının rastgəlinmə riski yüksəlir; hiperqlikemiya və insulina rezistentlik endoteliya disfunksiyası, ateroskleroz və vazotrombozun inkişafını gücləndirir; belə hallarda siqaretçəkmədən imtina, fiziki fəallıq, piyli və yağlı qidaların məhdudlaşdırılması, sulukarbonların azaldılması tövsiyə olunur;

– hiperqlikemiyanın sürəklilik müddətini, xəstənin yaşını və yanaşı xəstəliklərin nəzərə alınması vacibdir; HbA1c-nin, yəni hemoqlobinin qlükozalaşması səviyyəsinin 7%-dən aşağı olması mikro və makrodamar mənşəli ağırlaşmaların inkişaf riskini azaldır;

– 1-ci tip şəkərli diabeti olan pasiyentlərə insulinnə bolyus terapiyanı, ikinci tip şəkərli diabetə isə metformini bir sayılı müalicə hesab edilir; digər antidiabetik preparatlar isə, metforminə qoşulmalıdır;

- proteinuriya və ya mikroalbuminuriya ilə ağırlaşmanın şəkərli diabet zamanı antihipertenzi preparatlardan, ilk növbədə angiotenzinçevirici ferment inhibitorları və bunların pis keçirilməsində angiotenzin II reseptorlarının blokatorları təyin edilməlidir; metabolik sindromda arterial qan təzyiqini endirmək məqsədilə diuretiklərin β - adrenoblokatorlarla kombinə olunması tövsiyə edilmir;
- fəsadların inkişafı üzrə yüksək riskə malik xəstələrdə dislipidemiyanı korreksiya edərkən qanda azsıxlıqlı lipoproteidlərin 1,8 mmol/l-dən aşağı endirilməsi və ya onların 50% azaldılması məsləhət görülür;
- xəstələrdə ürək qulaqcıqlarının fibrillyasiyası və periferik arteriyaların aterosklerozu erkən aşkara çıxarılmalıdır; aspirinin qəbulu yalnız ürək-damar fəsadlarının inkişaf etməsi üzrə yüksək riskin mövcudluğunda göstərişdir;
- kardiostimullasiya və kardioresinxron terapiya bradikardiyanın fasiləli və daimi, sinus, atrioventrikulyar və sinoatrioventrikulyar düyün mənşəli formaların mövcudluğunu nəzərə alınmasını tövsiyə edir; xronik ürək çatışmazlığında QRS kompleksinin 150 ms-dən çox genişlənməsi təsadüflərində resinxron terapiya tətbiq edilə bilər; ürək qulaqcıqlarının fibrillasiyası, miokard infarktı, miokardiodistrofiya, hipertrofik kardiomiopatiya QT-nin uzanması; sindromunda elektrokardiostimulyasiya individual proqram üzrə tətbiq edilməlidir;
- kardioverter-defibrilyator vasitəsilə resinxron terapiya ürək çatışmazlığının II-III funksional sinifli xəstələrin müalicəsi, ürək aritmiyalarının vaxtında müəyyən olunması hesabına yaxşılaşır;
- Kanada, İsveç, Birləşmiş Ərəb Əmiratları kimi varlı ölkələrdə Hindistan, Banqledaş, Pakistan, Zimbabve kimi kasıb ölkələrə nisbətən daha çox ürək-damar fəsadlarının inkişaf riski amilləri qeyd edilir; varlı ölkələrdə sözügedən xəstəliklərin erkən üzə çıxarılması və effektiv müalicəsi xarakterdir;
- dipepdil peptidaza-4 inhibitor xarakterli yeni hipoqlikemik preparat olan aloqliptin, kardioprotektiv təsir göstərmir, saksaqliptin isə ürək çatışmazlığının ağırlaşması ilə əlaqədar olaraq yerinə yetirilən hospitalizasiya təsadüflərinin sayını artırır;
- atopvastatin və ya rozuvastatinin qanda yüksəksıxlıqlı lipoproteidlərin səviyyəsini qaldıran RVX-280 adlı preparat ilə birlikdə xəstələrin terapiyası, damardaxili aterosklerozun həcminə və ürək-damar fəsadlarının rastgəlinmə tezliyinə cüzi təsir göstərir;
- miozinin və o cümlədən kardiomiozinin selektiv aktivatoru olan omekativ mekarbil, kəskin ürək çatışmazlığı ilə hospitalizə olunmuş xəstələrdə ürək atımını sistolanın uzanması, ürək yığılmaları sayının azalması hesabına, qan təzyiqinə və ürək ritminə təsir etmədən, artırır;
- xronik ürək çatışmazlığının III-IV funksional sinifli xəstələrdə ürəyin sol mədəciyinin atım fraksiyası 35%-dən az, QRS kompleksinin davamlılıq müddətinin 130 ms-dən çox olduğu, ürəyin sol mədəciyinin desinxronizasiyası əlamətlərinin mövcudluğu təsadüflərində, üç kamerli kardioverter-defibrilyatorun implantasiyası göstərişdir;
- koronar arteriyalarında, onların mənfəzini 20-50% daraldan aterosklerotik düyünlər olan xəstələrdə aliskirenin tətbiqi, 72 həftə ərzində ürək-damar fəsadlarının ümumi rastgəlinmə tezliyini və arterial qan təzyiqini, azalmağa doğru meylləndirir;
- kopeptini hemodinamik stressin yeni markeri kimi troponinlə birlikdə kəskin koronar sindromun diaqnostikasında istifadə etmək olar; onun qandakı səviyyəsini 10 pkmol/l-dən çox olması miokard infarktından xəbər verir;
- kardioverter-defibrilyator implantasiya olunmaqla resinxron terapiya alan və almayan II-III funksional sinifli xronik ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə β -

adrenoblokatorlardan bisoprolol, karvedilol və ya metoprololun işlənməsi tövsiyə olunur;

– vazoaktiv peptid tərkibli insan hormonu olan serelaksin 30 mq /kq /sutka dozasında, kəskin ürək çatışmazlığında tənginəfəsliyi azaldır, ürək qulaqcıqlarının fibrillyasiyasını aradan götürür;

– xronik ürək çatışmazlığında böyrəklərin funksiyası, adətən pozulur və bu pis proqnozla assosiyasiya olunur; ibadradin böyrək funksiyalarını pisləşdirmir və böyrək disfunksiyasının mövcudluğundan asılı olmayaraq, sistolik ürək çatışmazlığının proqnozunu yaxşılaşdırır;

– kanqrelor güclü və sürətlə təsiredici trombosit aqreqasiyası inhibitoru kimi, klopidogrellə müqayisədə daha effektivdir; ancaq o, hematomaların əmələ gəlməsinə meyilli çoxaldır;

– miokard infarktında kardiogen şok zamanı aortadaxili balonlu kontrpulsasiyanın aparılması, ondan sonrakı 12 ay əzərində əhəmiyyətli bir fəsadın törənməsinə birbaşa səbəb olmur;

– 35-70 yaşlar arasında rast gəlinən arterial hipertoniya zamanı, natrium xloridi çox qəbul edən və ahıl yaşlı şəxslərdə natrium qəbulunun azaldılması və kalium qəbulunun çoxaldılması arterial qan təzyiqinin enməsinə səbəb olur;

– yüksək həssaslı troponin testinin ümumi norması 50 nq/l olmasına baxmayaraq, kəskin koronar sindrom zamanı onun 16 nq/l-dən çox olması, miokard infarktının mövcudluğuna ehtimal yaratmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. The Materials of Congress of European Society of Cardiology (Amsterdam, 2013): New Recommendations and Most Important Clinical Studies. Amsterdam, 2014, 517p.

2. Конорский С.Г., Мамедов М.Н. Конгресс Европейского общества кардиологов, Амстердам, 2013: новые рекомендации и важнейшие клинические исследования. //Кардиология, N5, 2014, с.62-67.

Daxil olub: 25.02.2015.

AĞCIYƏRLƏRİN XRONİKİ OBSTRUKTİV XƏSTƏLİYİNİN MÜXTƏLİF FENOTİPLƏRİ - KLİNİKASI, DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ.

**Məmmədov C.T., Bağırzadə A.Ə., Babayeva F.R.,
Yusifov V.Q., Quliyev R.Ə., Abbasəliyeva K.T.**

***ATU-nun Terapevtik və pediatrik propedevtikası kafedrası.
Tədris Terapevtik Klinikası.***

Ağciyərin xroniki obstruktiv xəstəliyi (AXOX) dedikdə –ağciyərin həm oxşar və həm də müxtəlif əlamətləri ilə, ilk növbədə isə obstruktiv sindromla xarakterizə olunan xəstəlikləri nəzərdə tutulur.

Qeyd olunduğu kimi AXOX-un əsas əlamətlərini ağciyərlərin obstruksiyası təşkil edir və bu əlamət geri dönməz (bərpa olunmaz) prosesdir. Xəstəlik əksərən gec aşkar olunur, lakin çox geniş yayılmışdır, letallıq törədən və çətin müalicə olunan prosesdir. AXOX mürəkkəb xəstəlik olub, heterogen əlamətlərlə xarakterizə olunur. Son illər AXOX-la xəstələnmə halları bütün dünyada artmağa meyillidir. Belə ki, əgər 1990-cı ildə AXOX ölüm səbəbləri içərisində 6-cı yeri tuturdusa, 2000-ci ilin məlumatlarına əsasən, artıq 4-cü yerdə olmuş və ÜST-nin proqnozuna əsasən 2020-ci ildə 3-cü yeri tutacaqdır[5].

Məlumdur ki, AXOX-u törədən faktorlar içərisində tütüncəkmə birinci yeri tutur. Dünyada 1,5 milyard tütüncəkən vardır ki, onlardan da hər il 5,5 milyonu tütünün törətdiyi səbəblərdən tələf olur. Çin, Filippin, Ukrayna və Qazaxıstan kimi ölkələrdə yaşlı şəxslərin 50%-dən çoxu tütün çəkir. Rusiyada 14-17 yaşlı məktəblilər arasında oğlanların 25-48%, qızların isə 13-19%-i tütün çəkirlər [3, 2]. Belorussiyada 25-64 yaş arasında olan 57,9% kişi və 11,7% qadın tütün çəkirlər. Digər tərəfdən yüzminlərlə heç vaxt tütün çəkməyən insan passiv tütün çəkmədən tələf olurlar [2].

