

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

HEALTH MINISTRY of AZERBAIJAN REPUBLIC

SAĞLAMLIQ



ЗДОРОВЬЕ



HEALTH

Elmi-praktik jurnal

Научно-практический журнал

Scientific-practical journal

№ 6

1995-ci ildən nəşr olunur.

Основан в 1995-году.

Established by 1995.

✱ **BAKİ** ✱ **BAKY** ✱ **BAKU** ✱

✱ **2018** ✱

* MÜNDƏRİCAT * ОГЛАВЛЕНИЕ * CONTENTS *

* ƏDƏBİYYAT İCMALLARI * ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ *

* LITERARY SURVEY *

- 1. Ибрагимов Р.И., Амрахова Л.Г., Микаилов А.И., Ибрагимли Ф.И.**
ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....8
- 2. Биннатзаде Х.Р.**
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ.....14
- 3. Zeynalov N.C.**
POSTOPERASION VENTRAL YIRTIQLARIN MEYDANA GƏLMƏSİNDƏ KOLLAGEN MÜBADİLƏSİNİN ROLU.....20
- 4. Sadıxova M.N.**
ŞƏKƏRLİ DİABET TİP OLAN XƏSTƏLƏRDƏ MİOKARD İNFARKTININ DİAQNOSTİKASI, GEDİŞİ VƏ MÜALİCƏSİNİN GENDER XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....29
- 5. Hüseynova Z.S.**
ADENOMİOZ VƏ FERTİLLİYİN POZULMASI.....34
- 6. Vərilov V.N., Əhmədov S. B., Bayramov R. X.**
VƏRƏM OCAQLARININ EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....40

* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *

* ORIGINALS *

- 7. Həsənov A.B.**
LAPAROSKOPIK XOLESİSTEKTOMİYANIN AÇIQ ƏMƏLİYYATA KONVERSİYASINA GÖSTƏRİŞLƏRİ.....46
- 8. Omarov T., Məmmədova G., Bayramov N.**
AŞIRI PİYLƏNMƏSİ OLUN II TİP ŞƏKƏRLİ DİABET XƏSTƏLƏRİNDƏ MƏDƏNİN BOYLAMA REZEKSİYASI ƏMƏLİYYATININ ƏHƏMİYYƏTİ.....50
- 9. Abbasov P.A., Vəliyeva Ü.S.**
HEMORROİDLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ MİLLİGAN-MORGAN VƏ LİGASURE CİHAZININ TƏTBİQİ İLƏ APARILAN HEMORROİDEKTOMİYA METODLARININ ETİBARLILIĞININ VƏ EFFEKTİVLİYİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....56
- 10. Axundova N.E.**
QADIN HƏYATININ REPRODUKTİV DÖVRÜNDƏ İNSULİNREZİSTENTLİKLƏ MÜŞAYİƏT OLUNAN YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZ SİNDROMUNUN KLİNİK-DİAQNOSTİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ, HİPOTALAMUS-HİPOFİZ-YUMURTALIQ-BÖYRƏKÜSTÜ VƏZİ SİSTEMİ HORMONLARININ VƏZİYYƏTİ.....60
- 11. Ağayev İ.A., Xasıyeva A.B.**
REPRODUKTİV YAŞLI QADINLARDA BAKTERİAL VAGİNOZUN MİKROBİOLOJİ DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ.....66
- 12. Məmmədova S.M., Əliyeva E.M., Qaraşova M.A., Sultanova S.H., Rəhimova V.V.**
POSTMENOPAUZAL DÖVRDƏ REPRODUKTİV ORQANLARIN XOŞXASSƏLİ PREİNVAZİV ŞİŞLƏRİ VƏ ŞİŞƏBƏNZƏR TÖRƏMƏLƏRİNİN EXOQRAFİK GÖSTƏRİCİLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....72
- 13. Qarayeva S.Z., Məmmədova A.Ə.**
BƏTNDAXİLİ İNFEKSİYANIN İNKİŞAFINDA ANANIN SAĞLAMLIQ VƏZİYYƏTİNİN ROLU.....77
- 14. Xudiyev V.M., Quliyev Ə.M.**
UŞAQLARDA BAZU SÜMÜYÜ KONDİLUSUNDAN VƏ

- KONDİLUSÜSTÜNDƏN KEÇƏN SINIQLARINDA MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİ.....80
- 15. Zamanov H.T., Saфарова X.И., Алекперова Г.Р., Ахмедов Дж.Г.**
ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА КОМПЛЕКСА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....88
- 16. Qasimov C.L., Pənahian V.M., Cəlilov C.S., Ağalar S.A.**
OTOMİKOZLARLA XƏSTƏLƏRİN MÜASİR TERAPİYA METODLARI.....92
- 17. Aslanov P.R.**
HƏYAT KEYFİYYƏTİNİN OTORİNOLARINQOLOJİ ASPEKTLƏRİ.....97
- 18. Mikayılov Ə.İ., Əmrahova L.Q.**
XRONİK OBSTRUKTİV AĞCIYƏR XƏSTƏLİYİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ KORAKSAN (IVABRADİN) PREPARATININ TƏTBİQİ.....102
- 19. Yusifli R.Ə., Azayeva N.R.**
ARTERIAL HİPERTONİYANIN KOMBİNASİYALI MÜALİCƏSİNİN ZƏRURİLİYİ-İKİ KOMPONENTLİ İKİ FİKSƏ OLUNMUŞ HİPOTENZİV DƏRMAN VASİTƏSİNİN BİRGƏ İSTİFADƏ TƏCRÜBƏSİ.....105
- 20. Daşdəmirov R.L., Qurbanova C.K.**
ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI İLƏ AĞIRLAŞAN METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK RİTMİNİN MÜXTƏLİF NÖV POZULMALARI VƏ ONLARIN MÜASİR KORREKSİYASI.....112
- 21. Алиматов С.Н., Ибрагимов М.Р., Ибрагимова Ш.С., Амрахова Л.Г., Имамалиев Г.М., Микаилов А.И.**
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА РАНИТИДИНА, СУБЦИТРАТА ВИСМУТА И СУКРАЛЬФАТА.....116
- 22. Алиева И.Д.**
ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТ РАЗМЕРА ДОХОДА НАСЕЛЕНИЯ.....121
- 23. Məmmədova G.N.**
АТОРİK DERMATİTLİ UŞAQLARDA DƏRİ MİKROBİOSENÖZUNUN ARAŞDIRILMASI.....127
- 24. Ахмедова С.А.**
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФОТООКСИДАНТОВ И ОЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЗИМНОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ КРОВЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3–6 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ И ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСАДЫ В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ Г. БАКУ.....130
- 25. Əliyeva R.H., Gürzəliyev S.A, Nəbiyeva M.Y., Salihova C.Y.**
SƏS-KÜY VƏ VİBRASIYA FAKTORUNUN MEBEL MÜƏSSİSƏLƏRİ İŞÇİLƏRİNİN EŞİTMƏ ORQANLARINA TƏSİRİ.....136
- 26. Закизаде А.Е.**
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГИНГИВИТА.....140
- 27. Sultanova Y.Ə.**
LƏNKƏRAN RAYONUNDA AĞCAQANADLARIN (DİPTERA: CULİCİDAE) FAUNASI VƏ EKOLÖGİYASI.....145
- 28. Üstün N.M.**
AZƏRBAYCANDA İNSANLAR ARASINDA BRUSELYOZUN RISK FAKTORLARININ EPIDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ (2012-2016).....148
- 29. Əliyeva H.M., Babayev H.N., Hacıyeva S.B., Ağayeva N.A., Bayramova R., Yusifov İ.Ə., Məmmədov E.A.**
HELİKOBAKTERİOZUN DİAQNOSTİKASINDA MİKROSİSTEMƏ ƏSASLANAN YENİ İSTİQAMƏT.....152
- 30. Mansurova H.T., Baxışova Y.A., Ağayeva E.M., Məmmədova R.E, Qənbərli İ.C.**

AZƏRBAYCANIN DƏRMAN BİTKİLƏRİNDƏN ALINMIŞ FİTOPREPARATLARIN ANTİMİKROB TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.....	160
31. Babaxanov İ.S. BEYİN QAN DÖVRANININ KƏSKİN POZULMASI ZAMANI PASİYENTLƏRDƏ İNFEKSİON AĞIRLAŞMALAR.....	164

* EKSPERİMENTAL TƏBABƏT *
* ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА *
* EXPERIMENTAL MEDICINE *

32. Hacıyev C.Q., Babayev E.E. MÜXTƏLİF KAPPA MATERALLARININ AĞIZ BOŞLUĞUNUN VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRİNİN EKSPERİMENTAL QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....	168
---	-----

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

33. Tağıyev A.İ., Ə.A.Əliyev, E.R.Musayev ŞÜŞƏİONOMER SEMENTLƏR.....	174
34. Şadlinskaya A.A., Qasimov A.V., Əbilova F.A., Hüseynova M.Ə., Ağalar S.A., Sücəddinova A.C. YENİYETMƏLƏRDƏ SƏS POZĞUNLUĞU (PATOLOJİ MUTASIYA) VƏ ONUN ARADAN QALDIRILMA YOLLARI.....	176
35. Rüstəmov A.A. HIPOVİZ VƏZİNİN ORQANİZMDƏ BİOLOJİ REQULYATOR FƏALİYYƏTİ VƏ DİSFUNKSIYALARININ TƏZAHÜRÜ.....	180
36. Cəfərova T.F., Mürsəlova S.Ə., Xudiyeva A.N., Qocayeva A.Ə. MAQNEZİUM MİKROELEMENTİNİN QADIN ORQANİZMİNDƏ ƏHƏMİYYƏTİ.....	184
37. Abdullayev E.N. BALDIRIN PLASTİKİ VƏ REKONSTRUKTİV CƏRRAHİYYƏSİ ZAMANI NEVRAL ADA DİLİMİNDƏ TOXUMA GENİŞLƏNDİRİCİSİNDƏN İSTİFADƏ İMKANLARI.....	187
38. Səlimov R.İ., Alkişiyev K.S. ENDODONTİK MÜALİCƏ ZAMANI KÖK KANALLARININ MÜVƏQQƏTİ DOLDURULMASINA DAİR.....	191
39. Şıxəliyeva Ə.V. BLASTOSİSTOZUN MÜASİR PROBLEMLƏRİ.....	195
40. İsayev İ.A., Mirzəyev M.İ., Kazım E.M., Cəfərov M.A., Mətiyev İ.İ. AŞIQ SÜMÜYÜNÜN SİNİQLARININ MÜALİCƏSİ.....	199
41. Полухов Р.Ш., Алиева Г.М. К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ.....	202
42. Qasimova Y.A., Quliyeva G.M. APLASTİK ANEMİYA.....	206

* ƏDƏBİYYAT İSMALLARI * ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ *
* LITERARY SURVEY *

**ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Ибрагимов Р.И., Амрахова Л.Г., Микаилов А.И., Ибрагимли Ф.И.

*Научно-Исследовательский Центр, кафедра Внутренних болезней I,
кафедра Терапевтической и педиатрической прופедевтики, АМУ.*

Эндокринная система и эндокринные органы, в том числе щитовидная железа (ЩЖ), как и другие органы подвергаются функциональным изменениям в связи с процессом старения. Многочисленные морфологические и физиологические изменения ЩЖ в процессе старения хорошо известны (1). В пожилом возрасте меняется динамика тиреоидных гормонов: содержание Т4 снижается незначительно, часто оставаясь стабильным на протяжении жизни; уровень Т3 постепенно уменьшается. Концентрация тиреотропного гормона (ТТГ) в плазме происходит из-за снижения его синтеза в гипофизе (2). Это сказывается на снижении Т4, но уровень общего и свободного Т4 (сТ4) остается неизменным, т.к. происходит снижение отщепления йода и в результате снижается концентрация как общего, так и свободного Т3 (сТ3). Кроме того, снижается и выведение Т4. Распространенность субклинического гипотиреоза (СКГ) увеличивается с возрастом и колеблется от 3 до 16% в возрасте 60 лет и старше (3). В отличие от выраженного, СКГ у пожилых людей не проявляется нарушением физической и когнитивной функций, депрессией, метаболическими нарушениями (4).

Региональная йодная эндемия, которая широко охватывает земной шар, изобилует весьма разнообразными формами скрытой тиреоидной патологии. Длительное латентное течение смещает пик заболеваемости в сторону категории пожилых больных, что неизбежно увеличивает у них количество неблагоприятных событий, в том числе и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)(5). Pedersen V. et.al., отмечают, что распространенность заболеваний ЩЖ в значительной степени зависит от потребления йода. В целом в йод-обеспеченных регионах чаще выявляется гипотиреоз, а в йод-дефицитных - гипертиреоз (6).

Canaris G.J.et.al. отмечают, что с возрастом наблюдается рост заболеваемости ЩЖ: у пациентов старше 75 лет, не испытывающих недостатка йода в питании, распространенность гипотиреоза среди женщин достигает уже 17-20%, а мужчин 3-16% (7). А в йод-дефицитных регионах частота СКГ у аналогичных пациентов составляет 15% (8). Систематический дефицит йода постепенно приводит к снижению синтеза тиреоидных гормонов, что влечет за собой некоторое повышение уровня ТТГ. В ответ на это происходит компенсаторная гиперплазия тиреоцитов. Активация обменных процессов в железистых клетках протекает за счет усиления процессов репликации. Однако это же, в свою очередь, повышает риск возникновения соматических мутаций рецептора к ТТГ в отдельных клетках. Возникающая в результате этого

активация рецепторов ТТГ запускает аутокринные факторы к стимуляции дальнейшего роста ЩЖ за счет клональной пролиферации, что в последующем дает начало множественным узлам в ЩЖ (9,10). Согласно эпидемиологическим исследованиям наиболее часто многоузловой токсический зоб развивается у лиц с предшествующим эутиреоидным зобом, проживающих в йод-дефицитных регионах (11). При этом мутации рецепторов ТТГ определяются в 80% токсических узлов (12), а автономия ЩЖ является причиной гипертиреоза в районах йодной эндемии до 47%, в то время как в йод-обеспеченных областях это всего 6% (11). Частота выявления этого состояния увеличивается с возрастом и у людей старше 75 лет проживающих в йод-дефицитном регионе достигает 15% (8).

Процесс старения влияет как на распространенность, так и на клинические проявления гипо- и гипертиреоза. Важно отметить, что субклинические нарушения функции ЩЖ являются более частыми, чем заболевания у населения в целом, а также у пожилых людей (13). Распространенность СКГ, характеризующегося нормальным уровнем Т4 и повышенным уровнем ТТГ, увеличивается с возрастом (14,15) и колеблется от 3 до 16% у лиц в возрасте 60 лет и старше (3). Специфичность заболеваний ЩЖ у пожилых людей, существенно отличается от таковой у молодых пациентов, зависит от наличия менее заметных симптомов, которые часто приписываются нормальному старению. Поэтому СКГ и гипертиреоз, а также опухоли ЩЖ, нарастающие с возрастом, требуют особого внимания у пожилых людей. Измененная функция ЩЖ может способствовать снижению продолжительности жизни (16). Гипотиреоз характеризуется повышенной сосудистой резистентностью и уменьшением объема крови, сердечного выброса, частоты сердечных сокращений и сократительной способности миокарда (17).

Известно, что дисфункция ЩЖ может ускорить атеросклероз. Alessandro P. et.al. у 5875 пациентов в возрасте 14-102 выявили связь между функцией ЩЖ (ТТГ, свободный Т4) и каротидно-бедренной скоростью пульсовой волны (PWV), как показателя артериальной жесткости и важного фактора риска ССЗ. Показана прямая и линейная связь между Т4 и PWV. Возраст, среднее кровяное давление, индекс массы тела, сердечный ритм, свободной Т4, гипертония, диабет и дислипидемия, составила 55% вариации в сравнении с PWV. Авторы пришли к выводу, что высокий уровень Т4 оказывает усугубляющее влияние на жесткость аорты и может способствовать процессу старения сосудистой системы и это помогает понять патогенез ССЗ и улучшить профилактическую терапию (18).

Glaucia et.al. у 268 женщин в возрасте 60-92 лет в Институте сердца оценивая дисфункцию ЩЖ с помощью сывороточных белков Т4, ТТГ, антител против пероксидазы, содержания йода в моче и УЗИ ЩЖ установили повышенную распространенность как гипо-, так и гипертиреоза, а также узлов в ЩЖ по сравнению с общей популяцией. Около 1/3 пациентов имели повышенную экскрецию йода с мочой и более высокую распространенность тиреоидита Хашимото (19).

Ignateva et.al. у 264 пожилых пациентов с СД 2-го типа и патологией ЩЖ выявили, что ЩЖ вносит особенности в клиническую картину комбинированной диабетической и сердечно-сосудистой патологии даже в состоянии эутиреоза. У этих больных наблюдалась более высокая частота

фибрилляции предсердий, ИБС и желудочковых аритмий высокого класса, кроме того имелась более неблагоприятная форма ремоделирования левого желудочка и сочетание диастолических и систолических дисфункций было более частым. (20,21).

Субклиническая дисфункция ЩЗ относительно распространена у пациентов старше 65 лет. В общем, СКГ увеличивает риск ССЗ и ИБС, но не общей смертности. Риск смертности от ИБС и фибрилляции предсердий при СКГ выше у пациентов с очень низким уровнем тиреотропина (22). Pearce E. et.al. на 1376 пожилых пациентах (в период 1979-1981г) показали, что уровень ТТГ не связан с изменениями структуры левого желудочка, но обратно пропорционален частоте сокращения левого желудочка (23). Pingitore A. et.al. у 86 пациентов (возраст 60 +/- 10 лет) выявили, что дисфункция левого желудочка и ранние симптомы сердечной недостаточности у пациентов с идиопатической дисфункцией левого желудочка связаны с уменьшением ТЗ (24).

Kimura T. et.al. выявили, что у пациентов с хронической сердечной недостаточностью фракция выброса достоверно положительно коррелировала с уровнем ТТГ и коэффициентом сТ3/сТ4. По мнению авторов при данной патологии ТТГ, Т3и Т4 играют важную роль в регуляторных механизмах ССС и изменения метаболизма тиреоидных гормонов характеризуется синдромом эутиреоидной слабости (24).

Синдром сниженного Т3 является предиктором плохого исхода у пациентов с сердечной дисфункцией (24). Pingitore A. et.al. применяя 3-дневную инфузию синтетического L-T3 у пациентов с синдромом низкого Т3 и ишемической болезнью сердца (ИБС) или неишемической дилатационной кардиомиопатией (возраст 66-77года), пришли к выводу, что заместительная терапия L-T3 значительно улучшала нейроэндокринный профиль и показатели активности желудочков сердца (25).

Mariotti S. E.al., отмечают что, выраженный и СКГ чаще встречаются у пожилых людей. Выраженный гипотиреоз ассоциируется с ССЗ и повышенным риском развития атеросклероза (атерогенный липидный профиль, повышение АД, гемокоагуляции, СРБ и гомоцистеина, эндотелиальная дисфункция). Подобные более мягкие сердечно-сосудистые нарушения присутствуют при СКГ и при применении левотироксина регрессируют, что показывает преимущества заместительной терапии при выраженном гипотиреозе независимо от возраста пациента или наличия сосуществующего ССЗ. Однако, авторы отмечают что, несмотря на очень большое количество исследований, пока не достигнуто консенсуса относительно фактического сердечно-сосудистого и/или общего воздействия СКГ на здоровье.

Недавние мета-анализы свидетельствуют о небольшом, но значительном увеличении риска ИБС у пациентов с СКГ. Однако не достигнуто согласия в пользу или против активного скрининга и/или лечения легкой недостаточности ЩЖ. В конце авторы пришли к мнению что, терапия L-T4 не рекомендуется у пожилых пациентов, поскольку повышенное потребление кислорода, связанное с введением гормона ЩЖ может быть опасным, особенно при наличии сопутствующего ИБС. (26)

Tajiri J. et.al. предлагают тест тиреотропин релизинг гормона как скрининговый для выявления пациентов с СКГ среди пожилых пациентов с

фибрилляцией предсердий и считают, что гипотиреоз является причиной фибрилляции предсердий у пожилых людей (27). Nak A. et.al. исследуя 1149 пожилых женщин отмечали, что лица с СКГ имеют больший риск развития ОИМ и высокую частоту кальциноза аорты (28). Cooper D. et.al. показали, что в общей популяции до 7–10% пожилых женщин имеют СКГ и изменения в ССС, но менее выраженные, чем у пациентов с явным гипотиреозом. При лечении тироксином пациентов с СКГ отмечается клиническое улучшение и увеличение систолической сократимости (29).

Известно, что у пациентов с СКГ увеличен риск развития фибрилляции предсердий (30) и это может быть единственным клиническим проявлением дисфункции ЩЖ у пожилых людей. ТТГ необходимо оценивать у всех пожилых пациентов с систолической гипертензией, увеличенным давлением, выявленной стенокардией, фибрилляцией предсердий или прогрессирующим ИБС (31).

Среди взрослого населения частота выявления СКГ составляет около 12%, но с возрастом она повышается (7,32). Изучению эпидемиологии СКГ и его влияния на ССЗ и фибрилляцию предсердий в популяции пожилых людей посвящено несколько масштабных исследований. Cappola A. et al. проводя оценку тиреоидного статуса (уровень ТТГ, сТ4) у лиц старше 65 лет выявили, что в популяции больных с СКГ преобладали женщины; у лиц с явным гипотиреозом значения общего холестерина и липопротеинов низкой плотности были достоверно выше, чем при эутиреозе, в то время как у пациентов с СКГ отмечалось снижение общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и был более высокий индекс массы тела. Пациенты наблюдались в течение длительного времени (в среднем 12,5 лет). По истечении срока наблюдения оказалось, что у пациентов из группы СКГ фибрилляция предсердий развивалась почти в 2 раза чаще, чем в группе с эутиреозом. При этом различий по частоте сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий выявлено не было.

Таким образом, была показана независимая ассоциация между скрытым гипертиреозом и последующим развитием фибрилляции предсердий. Однако влияние скрытой тиреоидной дисфункции на повышение риска ССЗ, и общей смертности не установлено. Полученные результаты косвенно доказывают, что на возникновение фибрилляций предсердий гипертиреоз влияет непосредственно, а опосредованно - через увеличение тяжести и частоты возникновения ССЗ. Также не показана взаимосвязь фибрилляции предсердий с гипотиреозом, который вообще не проявил себя как прогностически значимый фактор риска (33).

Gammage M. et.al. изучая взаимосвязь между функцией ЩЖ и возникновением фибрилляцией предсердий в популяции пациентов 65 лет и старше (исключая лиц с ранее установленной тиреоидной дисфункцией) показали независимую связь фибрилляций предсердий с мужским полом, возрастом, повышением Т4 и СКГ. В то же время курение, ИБС и ТТГ не показали себя как значимые предикторы фибрилляцией предсердий (34).

По сообщению Jongh et.al. СКГ также не был связан с увеличением общего риска смертности (35). Аналогичные результаты были продемонстрированы Rodondi N. et.al. на основании анализа многочисленных крупных перспективных когортных исследований, хотя риск развития ИБС и смертности

от ИБС повышался с уровнем ТТГ 10 мМЕ/л или выше. Однако, следует подчеркнуть, что в этом анализе рассматривалось множество различных популяций, которые состояли не только из пожилых людей и то, что повышение уровня ТТГ и развитие ИБС, не зависело от возраста (36). Несомненно, есть очевидные показания к лечению тяжелого гипотиреоза. С другой стороны, показания к лечению СКГ по-прежнему противоречивы. Несмотря на улучшение профиля липидов из-за лечения СКГ, нет четких доказательств того, что этот положительный эффект может быть связан с уменьшением смертности от ССЗ или других причин у пожилых пациентов (37).

Следует отметить, что нет связи между СКГ и случаями коронарной болезни сердца, сердечной недостаточностью или сердечно-сосудистой смертностью (38). Некоторые авторы указывают, что СКГ связан с повышенным риском общего количества, а также смертности от ИБС и случаев фибрилляции предсердий. Наибольший риск смертности от ИБС и фибрилляция предсердий наблюдаются в случае уровней ТТГ ниже 0,1 мМЕ / л (39). Интересно, что Rosario P. недавно показал, что прогрессирование СКГ до явного гипертиреоза у пожилых пациентов является необычным наблюдением (40.).

Тем не менее, авторы отмечают, что поскольку СКГ (и, очевидно, явный гипертиреоз с повышенным уровнем Т4) может привести к увеличению риска общего количества, а также к летальности от ИБС у пациентов старше 65 лет с низкими уровнями ТТГ - особенно в случае токсического многоузлового зоба или одиночного автономного узла в ЩЖ – требуется проведение надлежащего медицинского лечения (41).

Таким образом можно прийти к заключению, что именно субклинические нарушения ЩЖ играют важную патогенетическую роль при сердечно-сосудистых заболеваниях, в частности ИБС, фибрилляции желудочков, сердечной недостаточности. Однако, применение заместительной терапии у таких больных остается объектом дискуссии.

ӘДӘВІҮАТ- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Papaleontiou M, Haymart MR. Approach to and treatment of thyroid disorders in the elderly //Med Clin North Am. 2012;96:297–310.
2. Гаркунова Л.В. Тиреоидные гормоны в регуляции сердечной деятельности. //Терапевтический архив. 2005; 12, 95–96.
3. Biondi B, Cooper DS. The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. Endocr Rev. 2008 ;29(1),76-131.
4. de Jongh RTI, Lips P, van Schoor NM, Rijs KJ, et al. Endogenous subclinical thyroid disorders in older individuals //Eur J Endocrinol. 2011 ;165(4),545-54.
5. Майскова Е.А. Ушаков В.Ю. Труфанова Ю.Ю. и др. Влияние дисфункции ЩЗ на течение ССР и развитие фибрилляции предсердий у пациентов пожилого возраста //Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3, С 23-29.
6. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=1807>;
7. Pedersen B.I., Knudsen N., Jorgensen T. et al. Large Differences in Incidences of Over Hyper-and Hypothyroidism //J.Clin. Endocrinol.Metab.2002;87,4462-4469
8. Canaris G.J., Manowitz N.R., Mayor G. et al. The Colorado thyroid disease prevalence study //Arch. Intern. Med. 2000; 160:526-534.
9. Aghini-Lombardi F., Antonangeli L., Martino E. et al. The spectrum of thyroid disorders in an iodine-deficient community // J. Clin. Endoc. Metab.1999; 84,561-566
10. Philip R Orlander. Toxic Nodular goiter . Medscape. eMedicine Specialties > Endocrinology //Thyroid. 2010, Apr 26.
11. Krohn K., Paschke R. Progress in Understanding the Etiology of Thyroid Autonomy //Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2001;86,3336-3345.
12. Laurberg P., Pedersen K.M., Vestergaard H. et al. High incidence of multinodular toxic goitre in the elderly population in a low iodine intake area and a high iodine intake area //J. Intern. Med. 1991;229. 415-420.
13. Paschke R., Ludgate M. The thyrotropin receptor in thyroid diseases //N. Engl. J. Med. 1997;337,1675–1681.

14. Cooper DS. Thyroid disease in the oldest old: the exception to the rule //JAMA. 2004;292:2651–2654.
15. Surks MI, Boucai L. Age- and race-based serum thyrotropin reference limits //J. Clin Endocrinol Metab. 2010;95:496–502.
16. Bremner AP, Feddema P, Leedman PJ, et al. Age-related changes in thyroid function //J. Clin Endocrinol Metab. 2012;97:1554–1562.
17. Adam Gesing, Andrzej Lewiński, and Małgorzata Karbownik-Lewińska The thyroid gland and the process of aging; what is new? //Thyroid Res. 2012; 5: 16.
18. Klein I, Ojamaa K. Cardiovascular manifestations of endocrine disease //J. Clin Endocrinol Metab. 1992;75:339–42.
19. Delitala A.P., Orru M., Filigheddu F., et al. Serum fT4 levels are positively associated with arterial stiffness //Clin Endocrinol (Oxf). 2015;82(4):592-7.
20. Glaucia C., Eduardo T., Rosalinda Y.A. et al. The Prevalence of Thyroid Dysfunction in Elderly Patients with Mild Excessive Iodine Intake //Clinics, 2009,64(2):135-42.
21. Ignateva P., Ballyuzek M., Shpakov A. Age characteristics of the cardiovascular system, depending on the thyroid function in type 2 DM //Adv Gerontol., 2015;4:755-761.
22. Vargas-Uricoechea H, Sierra-Torres CH. Thyroid hormones and the heart //Horm Mol Biol Clin Investig. 2014;181:15-26.
23. Pearce EN1, Yang Q, Benjamin E. et al. Thyroid function and left ventricular structure and function in the Framingham Heart Study //Thyroid. 2010 Apr;20(4):369-73.
24. Pingitore A1, Iervasi G, Barison A, et al. Early activation of an altered thyroid hormone profile in asymptomatic or mildly symptomatic idiopathic left ventricular dysfunction //J. Card Fail. 2006 ;12(7):520-6.
25. Kimura T1, Kanda T, Kuwabara A, et al. Participation of the pituitary-thyroid axis in the cardiovascular system in elderly patients //J. Med. 1997;28(1-2):75-80.
26. Pingitore A., Galli E, Barison A. Acute effects of T3 replacement therapy in patients with ch. heart failure and low-T3 syndrome //J Clin Endoc Metab. 2008;93(4):1351-8.
27. Mariotti S1, Cambuli VM. Cardiovascular risk in elderly hypothyroid patients //Thyroid. 2007;17(11):1067-73.
28. Tajiri J, Hamasaki S, Shimada T, et al. Masked thyroid dysfunction among elderly patients with atrial fibrillation //Jpn Heart J. 1986r;27(2):183-90.
29. Hak A.E., Pols H.A.P, Visser T.J. et al. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study //Ann. Intern. Med. 2000; 132, 270–278.
30. Cooper D., Halpern R., Wood L.C. et al. L-thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism //Ann. Intern. Med. 1984;101, 8–24.
31. Biondi B., Fazio S., Carella C. et al. Control of adrenergic overactivity by β blockade improves the quality of life in patients receiving longterm suppressive therapy with levothyroxine //J. Clin. Endocrin. Metab. 1994;78,1028–1033.
32. Klein I., Ojamaa K. Thyroid hormone and the cardiovascular system //N. Engl. J. Med. 2001;344,501–509.
33. Hollowell J., Staehling N., Flanders W. et al. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the US population (1988 to 1994) // J. Clin. Endoc. Metab. 2002;87,489-499.
34. Cappola A.R., Fried L.P., Arnold A.M. et al. Thyroid Status, Cardiovascular Risk, and Mortality in Older Adults //JAMA. 2006;295,1033-1041.
35. Gammage M.D., Parle J.V., Holder R.L. et al. Association between serum free thyroxine concentration and atrial fibrillation //Arch. Intern. Med. 2007;167,9, 928-934.
36. de Jongh RT, Lips P, van Schoor NM, Rijs KJ, et al. Endogenous subclinical thyroid disorders, physical and cognitive function, depression, and mortality in older individuals //Eur. J Endocrinol. 2011;165:545–554.
37. Rodondi N, den Elzen WP, Bauer DC, et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality //JAMA. 2010;304:1365–1374.
38. Bensenor IM, Olmos RD, Lotufo PA. Hypothyroidism in the elderly: diagnosis and management //Clin Interv Aging. 2012;7:97–111.
39. Kristen A. Hyland, Alice M. et al. Persistent Subclinical Hypothyroidism and Cardiovascular Risk in the Elderly // J Clin Endocrinol Metab, February 2013, 98(2):533–540.
40. Collet TH, Gussekloo J, Bauer D. Subclinical hyperthyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality //Arch Intern Med. 2012;172:799–809.
41. Rosario P. Natural history of subclinical hyperthyroidism in elderly patient //Clin Endocrinol. 2010;72:685–688.

Daxil olub: 24.12.2018.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ

Биннатзаде Х.Р.

Родильный дом №2, г.Сумгаит.

В реализации мер профилактики хронических неинфекционных заболеваний выделяется два основных направления действий - формирование здорового образа жизни населения и ранняя диагностика данных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией [1].

В связи с отсутствием клинических проявлений у большинства больных с доброкачественными заболеваниями ШМ, особое значение в клинической практике придается применению методов их ранней диагностики: цитологическому, кольпоскопическому, гистологическому и др.

В клинической практике одним из наиболее часто применяемых методов диагностики заболеваний ШМ является кольпоскопия, без применения которой сегодня невозможно представить обследование женщин с гинекологической патологией. Использование этого метода позволяет подобрать оптимальные методы лечения больных с различной патологией ШМ, а также контролировать состояние эпителия ШМ в различные периоды жизни женщины.

До настоящего времени в ряде стран, в том числе и в нашей республике не приняты стандарты по ведению больных с патологией ШМ. Кольпоскопическая диагностика входит в состав обычного осмотра врача акушера-гинеколога в женской консультации или поликлинике. Этот подход к ведению больных с патологией ШМ отличается от принятых стандартов во многих странах Европы, где проведение кольпоскопического обследования зависит от результатов цитологического (скринингового) обследования (уточняет и/или дополняет это исследование) [2]. В большинстве случаев кольпоскопию применяют только в случае получения аномального цитологического мазка.

В последние годы при диагностике заболеваний ШМ начали применять международную стандартизированную номенклатуру при интерпретации результатов кольпоскопического и цитологических методов исследований. Необходимость использования единой терминологии при описании кольпоскопической картины не вызывает сомнений, поскольку только применение стандартных критериев позволяет обеспечить преемственность и общность подходов к диагностике и тактике ведения больных с различными заболеваниями ШМ, влагалища и вульвы [3,4].

Долгое время в клинической практике наиболее признанной являлась Международная классификация кольпоскопических терминов, принятая на VII Всемирном конгрессе по патологии ШМ и кольпоскопии в Риме в 1990 году. С учетом последних данных, номенклатурный комитет Всемирной федерации по кольпоскопии подверг серьезному анализу применяемые врачами разных стран классификации. В результате этого, Международной федерацией по кольпоскопии и цервикальной патологии была предложена новая классификация, одобренная на 14 Всемирном конгрессе IFCPC в г.Рио-де-Жанейро (Бразилии) в июле 2011 года. На этом же конгрессе обсуждались современные подходы к тактике ведения больных с доброкачественными заболеваниями ШМ [5,6].

Международная классификация кольпоскопических терминов, одобренная в Рио де Жанейро в 2011 г., имеет следующие особенности: предложены отдельные классификации для описания ШМ; впервые предлагается классификация эксцизионного материала в зависимости от размеров удаленного участка и типа зоны трансформации; в начало классификаций введен дополнительный раздел «Общие принципы», в котором обозначается адекватность или неадекватность исследования и его возможная причина.