Məlumdur ki, AXOX-un əmələ gəlməsində mühüm amil kimi tütüncəkmə ilə yanaşı digər faktorlar da – iş yerində daim tüstü təsirinə məruz qalmaq, kənd yerlərində heyvani mənşəli yanacaqdan (“təzək”, “kərmə”) istifadə edilməsi də etioloji faktor rolunu oynaya bilər.

Digər tərəfdən şəxsin tütündən neçə ildir istifadə etməsi və gündəlik nə qədər istifadə etməsi də əhəmiyyətlidir. Yəni, siqaret qutusunun sayı və il mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Klassik formada AXOX əsasən, 10 ildən çox tütüncəkən və 40 yaşdan yuxarı şəxslərdə daha çox rast gəlinir. Bununla belə müxtəlif şəxslərdə xəstəliyin müxtəlif klinik variantları - fenotipləri rast gəlinir (fenotip-phaino-yunan sözü olub, “ayırd etmək” deməkdir).

Fenotip-orqanizmin irsi faktorları (genotip) ilə yaşadığı ətraf mühitin təsiri nəticəsində baş verən prosesdir. Fenotip dedikdə xəstəliyin kliniki simptomları, onun gedişi, kəskinləşmələri, müalicənin effektivliyi və.s. əlamətlərlə ümumi eyniliyə malik olması nəzərdə tutulur.

Müasir ədəbiyyatda AXOX –un əsasən iki fenotipi – emfizematoz və bronxitik formaları təsvir olunur [4]. Emfizematoz fenotipdə xəstələrdə tənəffüs və çəkinin az olması fonunda sianoz qeyd olunur. Bronxitik fenotip isə əsasən, sianoz, ödemlər, köklük və ürəyin sağ mədəciyinin çatışmazlığı əlamətləri ilə xarakterizə olunur.

“Ariq (thin) tip xəstələrdə rentgenoloji müayinələrdə emfizema, “dolu” (kök – Stocky build) şəxslərdə isə bronxlarda iltihab əlamətləri təsvir olunur. Ağciyərlərin statik “hunep-inflyasiyası” fiziki yüklənmə zamanı onun daha qabarıq olması, fiziki yükə dözümsüzlük emfizematoz fenotipin ən tipik əlamətləridir. Xəstəliyin daha dəqiq diaqnostikası üçün döş qəfəsinin kompyuter tomografiyası və qanda qazların təyini əhəmiyyətlidir.

Bronxitik fenotipdə həmçinin məxsusi əlamətlər: öskürək və bəlgəm ifrazı da müşahidə olunur. Bəlgəm çətin ifraz olunur, o, selikli-irinlidir. Xəstələrdə bronxoektazların aşkar olunması da xarakterikdir.

C.N. Avdeev [1] yuxarıda təsvir olunan və bütün dünyada qəbul olunmuş fenotiplərə bəzi əlavələr etmişdir. AXOX və bronxial astmanın (BA) birgə rast gəlinməsi. Bu hal əsasən, uzun müddət, çox tütüncəkən BA xəstələrdə rast gəlinir və hər iki xəstəliyin çox ağır gedişi və müalicəyə çətin tabe olması ilə seçilir.

AXOX və sistem xarakterli iltihabı proses. Məlum olmuşdur ki, AXOX-lu xəstələr üçün ağciyərdən kənar patoloji proseslərin inkişafı da xarakterlidir. Həmçinin maraqlıdır ki, AXOX –lu xəstələrdə ölüm baş verməsi və qidalanma keyfiyyəti arasında mühüm əlaqə qeyd olunur. Xəstələrin fiziki yükə dözümsüzlüyünün səbəbi kimi tənəffüs mexanikasının dəyişməsi ilə yanaşı periferik skelet əzələlərində baş verən ikincili disfunksiya da mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Məqalədə digər fenotiplər də qeyd olunur. Lakin biz onlardan ən mühümlərinin üzərində dayandıq.

Qeyd etməliyik ki, 2012-14-ci illər arasında ATU-nun Tədris Terapevtik Klinikasının “Pulmonologiya” şöbəsində müşahidəmiz altında 300-ə yaxın AXOX-lu xəstə olmuşdur. Xəstələrin böyük əksəriyyətini 40-70- yaş arasında olan kişilər təşkil etmişlər. Xəstəliyin etioloji faktoru kimi uzun müddətli tütüncəkmə əsas yeri tutmuş, nadir hallarda kənd yerlərində uzun illər heyvani mənşəli yanacaqdan istifadə edən qadınlara da rast gəlinmişdir.

Müşahidəmiz altında olan xəstələrin əksərini (70%-dən çox) “emfizematoz” fenotip, az halda isə bronxitik fenotip təşkil etmişdir. 62 xəstədə tütüncəkmə nəticəsində inkişaf etmiş AXOX, BA-nın gedişini ağırlaşdırmış, əksər hallarda hormondan asılı vəziyyət inkişaf etmişdir.

Qeyd etmək istərdik ki, müşahidə altında olan xəstələrin 43-nəfəri ilə dəfələrlə aparılan maarifləndirici söhbətdən sonra onlar tütüncəkməni tərk etmişlər və sonradan retrospektiv alınan məlumatlar da, onların bu zərərli adətdən həmişəlik əl çəkdiyini təsdiq etmişdir. Qeyd olunan fakt onu deməyə imkan verir ki, əksər hallarda xəstələr tütüncəkmənin nə qədər dəhşətli bəla olmasını

dərk etmələr və əgər onlarla inadkarcasına və əhəmiyyətli maarifləndirici söhbət aparılarsa, əksər hallarda bu zərərli adətdən cəkindirmək olar. Deyilənləri ümumiləşdirsək belə qənaətə gəlmək olar ki, AXOX ağır xəstəlikdir, o, gec-tez xəstənin bütün “həyat keyfiyyətini” aşağı salır, onun iş qabiliyyəti itir, ömrü qısalır və uzun illər yaşamaqdan məhrum olur. Bizim əsas məqsədimiz baş vermiş AXOX-un düzgün müalicəsi ilə xəstələrin qismən həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq olmuşdur. Xəstəliyin etioloji-patogenetik və simptomatik müalicəsinin əsas prinsiplərini aşağıdakılar təşkil etmişlər:

1. I gündən xəstə ilə maarifləndirici iş apararaq, şərt kəsilməlidir ki, o, tütüncəkməni tərk etməzsə aparılan müalicənin əhəmiyyəti olmayacaq.

2. Xəstələrin ixtisaslaşmış pulmonoloji şöbədə bir müddət stasionar müalicəsində olması onun xəstəlik və müalicə haqqında ətraflı məlumatlanmasına, oksigen terapiyası və nebulayzerlə inhalyasiya haqqında xəbərdar olmasına səbəb olar.

3. İpratropium bromid+ fenoterol (berodual) AXOX-lu xəstələrin təcili yardım preparatıdır.

Preparatın aerozol və nebulayzer üçün məhlul formaları mövcuddur. “Berinqer-ingelhaym” Alman firmasının preparatıdır.

4. Tiotropium (Spiriva) bütün dünyada AXOX-lu xəstələr üçün gündə bir dəfə təyin olunan patogenetik müalicə preparatıdır. “Berinqer – inqelhaym” tərəfindən istehsal olunmuş dərman preparatıdır. 18 mq dozada kapsullarda buraxılır, xüsusi “ Handi-haler”-lə qəbul olunur.

5. Fiksə olunmuş uzun müddət təsir edən β_2 adrenomimetik və qlükokortikosteroid (Seretid, Simbikort və s.). Klinikamızda göstərilən preparatların hər ikisindən uzun müddət istifadə olunsa da Seretid (Salmeterol və fluticason propionat) daha geniş tətbiq olunmuşdur. AXOX-lu xəstələr üçün daha əhəmiyyətli seçim dozası disk şəklində buraxılan Seretid-in 50/500 dozada (50mq Salmeterol +500 mq Fluticason propionat) gündə 2 dəfə- səhər, axşam təyini çox əhəmiyyətlidir.

6. İndakaterol (Onbrez) İsveçrənin “Novartis” firması tərəfindən istehsal olunan və məxsusi AXOX-lu xəstələr üçün nəzərdə tutulmuşdur. Preparat indakaterol maleat 150 mq (300mq) şəklində kapsulda buraxılır və xüsusi “ Breezhaler”-in köməyi ilə gündə bir dəfə qəbul olunur. Preparat uzun müddət təsir edən (24 saat) β_2 adrenomimetikdir.

7. Roflumilast (Daksas)-AXOX-lu xəstələrdə xroniki iltihabi prosesə təsir edən ilk oral preparat kimi son illərin (Firma –“Takeda”) kəşfidir. Preparat AXOX zamanı iltihabi prosesdə mühüm patogenetik əhəmiyyət kəsb edən 4-cü tip fosfodiesterazaya, makrofaqlara, neytrofillərə, CD 8⁺ T hüceyrələrə olan təsiri ilə əhəmiyyət kəsb edir. Preparat əsasən ağır gedisli AXOX-lu xəstələrə təyin olunur, təsiri təqribən 3 həftədən sonra meydana çıxmağa başlayır. Uzun müddətə təyin olunur.

8. Bəlgəmgətiricilər. Xüsusən AXOX –un bronxitik fenotipində bəlgəmi durulaşdırıcı-lar və bəlgəmgətiricilər təyin olunmalıdır. Bizim təcrübəmizdə daha çox ambrosolun (lazolvan- “Berinqer– inqelhaym”) nebula formasından müvəffəqiyyətlə istifadə etmişik.

9. Antibakterial terapiya. AXOX-un kəskinləşmələri əsasən iltihabi təsdiq edən kliniki və laborator göstəricilər olan təsadüflərdə - irinli bəlgəm, subfebrilitet, EÇS-in yüksəlməsi, SRB-in artması, neytrofil-leykositoz və s. əhəmiyyətlidir. Təbii ki, bu vaxt əkilən bəlgəmdəki mikrofloranın antibiotikə həssaslığı nəzərə alınmalıdır.

10. Qlükokortikoidlərin daxilə və ya vena daxilinə təyini .AXOX-un ən ağır gedisli dövrlərində təyin oluna bilər. Bu məqsədlə metipredin 16-32mq dozada daxilə və ya dexametazonun 12-20 mq dozada vena daxilinə təyini əhəmiyyətlidir.

11. AXOX-lu xəstələrin mütəmadi olaraq nəmləşdirilmiş oksigenlə təhciz olunması, xüsusilə “emfizematoz” fenotipdə patogenetik müalicənin əsasını təşkil etməlidir. Xəstələrin ev şəraitində də xüsusi cihazların köməyi ilə oksigenlə vaxtaşırı təmin olunmaları mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

12. Xəstələrin gün ərzində daim və maksimum dərəcədə hərəkətdə olmaları, lazım olarsa aşağı ətraflara elastik corab geyinmələri , baş verə biləcək tromboemboliyalardan qorunmağın ən yaxşı profilaktikasıdır.

Beləliklə, təqdim olunan məqalədə biz AXOX haqqında ümumi məlumat, onun diaqnostikası, profilaktikası və xəstəliyin fenotipindən, ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, müalicə prinsipləri ilə praktiki həkimləri tanış etməyə çalışdıq. Növbəti işlərimizdə xəstəliyin digər problemlərindən bəhs edəcəyik.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Авдеев С.Н. Определение клинических фенотипов хронической обструктивной болезни легких – новый подход к терапии заболевания. // Тер. архив, 2011, №3, с.66-74.
2. Сидоренко Г.И., Фролов Ф.И. Современные аспекты борьбы с табакокурением: исчерпаны ли все возможности? // Кардиология 2010, №11 с.91-94.
3. Чазова Л.В., Калинино А.М. Опыт проведения мероприятий по лечению табакокурения. // Кардиология 1997, №12- с. 81-84.
4. Burrows B., Fletcher C.M, Heard B.E. et al. The emphysematous and bronchial types of chronic airways obstruction. A clinicopathological study of patients in London and Chicago. // Lancet 1966; 87 p. 830-835.
5. Lopez A.P, Shbuva K, Roos. et al. Chronic obstructive pulmonary disease : current burden and future projections. // Eur. Respir. J. 2006; 27; 397-4(2).

Daxil olub: 19.01.2015.

ABDOMINAL SEPSISİN ÜMUMİ PATOGENETİK ƏSASLARI

**Vəliyev N.Ə., Əsədov S.Ə., Rüstəmov A.B.,
Tahirova Z.A., İsmayılov V.F.**

Azərbaycan Tibb Universiteti, 3-cü cərrahi xəstəliklər kafedrası

Abdominal sepsisə aid olan müasir patogenetik əsasların səviyyəsi öncə peritonitin patogenezinə olan baxışların durğunluğu ilə izah edilir. Çünki, əsrlər boyu cərrahlara məlum olan bu patologiya həm terminoloji adlandırılması, həm də onun klassifikasiyasına qoyulan dövrü tələbatlar baxımından, özünü doğrultmadı. Aparılan əksər müalicə metodları dövrü üçün mövcud patogenetik prinsiplərə əsaslandığından, sonda alınan nəticələr cərrahları qane etmədi. Abdominal sepsis nəzəri və praktik baxımdan tamamilə yeni era – informasiya texnologiyasının nailiyyətlərinə əsaslanan eranın astanasındadır. Abdominal sepsisə yanaşma, müasirliyin kommunizmdən imtina edib, yeni sistemə inamının əsasında formalaşan cəmiyyətin bənzəridir.

Abdominal sepsisin yeni patogenetik bəndlərini izah etməzdən əvvəl, onun inkişafının fərqləndirici cəhətlərini göstərmək lazımdır. Bu baxımdan Маскин С.С., Корвин А.Я. [5], irəli sürdüyü bir çox fikirləri qeyd edirik:

✓ abdominal sepsis, əksərən, destruksiyanın çoxfokuslu, irimashtablı (irimiqyaslı), generalizasiya olunmuş mənbələrində inkişaf edir;

✓ abdominal sepsis üçün uzunmüddətli davam edən intraabdominal infeksiya daha xarakterikdir;

✓ infeksiyalaşmanın çoxsaylı mənbələri abdominal sepsisin müxtəlif formalarında hədsiz yüksək intoksikasiya potensialına malikdir ki, bu da iltihabın bir çox mediatorlarının aktivləşməsi ilə vazoaktiv substansiyaların, endotoksinlərin, metabolizmin pozulmuş məhsullarının əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur;

✓ abdominal sepsisdə destruksiya və infeksiyalaşma mənbəyi klinik və eləcə də okkultant (gizli) manifestasiya şəklində bürüzə verir;

✓ abdominal sepsis üçün septik şokun və poliorgan çatışmazlığının potensial «fatal» əlamətlərinin kəskin inkişafı xarakterikdir.

Abdominal sepsisin bu şəkildə qoyulması kifayət qədər aydındır, ona görə ki, bu təkcə sepsisin ağırlığının dərəcəsini qiymətləndirməyə yox, eyni zamanda iltihabi mənbəyə münasibəti dəyişdirməyə, yəni onun bir etapa yox, bir neçə etapa aradan qaldırmaq fikrini ortaya çıxarır.

Савельев В.С. və başqaları [3] bu baxımdan abdominal sepsisin patoloji gedişini bir çox mərhələyə bölür:

- sepsissiz dövr; sepsis dövrü; ağır sepsis dövrü; septik şok dövrü;

Савельев В.С. və Б.Р.Гельфанд [4] öz tövsiyələrində abdominal sepsisin xüsusiyyətlərini aşağıdakı kimi bölür:

- infeksiya mənbəyinin çoxluğu və rezidual olması;
- endogen intoksikasiyanın mikroorqanizmlərin translokasiyasının qısa müddətə inkişafı;
- infeksiya-toksik şokun və poliorqan çatışmazlığının tezliklə inkişafı;
- polimikrob infeksiya;
- yüksək letallıq;
- 3 prinsipə ciddi riayət olunması: adekvat cərrahi sənəsiya; optimal antimikrob terapiya;
- ✓ standartlaşdırılmış korreksiya intensiv terapiya.

Hələ müasir dövrdə də abdominal sepsisin patogenezinin mürəkkəb olduğu və sona qədər açılmadığı dövrü ədəbiyyatda göstərilir [1]. Hesab edilir ki, bu mürəkkəb mexanizm, özünə bir çox ardıcıl, bir-birini qapayan, getdikcə əksər orqanları bu prosesə cəlb edən, patoloji vəziyyətdir.

Son dövrlərdə abdominal sepsislə bağlı çoxlu tədqiqat işləri aparılır ki, bunlar da həmin patoloji vəziyyətin əksər məqamlarının araşdırılması üçün patogenetik baxımdan çox əhəmiyyətlidir. Əgər, intraabdominal infeksiya – visseral və parietal peritonun və onların qonşu toxumalara yayılması ilə gedən iltihabi prosesdirsə, onda bu gün «qarın boşluğunun kəskin cərrahi xəstəlikləri» termini ilə uyğun gəlmir. Intraabdominal infeksiya prosesin iltihab mənbəyi kimi başlanğıc fazası məvhumundan kənara çıxaraq, onun parietal peritona da müəyyən dərəcədə sirayət etməsi ilə xarakterizə olunur. Belə interpretasiya əvvəllər «qarın boşluğunun kəskin cərrahi xəstəlikləri» adı altında birləşdirilən, lakin, birmənalı olaraq, infeksiyaya məruz qalmış orqanın visseral peritonunun zədələnməsi ilə gedən həmin patologiyalar ən erkən dövrlərdə öz terminoloji mahiyyətlərini saxlayan proseslər üçün uyğun gəlir. Prosesin, artıq parietal peritona sirayət etməsi, onun intraabdominal infeksiya adı altında birləşdirilməsi üçün əsas verir.

D.Wittmann-ın [6] təbincə, bu terminin irəli sürülməsinin məntiqi məhz, etiopatogenetik oxşarlığı baxımdan uyğun, lakin müxtəlif klinik gedişli, diaqnostik və taktik fərqli patoloji vəziyyətlərin birləşdirilməsi vacibliyindən irəli gəlir. Bu baxımdan peritonit və intraabdominal abseslər eyni tipli qruplara aid edilir. Məsələ burasındadır ki, D.Wittmann «qarın boşluğunda baş verən iltihabi prosesə» yeni korrektiv dəyişikliklər gətirdi. Hələ bu dövrə qədər qarışıq, həmişə də sonunun hansı vəziyyətdə qurtaracağına müəyyən oluna bilinmədiyi patoloji vəziyyət olan – peritonit, yeni traktovkada daha aydın xarakteristika olunur. Mövcud anlayış – «qarın boşluğunun kəskin cərrahi xəstəlikləri» öz klinik adını «intraabdominal infeksiya» termininə verməklə, həm də, mahiyyət etibarilə daha aydın və bu günə uyğun terminoloji status qazanır. Bu terminoloji status həmin situasiyada ən yüksək klinik standartla uyğun göstəricilərin məcmusu kimi özünü göstərir. Buna uyğun olaraq, biz tədqiqat işimizdə «intraabdominal infeksiya» terminini qarın boşluğunda baş verən iltihabi prosesin nazoloji ölü kimi hesab edirik.

Burada infeksiyanın nozoloji vahidi, ancaq, bu mənbədə iltihabi faktorun lokal vəziyyətini göstərməklə yanaşı, həm də onun infeksiya baxımından harada baş verməsini və assosiativ mikrob faktoru barədə fikir söyləməyə əsas verir. «Intraabdominal infeksiya» termini qarınboşluğudaxili iltihabi prosesə bu gün olan tələbatın hədsiz gərginliyi zəminində ortaya çıxmışdır. Bu ümumiləşdirilmiş, instruktiv qaydalara riayət forması artıq zaman amili çərçivəsində yeni alqoritmlər və standartlar yaradılması üzərində qoyulmuşdur. Lakin, böyük rus alimi prof. O.C.Кочнев hələ bu məsələlərin ilkin izahını Kazan Dövlət Tibb Akademiyasının təxirəsalınmaz cərrahlik kafedrasında 1978-ci ildən başlayan elmi-tədqiqat işləri əsasında qoymuşdur. O, dövrlərdə bu məsələ diaqnostika, proqnostika və müalicə proqramlarının instruktiv qaydada formalaşdırılması kimi həyata keçirilirdisə, bu gün sadəcə olaraq, bunlar alqoritm, klinik standartlar kimi terminlər altında birləşdirilir. Təəssüf ki, hələ 30 il əvvəl bu günə uyğun qurulmuş klinik standartların müəllifi haqqında unudulur. Prof. O.C.Кочнев bu barədə hələ 1984-cü ildə «Экстренная хирургия заболеваний органов брюшной полости» kitabında yazırdı [2]. Bizim peritonit, abdominal sepsis üzrə tədqiqat işlərimiz 1983-2011-ci illəri əhatə edir. Bu dövr həmin patologiyaların diaqnostikası,

proqnozlaşdırılması, ağırlıq dərəcələrinin qiymətləndirilməsi, müalicə proqramının qurulmasına dair bir çox fundamental elmi-tədqiqat işlərinin nəticələrinə əsaslanır.