В классификации ШМ в этот раздел добавлены визуализация плоскоклеточно-цилиндрического стыка и тип зоны трансформации. 1-й тип зоны трансформации - зона трансформации полностью располагается на экзоцервиксе. Полностью визуализируется. 2-й тип - зона трансформации имеет и экзо- и эндоцервикальный компонент. Полностью визуализируется. 3-й тип - зона трансформации имеет и экзо- и эндоцервикальный компонент. Визуализируется не полностью. В данной классификации внесены изменения в разделе «Нормальные кольпоскопические картины», уточнены варианты (оригинального) многослойного плоского эпителия (зрелый и атрофический). Отдельно выделены элементы зоны трансформации: метапластический эпителий, открытые железы и наботовы кисты. К норме добавлен также децидуоз при беременности. Также введены изменения в разделе «Аномальные кольпоскопические картины», в частности, добавлен подраздел «Общие принципы», в котором отображается локализация поражения. Для шейки - это расположение поражения внутри или вне зоны трансформации, и соответствие условному циферблату [7]. Кроме того, предлагается указывать размер поражения в процентах от общей площади цервикса и обозначать номера цервикальных квадрантов, в которых определяется поражение. Непосредственно элементы аномальной кольпоскопической картины подразделены на 3 группы. 1 степень соответствует незначительным, лёгким или слабовыраженным изменениям. Такие изменения могут соответствовать цитологическим изменениям L-SIL и представлены плоским ацетобелым эпителием, нежной пунктацией и нежной мозаикой. Отдельным признаком выделены неровные, очерченные (географические) края (граница), которые так же являются проявлением низкоатипичного или акантотического эпителия. 2 степень соответствует выраженным или тяжелым поражениям и может соответствовать цитологическим проявлениям H-SIL. Кроме общеизвестных элементов (плотный ацетобелый эпителий, грубые пунктация и мозаика), появились новые кольпоскопические признаки, которые были известны ранее, но в номенклатуру не входили. Это быстрое побеление эпителия после аппликации уксусной кислотой, железы и крипты с ободком (с ороговением), чёткая граница поражения [8,9].

Таким образом, принятая новая номенклатура и терминология ШМ позволяет более подробно описать нормальные и атипические изменения нижнего тракта гениталий и тем самым повысить диагностическую ценность метода. Классификация более детальна и с практических позиций представляется более удобной для врача при описании кольпоскопического заключения.

В немногочисленных опубликованных клинических наблюдениях описано, что при кольпоскопии во время беременности, на фоне увеличенной в размерах, рыхлой ШМ, четко выделяется цианотичная окраска эктоцервикса, связанная с выраженным полнокровием субэпителиальных сосудов. Многослойный плоский эпителий выглядит утолщенным, рыхлым. Стык многослойного плоского и цилиндрического эпителиев незначительно смещается в сторону эктоцервикса [10,11].

При кольпоскопическом исследовании важно учитывать характер выявленных нарушений в соответствии с данными Bethesda System. Поэтому рекомендуется после проведения кольпоскопического исследования делать два

заклучения (первое - это кольпоскопический диагноз с кольпоскопическими терминами, а второе – оценивать эти визуализируемые признаки в соответствии с данными Bethesda System) [12].

В последние годы произошли серьезные изменения в интерпретации цитологических заключений. Так, для стандартизации результатов цитологического исследования была разработана «Терминологическая система Бетесда» (Bethesda System) в 1988 г. [13]. Она была создана как унифицированная система терминологии цитологических заключений для более эффективной передачи информации о результатах цитологического исследования от врачей-лаборантов – врачам акушерам-гинекологам [14]. Данная классификация, в отличие от предшествующих, более детально характеризует цитологические особенности клеток и имеет выраженную клиническую направленность [14]. Рекомендованная ВОЗ для оценки цервиковагинальной патологии классификация Bethesda System, широко используется в мире не только цитологами, но и клиницистами, в частности, при интерпретации кольпоскопического заключения [13].

Изучение клеточного состава мазков с экто- и эндоцервикса в последние годы позволило определить, что в 1 триместре беременности устанавливается типичная цитологическая картина мазка [15]. После 14 недель эффект, связанный с продукцией гормонов плацентой, выражен. Преобладают навикалярные клетки или при наличии палочек Дедерлейна - «голые ядра» промежуточных клеток. Идеально нормальным для беременности после 3-5 месяцев является промежуточно-клеточный тип. При беременности могут встречаться клетки с укрупненными ядрами, появление которых связано с гормональными изменениями. Клетки окрашиваются интенсивно, ядра обычно гипер-хромные, хроматин распределен равномерно [15].

Tatsuo Yamazaki et al. [2006] представили результаты 4-х летнего рутинного исследования цервикальных мазков 2919 беременных женщин. В 33 случаях были обнаружены заболевания ШМ: 26 случаев были классифицированы как класс IIIA, 7 случаев - класс IIIB. Всем была проведена кольпоскопия. После кольпоскопии в 17 случаях была выполнена биопсия. Авторы отмечают разнообразные результаты гистологического исследования: у 5 беременных выявлен хронический цервицит, у 1 - кондиломы, у 1 - мягкая дисплазия, у 3-х - умеренная дисплазия, у 3-х - тяжелая дисплазия, у 3-х - карцинома, и у 1 беременной - микроинвазивная карцинома. В течение беременности только две беременные получили лечение. Лазерную терапию получила 1 беременная с кондиломой и 1 беременная с микроинвазивной карциномой - конизацию. В других случаях проведено консервативное лечение. По мнению авторов, заболевания ШМ, исключая карцином, не требуют вмешательства во время беременности, но если обнаружена микроинвазивная карцинома конизация необходима, даже во время беременности [16].

В литературе представлены результаты применения комплексного ультразвукового исследования (УЗИ) для оценки состояния ШМ в норме и при патологии. С помощью современных возможностей УЗИ было проведено определение объема ШМ, васкуляризации и объемного кровотока в норме, позволившее определить прогнозировать течение беременности при анатомических изменениях ШМ; дифференцировать полиповидных образова-

ний цервикального канала, а также доброкачественные и злокачественные заболевания ШМ [17,18].

УЗ исследование цервикального канала можно отнести к одним из методов исследования в комплексной оценке состояния ШМ. И.Н. Сыкал и соавт. [2012] считают его информативным методом выявления патологических состояний эндоцервикса при комплексном обследовании [19].

И.А. Куликов [2009,2011] считает, что наиболее эффективным в диагностике изменений ШМ при беременности является комплексное динамическое обследование, включающее ПЦР-диагностику, кольпоскопию, онкоцитологию с оценкой экспрессии MUC 1 и УЗИ, что увеличивает выявляемость эктопии и полипов шейки матки и позволяет своевременно начать терапию выявленных воспалительных и вирусных инфекций [20]. По данным И.А. Куликова и О.А. Макарова [2009,2010], воспалительные изменения ШМ у беременных с эктопией диагностируются в 4 раза чаще, чем у пациенток с полипами ШМ и без ее изменений. Вирус папилломы человека выявлен практически у всех пациенток с эктопией (90%), а при неизменной ШМ лишь у каждой десятой. Частота встречаемости физиологических изменений у беременных с измененной и неизменной ШМ выявлена в одинаковом проценте случаев [21].

Отмечается, что только комплексная оценка состояния ШМ (сочетание результатов цитологического и кольпоскопических исследований) повышает точность постановки клинического диагноза и позволяет разрабатывать рациональную тактику ведения больных [20,22].

Тактика ведения беременных с полипами цервикального канала не определена. Особенно это касается показаний и противопоказаний к полипэктомии, сроков и особенностей ее проведения. В течение долгого времени большинство авторов придерживались тактики наблюдения беременных с полиповидными образованиями цервикального канала, мотивируя это отсутствием их влияния на состояние ШМ в период гестации и родов [23]. Однако в последние годы появились работы, показывающие, что полипы цервикального канала во время беременности приводят к изменению консистенции и ферментного состояния шеечной слизи, активности гранулоцитов эластазы, что отражается на состоянии местного иммунитета и вызывает не только развитие цервицита, но и создает условия для восходящей инфекции и хориоамнионита [24].

По данным В.И. Краснопольского и соавт. [2008], тактика ведения беременных с полипами цервикального канала зависит от размеров полипа, его расположения, характера окружающей ткани. Одним из показаний для полипэктомии во время беременности может являться угроза ее прерывания, возникающая вследствие рефлекторного раздражения ШМ [25].

По мнению ряда авторов, при обнаружении полиповидного образования во время беременности, особенно с быстрым ростом, необходимо его обязательное удаление с последующим гистологическим исследованием [26,27].

Таким образом, заболевания ШМ являются одним из основных объектов для обследования и лечения врача акушера-гинеколога. Анализ научных статей по этой проблеме показал, что изучение распространенности заболеваний ШМ способствует уточнению этиопатогенетических и клинико-диагностических особенностей доброкачественных заболеваний ШМ.

Почти все исследователи отмечают, что возникновение и развитие патологических процессов на ШМ достаточно сложный и малоизученный процесс. Между тем во многих странах мира изучению этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболеваний ШМ уделяется значительное внимание. Это связано, прежде всего с тем, что эти заболевания являются фоновыми для предраковых заболеваний и рака ШМ, который в настоящее время является самым часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов во многих странах мира. Он составляет около 12% злокачественных опухолей, выявляемых у женщин. Рассмотренные нами заболевания ШМ нарушают функцию генеративной системы, снижают трудоспособность и продолжительность жизни женщин. Так, например, высокий процент инфицирования ВПЧ, особенно молодых женщин, повышает риск развития предраковых заболеваний.

Ранняя диагностика и своевременное лечение доброкачественных и предраковых заболеваний ШМ безусловно будут приводить к снижению заболеваемости раком ШМ.

У большинства женщин репродуктивного возраста своевременно не выявляются изменения ШМ, в том числе предраковые заболевания по причине отсутствия скринингового обследования, выделения групп риска и лечения женщин в дородовой период.

Анализ литературы свидетельствует, что имеется небольшое количество работ по вопросам современной диагностики и лечения изменений ШМ у беременных. В единичных работах представлены схемы комплексного кольпоскопического и цитологического обследования и наблюдения беременных женщин с изменениями на ШМ. В связи с необходимостью выбора оптимальных способов выявления заболеваний ШМ у беременных требуется разработка универсальных и достоверных методов диагностики путем оптимизации, усовершенствования и поиска новых путей исследования при данной патологии [29].

В настоящее время очень важной остается проблема выбора различных видов диагностики патологии ШМ и влияние этой патологии на течение и исход беременности.

До настоящего времени остается спорным вопрос о патогенезе лейкоплакии, о доброкачественности или злокачественности течения. В связи с этим своевременная диагностика лейкоплакии необходима для профилактики и снижения частоты заболеваемости предраком и раком ШМ [30].

Несмотря на многочисленные исследования в изучении доброкачественных заболеваний ШМ, в современной литературе крайне ограничены данные о полипах цервикального канала, диагностируемых во время беременности.

Таким образом, ограниченность и разноречивость сведений об этиологии, патогенезе и морфологических особенностях цервикальных заболеваний во время гестации, а также отсутствие алгоритма ведения беременных при их обнаружении, несомненно, определяют данную проблему как одну из актуальных для практического здравоохранения.

В связи с необходимостью выбора оптимальных способов выявления заболеваний ШМ у беременных, требуется разработка универсальных и достоверных методов диагностики путем оптимизации, усовершенствования и поиска новых путей исследования при данной патологии.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2013, 128 с.
- 2.Castle P.E., Stoler M.H., Wright T.C.Jr. et al. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study // *Lancet Oncol.*, 2011, vol.12, p.880-890.
- 3.Волошина Н.Н., Петрова О.Ю., Кузнецова Т.П. и др. Мониторинг патологии шейки матки у беременных // *Поликлиника*, 2009, №5, с.74-78.
- 4.Грибова С.Н., Хрипунова Г.И. Современные представления об этиологии, патогенезе, методах диагностики и лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // *Саратовский научно-медицинский журнал*, 2008, №2, Том 4, с.18-23.
- 5.de Sanjose S., Quint W.G., Alemany L. et al. Retrospective International Survey and HPV Time Trends Study Group. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study // *Lancet Oncol.*, 2010, vol.11, p.1048-1056.
- 6.Hariri S., Unger E.R., Sternberg M. et al. Prevalence of genital human papillomavirus among females in the United States, the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2006 // *Journal of Infectious Diseases*, 2011, vol.204, No4, p.566–573.
- 7.Jordan J., Martin-Hirsch P., Arbyn M. et al. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, Part 2 // *Cytopathology*, 2009, vol.20, p. 5-16.
- 8.Colposcopy and Programme Management: Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme (NHSCSP Publication No 20). Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes, 2010. Available at: www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp20.pdf. Accessed 5 March 2012.
- 9.Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Акопова Е.С. Новые международные стандарты и классификации в кольпоскопии // *Российский вестник акушера-гинеколога*, 2011, №6, с.79-83.
- 10.Абазьева О.В. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки методом аргоноплазменной коагуляции в женской консультации г. Пыть-Яха / Тезисы Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (14–17 ноября 2012 года, Москва). Москва: Изд-во журнала Status Praesens, 2012, с. 4-6.
- 11.Белокриницкая Т.Е., Белокриницкая И.А., Фролова Н.И. и др. Оптимизация лечения заболеваний шейки матки у пациенток молодого фертильного возраста / Тезисы Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (14–17 ноября 2012 года, Москва). Москва: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012, с.13-16.
- 12.Дамиров М.М. Кольпоскопия. Москва: Бином, 2013, 256 с.
- 13.Solomon D., Davey D., Kurman R. et al. The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology // *JAMA*, 2002, vol.287, No16, p.2114-2119.
- 14.Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. В помощь практикующему врачу. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008, 224 с.
- 15.Saslow D., Solomon D., Lawson H. W. et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer // *Am J Clin Pathol.*, 2012, vol.137, p.516-542.
- 16.Tatsuo Yamazaki, Fujiyuki Inaba, Nobuhiko Takeda, Makiko Huruno et al. A study of abnormal cervical cytology in pregnant women // *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2006, vol.273, Issue 5, p.274-277.
- 17.Гришаева Л.А., Чехонацкая М.Л. Рогожина И.Е., Яннаева Н.Е. Ультразвуковая оценка состояния шейки матки перед родами // *Саратовский научно-медицинский журнал*, 2010, №2, Том 6, с. 288-292.
- 18.Зароченцева Н.В., Титченко Л.И., Титченко Ю.П., Чечнева М.А. Комплексные ультразвуковые критерии гестационных изменений шейки матки / Матер. Междун. науч.-практ. конфер. «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее». Москва, 2008, с.47.
- 19.Сыкал И.Н., Приходько С.Н., Снопкова Л.В. и др. Роль ультразвукового исследования в диагностике патологических заболеваний шейки матки // *Таврический медико-биологический вестник*, 2012, Том 15, №2, ч.1 (58), с.293-295.
- 20.Куликов И.А. Особенности патологии шейки матки во время беременности // *Антибиотики и химиотерапия*, 2009, Т.54, №3–4, Спецвыпуск, с. 137–138.
- 21.Куликов И.А., Макаров И.О. Особенности беременности при патологии шейки матки / Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя», 2010, с.133–134.
- 22.Пустынная Е.А., Татарова Н.А. Вспомогательные репродуктивные технологии у пациенток с заболеваниями шейки матки / Тезисы Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (14–17 ноября 2012 года, Москва). Москва: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012, с. 76-78.
- 23.Жабченко И.А., Бражук В.Д., Невышна Ю.В. Тактика ведения беременных с патологией шейки матки / *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности: сб. науч. тр. редкол.: К.У. Вильчук [и др.]. Минск: ГУ РНМБ*, 2011, 296 с. (с.46-56).
24. Robertson M., Scott P., Ellwood D.A., Low S. Endocervical polyp in pregnancy: gray scale and color Doppler images and essential considerations in pregnancy // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2005, vol. 26, Issue 5, p.583–584.
- 25.Lee S.C., Kaunitz A.M., Sanchez-Ramos L., Rhatigan R.M. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis // *Obstet Gynecol.*, 2010, vol.116, p.1197-1205.
- 26.Panayotidis C., Alhuwalia A. Cervical Polypectomy During Pregnancy: Is There Any Management Advances On The Last Decades // *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, vol.5, No1.
- 27.Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011, 232 с.
- 28.Татарчук Т.Ф., Тутченко Т.Н. Патология шейки матки: какие задачи стоят перед врачом-гинекологом? // *Репродуктивная гинекология*, 2013, №1 (9), с. 39-48.
- 29.AAGL Practice Report. Practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps // *Journal of Minimally Invasive Gynaecology*, 2012, vol.19, p.3-10.
- 30.Chen H.C., Schiffman M., Lin C.Y. et al. Persistence of type-specific Human papillomavirus infection and increased long-term risk of cervical cancer // *J Natl Cancer Inst.*, 2011, vol.103, p.1387-1396.

POSTOPERASİON VENTRAL YIRTIQLARIN MEYDANA GƏLMƏSİNDƏ KOLLAGEN MÜBADİLƏSİNİN ROLU

Zeynalov N.C.

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı.*

Postoperasion (PO) ventral yırtıqlar müasir cərrahiyyənin həllini tapmamış aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. Hər il dünyada millionlarla insana qarın boşluğu orqanları üzərində əməliyyatlar aparılır [1, 2]. Cərrahi texnikanın təkmilləşməsi və xəstələrə qulluğun səviyyəsində əldə olunmuş böyük nailiyyətlərə baxmayaraq keçən əsr ərzində bu yırtıqların meydana çıxma səviyyəsinin (2-22,4 %) əhəmiyyətli dərəcədə dəyişmədiyi bildirilir [1, 3, 4].

Qarın divarı yırtıqlarının əmələ gəlməsinin təməl mexanizmi əzələ-aponevroz qatındakı struktur tamlığının pozulmasıdır. Qasıq yırtıqları, umblikal, paraumblikal, epigastral və spigel yırtığı kimi birincili ventral yırtıqlar qarın divarındakı anatomik zəyif nöqtələrdə meydana çıxırlar. Bunlardan fərqli olaraq isə PO yırtıqlar anatomik yerlərdən deyil, tikilmiş cərrahi əməliyyat yarası sahəsində yaranan zəyifliklərdən inkişaf edir və digər amillərlə yanaşı yara sağalması proseslərini də əks etdirən daha mürəkkəb etiopatogeneza malikdirlər.

Əvvəllər PO yırtıqların əsasən cərrahi yaranın tikilməsindəki texniki qüsurların nəticəsi olması düşünüldüysə də, hazırda bu fikirlər dəyişmiş, cərrahi faktorla yanaşı sağalma prosesinə təsir edəcək xəstəyə bağlı amillərin böyük rola malik olduğu müəyyən edilmişdir [5]. İlk dəfə olaraq 1980-ci ildə Busuttil və həmm. abdominal aorta anevrizması olan xəstələrdə kollagen disbalansının olmasını müəyyən etmiş, ardından digər müəlliflər anevrizmatik dəyişmiş toxumalarda kollagen tiplərin nisbətindəki dəyişiklikləri ortaya çıxarmış, eləcə də bu xəstələrdə həm birincili qarın divarı yırtıqlarının, həm də əməliyyatdan sonrakı yırtıqların (30%-dən çox) daha çox rast gəlindiyini təsdiqləyən məlumatlar vermişlər [6, 5, 7, 8]. Analoji olaraq Ehler-Danlos sindomu, Marfan sindromu, osteogenesis imperfekta kimi bir çox irsi birləşdirici toxuma pozğunluqları olan xəstələrdə bu cür yırtıqların çox müşahidə edilməsi bu patologiyalar arasında əlaqənin olduğunu göstərmişdir [5, 9]. Bu əlaqələr də yırtıqların meydana çıxmasında birləşdirici toxumanın struktur dəyişikliklərinin və yaraların sağalmasıdakı sistem şəkili pozğunluqların rol oynaması barədə fikirlərin əsasını təşkil etmişdir [10].

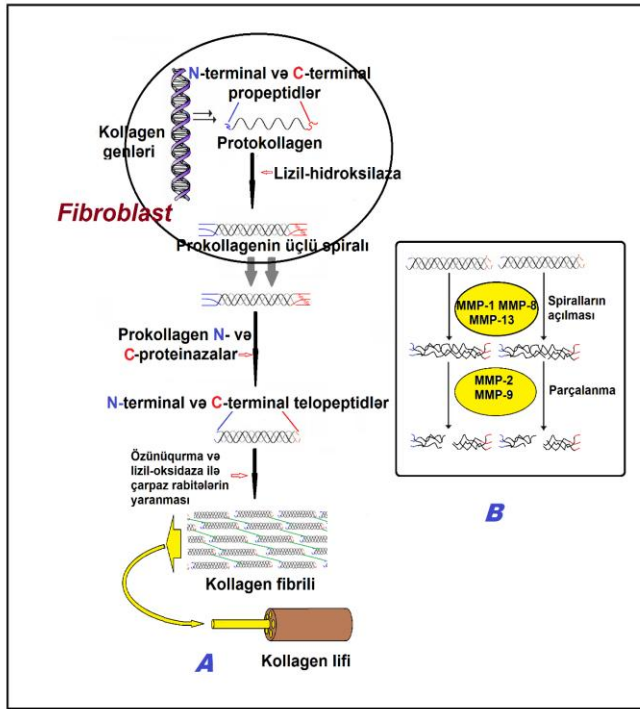
Kollagen mübadiləsi və onun yara sağalması proseslərindəki rolu

Kollagen və onun sintezi haqqında ümumi məlumatlar

Birləşdirici toxumanın hüceyrə arası maddəsinə (ekstrasellülyar matriks-ESM) çox sayda üzvi və qeyri-üzvi maddələr daxildir. ESM-i təşkil edən protein və proteoqlikanlar (kollagen, elastin, fibrillin, fibrinektin və s.) birlikdə toxumanın stabilliyi üçün mühim olan sıx şəbəkə təşkil edirlər [11]. ESM-in əsas proteini olan kollagen insan orqanizminin ümumi zülal kütləsinin təxminən 30%-ni təşkil edir. Üçlü spiral şəkili malekulyar quruluşa malik olan bu qlikoprotein dəri, fassiya, vətər və sümüklərin gərilmə qüvvəsinin, gücünün əsas təminatçısıdır.

Kollagen fibroblastlar (sümük toxumasında osteoblastlar, qığırdaqda isə xondroblastlar) tərəfindən sintez və ekskresiya olunur. Onun sintezi hüceyrə daxilində başlayaraq hüceyrəarası matriksdə davam edən və yetkin kollagen fibrilinin

formalaşması ilə nəticələnən mürəkkəb bir prosesdir. Ribosomlarda əvvəlcə təxminən 1000 ədəd amin turşu qalığı olan pro-alfa zəncirlər sintez edilir [12]. Bunun ardından



prolin və lizin qalıqlarının lizil-hidroksilaza fermentinin təsiri ilə hidrosilləşərək hidrosiprolin və hidrosilizinə çevrilməsi baş verir ki, bu katalizin də getməsi üçün oksigen molekulu və askorbin turşusunun olması vacibdir. Növbəti mərhələ isə bəzi hidrosilizin qalıqlarının qlikozilləşməsi reaksiyasıdır. Hidrosilləşmə və qlikozilləşmə prosesləri sonrakı özünüqurma və çarpaz bağlanmalar üçün çox əhəmiyyətlidir və bunların nəticəsində pro-alfa zəncirlərin sarılaraq üçlü spiral strukturlu prokollagenə çevrilməsi baş verir. Prokollagen molekulu uc hissələrində olan N- və C-terminal propeptidlər sayəsində həll olan xassəyə malik olub

hüceyrə boyu hərəkət edə bilər. Prokollagen hüceyrədən xaric olunarkən onun uc peptidləri müvafiq N- və C-proteinazalar tərəfindən kənar edilir. Bu ayrılma prosesinin hüceyrə membranı büküşlərində baş verməsi və ayrılmış peptidlərin təkrar hüceyrəyə daxil olaraq əks əlaqə mexanizmi ilə kollagen sintezini tənzimlədiyi düşünülür [12]. Hüceyrəarası sahədə kollagen molekulların kollagen fibrillərində, onların da öz növbəsində liflər və dəstələr şəklində cəmləşməsi baş verir (şəkil 1). Kollagen fibrillərinin sabitləşib möhkəmlənməsində mis tərkibli lizil-oksida fermentinin katalizatorluğu ilə gedən molekulardaxili və molekullararası çarpaz kovalent rabitələrin yaranması çox vacib rol oynayır [13, 14]. 1954-cü ildə kollagenin quruluşu haqda ilk məlumatlar əldə ediləndən bu günə qədər insanda onun fərqli genotipə məxsus 28 tipi müəyyən edilmişdir [15]. Bütün bu tiplərin hamısı bir-birinə sarılmış üç zəncirin əmələ gətirdiyi spiral seqmentlərindən təşkil olunmuşdur. Bu tiplərin özünəməxsusluğu isə bu spiral seqmentlərin kəsilmə səviyyəsi və başqa üçölçülü strukturlara daxil olması xüsusiyyətlərindən asılıdır. Bunlardan I, II, III və V (ümumilikdə 7 tip) tiplər fibrilyar quruluşa malikdirlər. İnterstisial matriks kollagenin əsasən I tipindən (təxminən 90%-i) təşkil olunmuşdur [14]. Gərilmə güclərinə qarşı yüksək müqavimət göstərən, qeyri-elastik xassəyə malik bu tip sümüklərə, vətər və aponevrozlara, fibroz toxumalara möhkəmlilik verən əsas toxuma komponentidir. Nisbətən daha az rast gəlinən III tip isə əsasən yenidoğulmuşlarda, elastiklik və kövşəklik tələb olunan toxumalarda dominant olur və quruluşca daha nazik formaya və zəyif möhkəmliyə malikdir. Ümumən belə qəbul edilmişdir ki, toxumada kollagenin I tipinin III tipinə olan nisbətinin (I:III) böyük olması toxumanın möhkəmliyinə, kiçik olması isə onun zəyifliyinə dəlalət edir. Hər iki tipə yara sağlması prosesində qranulyasion və çapıq toxumalarında rast gəlinir [15].

Şək.1. *Kollagenin sintezi, fibril və liflərin qurulması (A); kollagenin parçalanması(B)*

Kollagenin parçalanması

Sağlam toxumalarda ESM-in sabitliyi insanın həyatı boyu davam edən bir proses – zədələnmiş, yaşlan-mış liflərin dövrü olaraq parçalanması və yenilənməsi ilə gedən balanslı tənzimləmə sayəsində mümkün olur. Bu yenidən modellənmədə kollagenin parçalanması birləşdiri toxumanı parçalamaq qabiliyyətinə sahib olan enzimlər–matriks metallopro-teazalar (MMP) tərəfindən həyata keçirilir. Tərkibində zink metalı olan bu MMP-lar ailəsinin insanda 26 növü müəyyən edilmişdir ki, bunlar da öz struktur və funksiyalarına görə kollagenazalara, gelatinazalara, stromelizinlərə, matrilizinlərə, membran tipli və başqa MMP-lara ayrılırlar. Klassik kollagenazalar (MMP-1, MMP-8, MMP-13) fibrilyar kollagenin (I və III və s. tiplər) deqradasiyasına– nativ üçlü spiral formasını çözüb gelatinə çevrilməsinə səbəb olurlar. Bundan sonra gelatinazalar (MMP-2 və MMP-9) denaturasiya olmuş kollageni parçalayırlar. Bu enzimlərin adətən normal toxuma vəziyyətlərində aktivlik dərəcələri aşağı olur. Lakin bir çox patoloji vəziyyətlərdə, iltihabi, degenerativ və bəd xassəli xəstəliklər zamanı induksiya oluna bilirlər [10,16].

Son illərdə MMP-ların strukturu və biokimyası, onların aktivləşmə və requlyasiya mexanizmlərinin öyrənilməsi sahəsində mühim elmi nəticələr əldə edilmişdir. Proinflamator sitokinlərin, α 2-macroglobulinin, böyümə faktorları və hormonların MMP ekspressiyasına təsiri öyrənilmiş, onların fəaliyyətinin metalloproteinazaların toxuma ingibitorları (MPTİ) tərəfindən ingibə edilərək tənzimləmə bilməsi məlum olmuşdur [16-18].

Kollagen mübadiləsinin biomarkerləri

Kollagen mübadiləsinə dəyərləndirmək, onun sintez və parçalanma səviyyəsini qiymətləndirmək üçün bir sıra metabolitləri – biokimyəvi markerləri qanda və sidikdə təyin edilməkdədir. Hidroksiprolin kollagenin əsas aminturşularından biri olması onun bu zülalın katabolizmasını əks etdirən marker olduğunu söyləməyə imkan verir. Plazmada hiroksiprolin proteinlərlə, peptidlərlə bağlı və sərbəst şəkildə mövcud olur. Onun əksər hissəsi qara ciyərdə metabolizmaya uğrayır və yalnız az bir qismi (~ 10%) sidiklə xaric olunur. İfraz olunan kollagen mənşəli hidroksiprolinin təxminən 90%-i kollagenin deqradasiyasından qaynaqlanan peptidlər formasında, təxminən 9%-i onun sintezi zamanı yaranmış N- və C-terminal propeptidlər şəklində və cəmi 1%-i isə sərbəst formada olur. Bu baxımdan sərbəst və birləşmiş hidroksiprolin göstəricilərindəki dəyişikliklər dolayı yolla mübadilənin xüsusiyyətlərini əks etdirmiş olur [17, 20]. Kollagen katabolizmasını həmçinin sidikdə lizilpiridinolin, dezoksipiridinolin, hidrosilizilpiridinolin kimi piridin törəmələrinin ölçülməsi ilə də qiymətləndirmək mümkündür [19].

Günümüzdə qan zərdabında kollagenin parçalanma və sintezini əks etdirən ayrı-ayrı fraqmentləri ölçə bilən müxtəlif immun analiz panelləri mövcuddur. Pro-kollagenlərin pro-peptidlərinə qarşı anti-cisimlər kollagen sintezini, kollagen parçalanması zamanı meydana çıxan telo-peptidlərə qarşı və peptid fraqmentləri üzərindəki kiçik neo-epitopları "tanıyaraq" bağlanan anti-cisimlər isə onun deqradasiyasını əks etdirmiş olur. Məsələn, I tip kollagenin N-terminal propeptidi (PINP) kollagenin I tipinin sintezini, III tip kollagenin C-terminal propeptidi (pro-C3) isə onun III tipinin sintezini əks etdirən biokimyəvi markerlərdir. Kollagenin I tipinin C-terminal telo-peptidləri (CTX-I, ICTP) və C1M neo-epitopları I tip kollagenin, C3M neo-epitopları isə III tip kollagenin parçalanmasını əks etdirirlər. Bu markerlərdən son zamanlar sümük toxumasının formalaşma və rezorbsiya

xüsusiyyətlərinin, bir sıra xroniki iltihabi xəstəliklərin, fibrotik proseslərin öyrənilməsində, aparılan müalicələrin effektivliyinin təqibində və s. istifadə olunur [22-23].

Kollagen mübadiləsinə təsir edən amillər

Kollagen mübadiləsinin tənzimlənməsi onun sintezinin bir çox səviyyəsində baş verən, bir sıra amillərdən asılı olan mürəkkəb prosesdir. Müxtəlif ətraf mühit faktorlarının, qida maddələrinin, hormonların, dərmanların, vitamin və mineralların bu mübadiləyə təsiri göstərilmişdir. Əvvəldə qeyd olunduğu kimi, kollagenin sintezi zamanı askorbin turşusu və dəmir ionları prolin və lizin qalıqlarının hidrosilləşməsində lizil-hidroksilaza fermentinin kofaktoru rolunu oynayır. Molekullardaxili və molekullararası çarpaz kovalent rabitələrin yaranmasında isə mis mikroelementi mühim yer alır. Askorbin turşusunun yetərsiz qəbulu nəticəsində yaranan skorbut (sinqa) xəstəliyi zamanı kollagen sintezinin pozulması ilə əlaqədar birləşdirici toxumanın zəyifləməsi və damarların kövrəkləşməsi, buna bağlı olaraq qansızmalar, diş əti qanaması, diş tökülməsi və sümüklərdə dəyişikliklər müşahidə edilir. C vitamininin kofaktor kimi rolundan əlavə, həm də kollagen sintezini birbaşa stimula etməsi müəyyən edilmişdir [24].

Qlikokortikoidlərin klinik istifadəsi zamanı bir çox əlavə təsirlərinin meydana çıxması məlumdur. Bunların bir çoxu, məsələn dəri atrofiyası, osteoporoz, yara sağalmasının ləngiməsi və s. onların məhz birləşdirici toxumaya göstərdiyi təsiri ilə bağlıdır. Araşdırmalar göstərmişdir ki, qlükokortikoidlər mRNT-si səviyyəsində kollagen sintezini zəyiflədirlər [24].

Kollagen mübadiləsində yaşlanma ilə bağlı dəyişikliklərin daha çox onun I tipi üçün xarakterik olması və onun sintezinin yaş amilindən güclü şəkildə asılı olduğu müəyyən edilmişdir. ECM-dəki cinsiyyətlə əlaqəli dəyişikliklərin isə ən aşkar şəkildə menopauzal və postmenopauzal dövrlərdə müşahidə edilməsi göstərilmişdir [24].

Cərrahi yaraların sağalması

Cərrahi yaralar əməliyyatxana şəraitində nəzarət altında baş vermiş bir travma növüdür və bütün kəskin yaralar kimi onlar da hemostaz, iltihab (bəzi müəlliflər hemostazı ayrıca deyil, iltihab mərhələsinin tərkibində verirlər), proleferasiya (fibroplaziya) və maturasiya, yəni yetişmə fazalarını keçərək sağalırlar [26]. Yara infeksiyası və ya hər hansı başqa səbəbdən gedişində bir dəyişiklik, dayanma, xroniki yaraya keçid olmazsa sağalmanın iltihab fazası 3 gün müddətində başa çatır. Bu mərhələdə toxumada damar keçiriciliyinin artması və hüceyrə hərəkətiliyi müşahidə olunur, mononuklear leykositlərin yaraya toplanması və makrofaqlara çevrilməsi, tosqun hüceyrələrdən histamin və başqa vazodilatator mediatorların, vasoaktiv maddələrin xaric olması baş verir. Xemotaksis nəticəsində polimorf nüvəli leykositlərin yaraya miqrasiya edərək toplanması və onlar tərəfindən bakteriyaların, yad hissəciklərin, nekrotik toxumaların lizosomal enzimlərlə həzm edilməsi həyata keçirilir. Bəzi yaralarda, misal üçün avaskulyar sahələrin, yaxud bakterial çirklənmənin çox olduğu yerlərdə bakteriyaların, onların endotoksinlərinin təsiri ilə interleykin-1, TNF- α kimi pro-inflamator sitokinlərin səviyyələrinin uzunmüddətli yüksəlməsi baş verir ki, bu da iltihab fazasının uzanmasına, metalloproteazların anomal şəkildə aktivləşməsinə və iltihab balansının dəyişməsinə gətirib çıxarır. Xronik yaraların sağalması da adətən bu mərhələdə dayanmış olur [27].

Proleferativ fazada fibroplaziya – fibroblastların proleferasiyası, ara maddənin toplanması və kollagen sintezi baş verir. Fibroblastlar lokal mezenximal

hüceyrələrdən transformasiya olunaraq yara toxumasında adətən 24 saat ərzində görünməyə başlayır və əməliyyatdan sonrakı onuncu sutkada maksimal həddə çatmış olurlar. Kollagen istehsalı ikinci sutkadan etibarən başlasa da maksimal şəkildə sintez beşinci sutkadan sonra müşahidə olunur və altı həftədən çox davam edir. İlkin olaraq yaranı dolduran kollagen zəyif, amorf şəkilli, dezorqanizə quruluşda və əsasən III tip molekulardan ibarət olur. Əmələ gələn kollagen matriksi angiogenezi stimullaşdırır ki, bu da qranulyasion toxumanın yaranması ilə nəticələnir.

Sonuncu, maturasiya fazasında yaranmış toxumanın təkrar modellənərək yenidən qurulması – yetişməsi baş verir. Proleferasiya fazasında yaraya cəmləşmiş hüceyrələr apoptoza uğrayır, III tip kollagen molekulalarının tədricən MMP-lar tərəfindən deqradasiya uğraması və yenidən sintez edilən I tip kollagen molekulaları ilə əvəzlənməsi, həmçinin bu molekulalar arasında və onlardan yaranan fibrillər arasında çarpaz rabitələrin yaranması ilə qranulyasion toxumanın çapıq toxuması ilə əvəzlənməsi, həcmnin kiçilməsi və möhkəmlənməsi baş verir. Təxminən əməliyyatdan sonrakı üçüncü-dördüncü həftədən başlayan bu faza bir ilə qədər, bəzən daha çox davam edə bilər. Maksimal möhkəmlik çarpaz birləşmələrin səviyyəsindən asılı olur və ən yaxşı halda toxumanın əvvəlki gücünün 80%-nə çatmış olur [26].

Cərrahi yaraların sağalması prosesi bir sıra lokal və sistemik faktorların təsiri nəticəsində pozula bilər. Yerli faktorlardan yara toxumasının oksigenasiyasının və yara infeksiyasının mühüm rolu göstərilmişdir. Oksigenin yaraları infeksiyadan qoruması, sağalmanın bütün mərhələlərindəki kritik əhəmiyyəti, angiogenezi, hüceyrə differensiasiyası və miqrasiyasını, fibroblastların proleferasiyası və kollagen sintezini stimula etməsi məlumdur [28]. Sağalmanın iltihab fazası zamanı yarada kontaminə olunmuş mikroorqanizmlərin effektiv dekontaminasiyası olmadıqda inkişaf edən infeksiyon prosesin yuxarıda qeyd olunduğu kimi iltihab fazasının uzanmasına, fibroblastların aktivliyinin azalmasına, kollagen sintezinin ingibisiyası və yaraların möhkəmliyinin zəyifləməsinə səbəb olduğu klinik və eksperimental tədqiqatlarla sübut olunmuşdur [28,29].

Sağalmaya təsir edən sistemik təsirli amillərdən yaşlanmanın, bununla əlaqədar cinsiyyət hormonlarının səviyyəsindəki azalmaların rolu çox mühümdür. Cinsiyyət hormonları iltihab, matriks proteinlərin sintezi, proteazaların ingibisiyası və s. prosesləri müvafiq genlərin fəaliyyətinə təsir etməklə tənzimləyir. Bunlardan başqa, şəkərli diabetin, stressin, sarılıq və uremiyanın, orqanizmin nutrisional vəziyyətinin, qlükokortikoidlər, qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar və kimyəvi terapiya dərmanlarının, həmçinin xronik alkoqol qəbulu və siqaret çəkmə kimi sistemik amillərin də yara sağalmasına neqativ təsirləri haqda əsaslı məlumatlar vardır [28].

Piylənmənin də yara sağalması prosesinə ciddi təsir etdiyini göstərən inandırıcı məlumatlar vardır. Lakin bu proseslərin mexanizmləri tam aydın deyildir. Potensial faktorlar kimi adipoz toxumaların zəif vaskulyarizasiyasının və hipoksiyanın reqenerativ proseslərə mənfi təsiri qeyd edilir. Piylənmənin yerli faktor olmaqla yanaşı yara sağalması və ağırlaşmaların meydana çıxmasında sistemik təsirlərinin də rolu göstərilməkdədir. Son zamanlar məlum olmuşdur ki, adipoz toxumalar ümumi olaraq adipokinlər adlandırılan çoxlu miqdarda bioloji aktiv maddələr ifraz edir və bu maddələr orqanizmin immun statusuna, sağalma proseslərinə mənfi təsir göstərir [28].

Postoperasion ventral yırtığı olan xəstələrdə kollagen mübadiləsinin xüsusiyyətləri

Müxtəlif tip qarın yırtıqları olan xəstələrin fassiya, aponevroz, dəri və yırtıq kisəsi kimi toxumalarından götürülmüş bioptatların histoloji, western blot və tərs transkriptaza – zəncirvari polimeraza reaksiyası və s. kimi üsullarla aparılmış müayinələri zamanı bu xəstələrin böyük bir hissəsində kollagen mübadiləsi pozğunluqları və kollagen strukturunda dəyişikliklər aşkara çıxarılmışdır (cədvəl 1).

Fachinelli və b.-nin araşdırmaları postoperasion, göbək və ağ xətt kimi ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtığı olmayanlarla müqayisədə ağ xətdən götürülmüş aponevroz toxuması nümunələrində kollagenin I tipinin və ümumi miqdarının az olduğunu aşkara çıxarmışdır [36].

Başqa bir tədqiqatın nəticələri isə PO və residiv PO yırtıqlı xəstələrin aponevroz toxumasında kollagenin zəyif möhkəmliyə malik olan III tipinin miqdarında artmanı, onun I:III tiplərinin nisbətində və həmçinin MMP-1 ekspressiyası səviyyəsində azalmanı göstərmişdir. Hesab edilir ki, MMP-1 ekspressiyasının azalması sağalma prosesləri zamanı yenidən modellənmənin ləngiməsinə və müvafiq olaraq kollagen tipləri nisbətindəki bu dəyişikliyə səbəb olur [37]. [Salameh J.R.](#) və b. PO yırtığı olan xəstələrlə əvvəllər əməliyyat keçirmiş, lakin yırtığı olmayan xəstələrin aponevroz toxuması nümunələrini western blot və tərs transkriptaza-PZR analizləri ilə müqayisəli şəkildə öyrənərkən yırtıqlı xəstələrdə kollagenin I:III nisbətində protein səviyyəsində yüngül, mRNT transkript səviyyəsində isə əhəmiyyətli azalma olduğunu, MMP-1 mRNT-də fərq aşkar edilməsə də MMP-2 ekspressiyasında əhəmiyyətli artımın olmasını müəyyən etmişlər [38].

Aparılmış bir çox tədqiqatlar PO yırtığı olan xəstələrdə aponevroz və fassiya toxumaları ilə yanaşı dəri çapığında və intakt dəri nümunələrində də kontrol qrupla müqayisədə kollagen I:III tipləri nisbətində azalmanın olmasını aşkara çıxarmışdır ki, bu da ümumən altda yatan kollagen mübadiləsi pozğunluğunun olduğunu göstərir. Kollagen strukturundakı bu birincili defekt böyük ehtimalla yara sağalması prosesindəki digər qüsurlarla birlikdə PO yırtıqların patogenezinə rol oynamaqdadır [39, 40].

Yırtıqlı xəstələrdə kollagen mübadiləsinin qeyd olunan yerli xüsusiyyət-lərindən fərqli olaraq sistemik şəkildə əks etdirən biokimyəvi markerləri çox az öyrənilmişdir. Bu baxımdan Henriksenin ilk olaraq bu sahədə apardığı tədqiqatlar əhəmiyyətlidir. O, kollagenin I, III, IV və V tiplərinin sintezini əks etdirən PINP, Pro-C3, P4NP, P5CP markerlərindən, parçalanmasının göstəricisi kimi isə C1M, C3M, C4M və C5M neo-epitoplarından istifadə etməklə müxtəlif tip yırtıqlı xəstələrdə, o cümlədən PO yırtıqlar zamanı bu mübadilənin xüsusiyyətlərini öyrənmişdir. Bu araşdırmalar PO yırtıqlı xəstələrdə kontrol qrupla müqayisədə bazal membranların stabilliyini təmin edən IV tip kollagenin sintezinin artması və parçalanmasının azalmasını (P4NP/C4M nisbətinin yüksəlməsi) və V tip kollagenin isə sintezində azalma ilə gedən dəyişiklikləri müəyyən etmişdir [41]. Bizim tədqiqatımız isə PO yırtığı olan xəstələrdə kollagenin I tipinin parçalanmasını xarakterizə edən CTX-I biomarkeri səviyyələrinin müqayisədə yüksək olduğunu aşkara çıxarmışdır [42].

Bütün bu qeyd olunanları ümumiləşdirsək görərik ki, PO yırtıqlı xəstələrdə kollagen metabolizmasındakı pozğunluqlar mübadilədəki tarazlığın parçalanma yönündə dəyişməsiylə, kollagenin I:III tiplərinin nisbətindəki azalma və liflərinin keyfiyyətə zəyifləməsi ilə xarakterizə olunur. Bu da öz növbəsində yeni yaranmış toxumanın biomexanik möhkəmliyinin azalması ilə nəticələnir.

Cədvəl № 1.

Qarın divarı yırtığı olan xəstələrdə kollagen mübadiləsini əks etdirən tədqiqatların nəticələri

Ədəb. №	Nəşr ili	Yırtıq tipi	Kontrol qrup	Toxuma növü	Müayinə üsulu	Nəticələr
30	2007	ÇQY, DQY, RQY	kadavra	Köndələn fassiya	PSbPM	Total kollagen miqdarında fərq yox; xüsusən düz yırtıqlarda III tip kollagenin yüksək olması
31	2009	ÇQY	kadavra	Köndələn fassiya	PSbPM	Total kollagen miqdarında və I tipdə azalma
32	1999	ÇQY və DQY	Yırtığı olmayan xəstə	Dəri	İHK, E, VB	Hər iki yırtıq növündə kollagenin I:III tip nisbətində azalma
33	1997	ÇQY və DQY	--	Köndələn fassiya	E, İHK	Çəp və düz yırtıqlar arasında kollagenin I:III tip nisbətində və MMP-1 ekspresiyasında fərq olmayıb; düz yırtıqlarda MMP-2 ekspresiyasında artma
34	2002	QY	Yırtığı olmayan xəstə	Dəri fibroblastları	NB, tt-PZR	Yırtıqlı xəstələrdə pro-kollagen mRNT I:III nisbətində azalma; mRNT MMP-1 və MMP-13 ekspresiyasında fərq olmayıb
35	2014	QY, RQY, POY və RPOY	Yırtığı olmayan xəstə	Dəri və düz əzələ yatağının ön dovarı	PSbPM	Yırtıqlı xəstələrdə, xüsusən residiv qasıq və PO yırtıqlarda həm dəri, həm də aponevrozda kollagenin I:III tip nisbətində azalma
36	2007	POY, GY, AXY	kadavra	Ağ xətt	PSbPM İHK	Yırtıqlı xəstələrdə kollagenin I tipi və total miqdarının azalması
37	2001	POY və RPOY	Yırtığı olmayan xəstə	aponevroz	İHK, VB	Yırtıqlı xəstələrdə kollagenin I:III tip nisbətində və MMP-1 ekspresiyasında azalma
38	2007	POY	Yırtığı olmayan xəstə	aponevroz	VB, tt-PZR	Yırtıqlı xəstələrdə kollagenin I:III tip nisbətində protein səviyyəsində yüngül, mRNT transkript səviyyəsində əhəmiyyətli azalma, MMP-2 ekspresiyasında artma, MMP-1 –də fərqin olmaması
39	2007	RPOY	Yırtığı olmayan xəstə	Dəri və fassiya	IHK	Yırtıqlı xəstələrin həm dəri, həm də fassiyasında kollagenin I:III tip nisbətində azalma
40	2017	POY	Yırtığı olmayan xəstə	Dəri və aponevroz	PSbPM	həm dəri, həm də aponevrozda kollagenin I:III tip nisbətində azalma

Qeyd: QY-qasıq yırtığı, ÇQY: çəp qasıq yırtığı, DQY: düz qasıq yırtığı, RQY: residiv qasıq yırtığı, GY: göbək yırtığı, AXY: ağ xətt yırtığı, POY: postoperasion yırtıq, RPOY: residiv postoperasion yırtıq, PSbPM: pikrosirusla boyama və polyarizasion mikroskopiyası, İHK: immunohistokimya, VB: vestern blot, NB: nortern blot, E: elektrofarez, tt-PZR: tərs transkriptaza-polimeraz zəncirvari reaksiyası, MMP-matriks metalloproteinaza.

Calaluce və b.-nin residiv postoperasion yırtıqların meydana çıxmasını dəri və fassiya toxuması nümunələri üzərində geniş genomik profilli tədqiqatla araşdırarkən gəldikləri qənaətə görə bu tip yırtıqlar yara sağalması prosesinə təsir edən genlərin ekspresiyasındakı incə fərqliliklərdən qaynaqlanmaqdadır. Araşdırmanın nəticələri residiv PO yırtıqlı xəstələrlə genlərin ekspressiya profilində kontrol qrupla müqayisədə fərqləri, COL1-1və COL-3 sintezini kodlaşdıran genlərin nisbətindəki azalmanı və s. göstərməklə yanaşı orqanogenez və toxuma differensiasiyasında vacib rol oynayan *GREMLİN1* geninin də aşağı səviyyədə ekspressiya olunmasını aşkara

çıxarmışdır [43]. Ehlers-Danlos sindromu və s. kimi irsi birləşdirici toxuma pozğunluqları, kollagenopatiyalı olan insanlardan fərqli olaraq PO yırtıqlar meydana çıxan normal insanlarda hələ ki kollagen mübadiləsinə təsir edəcək hər hansı gen mutasiyaları aşkar edilməmişdir [10]. Genlərin ekspressiyasında müşahidə edilən bu dəyişikliklərin əsasında duran molekulyar proseslərin izahını verəcək tədqiqatlara ehtiyac qalmaqdadır.

Son illərdə aparılmış bir çox araşdırmalar isə yara sağlması və regenerasiya proseslərinin tənzimlənməsində epigenetik mexanizmlərin əhəmiyyətli rola malik olduğunu göstərməkdədir [44]. Hesab edirik ki, bu istiqamətdə aparılacaq tədqiqatlar PO yırtıqların da patogenezinə, bu zaman müşahidə edilən kollagen mübadiləsi dəyişikliklərin meydana çıxma mexanizmlərində bir çox mətləblərə aydınlıq gətirə bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Fink C., Baumann P., Wente M.N. et al. Incisional hernia rate 3 years after midline laparotomy // *Br J Surg.* 2014; 101(2): 51-54
2. Ермолов А.С., Корошвили В.Т., Благовестнов Д.А. и др. Послеоперационные грыжи живота: распространенность и этиопатогенез // *Хирургия*, 2017; 5: с. 76-82
3. Burger J, Luijendijk R, Hop W et al. Long-term Follow-up of a Randomized Controlled Trial of Suture Versus Mesh Repair of Incisional Hernia // *Annals of Surgery* 2014; V 240 (4): 578-585
4. Ah-kee E.Y., Kallachil T., O'Dwyer P.J. Patient Awareness and Symptoms From an Incisional Hernia // *Int Surg* 2014; 99: 241–246
5. Sanders D.L., Kingsnorth A.N. The modern management of incisional hernias // *BMJ* 2012; 344: e2843
6. Busuttill RW, Abou-Zamzam AM, Machleder HI. Collagenase activity of the human aorta. A comparison of patients with and without abdominal aortic aneurysms // *Arch Surg.* 1980;115(11):1373-1378
7. Powell JT, Adamson J, MacSweeney ST, Greenhalgh RM, Humphries SE, Henney AM. Influence of type III collagen genotype on aortic diameter and disease // *Br J Surg.* 1993; 80(10):1246-1248.
8. George A. Antoniou, MD,a,b George S. Georgiadis, MD,a Stavros A. Antoniou et al. Abdominal aortic aneurysm and abdominal wall hernia as manifestations of a connective tissue disorder // *J Vasc Surg* 2011; 54(4): 1175-1180.
9. Brunicaudi F.Ch. Schwartz's Principles of Surgery // McGraw-Hill Education, 2015, Tenth Edition: p 246.
10. Henriksen N.A., Yadete D.H., L. T. Sorensen L.T. Connective tissue alteration in abdominal wall hernia // *Br J Surg.* 2011; 98: 210–219
11. Stamenkovic I. Extracellular matrix remodelling: the role of matrix metalloproteinases // *J Pathol* 2003; 200: 448-464.
12. Fleischmajer R. Collagen fibrillogenesis: a mechanism of structural biology // *J Invest Dermatol* 1986; 87: 553-554.
13. Lodish H, Berk A, Zipursky SL, et al. *Molecular Cell Biology*. 4th edition // New York: W. H. Freeman; 2000 ; Section 22.3: Collagen: The Fibrous Proteins of the Matrix
14. Shoulders M.D. and Raines T.R. Collagen structure and stability // *Annu Rev Biochem.* 2009; 78: 929–958.
15. Kerkhof M. H., Hendriks L., Brölmann H. A. M. Changes in connective tissue in patients with pelvic organ prolapse — a review of the current literature // *Int Urogynecol J.* 2009; 20: 461–474
16. Whittaker M. and Ayscough A. Matrix Metalloproteinases and their Inhibitors – Current Status and Future Challenges // *Celltransmissions* 2001; Vol. 17 No. 1: 3-14
17. [Stamenkovic I](#) Extracellular matrix remodelling: the role of matrix metalloproteinases. // [J Pathol.](#) 2003; 200(4): 448-64.
18. Murphy G. Tissue inhibitors of metalloproteinases // *Genome Biology* 2011, 12:233
19. Эвэрт Л.С., Бороздун С.В, Боброва Е.И. др. Диагностика дисплазии соединительной ткани с использованием биомаркеров // *Chemistry (Journal of Siberian Federal University)* 2009; 2: 385-390
20. Marshall W.J. et al. *Clinical Biochemistry - Metabolic and Clinical Aspects*, 3rd Edition // Elsevier, 2014: p 611
21. Leeming Dj, He Y, Veidal S, Nguyen Q et al. A novel marker for assessment of liver matrix remodeling: an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) detecting a MMP generated type I collagen neo-epitope (C1M) // *Biomarkers.* 2011; 16(7): 616-628
22. Garner P, M Ferreras M., Karsdalthe MA et al. Type I Collagen Fragments ICTP And CTX Reveal Distinct Enzymatic Pathways Of Bone Collagen Degradation // *Journal Of Bone And Mineral Research* 2003; 18(5): 859-867
23. Dragsbæk K., Neergaard J.S., Hansen H.B. et al. Matrix Metalloproteinase Mediated Type I Collagen Degradation — An Independent Risk Factor for Mortality in Women // *EBioMedicine* 2015; 2: 723–729
24. Kehlet S.N., Willumsen N., Armbrrecht G. et al. Age-related collagen turnover of the interstitial matrix and basement membrane: Implications of age- and sex dependent remodeling of the extracellular matrix // *Journal Plos One*, March 29, 2018
25. Pinelli Sh. R. Regulation of Collagen Synthesis // *The Journal Of Investigative Dermatology*, 1982; 79:73-76.
26. Gonzalez AC, Costa TF, Andrade ZA, Medrado AR. Wound healing - A literature review // *An Bras Dermatol.* 2016; 91(5): 614-620.
27. Diegelmann R.F. and Evans M.C. Wound Healing: An Overview Of Acute, Fibrotic And Delayed Healing // *Frontiers in Bioscience* 2004; 9: 283-289
28. Guo S. and DiPietro L.A. Factors Affecting Wound Healing // *Dent Res* 2010; 89(3):219-229.
29. [Yahchouchy-Chouillard E](#), [Aura T](#), [Picone O](#), [Etienne JC](#), [Fingerhut A](#). Incisional hernias. I. Related risk factors // [Dig Surg.](#) 2003; 20(1): 3-9.

30. Meyer A.L., Berger E., Monteiro O.Jr. et al. Quantitative and qualitative analysis of collagen types in the fascia transversalis of inguinal hernia patients // *Arq Gastroenterol* 2007; 44: 230–234.
31. Casanova AB, Trindade EN, Trindade MR. Collagen in the transversalis fascia of patients with indirect inguinal hernia: a case-control study // *Am J Surg* 2009; 198: 1–5.
32. Klinge U., Zheng H., Si Z., Schumpelick V. et al. Expression of the Extracellular Matrix Proteins Collagen I, Collagen III and Fibronectin and Matrix Metalloproteinase-1 and -13 in the Skin of Patients with Inguinal Hernia // *Eur Surg Res* 1999;31:480–490
33. Bellon J.M., Bujan J., Honduvilla N.G. et al. Study of biochemical substrate and role of metalloproteinases in fascia transversalis from hernia processes // *Eur J Clin Invest* 1997; 27: 510–516.
34. Rosch R., Klinge U., Si Z. et al. A role for the collagen I/III and MMP-1/-13 genes in primary inguinal Hernia // *BMC Medical Genetics* 2002; 3: 2
35. Peeters E., De Hortogh G., Junge K et al. Skin as marker for collagen type I/III ratio in abdominal wall fascia // *Hernia* 2014; 18 (4): 519–525
36. Fachinelli A. and Manoel Roberto M.T. Qualitative and quantitative evaluation of total and types I and III collagens in patients with ventral hernias // *Langenbecks Arch Surg* 2007; 392: 459–464.
37. Klinge U., Si Z., Zeng H., [Schumpelick V et al.](#) Collagen I/III and matrix metalloproteinases (MMP) 1 and 13 in the fascia of patients with incisional hernias // *J Invest Surg.* 2001; 14(1): 47-54.
38. [Salameh J.R.](#), [Talbott L.M.](#), [May W.](#) et al. Role of biomarkers in incisional hernias // *Am Surg.* 2007;73(6): 561-568.
39. [White B.](#), [Osier Ch.](#), [Gletsu N. et al.](#) Abnormal Primary Tissue Collagen Composition in the Skin of Recurrent Incisional Hernia Patients // *The American Surgeon* 2007; 73 (12): 1254-1258.
40. Лазаренко В.А., Иванов С.В., Иванов И.С. др. Соотношение типов коллагена в прогнозировании послеоперационных вентральных грыж // *Хирургия*, 2017; 6: 33-36.
41. Henriksen N.A., Mortensen J.H., Sorensen L.T. et al. The collagen turnover profile is altered in patients with inguinal and incisional hernia // *Surgery* 2015; 157 (2): 312-320.
42. Zeynalov N.C. Kollagenin I tipinin C-terminal telopeptidi əməliyyatdan sonrakı yırtıqların biomarkeri kimi // *Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri* 2017; 3: 214-218.
43. Calaluce R., Davis J. W., Bachman S. L. Incisional hernia recurrence through genomic profiling: a pilot study // *Hernia* 2013; 17:193–202.
44. Lewis Ch.J., Mardaryev A.N., Sharov A.A. The Epigenetic Regulation of Wound Healing // *Advances In Wound Care*, 2014; 3(7): 468-475.

Daxil olub: 5.10.2018.

ŞƏKƏRLİ DİABET TİP OLAN XƏSTƏLƏRDƏ MİOKARD İNFARKTININ DİAQNOSTİKASI, GEDİŞİ VƏ MÜALİCƏSİNİN GENDER XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Sadixova M.N.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Akad. C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya institutu.

Açar sözlər: miokard infarktı, gender fərqi, şəkərli diabet, koronarangiografiya, perkutan müdaxilə

Bu gün kardiologiyada xəstəliklərin gedişi və müalicəsi xüsusiyyətlərinin, kişi və qadınlar arasında fərqi araşdırılması - gender təhlilinin aparılması aktual məsələlərdəndir (1). Hazırda ürək-damar xəstəliklərinin (ÜDX) strukturunda miokard infarktı (Mİ) istər qadınlar, istərsə də kişilər arasında ölümün başlıca səbəbi kimi qalmaqdadır (2,3). 37 sayda prospektiv tədqiqatların meta-analizinə nəticələrinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, Mİ-nin fatal ağırlaşmasının inkişaf təhlükəsi isə karbohidrat mübadiləsi pozulmuş xəstələrdə, şəkərli diabet (ŞD) tip 2 zamanı 50% artır (4). ŞD istər kişilər, istərsə də qadınlarda Mİ və ölüm təhlükəsini, hətta klassik risk amilləri: arterial hipertenziya, hiperlipidemiya və tütündən istifadə etmə olmadan belə 2-5 dəfə artırır. Kəskin Mİ olan hər dördüncü xəstə ŞD-dən əziyyət çəkir (5) və onun klinik şəkli və gedişi kişi və qadınlarda fərqlidir (6). Məlumdur ki, qadınlar kişilərə nisbətən xəstəxanaya gec - 2 dəfə az müraciət edirlər. Digər tərəfdən onlar stasionara daxil olan zaman kişilərə nisbətən daha çox qeyri-spesifik simptomatikaya malik olurlar ki, bu da diaqnozun vaxtında qoyulmasına mane olur (7). Murataliyev

T.M. və b. (2016) qeyd edirlər ki, kişilərlə müqayisədə qadınlarda ST elevasiyalı Mİ (STeMİ) kəskin ürək çatışmazlığı (ÜÇ) ilə daha çox ağırlaşdığı üçün klinik gedişi də ağır olur (6). Onlarda Mİ-nin yaxın və uzaq nəticələr kişilərlə müqayisədə daha xoşagəlməz, xəstəxana letallığı və keçirilmiş Mİ-dan sonra ilk 6 ayda letallıq daha yüksək olmuşdur.

Hesab edilir ki, 50 yaşa qədər qadınlar kişilərə nisbətən Mİ ilə az xəstələnirlər və istənilən yaşda qadınlarda Mİ kişilərə nisbətən gec inkişaf edir: qadın və kişilərdə “Mİ-nin yaşında” fərq 9-10 ili təşkil edir (8,9). Barbaraş O.L. və b. (2017) STeMİ olan qadınların həmin problemlili kişilərdən 10 yaş böyük olmasını qeyd edirlər (8). 50 yaşdan sonra isə Mİ ilə xəstələnmə kişi və qadınlar arasında eyni səviyyədə rast gəlinir. Rusiya Federasiyasında Mİ hər il 40-59 yaşda olan 0,2-0,6% kişidə inkişaf edir. Böyük yaş qruplarında (60-64 yaş) isə Mİ ilə xəstələnmə halları kişilər arasında 1,7%-ə qədər yüksəlir (8). Cavan və orta yaşlı qadınlarda kişilərə nisbətən Mİ-yə 2,5-5,0 dəfə az rast gəlinir ki, bu da onlarda ateroskerozun gec inkişafı ilə əlaqələndirilir (10). Lakin bu məsələdə ziddiyyətli məqamlar mövcuddur.

Aparılan bir sıra tədqiqatlarda EKQ-də STeMİ olan 60 yaşdan cavan qadınlarda xəstəxanada ölüm, eləcə də infarktdan sonrakı erkən dövrdə ölüm təhlükəsi kişilərə nisbətən yüksək olmuşdur (11,12). 60 yaşa qədər olan qadınlarda Mİ zamanı qanaxma, ürək çatışmazlığı (ÜÇ), kardiogen şok və kəskin böyrək çatışmazlığı kimi ağırlaşmaların inkişaf təhlükəsinin yüksək olması göstərilir (13,14). Lakin Stramba-Badiale M. (2010), Redfors B. və b. (2015) qeyd edirlər ki, Mİ orta yaşlı qadınlarda, o yaşda olan kişilərə nisbətən daha yaxşı proqnoza malikdir (15,12). STeMİ-nin uzaq nəticələrində gender fərqi aşkarlanmamışdır.

Bir çox tədqiqatçılar ST elevasiyasız Mİ-nin (STeOMİ) və STeMİ-nin əmələ gəlməsinin gender müqayisəsi aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, qadınlarda STeOMİ, kişilərdə isə STeMİ daha çox inkişaf edir (3,1). STeMİ zamanı xəstəxanadaxili ölümün yüksək olmasına baxmayaraq, STeOMİ proqnostik cəhətdən əlverişsizdir.

Kişilərə nisbətən cavan qadınlar və STeMİ-li qadınlar daha xoşagəlməz proqnoza, yüksək xəstəxanadaxili və uzaq ölüm fəsadlarına malikdirlər (3). STeMİ zamanı qadın və kişilərdə hospital letallığın tezliyində əhəmiyyətli fərq aşkarlanmışdır (6,3% kişi və 17,5% qadın). Bu, qadınlarda ilkin vəziyyətdə ürək-damar təhlükəsinin yüksək olması, xəstəxanaya daxil olan zaman vəziyyətin ağır olması, reperfüziya üsullarının onlarda kifayət qədər istifadə edilməməsi ilə əlaqələndirilir. Bu xəstələrdə xoşagəlməz proqnoz miokardın residivləşən işemiyası, sol mədəciyin disfunksiyası, ağır ÜÇ-nin inkişafı, miokardın elektrik qeyri-sabitliyi, insultun inkişafının nəticəsidir.

ŞD-li xəstələrdə Mİ zamanı xəstəxana ölümünün, ŞD olmayanlara nisbətən 2 dəfə çox olması müəyyən edilmişdir. Primary Coronary Angioplasty vs Thrombolysis - 2 Trial tədqiqatına görə ŞD hətta STeOMİ zamanı belə koronar hadisədən sonra 30 gün ərzində və 1 il sonra ölümünün artmasının sərbəst prediktorudur (16).

ŞD-nin olması qadınlarda klimaksönü mərhələdə estrogenlərin müdafiə təsirini kəskin azaldır. Menopauzanın vaxtından əvvəl başlanması ÜİX-nin progressivləşməsinə və fatal ağırlaşmaların inkişafına təkan verir. Estrogenlərin səviyyəsinin azalması qanın lipid spektrinin aterogen çevrilməsinə, trombositlərin aqreqasiyasını artırır, damar divarının saya əzələsinin yığılması hesabına vazospastik reaksiyalarına, azot oksidinin əmələ gəlməsinin azalmasına səbəb olur (17). Buradan belə nəticəyə gəlmək olar ki, əgər cavan yaşlarda kişilərdə KKS-nun inkişafında

aterosklerotik genez əsas rol oynayırsa, qadınlarda həmişə belə olmur. Koronaroqrafiya (KQ) zamanı 18-35 yaş həddində qadınlarda 23% halda, kişilərdə isə 92% halda koronar arteriyaların stenozunun aşkarlanması bunu bir daha təsdiq edir. Məlumdur ki, qadınlarda klassik klinik ağrı sindromu olduqda belə KQ-da koronar damarlar dəyişməyə bilər (18). Buna görə koronar damarların zədələnmə dərəcəsini qiymətləndirmək üçün istifadə edilən qeyri-obstruktiv tip (koronar damarların 50%-dan az zədələnməsi) qadınlarda 10% halda rast gəlinə də xoşagəlməz proqnozla müşayət edilir.

Koronar arteriyaların anatomik xüsusiyyətlərinin və onların zədələnməsinin də gender müqayisəsi aparılmışdır. Aparılan KQ müayinəsi və autopsiya materialında qadınlarda bədən ölçülərindən asılı olmayaraq sol və ön enən arteriyanın diametrinin kiçik olması aşkarlanmışdır (19). Qadınlarda kişilərə nisbətən koronar damarların okluziyasına daha çox meyillik olmasının səbəblərindən biri görünür budur. Qadınlarda ÜİX-nin sürətlə progressivləşməsi KQ zamanı təsdiq olunan kollateral damarların sayının və diametrinin az olması ilə də izah oluna bilər. Johansson S. və b. (1984) qeyd edirlər ki, kişilərlə müqayisədə qadınlarda, xüsusən cavan yaşlarda kollateral qan dövranı şəbəkəsi kifayət qədər inkişaf etməmişdir (20).

Qadınlar üçün KAQ zamanı sağ mədəcikarası şaxənin zədələnməsi daha xarakterikdir (21). Belə ki, stenozun rast gəlmə tezliyi qadınlarda 69%, kişilərdə 48% təşkil etmişdir. Müəlliflər tərəfindən aparılan müayinə zamanı sol koronar arteriya ancaq qadınlarda (18%) zədələnməmişdir, sağ koronar arteriya (12% və 24%) və dolanan şaxənin (6% və 22%) stenozu kişi populyasiyası üçün xarakterik olmuşdur. Koronar şəbəkənin angioqrafik şəkli kişi populyasiyasında daha müxtəlif olmuş və zədələnməmiş damar sayının çox olması ilə müşayət olunmuşdur (14% və 4%). Belə ki, əgər qadınlarda 1 və ya 2 damar zədələnməsi aşkarlanmışsa, kişilərdə bu, 3 və 4 damarda eyni zamanda rast gəlinmişdir.

Tavluyeva Y.V. və b. (2011) tərəfindən koronar şəbəkənin zədələnməsinin gender xüsusiyyətləri STeMI-li xəstələrdə SYNTAX şkalasına əsasən qiymətləndirilmişdir (22). Bu zaman kişi və qadınlarda KQ zamanı koronar şəbəkənin zədələnmə dərəcəsində dürüst fərq müəyyən edilməmişdir. Miokardın revaskulyarizasiyası aparılmış xəstələrdə yaşdan asılı olaraq fərq müəyyən edilmişdir. Belə ki, 66 yaş və ondan yuxarı yaşda olan kişilərdə koronar arteriyaların zədələnmə dərəcəsi cavan yaşda olan kişilərə nisbətən dürüstlüklə əhəmiyyətli olmuşdur. Revaskulyarizasiya aparılmış qadınlarda isə koronar arteriyaların zədələnmə dərəcəsi yaşdan asılı olmayaraq mötədil dərəcədə olmuşdur.

Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry tədqiqatının nəticələri göstərir ki, kəskin MI-dən xəstəxana ölümü qadınlarda 16% və kişilərdə isə 11% təşkil edir (5). Kəskin MI-dən xəstəxanada dünyasını dəyişən 37% qadın və 18% kişidə endotelin eroziyası fonunda koronar tromblar aşkarlanmışdır. Bu, hər iki cinsdə cavan şəxslərdə və qadınlarda bütün yaşlarda daha çox aşkar edilmişdir. Eyni zamanda kişilərə nisbətən qadınlarda aterosklerotik pələklər sərt olmuş və nadir hallarda kalsifikləşmişdir. Kişilər üçün çoxsaylı damar zədələnməsi, anamnezdə AKŞ və atma fraksiyasının 50%-dən az olması daha xarakterik olmuşdur.