Aldığımız nəzəri-praktik biliklərimiz əsasında «intraabdominal infeksiya»-ni başlanğıc faktor kimi hesab etməklə, onun gedişini aşağıdakı kimi görmək istərdik:

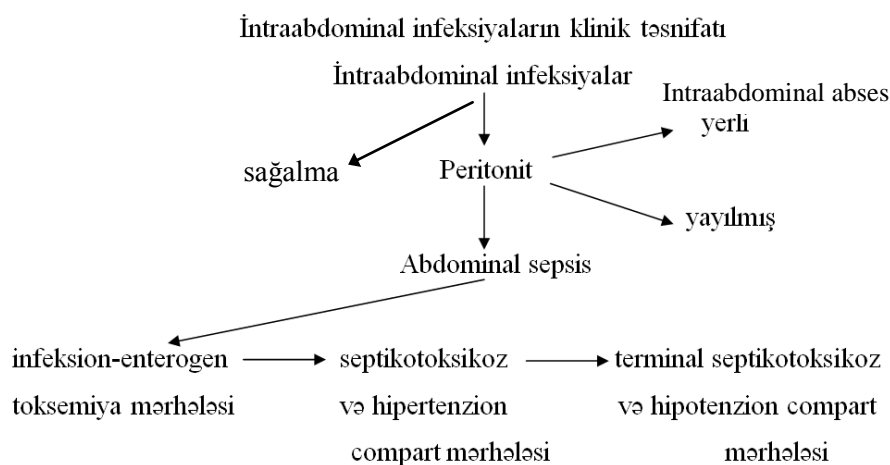
Uzunmüddətli, ardıcıl tədqiqat işlərinin nəticələri o qənaətə gəlməyə imkan vermişdir ki, bu gün D.Wittmann tərəfindən təklif edilən terminoloji baxışı nəinki qəbul etmək, eyni zamanda, daha da müasir nəzəri-praktik biliklərə uyğunlaşdıraraq, «intraabdominal infeksiyalar»ın bir termin kimi inkişaf yolunun məntiqi mexanizminin faktoloji tərəfini yoxlamaqdan ibarətdir.

Əvvəl qeyd edilən və çoxları ümumdünya əhəmiyyəti tapan bir çox əsaslı patogenetik izahlardan fərqli olaraq, bu traktovka ayrı cürə yanaşma tərzini tələb edir.

Belə hesab edilir ki, peritonit intraabdominal infeksiyanın qarın boşluğuna generalizasiyası nəticəsində inkişaf edir, eyni zamanda, parietal peritonun da iltihabi zədələnməsinə səbəb olur və bununla yeni yaranmış patofizioloji vəziyyət ümumi klinik əlamətlərə manifestasiya edir, nəticədə qarşısı çətin alınan xüsusi proseslər – endotoksemiya və intraabdominal təzyiq sindromu inkişaf edir. Bu vəziyyəti biz, məhz peritonit vəziyyəti hesab edirik. Patogenetik baxımdan bu, peritonun iltihabi prosesidir, hələ orqan çatışmazlığı və eləcə də onu törədən patogenetik faktorlar – endotoksemiya və Abdominal Compartment Syndrom-u kompensasiya dövrü keçir və orqanizmin mikrob invaziyasına, toksemiya qarşı reaksiya imkanları itməmişdir, hər halda qısa dövrdə də olsa, kompensator mexanizmlər fəaliyyətdədirlər.

Sonrakı patogenetik bənd, artıq qeyd edilən kompensator mexanizmlərin sıradan çıxmasına gətirib çıxarır, iltihabi proses hədsiz sürətlə yayılır, intraabdominal toxuma və orqanlara yayılmış mikrob invaziyası nəticəsində həmin orqanlarda, xüsusən, həzm traktında orqan çatışmazlığı inkişaf edir ki, bu da enteral çatışmazlıq kimi adlandırılır. Bu bənd, abdominal sepsisin başlanğıc mərhələsidir.

Sonrakı patogenetik dəyişikliklər ekstraperitoneal orqanların və sistemlərin çatışmazlığı ilə nəticələnir ki, bunların da əsasında iltihab və enteral mikrob translokasiyası əsasında inkişaf etmiş endotoksikoz, intraabdominal təzyiq → Abdominal Compartment Syndromu əsasında inkişaf etmiş döş qəfəsi orqanlarının çatışmazlığı durur.



Beləliklə:

İntraabdominal infeksiya → peritonit → abdominal sepsis prosesi bir-birini əvəz edən, lakin, getdikcə daha dərin patofizioloji dəyişiklikləri özündə əks etdirən qarınboşluğudaxili, patogenetik olaraq, ardıcıl davam edən mürəkkəb prosesin önü və axırındır. Burada, vaxtlı-vaxtında hər bir bəndin qırılmasına gətirib çıxaran müalicə tədbirləri xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bizim sonrakı fəsillərdə qeyd edilən tədqiqat işinin nəticələri bu orijinal baxışı təsdiqləyir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Гаин Ю.М. Проблема абдоминального сепсиса в хирургии: Сообщение 3: Патогенез заболевания // Белорусский Медицинский журнал. -2002.-№.-2-с.27-37.
2. Кочнев О.С. Экстренная хирургия заболеваний органов брюшной полости Казань, 1984, 286 с.
3. Савельев В.С. Перитонит М.: Москва, 2007, 262 с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия Москва, 2006, 168 с.

5. Маскин С.С., Коровин А.Я. есть еще пути улучшения результатов лечения перитонита (Проблемная лекция). Российская научно-практическая конференция с международным участием. «Перитонит», Анапа, 20-22 мая, 2009 г., с.43-49.

6. Wittman D.H. Wallace reperair compares favorably with conventional operative therapy for intra-abdominal infections when adjusting for prognostic factors with e logistic model. Theor.Surg (New Eur Surg); 1994;25:273-284.

Daxil olub: 26.12.2014.

ATRIAL NATRIUM- URETİK PEPTİDİN PATOLOJİ PROSESLƏRDƏ ROLU VƏ ONUN TİBBİ PRAKTİKADA TƏTBİQİNİN PERSPEKTİVLİYİ

Rəcəbova F.O.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi-Tədqiqat Mərkəzi

Açar sözlər: ANUP, patoloji proseslər, müalicə perspektivliyi.

Atrial natrium-uretik peptidin (ANUP) hasil olduğu strukturlar və bioloji təsir xüsusiyyətləri aşkar olunduqdan sonra onun tədqiqi daha da reallaşmış, həmin vaxtdan etibarən normada və müxtəlif xəstəliklər zamanı əhəmiyyəti intensiv öyrənilir. Ürəyin peptid tənzimləmə sistemi pelaksant – damar genişləndirici sistemdir. Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, atriopeptidin hipotenziv təsiri çox zaman renin-angiotenzin-aldosteron sistemə (RAAS) təsiri hesabına mümkün olur (21, 22, 26). ANUP vazokonstriktorların antoqonisti olub, damarların sayəzələ hüceyrələrinə relaksasiyaedici təsir göstərir, böyrək kanalcıqlarında reabsorbsiyanı azaldır. Qeyd olunan təsir mexanizmi əsasında böyük qan dövranında təzyiq aşağı düşməklə ürək fəaliyyəti yaxşılaşır, böyrəklərdə filtrasiya yüksəlməklə natriumurez və diurez artır.

Atrial hormonun qanda səviyyəsinin təyini klinikada böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bir sıra təcrübələrlə müxtəlif ekstremal hallara qarşı onun plazmatik konsentrasiyasının kəskin yüksəlməsinin rolu araşdırılaraq təsdiq edilmişdir. Belə ki, ürək-damar xəstəlikləri ANUP ifrazının dəyişilməsi ilə müşayiət olunur. Normal arterial təzyiq zamanı 51,8 pq/ml, arterial təzyiq yüksəldikdə 232 pq/ml, venalarda durğunluqlu hallarda isə 445 pq/ml olması müşahidə edilmişdir. Məlumatlara görə fizioloji şəraitdə insan qanında ANUP konsentrasiyası 25-100 pq/ml təşkil edir (16). Qan-damar çatışmazlığının başlanğıc – ilkin mərhələsində digər neyrohumoral amillərlə yanaşı ANUP-in də qanda qatılığı yüksəlib fəallığı artır. Lakin xəstəliyin III (dekompensasiya) mərhələsində onun miqdarı azalıb 15 fmol/ml-ə bərabər olur. Ürək çatışmazlığının müxtəlif mərhələlərində ANUP qatılığının dəyişilməsinin göstəriciləri proqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Ürək çatışmazlığı zamanı atriopeptidin səviyyəsinin artması bu patologiyanın funksional dərəcəsi ilə biavasitə əlaqədar olub, bəzi hemodinamik göstəricilərin dəyişilməsindən: sağ qulaqcıqda təzyiqdən, ağciyər arteriyasında təzyiqdən, sol mədəcikdə son diastolik təzyiqdən, vurğu fraksiyasından bilavasitə asılıdır (13, 28). Müalicə fonunda bu göstəricilərin normallaşması natrium-uretik peptidin ürək çatışmazlığında effektivliyini göstərib, simptomatikada aydın dəyişikliklər olmadıqda belə klinik yaxşılaşmanı proqnozlaşdırmağa imkan verir.