Xəstəliyin formalaşması, gedişi ilə yanaşı aparılan cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrün də gender müqayisəsi aparılmışdır. AKŞ-dan sonra cins, yaş və erkən ölüm arasında qarşılıqlı əlaqənin təyin edilməsi məqsədi ilə aparılmış tədqiqatlarda qadınlarda əməliyyatdansonrakı erkən ölüm bütün digər səbəblərdən 1,5 dəfə çox

yaşdan asılı olmuşdur. Buradan belə qərara gəlinmişdir ki, qadın cinsi AKŞ-dan sonra erkən ölümün yaşdan asılı amilidir (23).

MASS II (Medicine, Angioplasty or Surgery Study) tədqiqatında çoxsaylı damar zədələnməsi olan xəstələrdə dərman, cərrahi və perkutan müdaxilənin (PKM) 1 il ərzində nəticələrinin gender müqayisəsi aparılmışdır (24). Müalicənin nəticələri izlənilmiş və ya kombinə edilmiş hadisələrin (ölüm, Mİ və ya miokardın revaskulyarizasiyası ilə bağlı təkrari müdaxilə) olmasına əsasən qiymətləndirildikdə kişi və qadınlar arasında statistik fərq aşkarlanmamışdır (25). Kişilərdə angioplastika olunan xəstələrdə keçirilmiş Mİ-nin sayı çox olmuş və cərrahi müalicə alanlarda şuntların sayı az olmuşdur (24). Lakin digər populyasiya nəticələri qadınlarda Mİ-nin xəstəxana göstəricilərinin və uzaq nəticələrinin pis olmasını təsdiq etmir. Bundan başqa qeyd edilir ki, məhz kişilərdə qadınlara nisbətən daha tez-tez ilk 24 saatda ürək dayanması inkişaf edir (20).

Fransada aparılan tədqiqatda Mİ olan qadın və kişilərdə yaş fərqi, xəstəliyin uzunmüddətli anamnezi ilə yanaşı kişi və qadınlarda istifadə edilən reperfüziyanın cərrahi üsullarının aparılma tezliyində fərq müəyyən edilmişdir (26). Belə ki, qadınlarda PKM və koronar şuntlama az hallarda aparılmışdır, sutkalıq letallıq isə kişilərdən yüksək olmuşdur (27, 28).

Mİ-nin müalicəsinin gender baxımından analizi zamanı cinsdən asılı olaraq, dərman müalicəsinin effektivliyi və təhlükəsizliyində fərqi göstərən kifayət saylı dürüst nəticələrə rast gəlinir. Bu, Mİ-nin müalicəsinin cinsdən asılı olmadığını rəhbər tutaraq, tədqiqatçıların əksəriyyətinin tədqiqata az sayda qadın cəlb etməsi ilə əlaqədardır. Ədəbiyyatda göstərilir ki, klinik təcrübədə kişilərlə müqayisədə qadınlara az hallarda β -adrenoblokatorlar, AÇFİ, sartan, statin, aspirin, klopidogrel təyin edilir, nadir hallarda KQ və miokardın revaskulyarizasiyası aparılır (17,14).

Klinik təcrübədə Mİ-nin farmakoloji müalicəsində gender fərqi izlənmir. Amerika kardioloqlar kolleqiyasının tövsiyyələrində göstərilir ki, STEoMI olan istər qadınlar, istərsə də kişilərdə təxirəsalınmaz yardım və ikincili profilaktika tədbirləri eyni şəkildə aparılmalıdır (29). Lakin qadınlarda qanaxma təhlükəsinin yüksək olması baxımından onlarda antiaqreqant və antikoagulyantların dozası bədən kütləsi və böyrəklərin funksiyası nəzərə alınmaqla seçilməlidir (30, 31, 32). Buna baxmayaraq, təcrübə göstərir ki, istər xəstəxana, istərsə də xəstəxanadan sonrakı dövərdə qadınlar müvafiq müalicə almırlar (33,34,28). ACC-NSDR Amerika milli reyestrinin nəticələrinə əsasən qadınlara kişilərlə müqayisədə stasionarda aspirin və IIb/IIIa reseptorlarının inhibitorları, evə yazıldıqdan sonra isə statin və aspirin az hallarda təyin edilir (35). Qadınlar kişilər ilə müqayisədə az hallarda cərrahi müdaxiləyə məruz qalırlar (36). Qadınlarda kəskin Mİ zamanı PKM bəzən xoşagəlməz sonluğu malik olur. Belə ki, onlarda koronar arteriyaların perforasiyası, kiçik və böyük qanaxmalar baş verə bilər.

Qrakova Y.V. və b. (2013) miokardın endovaskulyar revaskulyarizasiyasının effektivliyinin gender baxımından kompleks qiymətləndirilməsi zamanı qadınlarda ŞD-nin olmasının müdaxilədən 3-5 il sonra restenoz, holometallik stentlərin tutulması tezliyinin kişilərlə müqayisədə yüksək olmasını müəyyən etmişlər (37). Təkrar revaskulyarizasiya kişilərdə 25-27,9% halda koronar aterosklerozun progressivləşməsi nəticəsində, qadınlarda isə 20-24% halda restenoz/ holometallik stentlərin tutulması nəticəsində aparılmışdır.

Yuxarıda deyilənlərdən bir daha görünür ki, Mİ olan xəstələrdə cinsin xəstəxanadaxili ölümə, yaxın və uzaq nəticələrə necə təsir göstərməsi barədə fikirlər

ziddiyyətli. Bütün bunlar ŞD-li xəstələrdə kəskin Mİ-nin gedişinin, klinik xüsusiyyətlərinin və müalicə prinsiplərinin gender fərqi analiz olunmasının aktuallığını göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu istiqamətdə aparılan tədqiqat işləri mövcud olan nəticələri təsdiqləməklə yanaşı, eyni zamanda ziddiyyətli problemlərdə açıqlama və yeni yanaşmanı müəyyən edəcək, ŞD-li xəstələrdə kəskin koronar patologiyanın cinsdən asılı olaraq xarakterini müəyyən etməyə və istər müayinə, istərsə də müalicə taktikasının fərdi seçilməsinə kömək edəcəkdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Содномова Л.Б., Булдутова Н.О. Гендерные различия при инфаркте миокарда в исходе ОКС с подъемом сегмента ST в Республике Бурятия // *Acta Biomedica Scientifica*, 2017, vol.2, №5, part 2, p.49-54
2. Желтова И.Н., Сукманова И.А. Гендерные особенности факторов риска и клинико-гемодинамические характеристики у пациентов с инфарктом миокарда пожилого возраста // *Современные проблемы науки и образования*, 2015, №2 (часть 1), с. 12-15
3. Морозова А.М., Кучарчик Г.А. Особенности течения первичного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST у мужчин и женщин разного возраста // *Кардиология* 2013, №8, том 14, с. 25-30
4. Бельникова Ю.А., Тавлуева Е.В., Каретникова В.Н. Прогноз у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа и выбранной тактики ведения острого периода заболевания // *Российский кардиологический журнал*, 2012, № 5 (97), с. 17 – 24
5. Ким З.Ф., Подольская А.А., Мавлюта Р.А. Особенности острого коронарного синдрома у больных сахарным диабетом II типа // *Вестник современной клинической медицины*, 2015, том 8, приложение 1, с.57-60
6. Мураталиев Т.М., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н. и др. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда // *Клиницист*, 2016, №3, том 10, с.53-68
7. Allana S, Khowaja K, Ali TS, et al. Gender Differences in Factors Associated With Prehospital Delay Among Acute Coronary Syndrome Patients in Pakistan // *Journal of Transcultural Nursing*, 2014, 1-11
8. Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Быкова И.С. и др. Особенности клинического течения и стационарного этапа лечения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в зависимости от пола (по данным Российского Регистра острого коронарного синдрома «Рекорд-3») // *Российский кардиологический журнал* 2017, № 6 (146), с.122-131
9. Rosengren A, Wallentin L, Gitt KA. Sex, age and clinical presentation of acute coronary syndromes // *Eur. Heart. J.* 2004; 25: p. 663-667
10. Murphy B, Worcester M, Higgins R, Le Grande M, et al. Causal attributions for coronary heart disease among female cardiac patients // *J Cardiopulm Rehabil*, 2005, 25 (3), 135-143
11. Lawesson S.S., Stenstrand U., Lagerqvist B. et al. Gender perspective on risk factors, coronary lesions and long-term outcome in young patients with ST-elevation myocardial infarction // *Eur Heart J*, 2010, vol. 96, p. 453–459
12. Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: a report from the European HeartHealth Strategy (EuroHeart) // *Eur Heart J*. 2010, Vol. 31, p.1677–1685
13. Amsterdam E. A., Wenger N. K., Brindis R. G. et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines // *J Am Coll Cardiol* 2014, 64(24), e139–228
14. Gan S. C., Beaver S. K., Houck P. M. et al. Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men // *N Engl J Med* 2000; 343(1), p.8–15
15. Redfors B., Angeras O., Ramunddal T. et al. Trends in Gender Differences in Cardiac Care and Outcome After Acute Myocardial Infarction in Western Sweden: (SWEDHEART) // *J Am Heart Assoc* 2015; 4(7). pii: e001995
16. Timmer R., Ottervanger J., Boer M. et al. Primary Percutaneous Coronary Intervention Compared With Fibrinolysis for Myocardial Infarction in Diabetes Mellitus. Results From the Primary Coronary Angioplasty vs Thrombolysis - 2 Trial // *Arch. Intern. Med.*, 2007, vol. 167, №13, p.1353–1359
17. Бугаенко В.В. Гендерные особенности диагностики, течения и лечения ишемической болезни сердца // *Украинский кардиологический журнал*, 2015, № 6, с.100 – 112
18. Дворецкий Л.И. Гибрадзе Н.Т., Черкасова Н.А. Ишемическая болезнь сердца у женщин // *Российский медицинский журнал*, 2011, № 2, с. 79-82
19. Sheifer S.E., Canos M.R., Weinfurt K.P. et al. Sex differences in coronary artery size assessed by intravascular ultrasound // *Am. Heart J.* 2000, 139, p.649-653
20. Johansson S., Bergstrand R., Sahbssman D. et al. Sex differences in cardio-angiographic findings after myocardial infarction // *Eur.Heart J.*, 1984, 5, p.374-381
21. Pagidipati N.J. Peterson E.D. Acute coronary syndromes in women and men // *Nature Reviews Cardiology*, 2016, vol. 13, p.471 – 480
22. Тавлуева Е.В., Синьков М.А., Васильева О.А. и др. Гендерные особенности поражения коронарного русла с объективизацией по шкале SYNTAX у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST // *Патология кровообращения и кардиохирургия*, 2011, №1, с.59-63
23. Heer T., Schiele R., Schneider S. et al. Gender differences in acute myocardial infarction in the era reperfusion (the MITRA registry) // *Am O Cardiol.*, 2002, vol. 89, p.511- 517
24. Soares P.R., Huev W.A., Gersh B.J. et al. The Medicine, Angioplasty or Surgery Study (MASS II): comparative analyzes in male and female populations during the first year follow-up // *Eur.Heart J.* 2004, vol.25, 304-309
25. Ghadri JR, Sarcon A, Jaguszewski M, et al. Gender disparities in acute coronary syndrome: a closing gap in the short-term outcome // *Journal of Cardiovascular Medicine*, 2015; 16 (5), p. 355-362

- 26.Simon T., Mary-Krause M., Cambou J.P. et al. Impact of age and gender on in-hospital end late-mortality after acute myocardial infarction: increased early risk in younger women Results from the French nation-wide USIC registries // Eur Heart J., 2006, vol. 27, p.1282-1288
- 27.Isorni MA, Blanchard D, Teixeira N, et al. Impact of Gender on Use of Revascularization in Acute Coronary Syndromes: The National Observational Study of Diagnostic and Interventional Cardiac Catheterization (ONACI). Catheterization and Cardiovascular Interventions. 2015; 86: E58-E65
- 28.Skelding K.A., Boga G., Sartorius J. et al. Frequency of coronary angiography and revascularization among men and women with myocardial infarction and their relationship to mortality at one year: an analysis of the geisinger myocardial infarction cohort // J Interv Cardiol. , 2013, vol. 26, №1, p.14-21
- 29.Lansky A.J., Mehran R., Cristea E. et al. Impact of gender and antithrombin strategy on early and late clinical outcomes in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes (from the ACUITY trial) // Am J Cardiol. 2009, 103(9), p.1196–1203
- 30.Dey S., Flather M.D., Devlin G. et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events // Heart 2009, 95(1), p.20–26
- 31.Nguyen H.L., Saczynski J.S., Gore J.M., Goldberg R.J. Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review // Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010, 3(1), p. 82–92
- 32.Radovanovic D., Erne P., Urban P. et al. Gender differences in management and outcomes in patients with acute coronary syndromes: results on 20, 290 patients from the AMIS Plus Registry // Heart 2007, 93(11), p.1369–1375
- 33.Diercks D.B., Owen K.P., Kontos M.C. et al. Gender differences in time to presentation for myocardial infarction before and after a national women's cardiovascular awareness campaign: a temporal analysis from the Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress (NCDR ACTION Registry-GWTG) // Am Heart J 2010, 160(1), p.80–87
- 34.Jneid H., Fonarow G.C., Cannon C.P. et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction // Circulation 2008, 118(25), p.2803–2810
- 35.Akhter N., Milford-Beland S., Roe M.T. et al. Gender differences among patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention in the American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry (ACC-NCDR) // Am Heart J. 2009, Vol.157, №1, p.141-148
- 36.Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S. et al. Third universal definition of myocardial infarction // Eur Heart J 2012;33:2551–67
- 37.Гракова Е.В., Тепляков А.Т. Гендерные особенности эндоваскулярной реваскуляризации посредством стентирования коронарных артерий у больных, перенесших инфаркт миокарда: результаты 5-летнего проспективного наблюдения // Сибирский медицинский журнал, 2013, Том 28, № 4 с. 19-28

Daxil olub: 13.10.2018.

ADENOMIOZ VƏ FERTİLLİYİN POZULMASI

Hüseynova Z.S.

Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq-Ginekologiya kafedrası

Açar sözlər: adenomioz, sonsuzluq, keçid sahəsi, endometrium, miometrium

Adenomioz "endometriumun miometrium qatına xoş xassəli invaziyası, uşaqlığın diffuz genişlənməsi, ektopik endometrium vəzinin və stromanın hipertrofik və hiperplastik miometriumla əhatə olunması ilə xarakterizə olunur [1,7]. Bu formalaşma ayrılıqda iki patogenetik nəzəriyyə: endometriumun selikli qişasının miometriumun saya əzələ kələfinin lifləri arasına və ya intramiometrial limfa sistemi boyunca invaziyası; "de novo" yaranan ektopik intramiometrial - endometrial toxumadan başlayan metaplastik proses ilə izah edilir [7].

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində məlum olub ki, adenomioz xroniki çanaq ağrısı sindromunun ən geniş yayılmış səbəblərindən biri olub, dismenorreyə, disparenuriya ilə müşayiət olunur, sonsuzluğa gətirib çıxarır və müxtəlif mənşəli sonsuzluqlar içərisində 20% təşkil edir [2,41].

Uzun zamandır ki, fertilliyin pozulmasında adenomiozun rolu inkar edilmir. Təəssüf ki, endometriozdan fərqli olaraq adenomiozun sonsuzluqla müşayiət olunması faktı və klassik di-aqnozu histerektomiya əməliyyatından sonra aydınlaşdı. Bu realıq adenomiozun fertilliyə təsirini qiymətləndirməkdə çətinlik törədirdi [2,13,17]. Maqnit rezonans müayinəsinin nəticələri adenomiozun erkən diaqnostikasına və yeni funksional "uşaqlıq keçid sahəsinin" görüntü-sünə şərait

yaratdı. Müəyyən olmuşdur ki, "uşaqlıq keçid sahəsi" adlanan endometrium və da-xili miometrium arasında birləşmə (the uterine junctional zone-JZ), sağlam gənc qadınlarda 5 mm qalınlıqda və ya daha az müşahidə olunur. Bu sahə adenomioz zamanı qalınlaşır [5,32,23]. Hazırda adenomioz zamanı keçid sahənin aydınlaşdırılması məqsədi ilə ultraso-noqrafiya (üç ölçülü transvaginal sonografiya) metodundan istifadə olunur (TVS) [4,26].

Hazırda hər iki üsul yaxşı həssaslığa və spesifikliyə malik olduğundan adenomioz zamanı keçid sahənin (JZ) dəyişikliyinə qiymətləndirilməsində və ölçülməsində istifadə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, qeyri - invaziv üsulların tətbiqi təkcə adenomiozun diaqnostikası və müalicəsi istiqamətində deyil, elm sahəsində adenomioz və endometriozla bağlı biliklərin inkişafına maraq oyatmışdır [13,14,26, 32,40].

2. Uşaqlıq keçid sahəsi (The Uterine Junctional Zone)

Daxili miometrium və ya keçid sahənin miometriumu adlanan "arximetra", xüsusi xarakterə malik olub, insan orqanizmində olan digər oxşar birləşmələrdən fərqlənir: onda məlum qoruyucu təbəqənin və ya membranın olmaması, endometrium vəzilərinin birbaşa miometrium ilə əlaqəsinə şərait yaradır. Qeyd etmək lazımdır ki, uşaqlığın maqnit rezonans və T2- sonografiya müayinəsi sağlam reproduktiv yaşda olan qadınlarda üç müxtəlif qatın görüntülərini yaradır [32,40]: (1) yüksək intensivlikli siqnalla təmin edən endometriumun selikli qişası və ya dərin qat; (2) aşağı intensivlikdə siqnal verən və miometriumun keçid sahəsi adlanan aralıq sahə-subendometrium; (3) xarici sahə, seroz qata qədər davam edən və ya orta intensivlikli siqnal verən xarici miometrium.

Son zamanlar adenomiozun klassifikasiyasına aşağıdakılar aid edilir [37]: sadə hiperplaziya (yaş 35-dən az olan qadınlarda keçid sahəsinin qalınlığı ≥ 8 mm, lakin <12 mm); hissəvi və ya diffuz adenomioz (qalınlıq ≥ 12 mm, xarici miometriumu cəlb edən, yüksək siqnallı miometrium ocağı: ($<1/3, <2/3, >2/3$), adenoma. Təəssüf ki, bu klassifikasiya tam müzakirə olunmayıb, təsdiqinin öz əksini tapması hələ gözlənilir.

Son illərin tədqiqatları nəticəsində keçid sahəsinin xüsusiyyətləri və funksiyaları haqqında əsaslı məlumat əldə edilmişdir. Məlum olmuşdur ki, "keçid sahə" aybaşı dövrünə uyğun dəyişiklərə məruz qalır, endometriumu imitasiya edir, aybaşının 8 və 16-cı günlərinə uyğun xüsusiyyətə malik olur, onu hormondan asılı struktur edir, uşaqlığın peristaltikasını hamiləlikdən kənar tənzimləyir [5].

Hazırda transabdominal ultrasəs görüntüləri fərqli yığılma dalğaları göstərir; bu peristaltik aktivlik yalnız keçid sahədə baş verir, xarici miometrium sakit qalır. Follikulyar və perioovulyator fazada yığılma dalğaları "servicofundal" mənşəli olub, onların amplitudası və tezliyi ovulyasiya zamanı əhəmiyyətli dərəcədə artır [43]. Ehtimal olunur ki, bu dalğalar fizioloji reproduktiv proseslərin bir çox aspektləri: endometriumun differensiasiyası, aybaşı, spermanın keçməsi və implantasiya ilə bağlıdır [8,38]. Lütein fazada uşaqlığın yığılma qabiliyyəti azalır, miometriumun yığılma dalğaları qısa və qeyri-simmetrik olur, tez-tez əks istiqamətlərə yönəlir. Aktivliyin belə azalması klassik olaraq uşaqlığın dibinə yaxın baş verən implantasiya prosesinə köməklik göstərir, yerli qida maddələri və oksigenlə təchizatını asanlaşdırır. Bundan əlavə, insanlarda intersistial və damar daxili sirayət edən trofoblastlar endometriumun sərhədlərini keçir, keçid sahəsinə əhatə edir, lakin miometrium qatına keçmir [23]. Nəhayət, embrionun implantasiyası ilə eyni vaxtı əhatə edən, ovulyasiyadan 7 gün sonra, keçid sahənin siqnalının intensivliyinin

pozulması baş verir [5,27]. Faktı nəzərə alsaq ki, adenomioz zamanı miometriumdə, eyni zamanda mayalanma üçün kritik sahədə- keçid sahəsində dəyişiklər baş verir, adenomiozla fertilliyin pozulması arasında əlaqənin güman olunması məqbul hesab olunur [31]. Qeyd etmək lazımdır ki, adenomiozun yaranması ilə eutopik endometrium və miometriyumun keçid sahəsinin struktur və funksional anomaliyaları arasında sıx qarşılıqlı əlaqə mövcuddur. Bu anomaliyalar, öz növbəsində implantasiyanın pozulmasına və sonsuzluğa gətirib çıxarır [31].

3. Adenomiozun sonsuzluqda rolu

Yeni metodların tətbiqi adenomiozun sonsuzluqla qarşılıqlı əlaqəsinin mövcud ola biləcəyinin öyrənilməsinə şərait yaratdı. Adenomioz və sonsuzluq arasında epidemioloji dəlillər olmasa da, bilavasitə əldə olunan məlumatlar onlar arasında qarşılıqlı münasibətin olduğunu sübut edir. Tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, menorragiya və ya dismenorreyə müşahidə olunan sonsuz xəstələrin 54%-də miometriyumun keçid sahəsinin hiperplaziyasına rast gəlinir [23, 20]. Eyni zamanda sübut edilmişdir ki, adenomioz gənc yaşlarda da müşahidə olunur, çanaq nahiyəsinin endometriozu ilə əlaqədar ola bilər və bilavasitə fertilliyə təsir göstərir [16,17,38,44].

Son illərdə aparılan müayinələr sayəsində məlum olmuşdur ki, klinikalarda adenomioz ilk hamiləliyin baş verməsinin gecikdirilməsi nəticəsində diaqnostik müayinələr zamanı aşkar olunur. Sonsuzluqla bağlı aparılan araşdırmalar nəticəsində məlum olur ki, adenomiozun müalicəsindən sonra fertillik bərpa olunur. Müalicə məqsədi ilə Gn-RH-A, ayrılıqda və ya cərrahi müdaxilə ilə yanaşı tətbiq olunması sayəsində müsbət nəticə əldə edilir [35]. Bununla bağlı süni mayalanma proqramı üzrə keçid sahənin qalınlığının qiymətləndirilməsi implantasiyanın baş verməsinin əlverişli olub- olmaması üçün ən proqnostik amil hesab olunur [9,26]. Faktiki olaraq, qalınlaşmış keçid sahə (JZ) embrionun implantasiya üçün əlverişsiz sərbəst amili hesab olunur, və xüsusilə embrionun keyfiyyətindən, sonsuzluğun növündən, xəstənin yaşından asılı olmur və ən əsas kliniki əhəmiyyətə malikdir [3,5,16,35]. Aparılan müalicə nəticəsində alınan erkən nəticələr süni mayalanmanın nəticələrinin yaxşılaş-masını təsdiq edir [36]. Bundan əlavə qeyd olunur ki, süni mayalanmadan öncə uzun müddət aparılan GnRH-A ilə müalicə nəticəsində endometriozla bağlı sonsuzluq rast gəlinən xəstələrdə kliniki hamiləlik göstəricilərinin yaxşılaşması müşahidə olunur [2,13]. Analoqlarla hipo-estrogenik vəziyyətdən başqa adenomiozla bağlı sonsuzluğun müalicəsində çoxlu üstünlüklərə nail olmaq olar: adenomioz və endometriozun GnRH-A ilə müalicəsi sitoxrom P450 aroma-tazların eutopik endometriyada ifrazını azaldır [18]. Adenomioz müşahidə olunan qadınlarda GnRH-A toxuma zədələnməsinə səbəb olan peroksinitratın əmələ gəlməsini aşağı salır [45].

Müəyyən edilmişdir ki, analarda Hoxa10 geninin düzgün ifrazı implantasiya dövründə em-brionun yaşamaq qabiliyyətində əhəmiyyəti böyükdür. Sübut olunmuşdur ki, adenomioz müşahidə olunan qadınlarda Hoxa10 geninin sekretor fazada ifrazı azalır, bu da adenomioz müşahidə olunan qadınlarda implantasiyanın tezliyinin daha çox aşağı olması ilə izah olunur [11].

4. Adenomiozla bağlı sonsuzluğu yaranan mümkün mexanizmlər

Son illər ərzində aparılan tədqiqatlar təkcə adenomiozla bağlı sonsuzluğun yaranması hipotezini deyil, onun hansı mexanizmlərlə baş verə biləcəyi təsəvvürlərinin izahını verirlər. Həqiqətən də, keçid sahənin struktur və funksional qüsuru, eləcədə bir sıra tənzimlənməyən zülallar implantasiyanın pozulmasına səbəb ola bilər. Bundan əlavə, nəzəriyyədə bir sıra hallar: bətdaxili sərbəst radikalların

anormal səviyyəsinin olması; yerli steroidlərin metabolizminin pozulması nəticəsində aybaşı dövründə endometriumun aberrant inkişafı; embrional inkişaf üçün lazım olunan bir sıra "implantasiya markerlərinin" ifrazının olmaması; genlərin funksiyalarının dəyişikliyi fertilliyin pozulmasına səbəb olur.

4.1. Miometriumun arxitekturasının və funksiyasının pozulması

Adenomioz toxuması ilə normal miometrium arasında aparılan analizlərdən məlum olub ki [19], adenomioz müşahidə olunan sahələrdə miositlərin hüceyrə hipertrofiyası o səviyyəyə çatır ki, saya əzələ hüceyrələri ultrastruktur olaraq uşaqlığın normal əzələ hüceyrələrindən fərqlənir. Keçid sahəsinin hüceyrə və nüvə hipertrofiyası, anormal nüvə, mitoxondrial forma və digər anomaliyaları göstərir ki, onlar miositlərdə kalsiumun normal dövriyyəsinə pozur, nəticədə ritmiki yığılmaların əhəmiyyətli dərəcədə itməsinə gətirib çıxarır [27]. Bu əlamətlərin sonsuzluqda rolu haqqında nəticə çıxarmağın çox erkən olmasına baxmayaraq, adenomioz zamanı miometriumun keçid sahəsinin arxitektonikasının pozulması nəticəsində spermanın uşaqlığa sürətli, davamlı, dəqiq birbaşa nəqlinin pozulması göstərilmişdir [43]. Bu xəstələrdə xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi artdıqca uşaqlıq boru keçiriciliyinin də tədricən azalması müşahidə olunur; diffuz adenomioz və birincili sonsuzluğa malik olan qadınlarda radionuklidlərdən istifadə edərək uşaqlıq boru keçiriciliyində əsaslı dəyişikliklər aşkar edilmişdir [39,41]. Nəhayət, adenomioz zamanı endometrium ilə miometriumun sərhəddində sinir liflərinin keçiriciliyinin pozulması müşahidə olunur [30]. Endometrium və miometriumun keçid sahəsinin (JZ) qalınlaşmasının implantasiyanın baş vermə tezliyinin azalmasında rolunun aydın izahı mövcud olmasa da, hipotez irəli sürülmüşdür ki, hormonların qeyri-normal təsiri altında ektopik endometrium vəziləri iltihabi reaksiyaya səbəb ola bilər. Bu sitokinlər, prostoglandinlər və ya digər dəqiqləşdirilməmiş faktorlarla həyata keçirilə bilər və saya əzələlərin qalınlaşmasına, öz növbəsində uşaqlıq yığılmalarının dəyişməsi ilə nəticələnə bilər [31].

4.2. Endometriumun funksiyasının və həssaslığının dəyişilməsinin sonsuzluqda rolu

Endometrium öz daxilində olan sərbəst radikalların konsentrasiyasının qeyri-normal səviyyəsi adenomioz müşahidə olunan xəstələrdə sonsuzluğa səbəb ola bilər. Bu aktiv oksigen növü ilə antioksidant arasında tarazlığın pozulması oksidləşdirici stress və həddindən artıq sərbəst radikallar mühiti yaradır. Bu da öz növbəsində mayalanmış yumurta hüceyrənin zədələnməsinə, embrionun inkişafının və hamiləliyin qarşısını ala bilər. Müəlliflərin fikirlərinə əsasən erkən embrional inkişafa əlverişli mühitin yaranması üçün aşağı konsentrasiyalı sərbəst radikallar lazımdır. Sərbəst radikalların anormal səviyyəsi olduqda embrion aktiv makrofaqların və ya T-hüceyrələrinin, oksid azotun ifrat dərəcədə təsirinə məruz qalaraq erkən düşüklərə gətirib çıxara bilər [45,18].

Hazırda implantasiyanın pozulmasına gətirib çıxaran başqa bir əsas faktor aşkar olunub: adenomioz müşahidə olunan bütün proliferativ fazada endometriumun aberrant inkişafı müşahidə olunur ki, bu da sekretor fazanın pozulmasına şərait yaradır. Görünür ki, bu endometriumun vaskulyarizasiyasının dəyişməsi, requlyator faktorların artması, endometriumun damarlarının proliferasiyası və endometriumun iltihabi molekullarının markerlərinin dəyişməsi ilə əlaqədardır [21,33]. Həqiqətən də, adenomioz zamanı eutopik, eləcə də ektopik endometriumda, damar endotelial böyümə faktorunun (VEGF) mikrodamarların sıxlığı və hipoksiya-induksiya edici faktor-1 alfanın aktivliyi əhəmiyyətli dərəcədə artır [15,42]. Bundan əlavə adenomioz

müşahidə olunan qadınlarda interleykinlərin sekresiyasının eutopik, eləcə də ektopik endometriumdə bir sıra anomaliyaları müşahidə olunur ki, bu da implantasiyanın erkən pozulmasına gətirib çıxarır. Bu anomaliyalar interleykin-6, 8 и -10-nun qeyri-düzgün sekresiyası ilə əlaqədardır. Nəticədə, görünür adenomiozlu qadınlarda anormal iltihabi reaksiya mövcud olur və nidasiyanı pozur [12,25,33].

Qeyd etmək lazımdır ki, endometriumdə baş verən dəyişikliklər onun daxilində metabolizmin pozulmasına, implantasiyanın baş verməməsinə gətirib çıxarır. Adenomioz zamanı İL-6-nın ifrat dərəcə ifraz olunması, estrogen reseptorlarının ifrazının artmasına səbəb olur [28,25]. Bundan əlavə, adenomioz müşahidə olunan xəstələrdə sitoxrom P₄₅₀ artıq ifrazı müşahidə olunur ; bu təsir estrogenlərin yerli əmələ gəlməsini artırır və endometriyumun aromatazlarının artıq ifrazı hamiləliklərin kliniki göstəricilərini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır [6,24,41]. Bu qadınlarda progesteronun qüsurlu reseptorları və onların təsirinin itməsi mövcud olur. Bu estrogen və progesteron arasında dəyişmiş tarazlıq estrogen-alfa reseptorlarının davamlılığına gətirib çıxarır. Estrogen-alfa reseptorlarının yüksək ifrazı, sekretor fazanın ortasında beta 3 - inteqrinlərin sekresiyasını azaldır, estrogenlərlə mənfi tənzim olunur, uşaqlığın normal funksiyasını pozur [28]. Estrogen - beta reseptorlarının adenomioz uşaqlıqda yüksək ifrazı miometriyumun hiperplaziyası ilə xarakterizə olunur [19].

Endometriyum tərəfindən ifraz olunan, embrion və endometriyum arasında müvəffəqiyyətli qarşılıqlı əlaqə üçün vacib olan "implantasiya markerləri" hesab olunan bir sıra molekulların ifrazının çatışmazlığı implantasiyanın pozulmasına gətirib çıxarır. İmplantasiya zamanı yaranmış pəncərədə markerlərdən bir neçəsi adenomioz müşahidə olunan qadınlarda endometriyumunda azalır və təklif olunmuşdur ki, bu implantasiyanın tezliyinin azalması ilə bağlı molekulyar mexanizmlərdən biri ola bilər [10].

Leykemiyanın inhibitorunun (LİF) endometriyumun reseptivliyi ilə əlaqədar və müqayisə qrupundan fərqli olaraq sonsuzluq müşahidə olunan qadınlarda aşağı olduğu xüsusi ilə göstərilmişdir [29]. Həmçinin LİF ifrazı adenomioz müşahidə olunan qadınlarda sekretor fazanın ortasında aşağı düşür və anamnezində sonsuzluq olan qadınlarda fertil qadınlara nisbətən LİF səviyyəsinin uşaqlıqda əhəmiyyətli dərəcə aşağı olduğu göstərilmişdir [46]. Onlardan alfa-4, beta-3- inteqrin embrionun səthində, eləcə də tsiklin 19-20-ci günlərində ana səthinin epitel hüceyrələrində əmələ gəlir və hamiləlik zamanı ifrazı davam edir. Adenomioz zamanı onun ifrazının dəyişməsi məlum olmasa da, səbəbi məlum olmayan sonsuz qadınlarda və endometriozda inteqrinlərin olmaması göstərilmişdir [33]. Bu və ya digər zülalların-qlikodelin, osteopontin və vitronektinin implantasiya zamanı "trofoblast-endometriyum" qarşılıqlı münasibətini yaratdığı güman edilir və endometrioz zamanı azalır, adenomioz zamanı müşahidə olunmur [35].

Adenomioz zamanı implantasiyanın pozulma əlamətlərinin yaranmasına təsir göstərə biləcək əsas faktordan biri hesab edilən HoxaA 10 genin funksiyasının dəyişməsidir. Məlum olduğu kimi, bu gen hemeoboks transkripsiya faktorunun bir hissəsi olub, aybaşı dövründə endometriyumun böyüməsi və embrionun inkişafı üçün vacibdir. Aparılan araşdırmalar zamanı məlum olmuşdur ki, onun təzahürü fertil qadınlara nisbətən adenomioz müşahidə olunan qadınlarda sekretor fazanın ortasında əhəmiyyətli dərəcədə azalır [11, 22].