Göründüyü kimi ANUP ekstremal hallara qarşı stabil olmayıb dəyişilir. Bir sıra xəstəliklərdə – ürəyin işemik xəstəliyi, miokard infarkti, xroniki ürək çatışmazlığı, qan dövranı çatışmazlığı, kəskin böyrək çatışmazlığı, hipertoniya

xəstəliyi, ikincili hipertenziyalar və su - elektrolit balansının pozulması zamanı qanın plazmasında natrium-uretik peptidin miqdarının dəyişilməsi göstərilir (12, 13, 16, 19). Tədqiqat işlərinin əksəriyyəti müxtəlif mənşəli hipertoniya zamanı qanda ANUP miqdarının dəyişilməsinin izlənməsinə həsr edilib (12, 16, 18, 24, 32). Əldə olunmuş nəticələr göstərir ki, arterial təzyiqin yüksəlməsinə cavab reaksiyası olaraq qanda ANUP qatılığı artır. Essensial hipertoniya zamanı ANUP konsentrasiyasının yüksəlməsi natrium miqdarının çoxluğundan asılıdır. Bu asılılıq natriumun böyrəklərlə kifayət qədər olmayan ekskresiyasını kompensasiya etmək və orqanizm-də onun sonrakı ləngiməsinin qarşısını almaq üçün əks əlaqə mexanizminə xidmət edir. Müəyyən edilmişdir ki, essensial hipertoniya zamanı qanın plazmasında ANUP qatılığının artması həm də renin səviyyəsinin azalması ilə müşayiət olunur (31).

Bu məlumatlar göstərilən patoloji proseslər zamanı atrial natrium-uretik peptidin tənzimləyici – kompensator rolunu təsdiq edərək, qanın həcmində kəskin və xroniki yüksəlməsi, hipertenziyalar, ürəyin həddindən artıq dolması və böyrək çatışmazlığına cavab kimi ANUP-in qanda konsentrasiyasının yüksəlməsi onun mayeli homeostazda mühüm rol oynadığını sübut edir.

ANUP kalsiumun hüceyrə daxilində paylanması müəyyən rol oynayır. Peptidin çatışmazlığı zamanı böyrəklərin qabıq maddəsində kalsiumun yüklənməsinə və nefropatiyaya səbəb ola bilər (29). Bu zaman böyrək toxumasında yaranmış işemiyə nəticəsində renin hasilinin artması, öz növbəsində vazokonstriktor və antidiuretik xüsusiyyətə malik olan angiotenzin – aldosteron sisteminin, vaso-pressinin fəallığını yüksəldərək patoloji prosesin daha da dərinləşməsinə rəvac verir.

Sağlam adamlardan fərqli olaraq miokard infarktı olan xəstələrin ürək mədəciklərinin miositlərində immunhistokimyəvi metodla ANUP-in lokalizasiyası aşkar edilmişdir. Bu zaman tərkibində ANUP olan miositlərin infarkt olan sahəni əhatə etməsi müşahidə edilmişdir. İnfarktlı ürəkdə ANUP-in mədəciklərdə lokalizasiyasının ürək çatışmazlığından deyil, mexaniki stress və hemodinamik yüklənmədən asılı olması qeyd edilir (30).

Aparılmış eksperimental və klinik tədqiqatların nəticələri (11, 13, 14, 15, 18, 28) ürək-damar sistemi xəstəlikləri (ürəyin işemik xəstəliyi, miokard infarktı, xroniki ürək çatışmazlığı, qan dövranı çatışmazlığı, hipertoniya xəstəliyi, tac damarların spazmı), kəskin böyrək çatışmazlığı və su – elektrolit balansının pozulması ilə müşayiət olunan xəstəliklər və endogen intoksiyalar (4, 5) zamanı ANUP-ə pozitiv kardiomyositlərin sekretor fəallığının artıb, qanda peptidin qatılığının yüksəlməsini patoloji prosesə qarşı fizioloji cavab reaksiyası kimi qiymətləndirməklə, onun ürək- damar sistemi fəaliyyətinin və su – duz mübadiləsinin tənzimlənməsində rolunu təsdiq edir. Bütün bunları nəzərə alaraq deyə bilərik ki, bu cavab reaksiya arterial təzyiqin və damardaxili həcmə dəyişilmələrində onları normalaşdırmaq məqsədilə immobilizasiya olunan vacib adaptasiya – korreksiyaedici mexanizmə əsaslanır. Ona görə də arterial hipertenziya və kəskin böyrək çatışmazlığında ANUP terapevtik perspektivə malikdir.

1997-ci ildən etibarən ATU-nun Elmi – Tədqiqat Mərkəzində ə.e.x., prof. Q.Ş. Qarayevin rəhbərliyi altında ANUP-in normada və müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə rolunu araşdırmaq məqsədilə ardıcıl olaraq silsilə tədqiqat işləri aparılmışdır (1, 2, 3, 4, 5). Bu tədqiqatlar əsasında tac damarların spazmı şəraitində ANUP sekretor qranulları populyasiyasının, yaranmış patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dəyişilməsinin müdafiə kompensator xarakter daşması, uzun müddətli spazm şəraitində vazodilatator – nitroqliserin Ca^{++} blokatorun və blokator anaprilin tətbiqinin sekretor qranulların funksional

fəallığının tənzimində rolu müəyyən edilmişdir (1). Miokard qan təchizatının pozulmaları zamanı sekretor hüceyrələrin miqrasiyasında regionar limfa dövranının, onların funksional fəaliyyətində hipotalamus nüvələrinin rolu araşdırılmış, sekretor kardiomyositlərin funksional fəallığında hipotalamusun ön payı nüvələrinin, arxa payı nüvələrinə nisbətən daha böyük əhəmiyyət kəsb etməsi müşahidə edilmişdir (2). Tərəfimizdən peritoneal intoksikasiya şəraitində ürək əzələsində yaranmış patomorfoloji dəyişikliklərə cavab olaraq ANUP sekretor kardiomyositlərin funksional fəallığı tədqiq edilmiş, ürək əzələsi qan təchizatının pozulmasına qarşı onların hiperaktivliyi müəyyən edilmişdir. Bu isə endogen intoksikasiyanın poqressivlik dərəcəsindən asılı olaraq ürək əzələsində yerli (lokal) işemik və ümumorqanizm səviyyəsində baş vermiş hemodinamik pozulmalara qarşı atriopetid kompensator rolunu bir daha sübut edir (3, 5).

Atriopetidlər böyrəklərin funksiyasının tənzimində və su-duz homeostazının sabitliyinin saxlanmasında mühüm rol oynadığından onun sintetik analoqları ürək və böyrək xəstəliklərində güclü potensiala malik terapevtik əhəmiyyətli vasitə hesab edilir. Atrial hormonun bu xüsusiyyətlərinə əsaslanan tədqiqatçılar ona heç bir mənfi təsirə malik olmayan ideal diuretik kimi baxırlar. Çünki, ekvimolyar münasibətdə atriopetid furasemiddən daha effektiv olub katexolominlərin, dofaminin ekskresiyasına, K^+ ionlarının sidiklə xaric olunmasına heç bir təsir göstərmir (27).

Məlumdur ki, orqanizmdə kardiovaskulyar homeostazın sabitliyinin qorunub saxlanması prosesi iki tənzimləyici sistemin – atriopetid relaksant və renin – angiotenzinin pressor təsirinin iştirakı ilə aşağıdakı mexanizm üzrə baş verir: Böyrək damarlarında qanın təzyiqinin aşağı düşməsinə cavab olaraq yükstaqlomerulyar hüceyrələr tərəfindən qana renin ifraz olunur. Renin angiotenzin zülalını parçalayıb güclü pressor təsirə malik angiotenzin II-yə çevirir, sonuncu sayəzələ hüceyrələrinin reseptorlarını qıcıqlandırmaqla onların spastik yığılmasını əmələ gətirir, damar mənfəzini daraldaraq damar mühitinin həcmi azaldır. Angiotenzin II eyni zamanda böyrəküstü vəzilərə təsir edərək Na^+ reabsorbsiyasını gücləndirən antidiuretik hormon aldosteron sekresiyasını artırır. Nəticədə mezenxial hüceyrələrin spazmı, yumaqcıq filtrasiyası tezliyinin aşağı düşməsi, böyrəklərin distal kanalçıqlarında Na^+ reabsorbsiyasının artması diurezi və elektrolitlərin ekskresiyasını aşağı salır. Arteriolları vazo-konstriksiyası, diurezin və elektrolitlərin ekskresiyasının azalması isə arterial təzyiqin yüksəlməsinə, qan dövranı mühitinin arterial hissəsində qanın həcmi artmasına gətirib çıxarır. Bu isə qulaqcıq baroreseptorları tərəfindən qəbul edilir və homeostaz prosesinin tənzimlənməsi üçün RAA sisteminin təsirinə qarşı cavab olaraq, depressor xüsusiyyətə malik olan atriopetid sistemi işə düşür. ANUP damarların sayəzələlərində angiotenzin II reseptorlarını blokada edir, aldosteronun sintezinə təzyiq edir. Nəticədə damar mənfəzində yaranmış genişlənmə və boşalma sayəsində arterial təzyiq enir, böyrəklərin distal kanalçıqlarında natrium və suyun reabsorbsiyasının azalması hesabına isə orqanizm artıq mayedən azad olur (6, 24). Beləliklə, hər iki sistem normal şəraitdə qarşılıqlı olaraq nizamlı surətdə bir-birini tənzimləyir. Bu tarazılığın pozulması isə orqanizmdə müxtəlif patoloji vəziyyətlərlə əlaqədar baş verir. Ona görə də müxtəlif patoloji proseslər şəraitində ürəyin atriopetidlər sisteminin tədqiqi, struktur-funksional əlaqələrinin qarşılıqlı öyrənilməsi biologiya elminin, təbabətin kardiologiya və digər bölmələrinin inkişafı üçün böyük nəzəri və paktik əhəmiyyət kəsb edir.

Hemorragik şokun atriopetidlərlə müalicəsinin mümkünlüyü güman edilir (Oshimal T et al. 1984). Məlumdur ki, qanıtirmə səbəbindən yaranmış şok qana müxtəlif endogen vazokonstriktorların ifrazı ilə müşayiət olunur. Onlar

böyrək damarlarında kanalcıqların nekrozu və böyrəyin məhvi ilə nəticələnə biləcək güclü spazm əmələ gətirirlər. Belə hallarda müalicə məqsədilə dofamin tətbiq edilir. Aşağı konsentrasiyalarda dofamin böyrək damarlarında boşalma əmələ gətirir, lakin yüksək dozalarda isə onların spazmını daha da artırır. Belə hallarda dofaminin anto-qonisti olan qaloperidolun yeridilməsi mümkünsüzdür çünki o, dofaminin böyrək damarlarına olan boşaldıcı təsirini də blokada edir. Bütün bunlar nəzərə alınaraq hemorragik şok zamanı atriopeptidin yeridilməsi daha effektiv müalicə metodu ola bilər. Çünki, atriopeptidlər spazm əmələ gətirən bu maddələr ilə müqayisədə 10 dəfə az dozalarda endogen vazokonstriktorların təsirini aradan qaldırma imkanına malikdir.