Hazırkı dövrdə epidemioloji tədqiqatlar aparılmadığından və adenomiozun fertilliyin pozulmasına gətirib çıxara biləcəyini göstərmək tam mümkün

olmadığından müasir ginekologiyanın ən aktual problemi olaraq qalır. Eyni zamanda maqnit rezonans müayinəsi və 3D-TVS vasitəsi ilə daha asanlıqla erkən diaqnostika və lazımı məlumatların əldə olunmasına köməklik göstərə biləcəyinə ümid edilir. Bu qeyri-qənaətbəxş vəziyyətin olmasına baxmayaraq, xəstəliyin molekulyar patofiziologiyasına və bir sıra yeni metodların köməyi ilə ilkin klinik nəticələrə diqqət yetirmək vəziyyətə aydınlıq gətirməkdə köməklik göstərə bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Дамиров, М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. – Москва-Тверь: Триада, 2002. – 294 с.
2. Сидорова И. С. Дифференцированный подход к лечению аденомиоза. Акушерство, гинекология и репродукция. 2011; 2: 16–20.
3. Сметник В.П. Фармакотерапия генитального эндометриоза // *Consilium Medicum* № 10. 2002; с. 8-12.
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Трансвагинальная эхография 2Д- и 3Д-методы // М.: ОСЛН. 2006; с. 160.
5. A. Maubon, A. Faury, M. Kapella, M. et al., "Uterine junctional zone at magnetic resonance imaging: a predictor of in vitro fertilization implantation failure," // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2010, vol. 36, no. 3, pp. 611–618.
6. Lessey B. A., Palomino W. A., Apparao K. B. C., et al., "Estrogen receptor-alpha (ER-alpha) and defects in uterine receptivity in women," *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2006. vol. 4, no. 1, article S9,
7. Bergeron C., Amant F., Ferenczy A. Pathology and physiopathology of adenomyosis," *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006 vol. 20, no. 4, pp. 511–521.
8. Bulletti C., Ziegler D. De, "Uterine contractility and embryo implantation," *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 2006. vol. 18, no. 4, pp. 473–484.
9. Exacoustos C., Brienza L., Giovanni A. Di et al., "Adenomyosis: three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology," *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2011, vol. 37, no. 4, pp. 471–479,
10. Yen C. F., Basar M., Kizilay G., Implantation markers are decreased in endometrium of women with adenomyosis during the implantation windows," // *Fertility and Sterility*, 2006, vol. 86, supplement 1, p. 550.
11. Fischer C. P., Kayisili U., Taylor H. S., "HOXA10 expression is decreased in endometrium of women with adenomyosis," *Fertility and Sterility*, 2011, vol. 95, no. 3, pp. 1133–1136.
12. Wang F., Li H., Yang Z., et al. Expression of interleukin-10 in patients with adenomyosis," *Fertility and Sterility*, 2009, vol. 91, no. 5, pp. 1681–1685.
13. Benagiano G., Brosens I., Carrara S., "Adenomyosis: new knowledge is generating new treatment strategies," // *Women's Health*, 2009, vol. 5, no. 3, pp. 297–311.
14. Benagiano G., Brosens I. Adenomyosis and endometriosis have a common origin, // *Journal of Obstetrics & Gynecology of India*, 2011. vol. 61, no. 2, pp. 146–152.
15. Goteri G., Lucarini G., Montik N. et al., Expression of vascular endothelial growth factor (VEGF), hypoxia inducible factor-1 α (HIF-1 α), and microvessel density in endometrial tissue in women with adenomyosis, // *International Journal of Gynecological Pathology*, 2009, vol. 28, no. 2, pp. 157–163.
16. Kunz G., Beil D., Huppert P. et al. Adenomyosis in endometriosis—prevalence and impact on fertility: evidence from magnetic resonance imaging, // *Human Reproduction*, 2005, vol. 20, no. 8, pp. 2309–2316.
17. Leyendecker G., Kunz G., Kissler S., Wildt L. Adenomyosis and reproduction," *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006, vol. 20, no. 4, pp. 523–546.
18. Ishihara H., Kitawaki J., Kado N., et al. Gonadotropin-releasing hormone agonist and danazol normalize aromatase cytochrome P450 expression in eutopic endometrium from women with endometriosis, adenomyosis, or leiomyomas, // *Fertility and Sterility*, 2003, vol. 79, no. 3, pp. 735–742.
19. Liu H., Lang J., Wang X., Wu S. Comparative proteomic analysis of human adenomyosis using two-dimensional gel electrophoresis and mass spectrometry, // *Fertility and Sterility*, 2008, vol. 89, no. 6, pp. 1625–1631.
20. Ota H., Igarashi S., Sato N., et al. Involvement of catalase in the endometrium of patients with endometriosis and adenomyosis, // *Fertility and Sterility*, 2002, vol. 78, no. 4, pp. 804–809.
21. Ota H., Tanaka T. Stromal vascularization in the endometrium during adenomyosis, // *Microscopy Research and Technique*, 2003, vol. 60, no. 4, pp. 445–449.
22. Taylor H. S. The role of HOX genes in human implantation, // *Human Reproduction Update*, 2000, vol. 6, no. 1, pp. 75–79.
23. Brosens J. J., Pijnenborg R., A I. Brosens The myometrial junctional zone spiral arteries in normal and abnormal pregnancies, // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 187, no. 5, pp. 1416–1423.
24. Brosens J., Verhoeven H., Campo R. et al., High endometrial aromatase P450 mRNA expression is associated with poor IVF outcome, // *Human Reproduction*, 2004, vol. 19, no. 2, pp. 352–356.
25. Yang J. H., Wu M. Y., Chang D. Y., et al. Increased interleukin-6 messenger RNA expression in macrophage-cocultured endometrial stromal cells in adenomyosis, // *American Journal of Reproductive Immunology*, 2006, vol. 55, no. 3, pp. 181–187.
26. Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review, // *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006, vol. 20, no. 4, pp. 569–582.
27. Mehaseb M. K., Bell S. C., Pringle J. H., Habiba M. A. Uterine adenomyosis is associated with ultrastructural features of altered contractility in the inner myometrium, // *Fertility and Sterility*, 2010, vol. 93, no. 7, pp. 2130–2136.
28. Mehaseb M. K., Panchal R., Taylor A. H. et al. Estrogen and progesterone receptor isoform distribution through the menstrual cycle in uteri with and without adenomyosis, // *Fertility and Sterility*, 2011, vol. 95, no. 7, pp. 2228–2235.
29. Mikolajczyk M., Wirstlein P., Skrzypczak J. Leukaemia inhibitory factor and interleukin 11 levels in uterine flushings of infertile patients with endometriosis, // *Human Reproduction*, 2006, vol. 21, no. 12, pp. 3054–3058.
30. Quinn M., Uterine innervation in adenomyosis, // *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007, vol. 27, no. 3, pp. 287–291.

31. Fusi L., Cloke B., Brosens J. J. The uterine junctional zone, // *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006, vol. 20, no. 4, pp. 479–491.
32. Tamai K., Koyama T., Umeoka S. et al., Spectrum of MR features in adenomyosis, // *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006, vol. 20, no. 4, pp. 583–602.
33. Ulukus M., Ulukus E. C., Seval Y., et al., Expression of interleukin-8 receptors in patients with adenomyosis, // *Fertility and Sterility*, 2006, vol. 85, no. 3, pp. 714–720.
34. Wang P. H., Yang T. S., Lee W. L. et al., Treatment of infertile women with adenomyosis with a conservative microsurgical technique and a gonadotropin-releasing hormone agonist, // *Fertility and Sterility*, 2000, vol. 73, no. 5, pp. 1061–1062.
35. Wei Q., St Clair J. B., Fu T. et al., Reduced expression of biomarkers associated with the implantation window in women with endometriosis, // *Fertility and Sterility*, 2009, vol. 91, no. 5, pp. 1686–1691.
36. Devlieger R., Hooghe T. D., Timmerman D. Uterine adenomyosis in the infertility clinic, // *Human Reproduction Update*, 2003, vol. 9, no. 2, pp. 139–147.
37. Kissler S., Zangos S., Wiegratz I. et al., Utero-tubal sperm transport and its impairment in endometriosis and adenomyosis, // *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2007, vol. 1101, pp. 38–48.
38. Kissler S., Hamscho N., Zangos S. et al., Uterotubal transport disorder in adenomyosis and endometriosis—a cause for infertility, // *BJOG*, 2006, vol. 113, no. 8, pp. 902–908.
39. Meredith S. M., Sanchez-Ramos L., Kaunitz A. M. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and metaanalysis, // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2009, vol. 201, no. 1, pp. 107.e1–107.
40. Zangos S., Kissler S., Mueller A. et al., Uterine adenomyosis in infertile patients: MR imaging findings and clinical conclusions, // *RoFo Fortschritte auf dem Gebiet der Rontgenstrahlen und der Bildgebenden Verfahren*, 2004, vol. 176, no. 11, pp. 1641–1647.
41. Li T., Li Y.-G., Pu D.-M. Matrix metalloproteinase-2 and -9 expression correlated with angiogenesis in human adenomyosis, // *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2006, vol. 62, no. 4, pp. 229–235.
42. Oki T., Douchi T., Maruta K. et al., Changes in endometrial wave-like movements in accordance with the phases of menstrual cycle, // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2002, vol. 28, no. 3, pp. 176–181.
43. Zacharia T. T., O'Neill M. J., Prevalence and distribution of adnexal findings suggesting endometriosis in patients with MR diagnosis of adenomyosis, // *British Journal of Radiology*, 2006, vol. 79, no. 940, pp. 303–307.
44. Kamada Y., Nakatsuka M., Asagiri K. et al., GnRH agonist suppressed expression of nitric oxide synthases and generation of peroxynitrite in adenomyosis, // *Human Reproduction*, 2000, vol. 15, no. 12, pp. 2512–2519.
45. Xiao Y., Sun X., Yang X. et al., Leukemia inhibitory factor is dysregulated in the endometrium and uterine flushing fluid of patients with adenomyosis during implantation window, // *Fertility and Sterility*, 2010, vol. 94, no. 1, pp. 85–89.

Daxil olub: 6.06.2018.

VƏRƏM OCAQLARININ EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Vərilov V.N., Əhmədov S. B. Bayramov R. X.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Silahlı Qüvvələrin Ağciyər Xəstəlikləri Hospitalı
DİN Daxili Qoşunların Hərbi Hospitalı.*

Açar sözlər: vərəm ocaqları, əksepideмик tədbirlər, kontaktlar.

Dünyada vərəm qlobal problem olaraq qalmaqdadır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına əsasən, vərəm xəstəliyi ən çox ölümə səbəb olan yoluxucu xəstəlikdən biri olub, dünya əhalisinin 1/3-i vərəmə yoluxub. Dünyada vərəmli xəstələrin sayı 20 mln.-dan çoxdur, hər il 8-9 mln. insan xəstələnir və 1.5 mln.-a yaxın insan bu xəstəlikdən ölür. Vərəm xəstəliyinin epidemioloji vəziyyətinin gərginləşməsinin əsas səbəbləri HIV infeksiyasının, çoxsaylı və geniş dərmana davamlı vərəm mikobakteriyalarının yayılması, vərəmin yoluxucu formalarının vaxtında aşkar edilməsində müşahidə olunan çatışmamazlıqlar sayılır. Epidemik hal Şərqi Avropada, o cümlədən keçmiş Sovetlər Birliyinə daxil olan ölkələrdə ciddi şəkildə özünü biruzə verir. Bunun əsas səbəbi yeni iqtisadi-ictimai formasiyaya keçid zamanı vərəm xəstəliyinin aşkarlanması, müalicəsi və profilaktikasında baş vermiş bir sıra dəyişikliklər sayılır [1,2,3,4,5].

Vərəm xəstəliyi bütün dünyada olduğu kimi Azərbaycanda da ictimai sağlamlığın ciddi problemlərindən biridir. ÜST Şərqi Avropa ölkələrində vərəmə

görə epidemik vəziyyəti gərgin olan 18 ölkədən birinin və birincisinin Azərbaycan olduğunu bildirir [6,7,8,9]. ÜST-na görə bu gərginliyin əsas göstəricisi ilkin fəal vərəm xəstələri və fəal kontingentin arasında multirezistent (isoniazid və rifampisinə eyni vaxtda davamlılıq və ya tək-cə rifampisinə davamlılıq) xəstələrin xüsusi çəkisinə uyğun olaraq 22-25% və 50-55% olmasıdır [10].

Vərəm sosial xəstəlik hesab edilir. Vərəmə görə epidemik vəziyyət cəmiyyətin sosial-iqtisadi vəziyyətinin göstəricisi sayılır. Vərəmlə xəstələnmə, yayılma və ölüm halları əsas epidemioloji göstəricilərdir və vərəm infeksiyasında epidemioloji vəziyyəti xarakterizə edir. Son illərdə vərəm törədicisinin virulentliyinin, dərman davamlılığının, xüsusilə polirezistentliyinin artması müşahidə olunur. Müasir dövrdə bakteriya ifraz edənlərlə kontaktda olan, ilk növbədə uşaq və yeniyetmələrin xəstələnməsi, vərəm infeksiya mənbələrinin yüksək epidemioloji təhlükəliliyini təsdiqləyir (11,12,13,14).

2014-cü ildə ÜST-nın 67-ci assambleyasında dünyada vərəm epidemiyasını dayandırmaq üçün vərəmin profilaktikası, müalicəsi və vərəmlə mübarizə sahəsində global strategiya işlənib hazırlanmışdır. Bu təşkilatın təklif etdiyi strategiyanın əsas məqsədi xəstə ilə əhali arasında yoluxma zəncirinin mümkün qədər tez qırılması və epidemioloji əminamanlığa nail olmaqdır. 2025-ci ilə qədər xəstələnmənin 25% (2015-ci ilə nisbətən), ölüm hallarının 75%, 2035-ci ilə qədər isə 90-95% azalması planlaşdırılır [15,16,17].

Epidemik proses bir-biri ilə bağlı və biri digərindən törənən epidemik ocaqlardan ibarətdir. Epidemik ocaq epidemik prosesin ilkin elementidir. Epidemik ocaq yoluxucu xəstəliyin baş verdiyi və ya onun yayılma ehtimalı olan müəyyən ərazidə və kollektivdə fəaliyyət göstərən epidemik prosesin əsas şərtlərinin cəminə deyilir. Epidemik ocaq həm sporadik şəkildə baş vermiş xəstəlik hallarına, həm də çoxlu xəstələnmələrə aiddir. Belə ki, yoluxucu xəstəliyin xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq, epidemik ocağın sərhədlərini təyin edir və həmin ərazidə lazımi əks-epidemik tədbirlər həyata keçirir. Epidemik ocağın sərhədi xəstəliyin kontagiozluğundan, törədicinin yoluxma mexanizmindən və ocağın sanitar-gigiyenik xarakteristikasından asılıdır. Ocaq o zaman sönmüş hesab edilir ki, xəstənin sağlması, hospitallaşdırılması və ya ölüm nəticəsində ocaqda törədicinin ifrazı dayanır, yoluxma amili rol oynayan bütün əşyalar zərərsizləşdirilir və təmasda olan həssas əhalinin maksimal inkubasiya dövrü başa çatır.

Vərəmin epidemioloji ocağı dedikdə, yeni yoluxma və xəstələnmə hallarına gətirib çıxaran vərəm infeksiya mənbəyinin onu əhatə edən insanlarla müəyyən zaman ərzində olduğu yer başa düşülür. Xəstə insan və heyvanlar vərəm xəstəliyinin mənbəyi hesab edirlər. Onlar ətraf mühitə insan və digər növ vərəm törədicilərini ifraz edirlər (antroponoz və zoonoz vərəm). Çoxsaylı kateqoriyalı yoluxma mənbələri arasında ətrafdakılar üçün daha çox təhlükəli sayılanlar aktiv tənəffüs orqanları vərəmi olan xəstələrdir. Həmin xəstələrdə törədici mikroskopiya, kultural müayinə metodlarında aşkar edilir. Yuxarıda göstərilən müayinə metodlarında törədici tapılmayan aktiv tənəffüs vərəmi olan xəstələr də yoluxma mənbələri ola bilər. Az miqdarda mikobakteriya ifraz etdiklərinə görə onlar əsasən yüksək həssaslığı olan uşaq və yeniyetmələr, eləcə də immuniteti zəif olan şəxslər arasında daha təhlükəlidir. Vərəm ocaqlarını ağciyərdənkənar vərəmi olan xəstələr də formalaşdırırlar. Onlar törədiciləri əsasən fistula yolları, sidik, nəcis, uşaqlıq, cinsiyyət üzvləri və menstrual qanla və sairə yollarla ətraf mühitə ifraz olunur. Belə xəstələr tənəffüs

orqanlarının vərəmi olan xəstələrə nisbətən ətrafdakılar üçün az epidemioloji təhlükə törədir [19,20,21].

Vərəmin epidemik ocaqlarının məkan və zaman sərhədləri vardır. Antroponoz ocaqların məkan sərhədlərinə xəstənin mənzili, onun iş yeri, təhsil, təlim və müalicə aldığı yer və sairə daxildir. Ocaqlar, həmçinin, mənzil, ev, yataqxana, uşaq müəssisələri, müalicə-profilaktika müəssisələri, çox da böyük olmayan yaşayış məntəqələri (kənd, qəsəbə) də hesab edilir. Vərəm ocağının zaman sərhəddini infeksiya mənbəyi ilə kontaktda olunan zaman və kontaktların inkubasiya dövrləri yaradır [22,19,5].

Vərəm xəstəsinin həm yoluxma mənbəyi, həm də ocaqda yeni yoluxma törətməsi təhlükəsi aşağıda göstərilən faktorlardan asılıdır:

- prosesin xəstədə lokalizasiyası, belə ki, tənəffüs orqanlarının zədələnməsi törədiciyin ötürülməsi üçün daha geniş aerogen mexanizm yaradır, bu da ocaqda intensiv yoluxmaya səbəb olur;
- xəstə tərəfindən ifraz olunan vərəm mikobakteriyalarının ifrazının massivliyi, həyat qabiliyyəti, dərman davamlılığı, virulentliyi;
- xəstələr və kontaktlarla aparılan əksepidemik tədbirlərin keyfiyyətindən, kontaktlarla əlaqənin sıxlığı və kontaktların sayı;
- xəstənin əhatəsində (uşaq, yeniyetmə, hamilə qadın və s.) vərəm infeksiyasına qarşı həssaslığı yüksək olan şəxslərin olmasından və əksepidemik tədbirlərin vaxtında, keyfiyyətli aparılmasından;
- yaşayış şəraitinin xarakterindən (yataqxana, kommunal və ya ayrıca ev, qapalı tipli müəssisə). Xəstənin izolyasiyasının imkanının olması, otaqların sayı, mənzilin sanitar-kommunal abadlaşdırma səviyyəsindən;
- müalicə rejiminin həyata keçirilməsinə və ocaqda əksepidemik tədbirlərin aparılmasına təsir edən xəstənin sosial statusundan.

Göstərilən faktorların konkret cəmləşməsi və onların qabarıqlıq səviyyəsi epidemik ocaqların təhlükəlilik dərəcəsini müəyyən edir. Göstərilən faktorlara görə ocağın xarakteristikası onun epidemioloji təhlükəlilik dərəcəsini qiymətləndirməyə və vərəm infeksiyasının yayılmasını proqnozlaşdırmağa imkan verir. Alınmış məlumatlara əsaslanaraq ocaqda profilaktik tədbirlərin həcmi və taktikası təyin edilir [23,24,20]. Əhali arasında müxtəlif kollektivlərdə aşkar edilməmiş infeksiya mənbələrinin mövcudluğu, əhalinin intensiv miqrasiyası vərəmlə qrupşəkilli xəstələnmələrə səbəb ola bilər. Qrupşəkilli vərəmlə xəstələnmə epidemik prosesinin ocağın çərçivəsində uzun müddət saxlanılması göstərir ki, yaşayış məntəqəsində və ya kollektivdə epidemik prosesin inkişafına münbit şərait yaranmışdır və mütəxəssislər tərəfindən ocağın kompleks müayinəsi tələb olunur [22].

Epidemik ocağa qiymət verilərkən aşağıdakı xüsusi hallar nəzərə alınmalıdır:

- ocaqda uşaq, yeniyetmə və hamilə qadınların yaşaması;
- ocaqda sanitar-gigiyenik normalara əməl olunması;
- ocaqların mənzil-kommunal şəraitinin sanitar-gigiyenik normativlərə cavab verməsi;
- ocaqda zoonoz xarakterli xəstəlik mənbəyinin olması.

Vərəm ocaqları epidemioloji xarakterinə görə eyni deyil. Yeni xəstələnmə hallarının yaranma riskindən asılı olaraq, vərəm ocaqları 5 qrupa ayrılır. Ocağın bu və ya digər qrupa aid edilməsi ftiziatr və epidemioloq tərəfindən birlikdə müəyyən

edilir. Bu qayda ocaqda şəraitin dəyişilməsi, yoluxma və ya xəstələnmə riskinin artması və ya zəifləməsi zamanı ocağın bir epidemoloji qrupdan digərinə keçirilməsində də saxlanılır [22,23,24].

Birinci qrup – vərəm mikobakteriyaları ifraz etməsi təsdiq olunan tənəffüs orqanlarının vərəmi olan xəstələr tərəfindən formalaşmış ocaqlardır. Belə ocaqlarda bir çox əlverişsiz faktorlar olur, yeniyetmələr və gənclər yaşayır, əksepidemik rejim xəstələr tərəfindən pozulur, ağır yaşayış şəraiti olur. Belə ocaqlar adətən yataqxanalarda, qapalı tip müəssisələrdə rast gəlinir, hansı ki, xəstələr üçün ayrı otaq ayırmaq mümkün deyil. Bu sosial ağırlaşmış ocaqlardır [25].

İkinci qrup – belə ocaqları vərəm mikobakteriyaları ifraz edən, lakin uşaq və yeniyetmələr olmayan ayrı otaqda yaşayan, sanitar-gigiyenik rejimə əməl edən tənəffüs orqanlarının vərəmi olan xəstələr formalaşdırır [14,22].

Üçüncü qrup – belə ocaqları vərəm mikobakteriyaları ifraz etməyən ağciyər vərəmi və ya ağciyərdənkənar orqanların fəal vərəmi olan xəstələr formalaşdırır. Xəstə ilə uşaq, yeniyetmələr və yüksək həssaslığı olan şəxslər kontaktda olur [25].

Dördüncü qrup – belə ocaqları müalicə nəticəsində vərəm mikobakteriyaları ifraz etməsi dayanan, uşaq və yeniyetmələr olmayan, ayrıca otaqda yaşayan tənəffüs orqanlarının aktiv vərəmi olan xəstələrin yaşadığı və ağırlaşdırıcı faktorlar olmadığı ocaqlar formalaşdırır. Bu qrupa həmçinin əvvəllər bakteriya ifraz edən xəstələr də (kontrol qrupu ocaqları) aid edilir.

Beşinci qrup – zoonoz mənşəli infeksiya ocaqları adlanır.

Zoonoz mənşəli ocaqlarda infeksiya mənbəyi xəstə heyvanlardır. Onların orqanizmlərində mikobakteriyalar süd, nəcis, digər ifrazatlarla xaric olunur. İnəklərin yoluxması zamanı vərəm törədiciləri onun südü vasitəsilə ifraz olunur. Heyvanlarda vərəm diaqnozu kompleks diaqnostika metodu ilə epizotoloji məlumatın analizi, kliniki əlamətlər, allergik (tuberkulin sınağı) əsasında qoyulur. Heyvanlarda vərəm diaqnozu baytar xidməti tərəfindən təsdiq edilir. Zoonoz ocaqlarda epidemiya əleyhinə tədbirlər keçirilməsi təsdiq edilmiş sanitariya qaydaları üzrə keçirilir. Baytar xidməti Gigiyena-Epidemiologiya Mərkəzi (GEM) ilə birlikdə bütün tuberkulinə müsbət reaksiya vermiş heyvanlar haqqında məlumatı müəyyən edir və həmin xidmətin mütəxəssisləri zoonoz vərəm ocağında aparılan kompleks tədbirlərdə iştirak edir. Zoonoz vərəm olan ocaqlar epidemioloji qeydiyyatdan çıxarılan qədər onlara baytar xidməti GEM mütəxəssisi ilə birgə nəzarət edilir [22,23,24,20,21].

Vərəm ocaqlarında əksepidemik tədbirlərin məqsədi xəstənin əhatəsində olanların yoluxma və xəstələnmə hallarının qarşısının alınmasıdır. Vərəm ocağında aparılan işlər əsasən 3 mərhələyə ayrılır:

1. İlkin müayinə və ilkin tədbirlərin aparılması;
2. Ocağa dinamik nəzarət;
3. Vərəm ocaqlarının qeydiyyatdan çıxarılmasına hazırlıq və vərəm ocağının ləğv edilməsi.

Ocaqda aparılan əksepidemik tədbirlər əsasən aşağıda göstərilən istiqamətdə aparılmalıdır:

- xəstənin hospitalizasiyası və müalicəsi. Əgər xəstə hospitalizasiya olunmayıbsa ocağın sərhədlərində izolyasiyası;

- ocağın epidemioloji müayinəsi, ocaqda yoluxma riskinin və risk faktorlarının qiymətləndirilməsi, tədbirlər planının işlənməsi, ocağa dinamik nəzarət;
- kontaktların ilkin müayinəsi, kontaktlara nəzarət və onların dinamik müayinəsi (flüoroqrafiya, Mantu sınağı, bakteriolji müayinələr, ümumi klinik müayinələr);
- profilaktik müalicənin aparılması, yoluxmamış kontaktların revaksinasiyası;
- xəstələrə, kontaktlara sağlam həyat təzi və gigiyena qaydalarının öyrədilməsi;
- cari və tamamlayıcı dezinfeksiyanın təşkili;
- yaşayış şəraitinin yaxşılaşdırılması;
- ocağın epidemioloji qeydiyyatdan çıxarılması üçün şərtlərin müəyyənləşdirilməsi [14,22,23,24].

Ocağın ilkin müayinəsi xəstənin yaşayış yerində xəstənin qeydiyyatı götürülməsindən 3 gündən gec olmayaraq keçirilməlidir. Bu vaxt xəstənin yaşayış yeri, sənəti onun başqa ünvanda yaşamaq ehtimalı müəyyənləşdirilir. Ailədə qohumlarda və mənzildə olan kontaktlar araşdırılır. Xəstənin iş yeri və ya aldığı təhsil yeri vacibdir, çünki burada ocaq yaranar. Ocağa gediz zamanı “Vərəm ocağının müşahidəsi və epidemioloji müayinə kartı” doldurulur. Ocağın sağlamlaşdırılması üçün plan hazırlanır. Ocağın ilkin epidemioloji müayinəsi zamanı xəstənin evə təcrid olunması məsələsi həll olunmalıdır. Kontaktların ilkin müayinəsi xəstə aşkarlanan vaxtdan 14 gün ərzində kəyata keçirilməlidir. Müayinəyə ftiziatr baxışı, döş qəfəsi orqanlarının flüoroqrafik müayinəsi, tuberkulin sınağı, qanın və sidiyin klinik müayinəsi, bəlgəm müayinəsi, yara yeri olduqda möhtəviyyətin diqnostik olaraq vərəm mikobakterialarına (VMB) görə yoxlanılması daxildir. Bakteriya ifrazedənlə kontaktda olan uşaq, yeniyetmə və böyüklərin profilaktik müayinəsi qüvvədə olan təlimata əsasən keçirilir. Ocaqda aparılan işin müvəffəqiyyətinin vacib şərti ftiziatrla epidemioloqun əlaqəli işləməsi və səylərin birləşdirilməsidir [5,22].

Vərəm ocağında əksepidemik tədbirlər ocağın epidemioloji təhlükəlilik dərəcəsi asılı olaraq həyata keçirilir [25,26].

Yüksək yoluxdurma riskinə malik ocaqlar (I qrup epidemik təhlükəli) tibb işçiləri tərəfindən xüsusi diqqət tələb edir. Ocaqların xarakterindən asılı olaraq xüsusən sağlamlaşdırıcı tədbirlərin I mərhələsində epidemioloq, ftiziatr ocaqlara daha tez-tez getmə-lidir. Yoluxdurma riski az olan ocaqlar (II qrup epidemik təhlükəli) göstərişlərə uyğun olaraq ftiziatr, epidemioloq tərəfindən yoxlanılmalıdır. Yoluxdurma riski minimal olan ocaqlara (III qrup epidemik təhlükə) ilkin müayinədən sonra göstəriş olarkən müayinə olunur [22].

Vərəm ocaqlarında kontaktda olan şəxslərə əsasən aşağıdakı müayinələr aparılır:

- Ocaqda olan bütün şəxslərə ilkin müayinəsi zamanı tuberkulin, diaskin sınaqları aparılmalıdır;
- Mantu reaksiyası müsbət olduğu hallarda (viraj) 2 il ərzində hər 6 aydan bir klinik, bakterioloji və rentgenoloji müayinələr aparılır. “Müsbət” Mantu reaksiyası olan insanlarda aktiv ağciyər vərəminin inkar edilməsi üçün müvafiq klinik, bakterioloji və rentgenoloji müayinələr aparılmalıdır.
- “Mənfi” Mantu reaksiyası olan şəxslərdə təkrar sınaqlar 2 il ərzində hər 6 aydan bir Mantu sınağının qoyulması, aktiv vərəm xəstəsinin infeksiya mənbəyi

sayıldığına görə ocaqda olan şəxslərə təkrar sınaqların aparılması onun sağlması, evə yazılması və ya ölümündən sonra 1 il müddətində davam etdirilir [27,28].

Xəstəlik törədicisinin yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə ətraf mühətdə dezinfeksiya işləri həyata keçirilir. Vərəm törədicilərinin havada yaşaması və ətraf mühətdə sağ qalması temperaturdan, rütubətdən, intensiv günəş şüalarının təsirindən və s. asılıdır. Vərəm infeksiyasının xronik gedişatına malik olması ətraf mühit amillərinə yüksək dərəcədə davamlı olan mikobakteriyaların xaric olmasına səbəb olur. Törədicinin ətraf mühətdə artıb inkişaf etməsi mexanizmini pozan əsas metod dezinfeksiyadır. Ocaqlarda aparılan dezinfeksiya tədbirləri cari və tamamlayıcı dezinfeksiya tədbirlərinə bölünür [5]. Cari dezinfeksiya infeksiyon xəstə aşkar olunduqda ocaqda birbaşa aparılır. Cari dezinfeksiyanın aparılması və keyfiyyətinə dövrü nəzarət vərəməleyhinə xidmət tərəfindən həyata keçirilir. Tamamlayıcı dezinfeksiya sanitar-epidemioloji xidmət tərəfindən xəstənin qospitalizasiyası, ölüm və ya ocağın epidemioloji qeydiyyatdan çıxarılması zamanı aparılır [26].

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. “2016-2020 –ci illər üçün vərəmlə mübarizə üzrə tədbirlər proqramı “Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinin 2016-ci il yanvar tarixli 16 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmiş.
2. “Vərəmlə mübarizə tədbirlərinin gücləndirilməsi barədə” Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirinin 88 nömrəli əmri ilə Bakı şəhəri 02 sentyabr 2014-cü il.
3. Петров В.И., Касперский Д.В., Самара С.П., Ващенко А.М. Современные актуальные аспекты борьбы с туберкулезом в местах лишения свободы // Военная медицина.- 2011.-№3.-С.85-89.
4. Холманских В.О. Актуальные аспекты клиники, диагностики, дифференциальной диагностики туберкулеза // Военная медицина. - 2011. - №4.-С.153-156.
5. Очаг туберкулезной инфекции и его оздоровление: уч.-метод. пос. для студентов // Сост.: Э. Х. Аминев, Х. К. Аминев, Р. К. Ягафарова и др – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.- 2013. С.27,28,38,84.
6. Амлаев К.Р., Шикина И.Б., Зафиров В.Б., Баронова О.Д., Вечорко В.И. Результаты изучения информированности врачей первичного звена в вопросах профилактики и лечения туберкулеза. // «Социальные аспекты здоровья населения»-2015.-С.2 (Dye C. Tuberculosis 2000-2010: Control, but not elimination. Int. J. Tuberc. Lung Dis. -2000.4.P.146-152.
7. Şixəliyev Y.Ş., Məmmədbəyov E.N., Qurbanova M.A., və baş. Passiv aşkarlanma metodu vasitəsilə vərəmin aşkar edilməsinin tuberkulin sınağının infeksiyon allergiya formalarının səviyyəsinə təsiri. // Vərəm və ağciyər xəstəlikləri üzrə VI elmi-praktik konfrans. Tezislər toplusu.2011.
8. Şixəliyev Y.Ş., Hüseynəliyeva V.N. Azərbaycanda vərəməleyhinə tədbirlərin təkmilləşdirilməsi yollarının müəyyənəşdirilməsi // Sağlamlıq-2017.-№6.S.146-153.
9. Məmmədbəyov E.N., Axundova İ.N., Abuzərov R.M., Seyfəddinova M.N., Qasimov İ.Ə. Vərəmin diaqnostikasında və rifampisinə davamlılığın aşkarlanmasında genexpert mtb/rif-in Azərbaycan Respublikasında // SAĞLAMLIQ-2015.-10.13.
10. Şixəliyev Y.Ş., Hüseynəliyeva V.N., İsmayılova C.C. Azərbaycanda vərəmlə xəstələnmənin kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərinin epidemik vəziyyətin təyininə rolu və əkspepidemik tədbirlərin təkmilləşdirilməsi //Azərbaycan təbabətinin müasir nəaliyyətləri. 2017. №4,S.64-72.
11. Лапшина И.С., Мякишева Т.В. Выявление влияния социально экономических факторов на уровень заболеваемости, распространенности и смертности населения от туберкулеза в Калужской области //Медицинский вестник юга России 2015.с.57.
12. Подгаева В.А., Голубев Д.Н., Медвинский И.Д., и др. Влияние социально-экономических факторов на показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу на урале // Уральский медицинский журнал. -2011.- № 7. - С. 62-67.
13. Margan J. Zajdowicz, Md, Mph; and Arlene L. Hankinson, Md, Ms. Tuberculosis and military recruits. // Recruit Medicine. Chapter 15.P.280. Г.М.Абдылаева. Социально-эпидемиологические аспекты профилактики туберкулеза среди работников медицинских организаций. //Туберкулёз и болезни лёгких.– 2018.-Т. 96, -№4.- С.27-31
14. Организация и содержание противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза. Методические указания N 2000/185"(утв. Минздравом РФ 28.04.2001.стр.2-6
15. Şixəliyev Y.Ş., Hüseynəliyeva V.N., Azərbaycanda vərəm əleyhinə tədbirlərin təkmilləşdirilməsi yollarının müəyyənəşdirilməsi //Sağlamlıq -2017-№6, S.143-149.
16. Васильева И.А., Таран Д. В. Проект по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных туберкулезом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией. //Туберкулёз и болезни лёгких 2014.-№1.С.3
17. Giorgia Sulis, Alberto Roggi, Alberto Matteelli and Mario C. Raviglione. Tuberculosis: Epidemiology and Control. Mediterranean journal of hematology and infectious diseases.2014;6
18. Туберкулёз. Особенности течения, возможности фармакотерапии Учебное пособие для врачей (под редакцией профессора А. К. Иванова) Санкт-Петербург 2009 С.11

19. Министерство здравоохранения и социальной защиты приднестровской молдавской республики. «29» декабря 2004 г. Г. Тирасполь приказ №702. Инструкция По противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза С.81-84.
20. Моиссева О.В. Медико-социальная характеристика детей и источников инфекции из различных видов очагов туберкулеза. //Премский медицинский журнал. 2006 том XXIII.-№3.-С.119
21. Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза. Приложение N 12к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109
22. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Оптимизация профилактической работы в очагах туберкулезной инфекции. 29 ноября 2004 г. С.2-3,8-10
23. Перелман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство. Москва 2007. Гэотар-Медиа. С.493-494
24. Qurbanova M.B. Vəgəm ocaqlarında yaşayan uşaq və yeniyetmələr arasında fəal vərəmin yaranmasının xüsusiyyətləri // Azərbaycan təbabətinin müasir nəaliyyətləri 2011.-№1. S.86-90
25. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия. Учебная литература. //Москва.»Медицина» 1996. С.15,73-74,93-94
26. Məmmədbəyov E.N., Şıxəliyev Y.Ş., Kazımova L.H., Axundova İ.M. "Vərəmin profilaktikasına müasir yanaşmalar" Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş Elmi-praktiki konfransın məcmuəsi" Bakı 2013. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, Ə.Əliyev adına Dövlət Həkimlərin Təkmiləşdirmə İnstitutu. S. 41-50
27. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 4 aprel 2012-ci il tarixli 9 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş //“Vərəmin profilaktikasi üzrə klinik protokol” Bakı 2012:S.2
28. Şıxəliyev Y.Ş. “Vərəm xəstəliyinin epidemiologiyasına aid qeydlər” “Vərəmli xəstələrin erkən aşkarı, müalicəsi və müşahidəsi” dərs vəsaiti, Bakı -2015, S. 26-355.