ANUP-in bütün fizioloji xüsusiyyətləri heyvanlarda və insanlarda eyni cür xarakter daşdığı üçün klinik sınaqlar zamanı onun tibbi praktikada tətbiqi asanlaşır. Lakin ANUP- in klinik paktikada tətbiqi onun tez parçalanması, həm də uzun müddətli müalicə zamanı sərbəst reseptorların azalması nəticəsində effektivliyin aşağı düşməsi ilə əlaqədar məhdudlaşır. Atrial hormonun terapeutik müalicədə tətbiqinin çətinliyi həm də onun bağırsaqların divarından çətin sorulması və tez inaktivasiya-sından irəli gəlir. Sonuncuya səbəb isə enkefalinaza fermentinin təsirindən peptidin parçalanmasıdır. Ona görə də canlı orqanizmdə təsir müddəti 10-20 dəqiqədir.

Amerika alimi Gros Claudi et al. (1989) tədqiqatlarına əsasən inhibitor asetofanın təsirindən ANUP-in parçalanmasının ləngiməsi müşahidə edilmişdir. Bu zaman qanın plazmasında peptidin konsentrasiyası yüksələrək natriumurezin və diurezin artmasına səbəb olmuşdur. Bu müşahidələr qeyd edilən inhibitorun ANUP metabolizmində rolunu göstərir (23).

Göründüyü kimi ANUP –in tibbi praktikada tətbiqi yalnız onun fizioloji aktivliyinin dərindən öyrənilməsindən deyil, müxtəlif patoloji proseslərdə vəziyyətinin tədqiqindən, müvafiq müalicəvi metodların işlənilib hazırlanmasından da asılıdır. Endogen ANUP sekresiyasını stimülə edən və ya onun parçalanmasının qarşısını alan dərman preparatlarının hazırlanması və yeni müalicə metodlarının tətbiqinin mühüm perspektivi güman ki, müalicəsi qeyri mümkün olan xəstəliklərin müalicəsini mümkün edəcək, ürəyin endokrin xüsusiyyətinin daha dərindən tədqiqi klinik təbabətin inkişafında böyük dönüş yaradacaqdır. Bütün bunlara əsaslanmaqla deyə bilərik ki, ürək təkcə qanı qan – damar sisteminə vuran nasos deyil, həm də müvafiq fizioloji stimullara və patoloji proseslərə qarşı cavab reaksiyası olaraq atriopeptidlər sintez və sekresiya edən mürəkkəb mexanizmdir. Kardiomyositlərin müəyyən hissəsi əzələ hüceyrələrinin sturuktur və fizioloji əlamətlərini saxlayaraq, hormon hasil edən endokrin hüceyrələrin funksiyasını yerinə yetirir. Hormonun əsas sekretor stimulu qulaqcıq kardiomyosit-lərində təzyiqin artması olub, sekretor hüceyrələrin funksional fəallığı hipotalomo-hipofizar sistemin nəzarəti altındadır. Onlar mərkəzi sinir sistemin ürək-damar sistemini və su-duz mübadiləsini tənzim edən strukturları ilə sıx əlaqədədir. Damarlarda, böyrəklərdə, böyrəküstü vəzilərdə, bağırsaqların sayə əzələ toxumasında bu hormona həssas reseptorlar yerləşir. Atrial hormon renin – angiotenzin – aldosteron, simpatoad-renal, kallekreinkin sistəmləri ilə qarşılıqlı əlaqə yolu ilə orqanizmin bir sıra fizioloji proseslərinin tənzimində iştirak edib, patoloji proseslər zamanı ekstruziyasının yüksəlməsi ürəyin işini yüngülləşdirən vazodilatasiyanı şərtləndirməklə, onun kompensator rolunu təsdiq edir (6, 7, 8, 9, 10).

Bu, araşdırmalar elmin yeni sahəsinin – kardioendokrinologiyanın inkişafına əsas verir. Beləliklə, ürək qulaqcıqlarının endokrin funksiyası haqqında konsepsiya qanunauyğun hesab edilib, atrial hormonun müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə rolunun araşdırılması tibbin aktual problemlərindən biridir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Qarayev Q.Ş., İnsanov Q.B., Həsənov İ.Ə. Tac damar spazmasının müddətindən asılı olaraq atrial natrium-uretik qranulaların dəyişməsi. //Az. Tibb jurnalı, 1999, №8, s.21-23.
2. Гараев Г.Ш., Гасанов И.А., Исмаилова А.Т. Морфогистохимическая оценка секреторной активности пара-эндокринных предсердных миоцитов в условиях блокады и стимуляции лимфомикроциркуляции сердца. // Sağlamliq, 2000, №2, c.33-34.
3. Qarayev Q.Ş., Rəcəbova F.O., Xəlilov V.H. və b., Peritonit dinamikasında atrial natrium-uretik hormon (ANUH) sekresiyalı kardiomyositlərdə baş vermiş ultra-struktur dəyişikliklər. // Azərbaycanca tibb elmi və praktik səhiyyənin nailiyyətləri. Bakı, 2006, №1, s.93-96.
4. Rəcəbova F.O. Peritoneal intoksikasiya zamanı ürək fəaliyyəti çatışmazlığının patogenezinə atrial natrium-uretik faktorun rolu. AEA-nın müxbir üzvü A. Əliyevin 75 illiyinə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın materialları. Bakı, 2001, s.30-31.
5. Rəcəbova F.O. Peritonit zamanı intoksikasiyanın fazalarından asılı olaraq atrial natrium-uretik faktorun vəziyyəti. Avtoref. Bakı-2003, 24s.
6. Rəcəbova F.O. Orqanizmdə su-duz mübadiləsinin tənzimlənmə mexanizmi və kardiovaskulyar homeostazın qorunub saxlanması atrial natrium-uretik hormonun rolu. // Sağlamliq, 2008, №1, s.180-188.
7. Rəcəbova F.O., İsmayılova A.T., Hacıyeva G.Y., Abdulova Y.B. Atrial natrium-uretik hormon. // Sağlamliq, 2010, №6, s.29-34.
8. Rəcəbova F.O., İsmayılova A.T., Cəfərova Q.K. Atriopeptidlərin kimyəvi struktur quruluşu və onların bioloji fəallığının polipeptid zəncirinin ölçülərindən asılılığı. // Sağlamliq, 2012, №5, s.30-34.
9. Rəcəbova F.O. Atrial natrium-uretik peptidin bioloji təsir xüsusiyyətləri. //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2013, №2, s.8-13.
10. Rəcəbova F.O. Atrial natrium-uretik peptidin lokalizasiya xüsusiyyətləri və onun sekresiyasına təsir edən amillər. Elə orada, 2014, №3, s.3-7.
11. Батурова Е.А., Суоров Ю.А. Значение предсердного натрийуретического фактора в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы. //Кардиология, М., 1991, т.XXXI, № 1, с.91-93.
12. Бильченко А.В., Васильев Ю.М. Предсердный натрийуретический фактор у больных гипертонической болезнью. //Кардиология, 1991, № 3, с.64-67.
13. Волненко Н.Б. Предсердный натрийуретический пептид при хронической недостаточности кровообращения у больных ишемической болезнью сердца. //Врачебное дело, 1990, № 9, с.23-24.
14. Гапон Л.И., Бабинова Я.А., Мухарямов Н.М. Роль натрийуретического фактора в генезе водно-электролитных нарушений у больных с хронической недостаточностью кровообращения.//Терапевт архив, 1988, №11, с.28-31.
15. Малая Л.Т., Волненко Н.Б., Горб Ю.Г. Некоторые аспекты патогенеза хронической недостаточности кровообращения при ишемической болезни сердца: Роль предсердного натрийуретического пептида. //Кардиология, 1990, вып.30, № 9, с.28-30.
16. Островский В.В. Секреция натрийуретического гормона и параметры системной гемодинамики у больных артериальной гипертензией в нагрузочном тесте. //Здравоохранение, Кишинев, 1989, № 5, с.26-28.
17. Скворцов А.А., Масенко В.П., Босых Е.А. и др. Предсердный натрий-уретический фактор при хронической сердечной недостаточности. //Терапевтический архив, 1991, т.63, №4, с.94-96.
18. Хирманов В.Н., Киреев И.С., Беркович О.А. и др. Изменения концентрации предсердного гормона при гипертонических кризах. //Клин. медицина, М., 1993, т.71, №3, с.34-36.
19. Шершнева В.А., Фуштей И.М., Поливода С.Н. и др. Предсердный натрий-уретический фактор у больных с артериальной гипертензией. //Клин. Медицина, 1994, № 1, с.7-11.
20. Biollaz J., Nussberger J., Porchet M. Four hour infusions of synthetic atrial natriuretic peptide in normal volunteers. //Hypertension, 1986, v.8, N 6, p.96-105.
21. Canton A.D., Romano G., Conte G., et al. Role of atrial natriuretic factor in renal adaptation to variation of salt intake in humans. //Amer. J. Physiol., 1990, v.258, N 6, pt. 2, p.1579-1583.
22. Cogan E. Atrial natriuretic factor and the endocrine control of electrolyte homeostasis. Acta cardiol., 1991, v.46, N 3, p.377-384.
23. Gros C., Sougue A., Schwarts J.C. Inactivation of atrial natriuretic factor in mice in vivo: crucial role of enkephalinase. //Eur. J.Pharmacol., 1990, v.179, N 1-2, p.45-46.
24. Horky K., Gutkowska J., Garcia R. et al. Atrial natriuretic factor-its possible role in the patogenesis and therapy of arterial hypertension. //Cor. et Vasa, 1987, N 29, p.49-55.
25. Hynynen M., Harjula Ari L., Severi J. Plasma atrial natriuretic factor concentration in a heart lung transplant recipient. //J.Heart. Transplant., 1990, v.9, N 4, p.444-446.
26. Jonston C.J., Hodsman P.G., Konzuki M. et al. Interaction between atrial natriuretic peptide and the renin angiotensin aldosterone sistem. Endogenous Antagonists., //Amer., J.Med., 1989, v.87, N 68, p.24-28.
27. Kimura T., Abe K., Ota K. Effects of acute load hypertonic saline infusion and furosemide administration in atrial natriuretic peptide and vasopressin release in humans. //J.Clin.Endocrinol. Metab., 1986, v.62, N 5, p.1003-1010.
28. Millaire A., Ducloux G., De Groote P., Tison E. Le facteur auriculaire natriuretique. Etat actuel des connaissances et des implications en pathologie cardiague. //Inform. cardiol., 1990, v.14, N 6, p.604-609.
29. Sahai A., Ganguly P.K., Lack of response of (Ca²⁺ Mg²⁺) ATP-ase to atrial natriuretic peptide in basolateral membranes from kidney cortex of chronic diabetic rats. //Biochem. and Biophys., Res. Commun., 1990, v.169, N 2, p.537-544.