Daxil olub: 12.10.2018.



*** ORİJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS ***

**LAPAROSKOPIK XOLESISTEKTOMİYANIN AÇIQ ƏMƏLİYYATA
KONVERSIYASINA GÖSTƏRİŞLƏRİ**

Həsənov A.B.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Cərrahiyyə kafedrası

Açar sözləri: öd daşı xəstəliyi, laparoskopik xolesistektomiya, Kallı üçbucağı, kalkulyoz xolesistit

Son illər ərzində Laparoskopik xolesistektomiya öd daşı xəstəliyinin müalicəsində “qızıl standart” sayılan əməliyyatdır (2,3,5,6). Bu əməliyyat az travmatik olması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə fəsadların sayının azalması, stasionarda qalma müddətinin azalması və əmək qabiliyyətinin tez bir şəkildə bərpa olunması, kosmetik effekti, həmçinin şəkərli diabet, ürəyin işemik xəstəliyi, bronxial astma, piylənmə kimi yanaşı xəstəlikləri olan pasientlərin əməliyyatı daha rahat keçirmələri ilə səciyyələnir (1,8,9). Buna baxmayaraq, kəskin xolesistitlər zamanı bu üsulun istifadəsinə birmənalı yanaşılır. Buna səbəb kimi kəskin iltihabi proses zamanı öd kisəsi ətrafında infiltratın formalaşması və Kallı üçbucağı nahiyəsində elementlərin differensiasiyasının mümkün olmamasıdır. Bu zaman onların zədələnmə riski artır (7,9,11,14).

Tədqiqatın məqsədi: Hazırkı işin məqsədi laparoskopik xolesistektomiyanın açıq əməliyyata konversiyasına göstərişlərin öyrənilməsidir.

Tədqiqatın materialları və metodları: Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Cərrahiyyə klinikasında yerinə yetirilmişdir.

2016-2017-ci illər ərzində klinikamızda 84 xəstə öd daşı xəstəliyi ilə əlaqədar əməliyyat keçirmişdir. Bunlardan 51 qadın, 33 isə kişi olmuşdur. Pasientlərin yaşı 23-84 yaş arasında idi (cədvəl №1).

Cədvəl № 1.

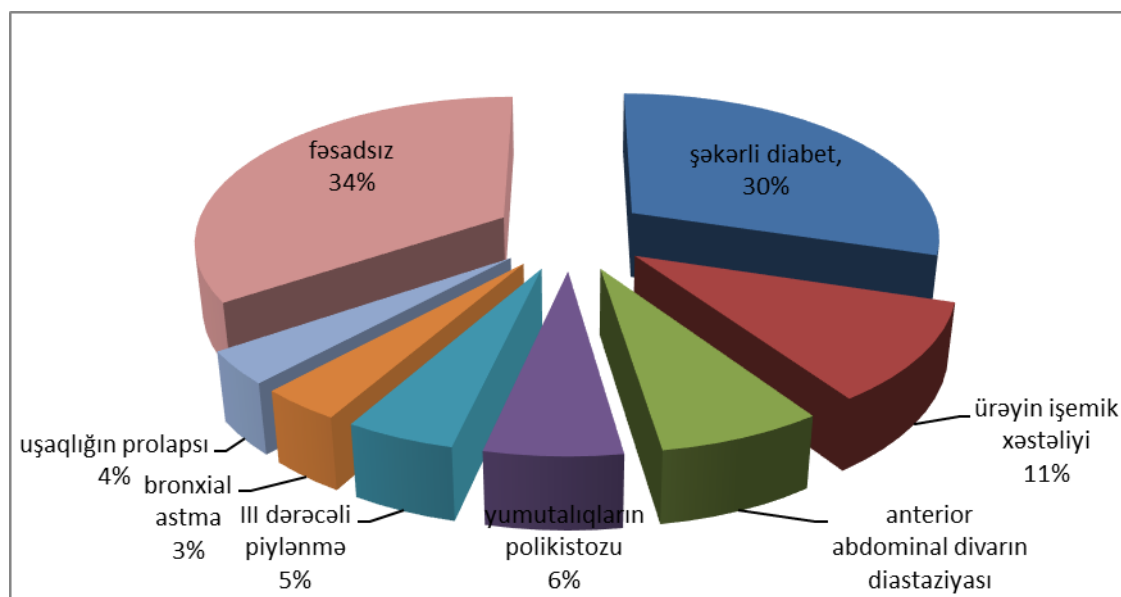
Tədqiqata daxil edənlərin cins və yaş əsasında xəstələrin sayı		
Cinsi	Xəstələrin sayı	Orta yaş göstəricisi
Xəstələrin ümumi sayı	84 (100%)	46,8±13,3 (23-84 yaş arasında) p<0,05
Kişilər	33 (39,3%)	45,4±13,2 (22-79 yaş arasında) p<0,05
Qadınlar	51(60,7%)	48,2±13,5 (27-84 yaş arasında) p<0,05

84 xəstədən 25- də şəkərli diabet, 4-də -III dərəcəli piylənmə, 9-da- ürəyin işemik xəstəliyi, 3- də -bronxial astma kimi yanaşı xəstəliklər qeyd olunmuşdur.

Şəkil №1-də göstərdiyi kimi, yalnız 29 (34,5%) xəstələrdə yanaşı gedən heç bir xəstəliklərdən və ya fəsadlardan qeyd olunmamışdır.

Daxil olarkən xəstələr ultrasəs müayinəsindən keçirilir, qanın ümumi və biokimyəvi analizləri, koagulogramma, EKG, ağciyərlərin rentgenoqrafiyası, sifilis, QİÇS, B və C hepatitlərinin qanda yoxlanılması kimi müayinələrdən keçirilirdi.

Aparılan tədqiqatın bütün xəstələrə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı planlaşdırılmış və açıq əməliyyata konversasiya göstəriciləri qeyd alınmışdır.



Şəkil №1. Tədqiqatda qeyd olunmuş fəsadların və yanaşı xəstəliklərin göstəriciləri.

Nəticələrin statistik təhlili MS Statistica 10.0 proqram paketindən istifadə edərək həyata keçirilmişdir.

Alınmış nəticələr: 84 xəstədən 64(76,2%) planlı şəkildə, 20-si (23,8%) isə təcili qaydada əməliyyat olunmuşlar. Planlı planlı şəkildə aparılan əməliyyata göstərişləri əsasən xroniki öd daşı xəstəliyi və öd kisəsinin polipləri olmuşdur. Təcili sürətdə əməliyyat kəskin kalkulyoz xolesistit ilə əlaqədar aparılmışdır.

Təcili əməliyyat olunmuş xəstələrdən 5-i onlarda artıq destruktiv formalı xolesistit, həmçinin onun fəsadı olan perivezikulyar absesin olması ilə əlaqədar əməliyyata laparotomik kəsiklə gedilmişdir.

Planlı əməliyyat olan xəstələrin isə hamısı laparoskopik üsulla başlanılmış, yalnız 10 xəstədə yaranmış çətin vəziyyət ilə əlaqədar açıq üsula konversiya edilmişdir (cədvəl №2).

Cədvəl № 2.

Laparoskopik xolesistektomiya açıq üsula konversiya etməsinin göstəriciləri		
	planlı	təcili
Laparoskopik üsulu ilə başa çatması	54 (84,4%) p<0,05	15 (75%) p<0,05
Açıq üsula konversiyası	10 (15,6%) p<0,05	5 (25%) p<0,05
Ümumi sayı	64 (100%)	20 (100%)

Bu çətin vəziyyətlər sırasında 5 xəstədə kisə ətrafında, daha çox öd kisəsinin boynu nahiyəsində elementləri differensiasiya etməyə çətinlik törədən infiltrat, 1 xəstədə Mirizzi sindromu, 1- xəstədə- kisə-duodenal fistula, 2 xəstədə- keçirilmiş keysəriyyə əməliyyatından sonra qalmış yad cismlə əlaqədar əməliyyatdan sonra bağırsaqlarda və qarın boşluğunda olan bitişmə xəstəliyi olmuşdur, 1- də isə əməliyyat zamanı kisə arteriyasından yaranmış qanaxmanı qeyd etmək olar (cədvəl №2).

64 planlı və 20 təcili əməliyyatlara məruz qalan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə heç bir fəsad olmamış. Laparoskopik əməliyyat keçirən xəstələr əməliyyatdan 18-20 saat, açıq əməliyyat olunmuş xəstələr isə 36-40 saat sonra evə ambulator müalicəyə yazılmışlar. Təcili açıq əməliyyat keçirən 2 xəstədə isə əməliyyatdan sonrakı çətin nahiyədə infiltrat qeyd olunmuşdur.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi: Konversiyaya məruz qalmış xəstələrdən yalnız birində- kisə- duodenal fistulası olan xəstədə əməliyyatdan sonra ağırlaşma meydana çıxmışdır. Beləki, həmin xəstədə yaxın əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçsə də, əməliyyatdan 1 ay sonra daimi subfebril qızdırma əmələ gəlmişdir. Qarın boşluğu orqanlarının komyüter tomoqrafiyası zamanı sağ qalça çuxurunda irinlik aşkarlanmışdır. Bu irinlik əməliyyat nəticəsində açılmış və drenləşdirilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə qoyulan drenajdan onikibarmaq bağırsağ möhtəviyyəti gəlirdi. Belə bir qənaətə gəldi ki, kisə-duodenal fistulasının yerində əmələ gələn dəliyə qoyulmuş tikişlərin hissəvi tutarsızlığı olub, lakin möhtəviyyət qarın boşluğuna deyil, retroperitoneal sahəyə tökülmüş və sağ sidik axarı boyunca özünə yer taparaq sağ qalça çuxurunda toplanmışdır. Duodenal fistula 1 ay müddətinə bağlanmış və xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır.

Laparoskopik xolesistektomiya “qızıl standart” əməliyyatı sayılsa da bəzi hallarda açıq əməliyyata konversiya baş verə biləcək fəsadların qarşısını alır (1, 5, 6). Belə ki, laparoskopiyaya zamanı öd kisəsi arteriyasından qanaxma olduğunda damarı görmədən kor korana koaqulyasiya etmək və ya klips qoymaq hepatoduodenal zonanın elementlərinin zədələnməsi və ya bağlanması meydana çıxıb bilər.

Bu fəsadlardan ən çox rast gəlinən hepatikoxoledoxun bağlanması və bunun ardınca əmələ gələn mexaniki sarılığı nümunə gətirmək olar. Belə hallarda travmatik rekonstruktiv əməliyyata, məsələn Ru üsulu ilə hepatikoyeyunoanastomozun qoyulması kimi əməliyyatlara ehtiyac duyulur (12,15,16).

Bundan əlavə, kisə ətrafında, ən çox da Kalo üçbucağı nahiyəsində ayırmaq mümkün olmayan infiltratın olması əməliyyatı çox çətinləşdirir, müddətini uzadır, eyni zamanda ətraf toxumaların zədələnmə riskini artırır (11, 13).

Nəticələr və tövsiyələr: Beləliklə, bizim fikrimizcə laparoskopik xolesistektomiya zamanı Kalo üçbucağı nahiyəsində elementləri differensiasiya etməyə və ayırmağa çətinlik törədən infiltrat varsa, əməliyyat zamanı qanaxma olarsa, həmçinin digər nadir fəsadlarının olması, kisə-duodenal fistula kimi ağırlaşmalar qeyd olunursa, hepatoduodenal bağıın elementləri, qaraciyər, mədə və onkibarmaq bağırsağın zədələnmə riskini azaltmaq üçün açıq üsula konversiya etmək məqsədəuyğundur. Aparılmış tədqiqatımızın nəticələri göstədi ki, bütün fəsadları nəzərə alaraq, laparoskopik xolesistektomiya açıq üsula konversiya etməsi fayızı orta hesabla $20,3 \pm 3,6$ ($p < 0,05$) təşkil edir. Bu da əksər hallarda təcili əməliyyat zamanı və ya əməliyyat önü müayinələrin tam şəkildə icra olunmaması zamanı baş verir. Bütün həm planlı, həm də təcili əməliyyatlara məruz qalan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə heç bir fəsadın olmaması göstərir ki, bəzən açıq üsula konversiyası, tezliyinə baxmayaraq, düzgün əməliyyat üsulu kimi seçilmişdir.

ƏDƏBİYYAT LİTERATURYA – REFERENCES:

1. Андреев А.А. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических оперативных вмешательств в условиях стационара одного дня. // Амбулаторная хирургия. – 2005. – № 1. – С. 46-52.
2. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 1. – С. 16–25.
3. Рыбин Ю.Н., Вальковский В.М. Анализ проведения лапароскопической холецистэктомии под общим обезболиванием в амбулаторных условиях. // Интенсивная терапия – 2008. – №2. – С. 65-66.
4. Шень Н.П., Логвиненко В.В., Василенко П.Б. Кеторолак в современном послеоперационном обезболивании: возможности применения в стационаре и при реализации стационар-замещающих технологий. // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. – 2015. – №3-4(59-60). – С. 42-48.
5. Курбанов Ф.С., Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Пантелеева И.С., Попович В.К., Сушко А.Н., Алвендова Л.Р. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №2. – С. 16-18.
6. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Сушко А.Н., Пантелеева И.С., Алвендова Л.Р. Видеоэндоскопическое лечение больных с острым холециститом в условиях краткосрочной госпитализации. // Тезисы докладов XVII съезда Российской Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1, — Приложение. – С. 14.
7. Al-Omani S., Almodhaiberi H., Ali B. et al. Feasibility and safety of day-surgery laparoscopic cholecystectomy: a single-institution 5-year experience of 1140 cases. // Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2015. – Vol. 19, №3. – P. 109-112.
8. Al-Qahtani H.H., Alam M.K., Asalamah S. et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy. // Saudi Med J. – 2015. – Vol. 36, №1. – P. 46–51.
9. Antakia R., Elsayed S.A., Al-Jundi W. et al. Day case laparoscopic cholecystectomy, room for improvement: A United Kingdom District General Hospital experience. // Ambulatory Surgery. – 2014. – № 20.1. – P. 4-9.
10. Barles A.N., Bandres G.P., Pera D.F. et al. Relationship between ASA classification and perioperative complications in a day surgery unit. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 170.
11. Fuks D., Cosse C., Sabbagh C. et al. Can we consider day-case laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis? Identification of potentially eligible patients. // J. Surg. Res. – 2014. – Vol. 186, № 1. – P. 142-149.
12. Gan Tong J., Diemunsch, P., Habib Ashraf S. et al. Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. // Anesthesia & Analgesia. – 2014. – Vol. 118, № 1 – P. 85–113.
13. Lemos P. Is routine anti-emetic prophylaxis for all ambulatory surgery patients justified? // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.2. – P. 61.
14. Loizides S., Gurusamy K.S., Nagendran M. et al. Wound infiltration with local anaesthetic agents for laparoscopic cholecystectomy. // Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 12; 3: CD007049.
15. Rodriguez V.T., Arnau A.B.M., Riart G.C. et al. Experience of an ambulatory laparoscopic cholecystectomy program in a third level hospital. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 117.
16. Rios H.P., Viana C., Pinto J.P. et al. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy – how we did it in 2014. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 176.

РЕЗЮМЕ

ПОКАЗАНИЯ К КОНВЕРСАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОПЕРАЦИЮ ОТКРЫТОГО ДОСТУПА.

Гасанов А.

Кафедры хирургии Азербайджанского Медицинского Университета

Целью данного исследования явилось выявление показаний к конверсации лапароскопической холецистэктомии в операцию открытого доступа. Исследование проведено на 84 пациентов средний возраст которых составил $46,8 \pm 13,3$ года (от 23 до 84 лет) $p < 0,05$, 64-м из которых была проведена плановая, а соответственно 20-и экстренная эндоскопическая холецистэктомия. Несмотря на то, что изначально всем пациентам было запланировано лапароскопическое хирургическое вмешательство, тем не менее, в 25% случаев экстренная операция окончилась открытым доступом. Также 15,6% плановых операций также завершились лапаротомией. Показаниями к переходу от эндоскопической операции к открытому доступу явились затруднения в дифференциации элементов шейки желчного пузыря (у 4 больных) в результате выраженного спаечно-инфильтративного процесса; пузырно-дуоденальная фистула (у 1 пациента); выраженный спаечный процесс брюшной полости в результате ранее проведенной лапаротомии по поводу осложненного кесарева сечения (у 1 пациентки); синдром Мирizzi (у 3 больных) и интенсивное кровотечение из пузырной артерии (у 1 пациента). Проведенное исследование показало, что, несмотря на высокий процент конверсации лапароскопической холецистэктомии в операцию открытого доступа $20,3 \pm 3,6$ ($p < 0,05$), все вышеперечисленные осложнения являются показанием к переходу в лапаротомию.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, треугольник Калло, калькулезный холецистит

SUMMARY

THE INDICATIONS FOR CONVERSION OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN LAPAROTOMIC OPERATION

Hasanov A.

Department of Surgery of Azerbaijan Medical University

The purpose of this study was to identify indications for the conversion of laparoscopic cholecystectomy into open access surgery. The study was conducted on 84 patients, the average age of which was 46.8 ± 13.3 years (from 23 to 84 years) $p < 0.05$, 64 of which were planned, and accordingly 20 emergency endoscopic cholecystectomy. In spite of the fact that initially laparoscopic surgical intervention was planned for all patients, nevertheless, in 25% of cases the emergency operation ended with open access. Also, 15.6% of planned operations also ended with a laparotomy. The indications for the transition from endoscopic surgery to open access were difficulties in differentiating the elements of the gallbladder neck (4 patients) as a result of a pronounced adhesive-infiltrative process; cystic duodenal fistula (1 patient); pronounced adhesions of the abdominal cavity as a result of a previously performed laparotomy for complicated cesarean section (1 patient); Mirizzi syndrome (3 patients) and intensive bleeding from the cystic artery (1 patient). The study showed that, despite the high percentage of laparoscopic cholecystectomy conversion into an open access operation of 20.3 ± 3.6 ($p < 0.05$), all of the above complications are indications for conversion to laparotomy.

Key words: gallstone disease, laparoscopic cholecystectomy, Callo triangle, calculous cholecystitis

AŞIRI PIYLƏNMƏSİ OLUN II TIP ŞƏKƏRLİ DİABET XƏSTƏLƏRİNDƏ MƏDƏNİN BOYLAMA REZEKSİYASI ƏMƏLİYYATININ ƏHƏMİYYƏTİ.

Omarov T., Məmmədova G., Bayramov N.

*Azərbaycan Tibb Universiteti I-cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
Modern Hospital, Bakı, Azərbaycan.*

Açar sözlər: Aşırı piylənmə, sleeve qastrektomiya, qastrik bypass, II tip şəkərli diabet, bariatrik cərrahiyyə.

Aktuallıq: Son illərin statistik proqnozlarına əsasən 2025-ci ilə piylənməyə görə əziyyət çəkən xəstələrin sayı 2 dəfə artacağı müşahidə olunur. Araşdırmalar göstərmişdir ki, piylənməyə görə əziyyət çəkənlər arasında II tip şəkərli diabeti olanların sayı kifayət qədərdir. Bu rəqəm 2015 ci ildə 415 milyon insanı əhatə edirdisə, 2040-cı ilə olan rəqəm isə 642 milyon insanın piylənmə nəticəsində əmələ gələn II Tip Şəkərli diabetdən əziyyət çəkəcəyini proqnozaşdırır. Qeyd edilənlər bariatrik əməliyyatdan sonra mebatolok dəyişikliklərin, o cümlədən insulin rezistenlərin (İR) progressivləşməsi müşahidə edilir ki, bu da müalicə nəticələrini qənaətbəxş etmir. Umumiyyətlə belə hesab edilir ki, piylənmənin və II tip şəkərli diabetin müalicəsində farmokoterapiya ilə yanaşı insanın həyat tərzinin dəyişməsi əsasdır. Aparılan epidemioloji araşdırmalar əhali arasında piylənmənin yayılmasının epidemiya halına çevrilməsini göstərmişdir. Dünya Səhiyyə Təşkilatının 2011-ci ilə aid məlumatlarına əsasən (international Obesity Task Force), 2.1 mlrd insanda artıq çəki və metabolik sindrom qeyd edlirdisə, 2025ci ildə bu rəqəmin iki qat yüksəlməsi gözlənilir. Dəqiq statiska araşdırmalar aparılmasında, ölkəməzi də göstərilən kateqoriya xəstələrin sayı kifayət qədərdir(1,2,3)

Morbid piylənmə (MP) və ya aşırı piylənmə zamanı konservativ terapiyanın effektivliyi 5-10%-dən yüksək olmur. Müxtəlif müəlliflərin kliniki təcrübələri göstərir ki, piylənmə olə yanaşı II tip şəkərli diabetli xəstələrdə BÇ azaltmaq olduqca çətinidir. Şəkərin qanda korresiyasına yardımçı olan preparatların çoxluğuna baxmayaraq, qlkemik kontrollu xəstələrin yalnız 40%-ndə aparmaq mümkündür(4,5).

Bütün dünyada son oniki illərdə piylənmənin cərrahi müalicəsinə diqqət artmaqdadır. Amerika Birləşmiş Ştatlarının Milli Sağlamlıq Mərkəzinin nəticələrinə əsasən 60% piylənməsi olan xəstələr pəhriz və fiziki gərginlikdən sonra itirilmiş çəkini bir il ərzində saxlaya bilirlər. 5il sonra bədən çəkisi (BÇ) demək olarki bütün xəstələrdə ilkin vərəqlərə bərabər olur(6)

Müxtəlif tədqiqatçılar piylənmənin cərrahi müalicəsində əməliyyatın aparılmasına əsas göstəriş bədən çəkisinin nəzərəçarpan artması ilə bərabər, piylənmə ilə əlaqəli olan xəstəliklərə təsir etmək hesab edilir. Digər müəlliflər də hesab edirlər ki, bariatrik əməliyyatlardan sonra qlkemik kontrola, eləcə də lipid mübadiləsinin tənzimlənməsinə nail olunması II tip şəkərli diabetin və onunla bağlı ağırlaşmaların daha səmərəli korreksiyası mümkündür (7,8)

Elmi araşdırmaları göstərməşdir ki, metabolik dəyişiklikləri olan xəstələrə icra edilən bariatrik əməliyyatlar, əsas xəstəliyin fonunda inkişaf etmiş II tip şəkərli diabetin kompensasiyasına zəmin yaradır. Bu isə özlüyündə ayrıca bir nozoloji termin-Metabolik cərrahiyyə- yaradır. Bu istiqamətdə ilkin araşdırmaların II tip

şəkərli diabetin davamlı kompensasiyasına yaradımçı olmasını tədqiqatları ilə subut etmişdirlər(9,10)

Elə bu səbəbdən II tip şəkərli diabetli piylənməsi olan xəstələrin müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün bariatrik əməliyyatlardan sonrakı dövrdə karbohidrat mübadiləsində baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi vacibdir. Qeyd edilənləri nəzərə alaraq, biz də tədqiq edilən II tip şəkərli diabeti olan piylənməli xəstələrdə bariatrik əməliyyatlardan sonra qlikemik kontrolun, eləcə də lipid mübadiləsinin tənzimlənməsinin bədən çəkisinin azalması arasında korrelyativ əlaqənin öyrənilməsinə hədəf seçmişik. Bütün qeyd edilənlər II tip şəkərli diabetlə müşahidə edilən aşırı piylənməsi olan xəstələrdə bariatrik əməliyyatların karbohidrat mübadiləsinə təsirinin öyrənilməsi praktiki təbabət üçün çox aktual bir məsələ olub, olduqca əhəmiyyətli dir.

İşin məqsədi Aşırı Piylənməsi olub yanaşı olaraq II tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələrdə mədənin boylama rezeksiyası əməliyyatından sonrakı dövrdə nəticələrin öyrənilməsi.

Material və metodlar Aşırı Piylənməsi həmçinin pre-diabet və II tip şəkərli diabetli olan xəstələrdə aparılan mədə kiçiltmə əməliyyatından sonrakı dövrdə qlükoza mübadiləsinin vəziyyətinin öyrənilməsi məqsədi ilə “Modern Hospital”- klinikasında əməliyyat olunmuş 79 xəstənin nəticələrinin prospektiv və retrospektiv analizi aparılmışdır. Tədqiq edilən xəstələrin 55 (69,6%) nəfəri qadın, 24 (30,4 %) nəfəri isə kişi olmuşdur. Xəstələrin yaşı 28-60 arasında olmuşdur, orta yaş həddi $46 \pm 1,6$ təşkil etmişdir. Müşahidə edilən xəstələr arasında 22(27,8%) nəfərində yaş 40-dan aşağı, 57 (72,2%) nəfəri isə 40-dan yuxarı olmuşdur. Bədən kütlə indeksi (BÇİ) 36,3-68,0 kg/m^2 (ortalama $47,9 \pm 2,3$ kg/m^2) olmuşdur. Xəstələrin 48 (57,1%) nəfərində əməliyyatdan əvvəl arterial hipertoniya anamnezi vardır. Əməliyyatdan əvvəl 72 (85,7%) xəstədən 43 (59,7%) nəfərində BÇİ 40,0-49,9 kg/m^2 , 24 (33,3%) nəfərdə - 50,0-59,9 kg/m^2 , 5 (7%) xəstədə isə 60 kg/m^2 -dan yuxarı olmuşdur. Digər 12 (14,3%) xəstədə isə piylənmənin II dərəcəsi müəyyən edilmişdir.

Müşahidə edilən xəstələrin 36 (45,6 %) nəfərində pre-diabet, 31 (39,2 %) II tip şəkərli diabet anamnezi 1 ilə qədər müddətdə, 12 (15,2 %) xəstədə 1-10 il müddətdə olması müəyyən edilmişdir. Piylənməsi olan xəstələrdə əməliyyatdan öncə tətbiq etdiyimiz şəkərli diabetin müalicəsi məqsədi ilə 46 (58,2%) nəfəri peroral şəkər aşağı salan preparatlar qəbul edirdilərsə, insulin terapiyası 9 (11,4%) nəfər və pre-diabet aşkarladığımız xəstələrdən 24 (30,4%) nəfər isə heç bir dərman preparatı istifadə etmirdi. Əməliyyata məruz qalan xəstələrin orta yaş həddi $46 \pm 1,6$ yaş təşkil etmişdir ki, bunlarda şəkərli diabetin ağır dərəcəli ağırlaşmalarının olması müəyyən edilməmişdir. Belə ki, qlikolizə edilmiş hemoqlobin (HbA1C) qanda səviyyəsi 7%, ac qarına qlikemiya 7 mmol/l , ümumi xolestrin (ÜX) 4,5 mmol/l , yüksək sıxlıqlı lipoproteinlərin xolestreni 2,6 mmol/l olmuşdur.

Müşahidə edilmiş xəstələrin əməliyyatdan əvvəlki kliniki-labarotor xarakteristikası cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

İlkin olaraq, xəstələrin əksəriyyətində, hansılar ki, insulin terapiyası almırdılar, ac qarına hiperinsulinemiya aşkar edilmişdir. Bunların hamısında insulinə rezistentlik aşkar edilmişdir (HOMA-İR (HOMEOSTASIS MODEL ASSESSMENT-İNSULİN RESİS- TANCE)).

Beləliklə, II tip Şəkərli diabeti və piylənməsi olan xəstələrin əksəriyyətində bariatrik əməliyyatın aparılmasında öncə konservativ müalicənin aparılması

baxmayaraq, katbohidrat (60%-dən artıq xəstədə) mübadiləsi parametrləri istənilən göstəricilərə çatmamışdır.

Cədvəl № 1.

Xəstələrin kliniki-laborator xarakteristikası (n=79)

Xəstələrin əksəriyyətində qlükoza mübadiləsinin xronik dekompensasiyası aşkar edilmişdir.

Alınmış nəticələrin müzakirələri.

Antropometrik göstəricilərin dinamikası göstərmişdir ki, müşahidə edilən xəstələrdə BK itirilməsi ilkin göstəricilərlə müqayisədə

38% azalmışdır, BKİ 46,8 (41,3-54,3) – 27,6(25,4-30,9) kq/m (p0,001) qədər azalmışdır. Əməliyyatdan 2 il sonra isə BK ümumiyyətlə ilkin göstərici ilə müqayisədə 42%, BKİ isə 26,8(23,1-28,4) kq/m qədər azalmışdır.

BKİ-nin bariatrik əməliyyat aparılmasından öncə və 3 il sonrakı ilə müqayisə etdikdə məlum olmuşdur ki, BK azalması sabit qalaraq 3 il müddətində saxlanmışdır(p0.05). Əməliyyatdan 3 il sonra müşahidə edilən xəstələr arasında piylənməsi olan xəstələr olmasa da, 5-ci ilin sonunda I dərəcəli 2 (2,5%), köklük 8 (10,1%) və 69 (87,4 %) xəstədə isə normal BÇ aşkar edilmişdir.

Göstərilənləri nəzərə alaraq hesab edirik ki, piylənməsi və II tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə bariatrik əməliyyatdan sonra metabolik sindromun inkişafının qarşısının alınmasına yönəlik patogenetik dəyişikliklərin, eləcə də onların arasında korrelyativ əlaqələrin öyrənilməsi müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün perspektivli bir istiqamətdədir. Beləliklə, retrospektiv analizin nəticələri göstərilmişdir ki, mədə kiçiltmə əməliyyatı BK azaldılması üçün yüksək effektivliyi ilə fərqlənmişdir. Müsbət dinamika özünü əsasən ilk 2ildə daha nəzərəçarpan göstərmişdir. Mədənin boylama rezeksiyası əməliyyatından sonra qlükoza mübadilə göstəricilərinin tədqiqinin nəticələri bizə onu deməyə əsas verir ki, əməliyyatdan sonra qlükemik kontrol göstəricilərinin müqayisəsi hipoqlikemiya profilaktikası, eləcə də qlukozanın tənzimlənməsinə yönəlik korreksiya aparılmışdır. İnsulinterapiya ardıcıl olaraq əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə ardıcıl olaraq təyinatdan çıxarılmışdır.

Peroral şəkərtənzimləyici preparatlar isə mədə əməliyyatının aparılmasından sonrakı 3 ay sonra (1.4%) xəstədə saxlanılmışdır. Ac qarına qlükemiyanın öyrənilməsi göstərilmişdir ki, statistik dürüst dinamika əməliyyatdan sonrakı 3 ay sonra aşkar edilmişdir və orta hesabla müşahidə edilən xəstələrdə orta hesabla 5.6{4.5-6.3}mmol/l (p≥0.001) təşkil edilmişdir. Əməliyyatdan 6 ay sonra aparılan kontrol müayinələrdə azalma tendensiyasında davam edərək 5.1 (4.2-5.8) mmol/l qədər azalmışdır. Qlükemiyanın ac qarına səviyyəsi əməliyyatdan 3 və 6 ay sonra dürüst olaraq fərlənmişdir (p=0.79). Əməliyyatdan sonrakı dövrün bütün günlərində laborator və kliniki nəticələrin təhlili xəstələrin heç birində hipoqlikemiya aşkar edilməmişdir. Müşahidə dövründə qlukozanın qanda səviyyəsinin minimal həddi 3.0 mmol/l (əməliyyatdan sonrakı 1 və 1.5 il sonra. Peroral şəkərsalma preparatlar qəbul etməyən xəstələrdə) təşkil etmişdir və bunlarda heç bir kliniki simptomatika müəyyən edilməmişdir.

Əməliyyatdan 1 ay sonra 79 pasientdən alınmış qan nümunələrində ac qarına qlükemiyaya (<7mmol/l) xəstələrin sayı 27(39%)-dən 63(75%) nəfərə qədər, əməliyyatdan 3 ay sonra 72 (93%) qədər, 9 ay sonra isə 79 (100%) nəfər sayında

Göstərici	Nəticə(M±m)
Xəstələrin yaşı, il	46(36-52)
II tip şəkərli diabet anamnezi, il	2(1-7)
Bədən çəkisi, kq	137,0(118-162)
BKİ, kq/m ²	47,9(36,3-68)
Qanda şəkər ac qarına, mmol/l	6,8(6,8-10,4)
İnsulin, Vah.l	21,1(15,9-39,3)
HBA _{1C} %	6,4(5,3-8,8)

artmışdır. Əməliyyatdan 1 ay sonra qlukozaın qandan səviyyəsi ac qarına <6.1 mmol/l 63(75%) nəfərində aşkar edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 3 aydan 9 aya qədər olan müddətdə bu cür xəstələrin sayı 72 (90%) olmuş və bundan sonrakı illər ərzindəki müşahidədə isə 79 (100%), yəni şəkərtənzimləyici terapiya ləğv edilmiş xəstələrdə qlikemiyanın ac qarına səviyyəsi <6.1 mmol/l-dən aşağı olmuşdur. Beləliklə aparılmış müşahidələr göstərilmişdir ki, əməliyyatönu dövrdə insulinterapiyası olan xəstələr mədə kiçiltmə əməliyyatdan 1 ay sonra insulin təcricən dayandırılmasına baxmayaraq qlikemik göstəricilər normallaşmışdır. Əməliyyatönu dövrdə müşahidə edilən peroral şəkərtənzimləyici preparatlar qəbul edən xəstələrdə. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə doza 50% aşağı salınmış. Sonrakı yaxın dövrdə isə xəstələrin 98.6%-də ümumiyyətlə təyinatdan uzaqlaşdırılmışdır. HbA₁C səviyyəsi əməliyyatdan sonrakı dövrun 1 ay sonrakı müddətində orta hesabla 1.8%, 3 ay sonra 2.9% və 1 il sonra 7.0% qədər səviyyə çatmışdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə arterial hipertoniya sabitləşmişdir. Xəstələrin əksəriyyətində hipointenziv preparatların dozalanması aşağı salınmışdır. II tip şəkərli diabetin natamam remissiyası (HbA₁C $<6.55\%$, ac qarına qlikemiya <7.0 mmol/l) 1 ildən 5 ilə qədər olan müşahidə dövrdündə xəstələrin 98.6%-də (n=77) xəstədə müşahidə edilmişdir.

Beləliklə alınmış nəticələr piylənməsi olan II tip şəkərli diabetli xəstələrə mədənin boylama rezeksiyası əməliyyatının aparılması nəinki BÇİ-azalması, pozulmuş metabolik sindromun korreksiyası üçün də səmərəli olmuşdur. Bu ilk növbədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə qənaətbəxş dərəcədə stabil qlikemik kontrolun, eləcə də karbohidrat mübadiləsinin tənzimlənməsi sübut edilmişdir.

Göstərilənləri nəzərə alaraq hesab edirik ki, piylənməsi və II tip şəkəri diabeti olan xəstələrdə bariatrik əməliyyatından sonra metabolik sindromun inkişafının qarşısının alınmasına yüksək genetik dəyişikliklərin, eləcə də onların arasında korrelyativ əlaqələrin öyrənilməsi müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün perspektivli bir istiqamətdədir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Buchwald H., Estok R., Fährbach K. et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systemic review and meta-analysis // *Am J Med*, 2009, v. 122, p. 248-256
2. Carlsson L., Peltonen M., Ahlin S. et al. Bariatric surgery and prevention of type 2 diabetes in Swedish obese subjects // *N Engl J Med*, 2012, v. 367, p. 695-704
3. Collier A. Bariatric surgery and diabetes // *Indian J. Endocrinol Metab.*, 2012, v. 16, p.230-232
4. Dixon J., Browne J., Lambert G. et al. Severely obese people with diabetes experience impaired emotional well-being associated with socioeconomic disadvantage: results from diabetes MILES-Australia // *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 2013, v. 101, p.131-140
5. Fried M., Yumuk V., Oppert J., Scopinaro N. et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery / International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders-European Chapter (IFSO-EC) and European Association for the Study of Obesity // *Obes Surg.*, 2014, v. 24(1), p. 42-55
6. Hayes K., Eid G. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: Surgical Technique and Perioperative Care // *Surg. Clin. North. Am.*, 2016, v. 96(4), p. 763-771
7. Li F., Peng Y., Zhang M. et al. Sleeve gastrectomy activates the GLP-1 pathway in pancreatic β cells and promotes GLP-1-expressing cells differentiation in the intestinal tract // *Mol. Cell Endocrinol.*, 2016, v. 18 (436), p. 33-40
8. Xin H., Teng L., Mingwei Z., et al., Predictors of glycemic control after sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass: a meta-analysis, meta-regression and systematic review // *Surgery for Obesity and Related Diseases.*, 2018, [https://www.soard.org/article/S1550-7289\(18\)30422-2/](https://www.soard.org/article/S1550-7289(18)30422-2/)
9. Jens J H., Sten M., Kirstine N., et al., Mechanisms in bariatric surgery: Gut hormones, diabetes resolution, and weight loss // *Surgery for Obesity and Related Diseases.*, 2018, v. 14, Issue 5, p708–714
10. Jih-Hua W., Ruey-Hsing C., Po-Hsun H., et al., Metabolic Surgery Ameliorates Cardiovascular Risk in Obese Diabetic Patients: Influence of Different Surgical Procedures // *Surgery for Obesity and Related Diseases.*, 2018, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.08.026>

РЕЗЮМЕ

ВАЖНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ЧРЕЗМЕРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА.

Омаров Т., Мамедова Г., Байрамов Н.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра хирургических болезней I, Баку, Азербайджан
Модерн Госпиталь, Баку, Азербайджан

На основании проведенных эпидемиологических исследований было сделано заключение, что скорость распространения ожирения среди населения приняла характер эпидемии. По результатам исследований, число больных сахарным диабетом 2-о типа среди пациентов с ожирением достаточно велико. Мы в своем исследовании задались целью изучить корреляцию между уровнем контроля гликемии и степенью снижения индекса массы тела у пациентов, перенесших бариатрическую операцию. Мы проводили контроль уровня обмена глюкозы у 79 пациентов с предиабетом и сахарным диабетом 2-о типа, страдающих патологическим ожирением и перенесших операцию по уменьшению желудка. Из изученных пациентов 55(69,6%) женщин и 24(30,4%) мужчины. Возраст пациентов составлял от 28 до 60 лет, средний возраст составлял $46 \pm 1,6$. Индекс массы тела (ИМТ) составлял 36,3-68,0 кг / м² (в среднем $47,9 \pm 2,3$ кг/м²). Среди пациентов 22 (27,8%) пациентов имели возраст ниже 40, а у 57 (72,2%) пациент было возраст более 40. Среди исследуемых пациентов у 36-и (45,6%) был обнаружен предиабет, у 31-и пациентов (39,2%) срок сахарного диабета 2-о типа составлял 1 год, а у 12 пациентов (15,2%) срок сахарного диабета составлял 1-10 лет. Из этих пациентов 46 (58,2%) пациентов получали пероральные противодиабетические препараты для лечения диабета типа II, 9 (11,4%) пациентов получали инсулиновую терапию и 24 (30,4%) пациентов с предиабетом не употребляли лекарства. При изучении антропометрических показателей было отмечено снижение показателей массы тела на 38% по сравнению с первичными показателями. Так, ИМТ (индекс массы тела) снизился с 46.8 (41.3-54.3) до 27.6-и (25.4-30.9) кг/м² (p – 0.001). Через 2 года после операции общее снижение показателей массы тела по сравнению с первичными показателями составило 42%, а ИМТ снизился до 26.8 (23.1-28.4). Несмотря на то, что после 3 лет после операции не было пациентов с ожирением, в конце 5-го года наблюдалось снижение заболеваемости 1-го класса 2 (2,5%), жирный 8 (10,1%) и У 69 (87,4%) пациентов был обнаружен нормальный индекс массы тела. В течение 1-месячного периода наблюдения 79 пациентов (79%) были преувеличены голодный гликемию (<7 ммоль / л) из 27 (39%) до 63 (75%) пациентов, через 3 месяца после операции 72 (93%), 9 месяцев и 79 (100 %). Ремиссия сахарного диабета 2-о типа во время наблюдения с первого по третий годы отмечался у 98.6%-и пациентов (n=82) – (Hb1Ac<6.0%, уровень глюкозы натощак <5.6ммоль/л).

Ключевые слова: чрезмерное ожирение, гастрэктомия в рукаве, шунтирования желудка, диабет II типа, бариатрическая хирургия.

SUMMARY

THE IMPORTANCE OF SLEEVE GASTRECTOMY IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY ASSOCIATED TYPE II DIABETES.

Omarov T., Mamedova G., Bayramov N.

Azerbaijan Medical University I Department of Surgical Diseases, Baku, Azerbaijan
Modern Hospital, Baku, Azerbaijan

The current trials have shown the growing burden of obesity incidence among population. Above all, the proportion of the patients with type 2 diabetes among morbid obese patients is significantly high. Taking in accounts above mentioned, we decided to investigate the correlation

between glycemic control and rate of weight decrease among patients with morbid obesity, underwent stomach bariatric surgery. We followed the 79 patients with morbid obesity and prediabetes and diabetes type 2, who underwent bariatric surgery and observed their glycemic level. Of the patients studied, 55(69,6%) were female and 24(30,4%) were male. The age of the patients was between 28 and 60 years, mean age was 46 ± 1.6 . The body mass index (BMI) was 36.3-68.0 kg / m² (mean 47.9 ± 2.3 kg / m²). Among the patients, 22 (27,8%) patients had age below 40, and 57 (72,2%) patients had age more than 40 patients. The 36 patients (45,6%) had the history pre-diabetes, in 31 patients (39,2%) the history of diabetes was for 1 years, where us 12 patients (15,2 %) had diabetes 10 years. Of these patients, 46 (58.2%) patients received oral antidiabetic preparations for the treatment of Type II diabetes, 9 (11.4%) patients were receiving insulin therapy and 24 (30.4%) of the patients with pre-diabetes did not use medication. The dynamic of anthropometric parameters showed significant decrease of weight in comparison with initial level (38%), the BMI decreased from 46.8 kg/m^2 (42.3-54.3) to 27.6 kg/m^2 (25.4-30.9), ($p < 0.001$). In two years following operation weight parameters were decreased in comparison with initial level for 42%, the BMI was decreased up to 26.8 kg/m^2 (23.1-28.4). Patients not receiving obesity were observed in 3 years after surgery, but at the end of the 5th, patients with 1st grade 2 (2.5%), fattened 8 (10.1%) and 69 (87.4%) patients body mass index was found. During the 1-month period, 79 patients (79%) were exaggerated with hunger glycemia ($< 7 \text{ mmol/l}$) from 27 (39%) to 63 (75%) patients, 3 months after surgery 72 (93%), 9 months and 79 (100%). The remission of type 2 diabetes was observed in 98.6% patients ($n=82$) within three years of following up ($\text{Hb1Ac} < 0.6\%$, fasting glucose level $< 5.6 \text{ mmol/l}$).

Key words: morbid obesity, sleeve gastrectomy, II type diabetes, bariatric surgery.

Daxil olub: 15.09.2018.

HEMORROİDLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ MILLİGAN-MORGAN VƏ LİGASURE CİHAZININ TƏTBİQİ İLƏ APARILAN HEMORROİDEKTOMİYA METODLARININ ETİBARLILIĞININ VƏ EFFEKTİVLİYİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Abbasov P.A., Vəliyeva Ü.S.

Azərbaycan Tibb Universitetinin II Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı.

Açar sözlər: Hemorroidektomiya, Milligan –Morgan, Ligasure

Giriş: Dünya əhalisinin təxminən 50-66%-i yaşamlarının hər hansı bir mərhələsində hemorroid ilə əlaqəli problem yaşamaqdadır. Statistika əsasən ən çox 45-65 yaşları arasında olan kişilər və qadınlar arasında demək olarki eyni nisbətdə rast gəlinir. Yunancadan tərcümədə “hemorroy” qanaxma deməkdir. Hemorroidlər, anal kanalda rastlanan, venulalardan, arteriolalardan və düz əzələ liflərindən ibarət submukozal toxuma yastıqcıqlarıdır. Sol lateral, sağ anterior və sağ posterior olmaqla 3 hemorroid yastığı mövcuddur. Hemorroidlərin kontinensiya mexanizmasının bir hissəsi olaraq fəaliyyət göstərdiyi və anal kanalın tam bağlanması yardımçı olduğu düşünülməkdədir(3). Hemorroidlər anorektal anatomiyanın normal bir hissəsi olduqları üçün sadəcə simptomatik hal aldıkları zaman müalicəyə göstəriş hesab olunur(2). Həddindən artıq gərilmə, qarındaxili təzyiqin artması (hamiləlik, doğuşlar və s.), uzunmüddətli oturmaq və ya ayaqüstü iş şəraiti, az hərəkətli həyat tərzini və bağırsağ funksiyasının pozulması (qəbizlik, ishal) hemoroidal pleksuslarda venoz durğunluğa və hemoroidal toxumanın sallanmasına səbəb olub, qanama, tromboz və hemoroidal prolapsus kimi simptomlarla nəticələnir(1). Bu zaman da konservativ və

ya cərrahi müalicəyə ehtiyac yaranır. Konservativ olaraq I və II dərəcə hemorroid qanamaları olan xəstələrə lifli, nəcis yumşaldıcı qidaların və dərman vasitələrinin istifadəsi, maye qəbulunun artırılması, uzunmüddətli gücənmələrdən uzaqlaşmaq və angioprotektor-venatonik preparatların qəbulu tövsiyyə olunur. I, II və bəzi III dərəcə hemorroidlərdə davamlı müşahidə edilən qanamalar zamanı Bant liqasiyası, İnfrared fotokoaqulyasiya, Skleroterapiya kimi müalicə növləri də tətbiq edilə bilər(4). III və IV dərəcə hemorroidləri olan xəstələr üçün əsasən cərrahi müalicə göstərişdir(1). Açıq və ya qapalı olmasından asılı olmayaraq hemorroidektomiyanın əsas prinsipi hemorroidal pleksusa gələn qan axımının azaldılmasına, anoderm və mukoza artıqlığının ləğv edilməsinə əsaslanır. Qapalı hemorroidektomiyaya Parks və ya Ferguson hemorroidektomiyasını, açıq hemorroidektomiyaya isə Milligan-Morgan hemorroidektomiyasını aid etmək olar. Bunlardan əlavə Whitehead hemorroidektomiyası, Prolaps və Hemoroidlər üçün Prosedur (PPH) və ya Stepler hemorroidektomiyası, yeni tətbiq olunan Doppler dəstəklili hemorroidal arteriya liqasiyası və ya transanal hemorroidal dearterilizasiya kimi hemorroidektomiyaları da qeyd edə bilərik. Hal hazırda hemorroidektomiyalar arasında daha çox üstünlük verilən və ən effektiv olanları klassik Milligan-Morgan və Ligasure cihazının tətbiqi ilə icra edilən hemorroidektomiya üsullarıdır(5).

Tədqiqatın məqsədi: Bu tədqiqatın məqsədi tərəfimizdən icra olunan, hemorroidal toxumanın damar ayaqcıqları bağlanılmaqla rezeksiya edilərək, yaraları açıq saxlamaqla ikincili sağalmasına imkan verən klassik Milligan-Morgan hemorroidektomiyası ilə bu klassik metodu daha da effektiv və qansız hala gətirmək üçün optimizə edilmiş təzyiq və radio dalğalar kombinasiyası olan ikiqütblü bir elektrotermal cihazın – “Ligasure”un tətbiqilə icra olunan hemorroidektomiyanın klinik nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Material və metodlar: Bu tədqiqata 2014-2018-ci illərdə tərəfimizdən III və IV dərəcəli hemorroidə görə klassik Milligan-Morgan metodu və Ligasure cihazının tətbiqi ilə hemorroidektomiya olunan 394 xəstə daxildir. Onlardan 156-nı (39.6%) qadınlar, 238-ni (60.4%) isə kişilər təşkil etmişdir. Milligan-Morgan metodu ilə əməliyyat olunan hemorroidektomiyalar qrupunda pasientlərin orta yaşı 43 (19-80), Ligasure-la icra olunan hemorroidektomiyalar qrupunda isə orta yaş 40 (20-78) olmuşdur. Bütün xəstələr əməliyyatözü anamnez toplanılmaqla, anoskopiya və manual müayinə olunmaqla tam bir proktoloji dəyərləndirmə aparılmaqla qiymətləndirilib. Bunlardan əlavə xəstələrdə qanın ümumi analizi, koagulogramma, qanda infeksiyaların təyini, EKQ, döş qəfəsinin rentgenoskopiyası, ehtiyac olduğu halda, xüsusən də 50 yaşdan yuxarı olan 223 xəstədə kolon kanserini və ya digər kolon xəstəliklərini inkar etmək məqsədilə kolonoskopiya müayinəsi aparılıb. Əməliyyatözü hazırlıqdan və anestezioloqun baxışından sonra spinal və ya ümumi anesteziya altında, xəstənin Trendelenburq vəziyyətində əməliyyat icra olunub. Əməliyyat sonrası hər iki hemorroidektomiya metodu ilə əməliyyat olunmuş pasientlər minimum 12 ay müddətində müşahidə edilib (12-24 ay). Beləki xəstələr əməliyyatdan 1 həftə, 1 ay, 6 ay və 12 ay sonra təkrari müayinə edilmiş və müəyyən göstəricilərə əsasən müqayisə edilmişdir və bütün göstəricilər statistikaya əsasən qiymətləndirilmişdir. Bunlara aiddir: cinsiyyət, yaş, orta əməliyyat müddəti, əməliyyat sonrası ağrıkəsici vasitələrin istifadəsi, hospitalizasiya periodu, normal gündəlik fiziki aktivliyə qayıdış müddəti, əməliyyatdan sonrakı erkən və gecikmiş ağırlaşmalar. Əməliyyatdan sonrakı ilk 1 ay ərzində olan ağırlaşmalar “erkən” və ilk aydan sonrakılar isə “gecikmiş ağırlaşmalar” olaraq dəyərləndirilib. Ümumiyyətlə

erkən ağrılaşmalar dedikdə postoperativ ağrı, qanamalar, uriner retansiyon və fekal impakt, gecikmiş ağrılaşmalar dedikdə isə anal stenoz, inkontinensiya və ektropion nəzərdə tutulur.

Nəticələr: Bu müddət ərzində III və IV dərəcə hemorroid diaqnozlu 394 xəstə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışdır. Onlar arasında 227 xəstə klassik Milligan - Morgan metodu ilə, 167 xəstə isə Ligasure-la icra olunan hemorroidektomiya ilə əməliyyat olunmuşdur. Klassik metodla aparılan əməliyyatın orta müddəti 20 dəq (10-50), Ligasure tətbiq olunan əməliyyatın orta müddəti isə 15 dəq (8-55) olub. Əməliyyatdan sonra ağrıkəsici vasitələrin istifadəsi Milligan-Morgan üsulu ilə əməliyyat olunanların 203-də (89.4%), Ligasure-un istifadəsilə əməliyyat olunan xəstələrin isə 112-də (67.1%) rast gəlinmişdir. Normal gündəlik fiziki aktivliyə qayıdış müddəti klassik metodla əməliyyat olunmuş xəstələrdə ortalama 7 gün (1-30), Ligasure-la icra olunan hemorroidektomiya keçirmiş xəstələrdə isə 6 gündür (1-15). Hospitalizasiya müddəti Milligan-Morgan üsulu ilə aparılan əməliyyatlarda ortalama 2 gün(1-4), Ligasure-un istifadəsilə olunan əməliyyatlarda isə 1 gün (1-2) olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə defekasiya zamanı müşahidə edilən qanama Milligan-Morgan hemorroidektomiyası keçirmiş 2 xəstədə, Ligasure vasitəsilə hemorroidektomiya olunmuş 4 xəstədə qeyd edilmişdir və yerli konservativ tədbirlərdən sonra təkrari cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmadan aradan qaldırılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı erkən və gecikmiş ağrılaşmalar klassik Milligan-Morgan metodu ilə əməliyyat olunmuş xəstələrdə rast gəlinməmişdir, Ligasure-la icra edilən hemorroidektomiya keçirmiş 1 xəstədə əməliyyat sahəsində yaranmış kobud çapıqlaşma ilə əlaqədar defekasiyadan sonra kəskin ağrılar müşahidə edilmişdir. Ağrılaşma konservativ olaraq, yerli məlhəm təyininədən sonra aradan qaldırılmış, təkrari cərrahi əməliyyata ehtiyac olmamışdır.

Yekun: Bu tədqiqatda müəyyən olundu ki, III və IV dərəcəli, xüsusən də daha geniş toxuma tamlığının pozulması tələb olunan hemorroidlərin cərrahi müalicəsində Ligasure-la icra edilən hemorroidektomiya maliyyə cəhətdən bir qədər üstün olmasına baxmayaraq, yuxarıda sadalanan statistik kliniki göstəricilər baxımından klassik Milligan-Morgan hemorroidektomiyasından daha effektiv və etibarlı müalicə növüdür.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and treatment options. Am Fam Physician. 2018;97(3):172–79. [PubMed]
2. Moulton HP, Aubert M, De Parades V. Classical treatment of hemorrhoids. J Visc Surg 2014;152:S3–9. [PubMed]
3. Jacobs DO. Hemorrhoids: What are the options in 2018? Curr Opin Gastroenterol. 2018;34(1):46–49. [PubMed]
4. Rubbini M, Tartari V. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with hemorrhoidopexy: source and prevention of postoperative pain. Int J Colorectal Dis 2015;30:625–30. [PubMed]
5. Verre L, Rossi R, Gaggelli I, et al. PPH versus THD: a comparison of two techniques for III and IV degree haemorrhoids. Personal experience. Minerva Chir 2013;68:543–50. [PubMed]

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАДЕЖНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ
ГЕМОРОИДЕКТОМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ГЕМОРОИДОВ, ПРОВЕДЕННЫМ ВНЕДРЕНИЕМ МЕТОДОВ МИЛЛИГАНА-МОРГАНА
И ПРИБОРА LIGASURE

Аббасов П.А., Велиева У.С.

II кафедра хирургических болезней Азербайджанского Медицинского Университета, Баку

Введение: так как геморрой является нормальной частью аноректальной анатомии, получение им простого симптоматического состояния считается показанием к лечению. Для больных с геморроидами III и IV степени в основном показано хирургическое лечение. В настоящее время самым эффективным и обладающие преимуществом среди геморроидэктомий являются способы геморроидэктомии, выполняющиеся при помощи классического метода Миллиган-Моргана и прибора Ligasure.

Цель исследования: состоит из сравнительной оценки клинических результатов геморроидэктомии, выполненной с использованием прибора Ligasure для того, чтобы привести этот классический метод геморроидэктомии Миллиган-Моргана к более эффективному и безкровному методу.

Материал и методы: к этому исследованию в 2014-2018-ом годах с нашей стороны привлечены 394 больных по геморроиду III и IV степени, которым была проведена геморроидэктомия аппаратом Ligasure и классическим методом Миллиган-Моргана. Из них 156 (39.6%) составляли женщины, 238 (60.4%) - мужчины. Пациенты, которым была проведена операция обоими геморроидэктомическими методами, наблюдались минимум в течение 12 месяцев.(12-24 месяцев).

Результаты и итог: из оперированных 394 больных, 227 больным была поведена геморроидэктомия классическим методом Миллиган-Моргана, а 167- прибором Ligasure. Средняя продолжительность операции, проводимой классическим методом-20 минут (10-50), а средняя продолжительность аппаратом с применением Ligasure 15 минут (8-55). Случаи использования болеутоляющих средств после операций методом Миллиган-Моргана встречались у 203 (89.4%) больных, а с использованием аппарата Ligasure -у 112 (67.1%) больных. Срок возвращения к нормальной ежедневной физической активности у оперированных классическим методом Миллиган-Моргана, составил в среднем 7 дней (1-30), а у больных, которым проведена геморроидэктомия с применением аппарата Ligasure - 6 дней (1-15). Срок госпитализации у больных, оперированных методом Миллиган-Моргана, в среднем составил 2 дня (1-4), а у больных, которым проведена геморроидэктомия с применением аппарата Ligasure- 1день (1-2). Кровотечение, наблюдаемое во время дефекации в послеоперационный период, наблюдалось: у 2 больных с геморроидэктомией, проведенной способом Миллиган-Моргана и у 4 больных, которым проведена геморроидэктомия с применением аппарата Ligasure; оно было устранено после применения местных консервативных методов без нужды в повторном хирургическом вмешательстве. У больных, которым была проведена геморроидэктомия классическим методом Миллиган-Морган, не встречались послеоперационные ранние и запоздалые осложнения; у 1 больного, прооперированного с применением аппарата Ligasure, после дефекации в связи с грубым рубцеванием, возникшим на участке операции, наблюдались острые боли. Осложнение было устранено консервативно, после применения местных лекарств, необходимости в проведении повторного хирургического вмешательства, не было.

Этим исследованием было установлено, что в хирургическом лечении геморроидов, с точки зрения перечисленных выше статистических клинических показателей, геморроидэктомия, выполненная при помощи аппарата Ligasure, является более эффективным и надежным лечением геморроидэктомии, чем классический метод геморроидэктомии Миллиган-Моргана.

Ключевые слова: геморроидэктомия, Миллиган-Морган, Ligasure

SUMMARY

COMPARATIVE ASSESSMENT OF RELIABILITY AND EFFICIENCY OF HEMORROIDECTOMIA METHODS CONDUCTED BY MILLIGAN-MORGAN METHOD AND APPLICATION OF LIGASURE DEVICE IN THE SURGICAL TREATMENT OF HEMORROIDS

Abbasov P.A., Veliyeva U.S.
Azerbaijan Medical University, II Surgical diseases chair, Baku

Introduction: Hemorrhoids, by being a normal part of anorectal anatomy, are considered to be treated if they are taken symptomatic condition. For the patients with III and IV grade of hemorrhoids, surgical treatment is considered as a main one. Currently, the most prevailed and the most effective between hemorrhoidectomias are hemorrhoidectomy methods executed by classic Milligan- Morgan method and application of Ligasure device application.

Aim of study: consists of comparative assessment of clinical results of hemorrhoidectomias executed by application of Ligasure devices for obtaining more effective and minimum bleeding condition by this classic method with Milligan – Morgan hemorrhoidectomy.

Material and methods: this study consists of 394 patients with hemorrhoidectomy by application of Ligasure device and classic Milligan – Morgan methods for III and IV ranked hemorrhoids by us in 2014-2018 years. 156 (39.6%) of them are female and 238 (60.4%) of them of males. Patients operated by both hemorrhoidectomy method were observed during 12 months after operation (12-24 months).

Conclusions and final interpretation: 227 of 394 patients who operated, were undergone surgical operatio by Milligan –Morgan method and 167 of them were operated by hemorrhoidectomy executed by Ligasure method. Average time of operation conducted by classic method was 20 minutes *(10-50 minutes) and average time of operation by application of Ligasure method was 15 minutes (8-55 minutes). Use of painkillers after operation was seen in 203 patients operated by Milligan – Morgan method (89.4%) and in 112 patients operated by Ligasure method (67.1%). Period of return to normal daily physical activity was 7 days (1-30) in average in the patients operated by classic method and 6 days (1-15) in the patients with hemorrhoidectomy executed by Ligasure method. Hospitalization period in the operations conducted by Milligan – Morgan method was in average 2 days (1-4), in the operations conducted by Ligasure method was 1 day (1-2). During post-operation period, bleeding observed during defecation was in 2 patients with Milligan-Morgan hemorrhoidectomy and in 4 patients with hemorrhoidectomy by Ligasure method and after local conservative measures, it was eliminated without need to reiterated surgical intervention. Early and delayed complications after operation were seen in the patients operated by classic Milligan – Morgan method. Severe pains with rough scar occurred in the operation side was observed in 1 patients undergone through hemorrhoidectomy executed by Ligasure method. Complication was eliminated after prescription of local ligaments as conservatively and there was no need to reiterated surgical operation. It was determined by this study that, hemorrhoidectomy executed by Ligasure method is considered as more effective and reliable treatment type than classic Milligan – Morgan hemorrhoidectomy in point of view of above-mentioned statistical clinical indicators.

Key words: Hemorrhoidectomy, Milligan –Morgan, Ligasure

Daxil olub: 30.11.2018.

QADIN HƏYATININ REPRODUKTİV DÖVRÜNDƏ İNSULİNREZİSTENTLİKLƏ MÜŞAYİT OLUNAN YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZ SİNDROMUNUN KLİNİK-DİAQNOSTİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ, HİPOTALAMUS-HİPOFİZ-YUMURTALIQ- BÖYRƏKÜSTÜ VƏZİ SİSTEMİ HORMONLARININ VƏZİYYƏTİ

Axundova N.E.

ATU-nun I Mamalıq-ginekologiya kafedrası.

Mövzunun aktuallığı. Endokrinoloji ginekologiyann ən vacib problemlərindən biri reproduktiv sistem patologiyalarının səbəblərinin araşdırılmasıdır. Ginekoloji xəstəliklərin ən çox rast gəlinən səbəblərindən biri hiperandrojeniya sindromudur. Əsasında hiperandrojeniya (HA) sindromu dayanan xəstəliklərə həsr olunmuş elmi tədqiqat işlərinin çoxluğuna baxmayaraq, bu

sindromun patogenezi, klinik-diaqnostik xüsusiyyətləri, müasir korreksiya metodları haqqında suallar hələ də cavabsız qalır. Hiperandrojeniya sindromlu qadınların müayinəsində çətinlik bu sindromun polietioloji, heterogen, polimorf xüsusiyyətləri, klinik təzahür-lərinin fərqli olması, gediş xüsusiyyətlərinin və diaqnostik müayinə üsullarının müxtəlifliyi ilə əlaqədardır (1,2,3).

Ümumiyyətlə, androgen sintezinin artmasının aşağıdakı səbəbləri ayırd edilir:

-böyrəküstü vəzi mənşəli hiperandrojeniya - əsasən steroidogenezdə iştirak edən C₂₁- hidroksilazanın çatışmazlığı nəticəsində yaranır;

-yumurtalıq mənşəli hiperandrojeniya - ədəbiyyatda buna yumurtalıqların hiperandrogen disfunksiyası da deyirlər.

Sonuncunun 3 əsas forması var:

1.Yumurtalıqların həqiqi polikistozu. Qonadotrop hormonların tənziminin pozulması ilə müşahidə olunur və reseptor-hormonal-yumurtalıqdaxili patologiyaların nəticəsində yaranır.

2.Mərkəzi forma. Diensefal sindrom fonunda hipotalamo-hipofizar tənzimin pozulması nəticəsində yaranır.

3.Böyrəküstü vəzi qabığının anadangəlmə disfunksiyasının silinmiş forması və ya başqa sözlə postpubertat formalı adrenogenital sindrom və İtsenko-Kuşinq sindromu fonunda steroidogenezin pozulması səbəbindən yumurtalıqların hiperandrogen disfunksiyası (4,5,6).

Hiperandrojeniyaya səbəb olan nozoloji vahidlərdən biri yumurtalıqların polikistoz sindromuna (YPS) aid tədqiqatların aparılmasına baxmayaraq, patoloji dəyişikliklərə erkən diaqnoz qoymağa və bu zaman yaranan hormonal pozuntuların korreksiyaedici müalicəsini aparmağa imkan verən diferensial yanaşma yoxdur (7,8,9).

Bəzi ədəbiyyat mənbələrində YPS-yə həm də yumurtalıqların şişəbənzer törəmələri kimi baxılır. Bu sindromun klinik əlamətlərinə amenoreya, kişi tipli tüklənmə, piylənmə, qeyri-müntəzəm aybaşılar, aknelərin olması aiddir. Cinsi yetişkənlik dövründə yumurtalıqların polikistoz sindromu olan qızlarda virilizasiya 20,2% tezliklə müşahidə olunur. Ədəbiyyat mənbələrində endokrin xəstəliklər fonunda yumurtalıqların polikistoz sindromunun inkişafı haqqında tək-tək məlumatlar var: İtsenko-Kuşinq xəstəliyi (75-80%), hipotalamik sindrom (80%), piylənmə (40%), hiperprolaktinemiya (30%) (9,10,11).

Son illər daha böyük üstünlüklərə malik olan antihomotoksik müalicədən də geniş istifadə olunur. Bu müalicənin məqsədi üzv və sistemlərin dezintoksikasiyası, regenerasiyası, homotoksikozun götürülməsi, üzv və sistemlərdə özünütənzim proseslərinin pozulmasının aradan qaldırılması, homeostazın bərpaası, habelə xəstəliklərin profilaktikasındır. Tibbdə bu istiqaməti ilk dəfə 50 il əvvəl Hans Haynrix Rekkeveq tətbiq etmişdir. Bu metodun məqsədi homeopatiya və allopatiyayı qovuşdurmaqdır. Bu preparatların mikrodozaları orqanizmi yükləmir, əksinə üzv və sistemlərin fəaliyyətini stimule edir, müdafiyyə mexanizmlərini işə salır. Antihomotoksik preparatlar submolekulyar, molekulyar səviyyədə təsir edir (12,13,14).

Qeyd etmək lazımdır ki, insulunrezistentliklə (İR) müşayiət olunan YPS-nin antihomotoksik preparatlar daxil olmaqla kompleks müalicəsinin effektivliyi, preparatların istifadə müddəti haqqında praktik olaraq məlumatlar yoxdur. Bu işə müvafiq elmi tədqiqat işinin aktuallığını müəyyən edir. Müvafiq problemin aktuallığını nəzərə alaraq elmi tədqiqat işinin məqsədi müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi qadın həyatının reproduktiv dövründə insulinrezistentliklə müşayiət olunan yumurtalıqların polikistoz sindromunun klinik-diaqnostik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, kompleks patogenetik müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata İR müşayiət olunan 76 YPS-li qadın cəlb edilmişdir. Bu qadınların hamısında anamnestik məlumatlar araşdırılmış, patogenetik müalicədən əvvəl və sonra hormonal müayinələr aparılmışdır. Tədqiqat zamanı follikulstimuləedici (FSH), lüteinləşdirici hormonlar (LH), LH-in FSH-a nisbəti (LH/FSH), tireostimuləedici hormon (TSH), prolaktin (Prl), estradiol (E_2), estron (E_1), ümumi testosteron ($T_{\text{ümumi}}$), dehidroepiandrosteron-sulfat (DHEA-S), androstendion (An), kortizol (K), 17-hidroksiprogesteron (17-OHP), sərbəst triyodtironin ($T_{3\text{sərbəst}}$), sərbəst tiroksin ($T_{4\text{sərbəst}}$), cinsi hormon bağlayıcı qlobulin (CHBQ), antimüller hormonun (AMH), qan zərdabında miqdarı təyin edilmişdir. FSH, LH, TSH, Prl, $T_{\text{ümumi}}$, DHEA-S, $T_{3\text{sərbəst}}$, $T_{4\text{sərbəst}}$, E_2 :

- a) tam avtomat rejimdə;
- b) abbot-arxitekt reagentlərini tətbiq etməklə;
- c) EXL (hemoluminessensiya) üsulu ilə;
- d) ARC-i 1000 (arxitekt-i 1000 Abbot ABŞ istehsalı) cihazında təyin edilmişdir.

AMH hemoluminessensiya metodu ilə Cobas e 411 (İsveçrə) aparatında tam avtomat rejimdə təyin edilmişdir. 17-OHP, androstendion (An), E_1 , immunoferment analiz metodu ilə Almanyanın Human reaktivlərinin köməyi ilə əllə təyin edilmişdir. CHBQ-nin təyini elektroholuminessensiya metodu ilə Cobas e 411 avtomatında aparılmışdır.

Hormonal müayinələr Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasının, “Bioloji Təbabət” MMC klinikasının laboratoriyalarında icra edilmişdir.