30. Takemura G., Fuywara H., Yoshida H. et al. Identification and distribution of atrial natriuretic polipeptide in ventricular myocardium of humans with myocardial infarction. //J. Pathol., 1990, v.161, N 4, p.285-292.
31. Wakitani K., Cole B.R., Geller D.M. Atriopeptins: Correlation between renal vasodilation and natriuresis. //Amer. J. Physiol., 1985, v.249, p.49-53.
32. Zimmerman R.S., Barbee R.W., Martinez A. et al. Atrial appendectomy reduces ANF but not sodium excretion in acute vasopressin hypertension. //Amer. J. Physiol., 1990, v.258, N 1, p.77-81.

Daxil olub: 26.02.2015.

REPERFUZION SİNDROMLU QARACİYƏRİN XRONİKİ XƏSTƏLİKLƏRİ

Rüstəmov A.A.

Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi

Reperfuziya sindromu toxumaların, hüceyrələrin müxtəlif səbəblərdən işemiyası zamanı törənir. Təbabətin cərrahlıq təcrübəsində əksər hallarda orqanların transplyasiyası zamanı baş verir. [1,2,3]

Reperfuziya sindromu terapeutik sahədə daxili orqanların xroniki xəstəlikləri və parenximatoz orqanlarda hüceyrələrin distrofiyası ilə əlaqədar olaraq interestisiol sahələrdə gedən dəyişikliklər zamanı da baş verə bilər. Belə üzvlərdən biri də qaraciyərdir. Müasir dövrdə reperfuziya sindromu maddələr mübadiləsində törətdiyi fəsadlarda daha geniş şəkildə öyrənilir. [4,5]

Bizim müşahidəmiz altında iyirmi nəfər xəstə müayinə olunmuşdur. Bunlardan on nəfəri xroniki aqressiv hepatit, beş nəfəri xroniki hepatitin sirroza keçid mərhələsində, beş nəfəri isə qaraciyərin piy distrofiyalı xroniki hepatit diaqnozu qoyulmuşdur. Xəstəliyin diaqnozu klinik simptomlara, ultrasəs və ümmunoloji laborator müayinələrin nəticələrinə əsasən təsdiq olunmuşdur. Xroniki B formalı hepatiti isə qanda Avstraliya antigeninin (HbAg) təyininə əsasən müəyyənləşdirilmişdir.

Qaraciyərin xroniki xəstəlikləri zamanı reperfuziya sindromunun patogenezdə rolunu diqqəti cəlb edən məqamlar aşağıdakılardır.

- 1) Xəstəliyin uzun müddətli gedişli xarakterdə olması
- 2) Qaraciyərin arxitektonikasında progressivləşən damar, öd kapilyarlarında və interstisial toxumasında gedən dəyişikliklər.
- 3) Prosesin fəsadlaşmaya meyilliliyi və aparılan müalicə tədbirlərinin çox zaman uğursuz olmaları.
- 4) Sirroza meyilli xroniki hepatitlərin portal hipertenziya ilə səciyyələnməsi. Xəstələri narahat edən əsas şikayətlər bunlardan ibarətdir.

a) Zəiflik, halsızlıq, tez yorulma, iştahsızlıq, yaddaşın pozulması, ürəkbulanma, dilin böyüməsindən, sağ qabırğa altında olan ağrılardan və ağızdan kəskin qoxunun gəlməsindən ibarətdir. Obyektiv müayinə zamanı xəstələrin dəri örtüyünün bəzən subikterik, bəzilərinde isə qaraciyər nahiyəsində şiddətli qaşınma ilə müşayiət olunan dərinin qonur rəngdə qabıqlanması ilə gedən səpgilərin olması xarakterikdir. Bizim fikrimizcə, xroniki hepatitlər zamanı dəridə olan şiddətli qaşınmaların və başqa dəyişikliklərin inkişaf etməsində reperfuziya sindromunun təsiri nəticəsində qaraciyərin hepatosil hüceyrələrində gedən distrofik dəyişikliklərdən sonra qanda olan qeyri-düz billurubinin transferaza fermentinin köməyi ilə qlukuron turşusuna birləşərək düz billurubinə çevrilməsi prosesinin pozulmasıdır.

b) Qaraciyərin ölçüsünün böyüməsidir. Palpasiya zamanı aşağı hüdudu prosesin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq iki barmaq, üç barmaq, bəzən də göbəyə qədər kənara çıxa bilər. Əksər hallarda qaraciyərin aşağı kənarı kələ-kötür özünün konsistensiyası sərt, səthi isə nahamar olur.

c) Ağrı simptomuna gəldikdə isə o da prosesin ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq biruzə verir. Belə ki, ağır formalı hepatitlər zamanı qaraciyəri əlliyərkən ümumiyyətlə xəstə ağrı hiss etmir.

d) Sağ qabırğa altında dərinin rənginin dəyişməsi ilə yanaşı olaraq vena damarlarının formasının dəyişməsi və kəskin qabarması nəzərə çarpır. Bizim fikrimizcə, bu mənzərə qapı venasında baş verən hemostazla əlaqədardır. Bundan əlavə xəstənin xarici görünüşünə nəzər yetirdikdə dərinin solğunlaşma fonunda şişkinliyi nəzərə çarpır. Bəzən də dərinin ödemi sarımtıla çalan rəngdə olur. Bunun səbəbini əksər alimlər xroniki hepatitlər zamanı qanda olan eritrositopeniya, trombositopeniya ilə müşahidə olunan anemiya nəticəsində böyrəkdə gedən dəyişikliklərlə əlaqələndirirlər.

Xroniki hepatitlər zamanı böyrəkdən sidik vasitəsilə zülalların itirilməsinə silindirlərin müşahidə olunmasına leykositlərin sidikdə görünməsinə əksər mütəxəssislər terminal nefropatiya kimi səcəyyələndirirlər.

Ürək-damar sistemi tərəfindən ürək tonlarının karlaşması fonunda kobud sistolik küy eşidilir. Nəbz zəif dolğunluqda aritmiki olur. Bunları ümumi qan dövranında hiposemiya nəticəsində miokardda gedən qidalanma pozğunluqları ilə əlaqədardır. Bəzi xəstələrdə xüsusən kişilərdə cinsi zəifliklə müşahidə olunan qoltuqaltı sahədə, başda, qasıq və döş nahiyəsində tükərlərin tökülməsi nəzərə çarpır. Qadınlarda isə yumurtalıqların və süd vəzilərinin menstrual tsiklin qeyri-müntəzəm getməsi fonunda inkişafın ləngiməsi müşahidə olunur.

Hipersplenizm bu dalağı anemiya, trombositopeniya, leykopeniya burun qanaxmaları ilə müşayiət olunan dalağın funksiyasının artmasıdır. Anemnestik məlumatlara əsaslanaraq reperfüzion sindromlu xroniki hepatitlərin kardinal səbəblərindən virus hepatitlərini, hepatotrop zəhərlənmələr, alkoqolu, birincili və ikincili şiş törəmələri və sirrozu göstərmək olar.

Qaraciyər sirrozu bu vaxt məhv olmuş qaraciyər hüceyrələri birləşdirici çapıq toxuma ilə əvəz olunur ki, nəticədə qaraciyərdaxili qan damarlarının daralması həmçinin obliterasiyası baş verir. Nəticədə qanın axını çətinləşdiyindən portal təzyiq artır. Bu şəraitdə qarın boşluğuna qanın plazmasının müəyyən hissəsi sızır, assit yaranır. Assitin yaranmasında qanın onkotik təzyiqinin də enməsi müstəsna rol oynayır. (Normada portal hipertenziya zamanı 400-600 mm civə sütununa qədər artır.) Normada qapı venasında venoz təzyiq 70-150 mm civə sütunu arasında olur. Portal hipertenziya zamanı isə 400-600 mm civə sütununa qədər artır.

Qaraciyərin funksional sınaqlarının təhlili qanda zülal fraksiyalarının analizində ümumi zülalın miqdarının azalması, albumin fraksiyasının azalması, B2 qlobulin fraksiyasının artması müşahidə olunur. Bunu qaraciyər hüceyrələrində gedən distrofik dəyişikliklərlə izah etmək olar.

Qaraciyərin piqment əmələgətirmə funksiyasına nəzər yetirdikdə isə qanda ümumi bilirubin azalmasını, birləşmiş biliuribinə nisbətən daha da azalması nəzərə çarpır. Bu da hepatosid hüceyrələrində gedən işemik prosesin nəticəsində sərbəst bilirubin qlükuron turşusu ilə birləşməməsi nəticəsində baş verdiyini güman etmək olar.

Qaraciyər hüceyrələrinin konkret necə fəaliyyət göstərməsini əks etdirən Alanin transferaza və Aspargin transferaza fermentlərinin bir-birinə nisbətinin qiymətləridir. Normada bu nisbət 1-ə bərabərdir. Hüceyrənin funksiyası azaldıqda isə 0,5-ə qədər dəyişir.

Ultrasəs müayinəsi (USM) xroniki hepatitlərin ağırlıq dərəcəsi üçün asılı olaraq aşağıdakı spesifik əlamətlərini göstərir.

- 1) Qaraciyərin böyüməsi – hepatomeqaliya
- 2) Səthinin qeyri-hamar olması bəzən də dənəvər indurativ elementlərin mövcud olması
- 3) Konsistensiyasının sərt olması daha ağır formada isə daşa bənzər kütləni xatırlaması
- 4) Qaraciyərin həssaslığının ariq dərəcədə azalması
- 5) Qaraciyərin daxilində damar şəbəkəsinin dəyişməsi, damar mənfəzinin daralması onun inyeksiyasının itməsi bəzilərində isə durğunluğun olması, öd kapilyarlarının sıxılması, toxumaarası fibrozun inkişafı və s.
- 6) Öd kisəsinin deformasiyası, qalınlaşması və öd möhtəviyyatının bulanıq və çöküntülü olması.
- 7) Pankreatin exogenliyinin zəifləməsi və böyüməsi
- 8) Dalağın funksiyasının artması – hipersplenizm.
- 9) Metiorizm.

Reperfüzion xroniki hepatitlərin differensiasiyası qaraciyər, öd kisəsi və mədəaltı vəzi anatomik, topoqrafik və funksional nöqtəyi-nəzərdən bir-biriləri ilə sıx əlaqədar olduqlarından bu orqanlardan hər hansı birində formalaşan patoloji proses digərlərinə də sirayət edir. Bu səbəbdən reperfüzion sindromla gedən xroniki hepatitləri, xroniki xolesistitlə və pankreatitlə müqayisə etməyi mütləq sayırıq. Xroniki xolesistit zamanı xəstələri narahat edən ağrı simptomu əsasən kəskin və yağlı qida qəbulundan sonra baş verir, çünki bu qidaları emulqasiya edib həzmə yönəltmək üçün öd kisəsi artıq miqdarda öd ifrazını həyata keçirir ki, nəticədə öd yollarında diskineziya və durğunluq baş verir. Bu da öd kisəsinin həcmnin böyüməsi ilə nəticələnir. Xolesistin xəstələri narahat edən ikinci əlamət qida qəbulundan sonra baş verən ürəkbulanma bəzən də qusmadır. Bunu da xolestazla və lyambilyaz intoksikasiyası ilə əlaqələndirirlər. Obyektiv simptomlardan Ortner, Keri və Şofar zonalarının ağırlı olmasını qeyd etmək olar. Ortner simptomu o zaman müsbət sayılır ki, öd kisəsinin proyeksiyası nahiyəsində sağ qabırğa qövsünü perkusiya etdikdə xəstə ağrı hiss edir. Həmin nahiyəni palpasiya edərkən xəstə ağrı hiss edərsə, bu Keri simptomunun müsbət olduğunu göstərir.

Xroniki pankreatit zamanı ağrı kəmərvəri xarakter daşıyır. Dispeptik əlamətlərdən qarında kifayət qədər qaz toplanması xəstələri narahat edir. Palpasiya zamanı bütün qarın əzələlərində gərginlik müşahidə edilir. Meyo-Robson simptomu və Tuşinskinin povorot simptomları müsbət olurlar. Belə ki, göbək nahiyəsində sol qabırğa qövsünün ortasına qədər polpasiya etdikdə xəstə ağrı hiss edərsə, bu Meyo-Robson simptomudur. Əgər xəstəni sağ böyür üstə çevirərkən sol qabırğaltı nahiyədə polpasiya zamanı ağrı olarsa, bu Tuşinskinin povorot simptomudur.

Nəcisin koproloji müayinəsi zamanı həll olunmamış əzələ lifləri bitki mənşəli liflər və yağlar normadan artıq görünürlər.

ЯДЯБИЙАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Хубутя М.Ш., Гуляев В.А., Зимина Л.Н., Новрузбеков М.С., Минина М.Г. // Комплексная оценка состояния печени после выполнения лапаротомии у мультиорганных доноров. Вест ник трансплант ологии и искуст венных органов. 2012 №12. С.41-49.
2. Щерба А.Е., Коротков С.В., Минов А.Ф., Слободин Ю.В., Савчук М.М., Дзядзько А.М., Руммо О.О. // Влияние севофлюрана и ацетилцистеина на ишемически-реперфузионное повреждение печени донора со смертью мозга. Вест ник трансплант ологии и искуст венных органов. 2013 №13. С.39-44.

- 3.Цой Д.А., Мойсюк Я.Г. // Профилактика и лечение ишемически-реперфузионных повреждений при трансплантации печени-возможный путь к расширению донорского пула. 2013 №3. С.102-109.
- 4.Sebastian Pratschke. // Protocol TOP-Study (tacrolimus organ perfusion): a prospective randomized multicenter trial to reduce ischemia reperfusion injury in transplantation of marginal liver grafts with an vivo tacrolimus perfusion. Transplantation Research. 2013 №3. P.2-3.
- 5.Seehofera D.,Euricha D.,Velizke-Schliekera W.,Neuhaus P.Biliary.// Complications After Liver Transplantation: Old Problems and New Challenges. The American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons. 2013 №12. P.253-254.

РЕЗЮМЕ

ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА

Рустамов А.А.

Научно-Исследовательский центр Азербайджанского Государственного
Медицинского Университета

Хронические болезни печени реперфузионного синдрома в большинстве случаев бывают в тяжелой форме, характеризуются глубоко структурными и функциональными изменениями с рецидивным и осложненным течением. Поэтому эту патологию нужно во время обнаружить и провести лечение.

SUMMARY

HEPATIC REPERFUSION SYNDROME CHRONIC DISEASE

Rustamova A.A.

Science and Research Centre of
Medical University of Azerbaijan Republic

In most cases hepatic reperfusion syndrome chronic disease can be relapsed and developed complicatedly and is specific to deep structural and functional changes with severe form. That is why this pathology must be revealed on time and rational treatment must be taken.

Daxil olub: 27.04.2015.



* YUBİLEY * ЮБИЛЕЙ * MUBİLEE *



il
50 *лет*
years old

Nigar Mir-Nağı qızı Kamilova

4 yanvar 2015-ci ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin 1-ci mamalıq ginekologiya kafedrasının Professoru Nigar Mir-Nağı qızı Kamilovanın 50 yaşı tamam olmuşdur.

N.M. Kamilova 4 yanvar 1965-ci ildə Bakı şəhərində ziyalı ailəsində anadan olmuşdur. 1981-ci ildə 134 sayılı orta məktəbi qızıl medalla bitirən Nigar xanım elə həmin ili qəbul imtahanlarından yüksək bal toplayaraq N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun müalicə profilaktika fakültəsinə daxil olmuşdur. 1987-ci ildə İnstitutu fərqlənmə diplomu ilə bitirən gənc həkim Nigar xanım Bakı şəhərində yerləşən 2 saylı Dəmir yol xəstəxanasında mama-ginekoloq kimi əmək fəaliyyətinə başlamışdı. Elmə olan həvəs Nigar xanımı yenidən Azərbaycan Tibb Universitetinə qaytarmışdır. 1991-ci ildə mama-ginekologiya ixtisası üzrə aspiranturaya qəbul olunmuşdur. 1994-cü ildə aspiranturanı bitirərkən müsabiqə yolu ilə I mamalıq-ginekologiya kafedrasına assistent vəzifəsinə seçilmişdir. Apardığı elmi tədqiqat işlərinin yekun nəticəsi olaraq 1997-ci ildə dissertasiya müdafiyyə edərək tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almışdır. 2008-ci ildə isə “Azərbaycan Respublikasının bəzi rayonlarında perinatal patologiyanın aşağı salınma yolları mövzusunda doktorluq dissertasiyanı müdafiyyə etmişdir. Nigar xanım elmi fəaliyyəti ilə yanaşı tədris fəaliyyətinə də geniş yer vermişdir. Kafedrada assistent kimi fəaliyyətə başladıqdan 9 il sonra 2003-cü ildən Professor vəzifəsinə seçilmişdir.

Professor N.M. Kamilova yaradıcı alimdir. O, çox saylı elmi məqalələrin, 9 tədris vəsaitinin, 4 monoqrafiyanın və 13 metodik vəsaitin o cümlədən “Mamalıq və perinatologiyanın əsasları”, “Reproduktiv Sağlamlıq”, “Mamalıq-ginekoloji izahlı terminlər lüğəti”, “Azərbaycanda qadınların reproduktiv sağlamlığının ətraf mühitdən asılılığı” kimi vəsaitlərin müəllifidir.

Nigar xanım navatordur. Onun tərtib etdiyi “Perinatal patologiyanın inkişaf riskinin proqnostik məlumat kartı”, “Uşaqılıq boynu və uşaqılıq yolunun iltihabı xəstəliklərinin müalicə üsulu”, Ginekoloji cihaz, “Poligun” kimi səmərələşdirici təklif və ixtiraların müəllifidir.

Professor N.M. Axundova bir çox ictimai vəzifələrin də fəal daşıyıcısıdır. O, kafedrada tələbə elmi cəmiyyəti dərnəyinə rəhbərlik etməklə tələbə gənclərdə elmə həvəs yaradır. 2007-ci ildə dissertasiya müdafiəsi şurasının seminarının, 2011-ci ildə isə dissertasiya müdafiəsi şurasının üzvüdür. 2002-ci ildən isə dissertasiya aprobasiyası şurasının üzvüdür.

Onun təşəbbüsü ilə 2007-ci ildə “Sağlam Nəsil” ictimai birliyi yaradılmışdır. Nigar xanımın rəhbərliyi altında bu təşkilat əhalinin sağlamlığının və sağlam həyat tərzinin qorunması uğrunda sistemli şəkildə fəaliyyət göstərir.

Onun bu istiqamətdə hazırladığı lahiyələr Qeyri-hökumət təşkilatlarına dövlət dəstəyi şurasının, Azərbaycan Prezidenti yanında Elmin inkişaf fondunun keçirdiyi müsabiqələrin qalibidir. Əhaliyə tibbi yardım göstərilməsini yaxşılaşdırmaq məqsədilə “Sağlam Nəsil” Tibbi Elmi Tədqiqat Mərkəzi yaradaraq ona rəhbərlik edir.

Professor Nigar xanım ömrünün və yaradıcılığının çiçəkləndiyi bir dövrünü yaşayır. Onu yubiley münasibətilə təbrik edir, ona uzun ömür, can sağlığı və yaradıcılıq uğurları arzulayırıq.

***II Mamalıq Ginekologiya
kafedrasının əməkdaşları***