Aparılan tədqiqatda reproduktiv dövrdə HA və YPS olan 120 qadının 76-da (63,3%) insulinrezistentlik (İR) müşahidə edilmişdir. Müayinə olunan qadınların yaşı $28,54 \pm 0,74$ (20-44) yaş olmuşdur. HA, YPS və İR olan qadınlarda ailə anamnezini öyrənərkən müəyyən edilmişdir ki, qadın doğularkən anasının yaşı $28,92 \pm 0,59$ (20-40) yaş, atasının yaşı isə $32,0 \pm 0,63$ (21-45) yaş olmuşdur. Bu çütləndən doğulan uşaqların orta çəkisi $3455,26 \pm 85,62$ (2100-5100) qram təşkil etmişdir. Təyin edilmişdir ki, 76 qadının 42-si (55,3%) 4000 q-dan artıq çəki ilə, 9-u (11,8%) 2500 q-dan aşağı çəki ilə, 25 qadın (32,9%) isə normal çəki ilə doğulmuşlar.

Beləliklə, HA, YPS və İR olan qadınların 55,3%-i 4000 q-dan artıq çəki ilə, 11,8%-i vaxtından qabaq və bətdaxili inkişaf ləngiməsi ilə doğulmuşlar.

Bu qadınlarda menarxe $14,45 \pm 0,19$ (11-14) yaşda olmuşdur. YPS olan qadınların 34-də (48,7%) aybaşı tsikli menarxedən başlayaraq qeyri-müntəzım, ağrılı, 26-da (34,2%) menarxedən $7,58 \pm 0,85$ (2-19) ildən sonra qeyri-müntəzəm, 16-da isə (21,1%) aybaşı müntəzəm olmuşdur.

Müayinə zamanı təyin edilmişdir ki, aybaşı tsiklinin müddəti $45,32 \pm 1,1$ (28-65) gün, aybaşının davamiyyəti isə orta hesabla $4,1 \pm 0,11$ (2-7) gün olmuşdur.

Müayinə olunan qadınlarda Ferriman-Qolvey şkalasına görə hirsud rəqəm $16,15 \pm 0,34$ (11-24) bal, hormonal rəqəm $13,17 \pm 0,30$ (9-20) bal, indiferent rəqəm isə $2,93 \pm 0,11$ (2-4) bal olmuşdur.

Beləliklə, HA, YPS və İR olan qadınlarda orta ağır dərəcəli hirsutizm təyin edilmişdir.

Müayinə zamanı HA, YPS və İR olan qadınların orta çəkisi 74,1±1,79 (50-134) kq, boyu 1,62±0,005 (1,52-1,78) m, bədən çəkisi indeksi (BÇİ) 28,56±0,66 (19,5-51-54) kq/m² olmuşdur.

Ginekoloji xəstəlikləri təhlil edərkən müəyyən olunmuşdur ki, 76 qadıdan 59-da (77,6%) birincili sonsuzluq, 3-də (3,9%) ikincili sonsuzluq olmuşdur. I sonsuzluğun müddəti 6,51±0,82 (1-21) il, ikincili sonsuzluğun müddəti isə 4,9±0,56 (1,5-10) il olmuşdur. 14 xəstədə (18,4%) isə generativ funksiya pozulmamışdır. Bu xəstələrdə hamiləliyin sayı 3,1±0,27 (1-6), doğuşların sayı isə 1,48±0,1 (1-2) olmuşdur.

Beləliklə, HA, YPS və İR olan qadınların 81,5%-də sonsuzluq qeyd edilmişdir. Hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq-böyrəküstü vəzi sisteminin vəziyyətini öyrənmək üçün hormonların səviyyəsi təyin edilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 1.-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1.-dən görüldüyü kimi HA, YPS və İR olan qadınlarda LH, LH/FSH, TSH, DHEA-S, 17-OHP, T_{ümumi}, An, K, AMH və E₁-in statistik dürüst dərəcədə yüksək olması qeyd olunmuşdur (P<0,05). Bu xəstələrdə eyni zamanda E₂, CHBQ miqdarının nəzərəcarpacaq dərəcədə aşağı olması qeyd edilmişdir (P<0,05).

Beləliklə, HA, YPS və İR olan qadınlarda LH, LH/FSH, TSH, DHEA-S, 17-OHP, An, T_{ümumi}, K, AMH, E₁-nin statistik dürüst dərəcədə artması, E₂ və CHBQ-nin azalması qeyd olunur.

HA, YPS və İR olan qadınlarda 6 ay müddətində kompleks patogenetik müalicə aparılmışdır. Bu qadınların müalicəsində neytral və antiandrogen progestagenləri olan KOK-lar təyin edilmişdir. KOK-lar mülayim hirsutizmi olan qadınlarda monoterapiyada; orta ağır və ağır dərəcəli hirsutizmi olan qadınlarda antiandrogenlərlə kombinasiyada təyin edilmişdir. Hirsutizmə və aknelərə təsir baxımından müalicə kursu adətən 6 ay davam etmişdir. Yalnız KOK-larla monoterapiya almış qadınlarda 3 aydan artıq aparılmış müalicə effekt vermədikdə KOK-lar antiandrogenlərlə kombinasiyada tətbiq edilmişdir.

Cədvəl № 1.

HA, YPS və İR olan qadınlarda hormonların göstəriciləri

Hormonlar	Müayinə qrupları		P
	HA, YPS, İR olan qadınlar (n=76)	Praktik sağlam qadınlar (n=20)	
FSH, mIU/ml	6,24±0,22 (2,9-13)	5,9±0,13 (3,7-7,8)	>0,05
LH, mIU/ml	14,0±0,87 (1,85-26,4)	8,21±0,39 (2,6-11,5)	<0,05
LH/FSH	2,39±0,15 (0,44-5,11)	1,39±0,06	<0,05
Prl, ng/ml	17,57±1,18 (0,65-43,8)	16,36±1,15 (3,8-25,2)	>0,05
TSH, mIU/ml	2,83±0,23 (0,1-9,4)	2,12±0,11 (1,2-3,23)	<0,05
E ₂ , pg/ml	65,32±2,38 (26,8-160)	89,23±0,35 (40-128)	<0,05
E ₁ , ng/ml	153,36±4,56 (56,8-207,4)	56,51±5,38(48,3-80,5)	<0,05
17-OHP, ng/ml	1,0±0,08 (0,1-4,0)	0,14±0,001 (0,01-0,5)	<0,05
T _{ümumi} , ng/ml	1,15±0,006 (0,2-2,51)	0,21±0,03 (0,08-0,46)	<0,05
K, ng/ml 8 ⁰⁰	125,39±2,86 (30,4-189)	115±0,16 (70-150)	<0,05
An, ng/ml	3,94±0,1 (1,96-5,8)	2,11±0,09 (0,9-2,0)	<0,05
DHEA-S, pg/ml	3,32±0,21 (0,4-8,4)	1,28±0,18 (0,6-2,1)	<0,05
AMH, ng/ml	7,84±0,36 (0,36-15,4)	5,88±0,07 (2,1-9,1)	<0,05
T ₃ sərbəst, pg/ml	2,1±0,12 (0,4-6,1)	2,18±0,08 (1,41-3,0)	>0,05
T ₄ sərbəst, ng/dl	1,13±0,004 (1,6-3,1)	1,0±0,08 (0,7-1,71)	>0,05
CHBQ, nmol/l	36,1±2,0 (10-74)	60,8±1,44 (35-90,9)	<0,05

Müalicə zamanı tərkibində antiandrogen təsirli progestinlər olan aşağı dozalı oral kontraseptivlərdən istifadə edilmişdir. Tədqiqatda hirsutizmin müalicəsində tərkibində antiandrogen effektiv progestin (Siproteron asetat, Drospirenon) olan KOK-ların tətbiqinə daha çox üstünlük verilmişdir. Bu baxımdan biz öz tədqiqat işimizdə YPS olan qadınların müalicəsində Diana-35, Yarina kimi preparatların tətbiqinə daha çox üstünlük vermişik.

Orta ağır və ağır hirsutizmi olan qadınlara KOK-larla kombinasiyada antiandrogen təsirli preparatlar spironolakton (verospiron), finasterid (vaserid, profin-5) və ya siproteron asetat (Androkur) tətbiq edilmişdir. Spironolakton 50 mq/sut dozada KOK-larla kombinasiyada (əsasən Diana-35-lə) aybaşının 5-ci günündən 25-ci gününə qədər tsiklik rejimdə 6 ay müddətində, Finasterid 5 mq/sut dozada fasiləsiz rejimdə KOK-larla kombinasiyada 6 ay müddətində, siproteron asetat (Androkur 10) 10 mq/sut dozada aybaşının 5-ci günündən 15-ci gününədək tərkibində 35 mq Etinilestradiol və Siproteron asetat olan KOK-la (Diana-35, Xloe) birgə 6 ay müddətində təyin edilmişdir. Sonuncu halda KOK-ların təyini aybaşının 5-ci günündən 25-ci gününədək olan müddəti əhatə etmişdir. Qeyd edildiyi kimi, bu müalicələr orta ağır və ağır hirsutizmi olan qadınlar üçün tətbiq edilmişdir. Müalicə zamanı preparatların əlavə təsirlərini nəzərə alaraq dinamikada qaraciyərin funksional fəaliyyətinə, eləcə də hemostazioqrama nəzarət edilmişdir.

KOK-ların təyindən sonra bu qadınlara Almanıyanın Heel şirkətinin Hormeel-S və Ovarium Compositum preparatları hərəsindən 1 ampul olmaqla 3 gündən bir əzələ daxilinə 15 inyeksiya təyin edilmişdir.

Cədvəl № 2.

HA, YPS və İR olan qadınlarda müalicədən əvvəl və sonra hormonların səviyyəsinin müqayisəli təhlili

Hormonlar	HA, YPS, İR olan qadınlar (n=76)		P
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən sonra	
FSH, mIU/ml	6,24±0,22 (2,9-13)	6,29±0,13 (3,85-9,4)	>0,05
LH, mIU/ml	14,0±0,87 (1,85-26,4)	9,1±0,38 (3,53-17)	<0,05
LH/FSH	2,39±0,15 (0,44-5,11)	1,55±0,06 (0,47-2,75)	<0,05
Prl, ng/ml	17,57±1,18 (0,65-43,8)	11,2±0,45 (3-23)	<0,05
TSH, mIU/ml	2,83±0,23 (0,1-9,4)	1,91±0,008 (0,8-3,6)	<0,05
E ₂ , pg/ml	65,32±2,38 (26,8-160)	78,65±1,22 (48-101)	<0,05
E ₁ , ng/ml	153,36±4,56 (56,8-207,4)	98,88±1,86(56,8-144)	<0,05
17-OHP, ng/ml	1,0±0,08 (0,1-4,0)	0,66±0,01 (0,3-1,3)	<0,05
T _{ümmü} , ng/ml	1,15±0,006 (0,2-2,51)	0,64±0,002(0,1-1,1)	<0,05
K, ng/ml 8 ⁰⁰	125,39±2,86 (30,4-189)	126,38±2,54 (74,9-189)	>0,05
An, ng/ml	3,94±0,1 (1,96-5,8)	2,61±0,005 (1,21-3,7)	<0,05
DHEA-S, pg/ml	3,32±0,21 (0,4-8,4)	2,17±0,1 (0,4-4,8)	<0,05
T _{3 sərbəst} , pg/ml	2,1±0,12 (0,4-6,1)	2,34±0,0078 (0,6-4,5)	>0,05
T _{4 sərbəst} , ng/dl	1,13±0,004 (1,6-3,1)	1,22±0,02 (0,78-1,9)	>0,05
CHBQ, nmol/l	36,1±2,0 (10-74)	60,3±1,44 (31-85)	<0,05
AMH, ng/ml	7,84±0,36 (0,36-15,4)	6,98±0,28 (0,8-10,1)	>0,05

P: statistik dürüstlük əmsalındır

YPS və hiperinsulinemiyası olan qadınlarda insulinsensitayzer – metformin (Siofor, qlükofaj) 1000-2500 mq/sut dozada 6 ay müddətində təyin edilmişdir. Preparat karbohidrat mübadiləsinin pozulması (qlükoza qarşı toleranlığın pozulması, acqarına qlükemiyanın pozulması) zamanı tətbiq edilmişdir. Bədən çəkisinin artıqlığı və piylənmə olan qadınlarda müalicədə əsas yeri bədən çəkisini

aşağı salmaq məqsədilə kalorili qida qəbulunun azaldılması və fiziki aktivliyin artırılması tutmuşdur.

Müalicədən sonra hormonların səviyyəsi təkrar yoxlanılmışdır və alınan nəticələr müqayisəli olaraq cədvəl 2.-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 2.-dən görüldüyü kimi HA, YPS və İR olan qadınlarda LH, LH/FSH, TSH, Prl, DHEA-S, 17-OHP, An, T_{ümumi}, E₁-in səviyyəsinin statistik dürüst dərəcədə azalması qeyd edilir (P<0,05), E₂ və CHBQ-nin isə nəzərəcarpacaq dərəcədə artması təyin edilir (P<0,05).

Beləliklə, HA, YPS və İR olan qadınlarda kompleks patogenetik müalicədən sonra FSH (6,29±0,13 mIU/ml), LH (9,1±0,38 mIU/ml), LH/FSH (1,55±0,06), Prl (11,2±0,45 ng/ml), DHEA-S (2,17±0,1 pg/ml), 17-OHP (0,66±0,01 ng/ml), An (2,61±0,005 ng/ml), T_{ümumi} (0,64±0,002 ng/ml), E₁ (98,88±1,86 ng/ml) azalması və E₂ (78,65±1,22 pg/ml), CHBQ-nin (60,3±1,44 nmol/l) artması təyin olunur, bu da aparılan patogenetik müalicənin effektivliyini əks edir.

ƏDƏBİYYAT- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ахундова Н.Э. Современные аспекты синдрома гиперандрогении в репродуктивном периоде // Здоровье женщины. Научно-практический журнал, Украина, 2016, №3, вып.109, стр.120-122.
2. Ахундова Н.Э. Особенности эндокринных и метаболических изменений у женщин с гиперандрогенией различного генеза в репродуктивном периоде // Вестник военно-медицинской академии. 2016, N4(56), стр 32-35.
3. Bals-Pratsch M., Geneidy N., Gruber R., Aslanids C. PCO Syndrom-Genetische Polymorphismen und klinische Befunde // Am. J. Reproduktionsmed Endokrinol, 2007, №5, p.253-254.
4. Bode D. Hirsutism in Women // Am.Fam.Physician, 2012, vol.85, №4, p.373-380.
5. Brioude F., Bouligand J., Trabado S. Non-syndromic congenital hypogonadotropic hypogonadism: clinical presentation and genotype-phenotype relationships // Eur.J.Endocrinol, 2010, №162, p.835-851.
6. Brison D.R., Roberts S.A., Kimber S.J. How should we assess the safety of IVF technologies?// Reprod Biomed Online, 2013, №27, p.710-721.
7. Bronstein J., Tawdekar S., Liu Y. Age of onset of polycystic ovarian syndrome in girls may be earlier than previously thought // J.Pediatr Adolesc Gynecol., 2011, №24, p. 15-20.
8. Brown J., Farquhar C., Lee O., Thoomath R. Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne // Cochrane Database Syst Rev, 2009, №2.
9. Burry J.A., Kay A.R., Navaratnarajak R. Umbilical vein testosterone in female infants born to mothers with polycystic ovary syndrome is elevated to male levels // Obstet.Gynecol., 2010, vol.30, №3, p.444-446.
10. Carmina E., Lobo R.A. Adrenal hyperandrogenism in the pathophysiology of polycystic ovary syndrome // J.Endocrinol.Invest, 1998, vol.21, №9, p.580-588.
11. Carmina E., Oberfield S., Lobo R. The diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents // Am.J.Obstet.Gynecol, 2010, №203, p.1-5.
12. Dokras A., Witchel S.F. Are young adult women with polycystic ovary syndrome slipping through the healthcare cracks? // J.Clin Endocrinol Metab., 2014, №99, p.1583-1585.
13. Тираспольский И.В. Антигомотоксическая терапия в практике акушера-гинеколога // М., Арнебия, 2001, 288 с.
14. Тираспольский И.В. Антигомотоксическая терапия в практике акушера-гинеколога // Москва, Арнебия, 2015, 192 с.

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ ГОРМОНОВ ГИПОТАЛАМУС-ГИПОФИЗ-ЯИЧНИКОВО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ахундова Н.Э.

Целью исследования было изучение клинико-диагностических особенностей женщин в репродуктивном периоде с инсулинорезистентной формой синдрома поликистозных яичников.

Материалы и методы. В исследование было включено 76 женщин с инсулинорезистентной формой синдрома поликистозных яичников. Был изучен анамнез всех женщин, проведены гормональные обследования до и после патогенетического лечения.

Было исследовано содержание фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, отношение ЛГ/ФСГ, тиреотропного гормона (ТТГ), пролактина (Прл), эстрадиола (E_2), эстрона (E_1), общего тестостерона ($T_{\text{общий}}$), дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С), андростендиона (Ан), кортизола (К), 17-гидроксипрогестерона (17-ОПГ), свободного трийодтиронина ($T_{\text{свободный}}$), свободного тиронина ($T_{\text{4свободный}}$), глобулина связывающего половой гормон (ГСПГ), антимюллерового гормона в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. 55,3% женщин с гиперандрогенией, синдромом поликистозных яичников и инсулинорезистентностью родились с массой тела более 4000 гр, 11,8% родились преждевременно и с синдромом внутриутробной задержки развития. У этих женщин установлена средняя тяжесть гирсутизма.

У женщин с гиперандрогенией, синдромом поликистозных яичников и инсулинорезистентностью отмечалось статистически достоверное повышение ЛГ, ЛГ/ФСГ, ТТГ, ДГЭА-С, 17-ОПГ, Ан, $T_{\text{общего}}$, АМГ, E_1 , а также снижение E_2 и ГСПГ.

Назначение комплексного патогенетического лечения женщинам с гиперандрогенией, синдромом поликистозных яичников и инсулинорезистентностью способствовало снижению ФСГ ($6,29 \pm 0,13$ мМЕ/мл), ЛГ ($9,1 \pm 0,38$ мМЕ/мл), ЛГ/ФСГ ($1,55 \pm 0,06$), Прл ($11,2 \pm 0,45$ нг/мл), ДГЭА-С ($2,17 \pm 0,1$ пг/мл), 17-ОПГ ($0,66 \pm 0,01$ нг/мл), Ан ($2,61 \pm 0,005$ нг/мл), $T_{\text{общего}}$ ($0,64 \pm 0,002$ нг/мл), E_1 ($98,88 \pm 1,86$ нг/мл) и повышение E_2 ($78,65 \pm 1,22$ пг/мл), ГСПГ ($60,3 \pm 1,44$ нмоль/мл), а это отражает эффективность назначенного патогенетического лечения.

SUMMARY

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS) ACCOMPANYING INSULIN RESISTANCE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE PERIOD AGE, THE STATE OF THE HORMONES OF THE HYPOTHALAMIC-PITUITARY-OVARIAN-ADRENAL GLAND

Akhundova N.E.

Department of Obstetrics and Gynecology of ATU

The aim of the study is to study clinical and diagnostic features of Polycystic ovary syndrome (PCOS) accompanying insulin resistance in reproductive period of women and to evaluate the effectiveness of complex pathogenetic treatment.

The research materials and methods. The study was involved 76 women with Polycystic ovary syndrome (PCOS) accompanying insulin resistance. Anamnestic data were investigated in all these women and hormonal examinations were performed before and after pathogenetic therapy. In the course of the study, serum levels of follicle-stimulating hormone (FSH) and luteinizing hormone (LH), ratio of LH/FSH, thyrotrophin-stimulating Hormone (TSH), prolactin (Prl), estradiol (E_2), estron (E_1), total testosterone (T_{total}), dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS), androstendion (An), Cortisol (K), 17-hydroxyprogesterone (17-OHP), free trityodtironine (free T3), free thyroxine (free T4), sex hormone-binding globulin (SHBG), antimulin hormone (AMH) in blood has been identified.

Results and discussion. 55.3% of these women with hyperandrogenia, polycystic ovary syndrome (PCOS) and insulin resistance were born with weight over 4,000 g and 11.8% of these women were born premature and with intrauterine growth retardation. Moderate-severe hirsutism has been identified in these women.

Significant increase in the levels of LH, LH/FSH, TSH, DHEA-S, 17-OHP, An, T_{total} , K, AMH, E_1 , the decrease in E_2 vs SHBG are observed in these women with hyperandrogenia, polycystic ovary syndrome (PCOS) and insulin resistance.

The decrease in FSH ($6,29 \pm 0,13$ mIU/ml), LH ($9,1 \pm 0,38$ mIU/ml), LH/FSH ($1,55 \pm 0,06$), Prl ($11,2 \pm 0,45$ ng/ml), DHEA-S ($2,17 \pm 0,1$ pg/ml), 17-OHP ($0,66 \pm 0,01$ ng/ml), An ($2,61 \pm 0,005$ ng/ml), T_{total} ($0,64 \pm 0,002$ ng/ml), E_1 ($98,88 \pm 1,86$ ng/ml) and increase in E_2 ($78,65 \pm 1,22$ pg/ml), SHBG ($60,3 \pm 1,44$ nmol/l) are observed after complex pathogenetic treatment of women with hyperandrogenia, polycystic ovary syndrome and insulin resistance, which also reflects the efficiency of pathogenetic therapy.

Daxil olub: 5.09.2018.

REPRODUKTİV YAŞLI QADINLARDA BAKTERIAL VAGINOZUN MİKROBİOLOJİ DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

Ağayev İ.A., Xasıyeva A.B.

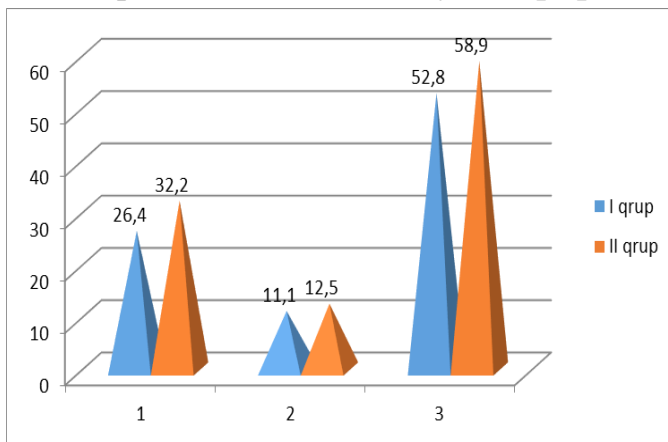
*Azərbaycan Tibb Universiteti, epidemiologiya kafedrası, Bakı
Respublika Perinatal Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan.*

Bakterial vaginoz (BV) - vaginal biotopun disbiozu ilə şərtlənmiş polimikrob etiologiyalı qeyri-infeksiyon sindrom olub, bu zaman peroksid hasil edən laktobasillərin kəskin azalması və ya tamamilə olmaması fonunda obliqat və fakultativ-anaerob şərti patogen mikrofloranın miqdarı kəskin artır. Bakterial vaginozun xüsusiyyəti - iltihabın olmamasıdır. Bakterial vaginozun səciyyəvi və çox vaxt yeganə simptomu - uşaqlıq yolundan bol miqdarda ağ və ya boz rəngdə ifrazatın axmasıdır [1,2].

Vaginal kandidoz və trixomonad kolpiti ilə yanaşı, BV qadın cinsiyyət orqanlarının strukturunda 12%-dən 60% təşkil edir [3,4,5]. Qadınların BV ilə xəstələnmə səviyyəsi haqqında məlumatlar fərqlidir, çünki o, tədqiq olunan populyasiyaların strukturundan, tətbiq edilən diaqnostika metodlarının xarakterindən, bu xəstəliyin klinik təzahürlərinin şərhindən və digər amillərdən asılıdır. Son onillikdə bütün dünya üzrə BV-nin geniş yayılması nəzərə çarpır [6,7,8].

Tədqiqat işinin məqsədi: Reproduktiv yaşlı qadınlarda bakterial vaginozun mikrobioloji dəyərləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqat işin material və metodları. Tədqiqat işinin əsas vəzifələrinə və BV-nin klinik gedişinin xüsusiyyətlərinə uyğun olaraq, BV olan 128 hamilə qadınların hamısı 2 qrupa bölünmüşdür: BV-nin simptomuz forması olan 72 hamilə qadın və BV-nin kəskin klinik əlamətləri olan 56 hamilə qadın. Hamilə qadınların yaşı 18 ilə 39 yaş arasında dəyişmiş və orta hesabla $29,2 \pm 1,2$ yaş təşkil etmişdir. Hamilə qadınların əsas müayinə qrupuna daxil edilməsi üçün meyar vaginal



ifrazatlarla müsbət amin testinin olması, vaginal sekretin pH-nin 4,5-dən yüksək və vaginal ifrazatardan götürülmüş yaxmalarda Qram üsulu ilə rənglənmiş «özək hüceyrələrin» böyük sayda olması götürülmüşdür. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi variasion statistikanın məlum metodu üzrə orta riyazi ədədin (M), xəta göstəricisinin (m) təyin edilməsi ilə həyata keçirilmişdir.

Şəkl. 1. BV-nin patogen və ya şərti-patogen mikroorqanizmlərlə müştərək gedişinin məlumatları.

1-C.Trachomatis; 2-U.Urealyticum; 3- M. hominis.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Reproduktiv yaşlı (20-39 yaş) 128 qadının uşaqlıq yolunun ifrazatının nümunələrində zəncirvari polimeraza reaksiyasının (ZPR)

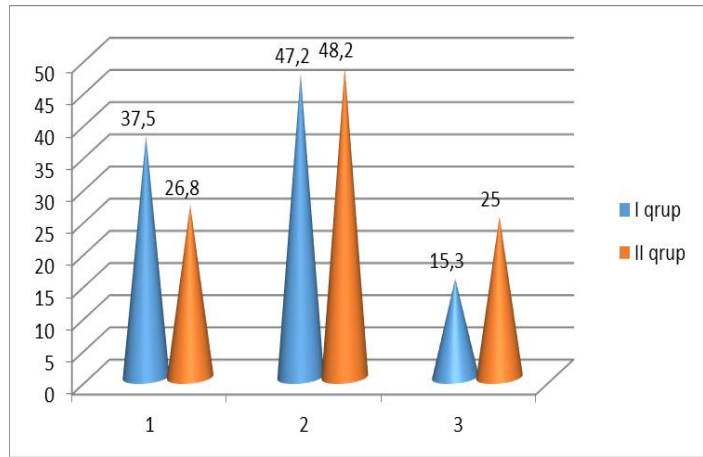
köməyi ilə real vaxt rejimində DNT təyin edilmişdir. Genotipin təyin edilməsi ZPR metodu ilə həyata keçirilmişdir (şək.1).

Qadınların müayinə olunan qrupunda ZPR metodu və kultural metodla kəmiyyətə qiymətləndiril-mə zamanı 1-ci qrupda *C.trachomatis* 19 (26,4±5,2%) pasiyentdə, *U. urealyticum* – 8 (11,1±3,6%) və *M.hominis* yüksək titrdə – 38 (52,8±5,8%), 2-ci qrupda isə müvafiq olaraq - 18; 32,2±6,2%; 7; 12,5±4,4%; 33; 58,9±6,6% qadında aşkar edilmişdir. Bakterial vaginoz *U. urealyticum* ilə müqayisədə çox vaxt *M. hominis* ilə assosiasiya etmişdir ($p<0,05$). Qadınların tədqiq olunan qrupunda bakterial vaginozun bir infeksiyon amil ilə assosiasiyası 1-ci qrupda 27 (37,5±5,7%) halda və 2-ci qrupda 15 (26,8±5,9%) halda müşahidə edilmişdir. İki infeksiyon amillə assosiasiyası 1-ci qrupda 34 (47,2±5,9%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 27 (48,2±6,7%) pasiyentdə müşahidə edilmişdir (şək.4.8). 1-ci qrupda 11 (15,3±4,4%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 14 (25,0±5,8%) pasiyentdə bakterial vaginozun 3 infeksiyon amil: *C.trachomatis*, *U. urealyticum* və *M. hominis* ilə assosiasiyası müşahidə edilmişdir (şək.2.).

Şək. 2. *BV-nin infeksiyon amillərlə assosiasiyaları.*

1-Bir infeksiyon amil; 2- iki infeksiyon amil;
3 – üç infeksiyon amil.

Aşkar edilmişdir ki, bakterial vaginozun 3 infeksiyon amillə assosiasiyası 1 və 2 infeksiyon amillə müqayisədə az rast gəlmişdir (müvafiq olaraq 1-ci qrupda 15,3±4,4% pasiyentdə və 2-ci qrupda 25,0±5,8% pasiyentdə; $p<0,05$). Urogenital xlamidiozun mühüm xüsusiyyətlərinə onun az



simptomlara malik olması və ağırlaşmalarının yüksək tezliyindən başqa, cinsi yolla yayılan infeksiyalarının (CYYİ) digər törədiciləri ilə tez-tez rast gələn assosiasiyaları, həmçinin çoxocaqlılıq da aiddir ki, bu zaman patoloji prosesə nəinki sidik-cinsiyyət orqanlarının, həm də bəzən düz bağırsağın, udlağın, gözlərin, oynaqların, ürəyin, dərinin qoşulması baş verir.

Aşkar edilmiş urogenital xlamidiozu olan pasiyentlərin hamısı infeksiyon prosesin çoxocaqlılığını istisna etmək üçün müayinə olunmuşlar. Bu zaman ZPR metodu ilə düz bağırsaqda *C. trachomatis* 1-ci qrupda 12 (16,7±4,4%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 16 (22,2±4,9%) pasiyentdə, ağız-udlaqda 1-ci qrupda 13 (18,1±5,5%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 16 (28,6±6,0%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. *C.trachomatis* urogenital ocaqda (uretra və servikal kanal) düz bağırsağın və ağız-udlağın xlamidiya ilə zədələnməsi ilə müqayisədə daha çox (müvafiq olaraq 26,4±5,2%; 32,2±6,2%; $p<0,05$) aşkar edilmişdir.

Son vaxtlar ZPR sidik-cinsiyyət infeksiyalarının törədicilərinin tez-tez tətbiq edilən diaqnostika metodlarından hesab edilir və onları orqanizmin mayələrində və toxumalarında identifikasiya etməyə imkan verir. Bu metod nukleotid ardıcılığının müayinəsinə əsaslanmışdır və daha həssas (94-100%) və spesifik (97-100%) metod hesab edilir. ZPR-in istifadəsinin başlıca problemi metodun son dərəcə yüksək həssaslığı ilə bağlıdır ki, bu da iş qaydasına ciddi riayət olunmasını tələb edir. Bundan başqa, məlumatların interpretasiyası zamanı nəzərə almaq lazımdır ki, ZPR

mikroorqanizmin genomunun təkcə kiçik hissəsini aşkar edir və deməli, onun həyat fəaliyyətini saxlamasını göstərən meyar deyildir [2, 3,8].

Beləliklə, hazırda bakterial vaginoz yalnız tez-tez rast gələn müstəqil nozoloji forma kimi deyil, həm də CYYİ-nin əlavə olaraq inkişaf etməsi zamanı əlverişli fon kimi baxılmalıdır. Buna görə də, bakterial vaginozla hər bir xəstənin CYYİ-ə görə ciddi laborator müayinəsi, o cümlədən xlamidiya infeksiyasının ekstragenital ocaqlarının olmasına görə skriningin aparılması mühüm əhəmiyyət daşıyır. Diqqəti cəlb edən odur ki, hətta bakterial vaginozla xəstələrdə CYYİ olmadıqda uşaqlıq yolunun zədələnmələri ilə yanaşı, servisit və ya uretrit əlamətləri meydana çıxır.

Uşaqlıq yolunun selikli qişasından götürülmüş yaxmaların mikroskopiyasından leykositlərin sayının, mikrofloranın keyfiyyət və kəmiyyət tərkibinin öyrənilməsi, «kök» hüceyrələrin olmasının dəyərləndirilməsi məqsədilə istifadə edilmişdir. Müalicə aparılana qədər müayinə olunan qadınların hamısının yaxmalarında böyük sayda qram-müsbət və qram-mənfi bakteriyalar və qardnerellalar aşkar edilmişdir. Elə həmin xəstələrdə «kök» hüceyrələr aşkar edilmişdir ki, onların iştirakı «anaerob vaginoz» diaqnozunun əminliklə qoyulması üçün mütləq şərt sayılır. Mikroskopik müayinənin aparılması üçün yaxmalar havada qurudulmuş, fiksə olunmuş, bundan sonra rənglənmişlər. Pasiyentlərin hamısında mikrob koloniyaları əkilmişdir ki, bu zaman onlar bir neçə törədicilərlə təmsil edilmişlər. Beləliklə, əsas amil müxtəlif şərti-patogen mikroorqanizmlər olmuşdur. Daha çox *Staphylococcus aureus* (1-ci qrupda $81,9 \pm 4,5$ pasiyentdə və 2-ci qrupda $85,7 \pm 4,6$ pasiyentdə) rast gəlmişdir. 1-ci qrupda $75,0 \pm 5,1\%$ qadında və 2-ci qrupda $87,6 \pm 4,3$ qadında *Gardenella vaginalis* rast gəlmişdir, 1-ci qrupda olan $73,6 \pm 5,2\%$ qadında və 2-ci qrupda $80,4 \pm 5,6\%$ qadında isə *Escherichia Coli* rast gəlmişdir. Uşaqlıq yolunun disbiozu müayinə olunanların hamısında qeydə alınmış və laktobakteriyaların, bifido-bakteriyaların xeyli azalması və ya tamamilə olmaması, polimorf qram (+) və qram (–) çöplərin və kokk mikroflorasının çoxlu sayda olması, «kök» hüceyrələrin olması ilə səciyyələnmişdir. Pasiyentlərin hamısında bifidobakteriyaların və süd-turşu streptokokların sayının artması nəzərə çarpmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl № 1.

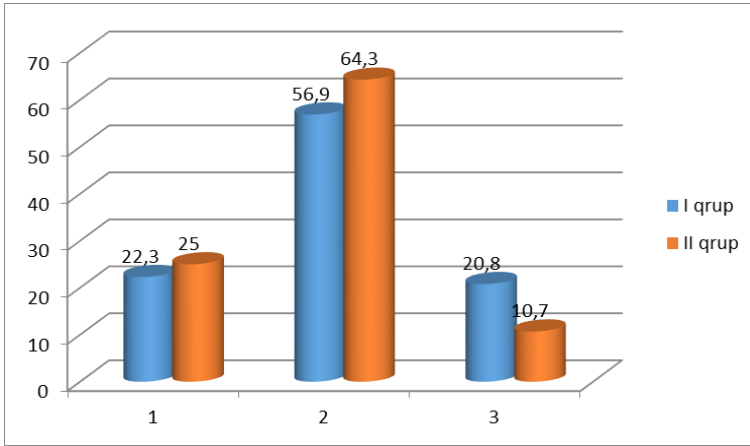
Uşaqlıq yolunun mikrobiosenozunun vəziyyəti

Mikroorqanizmlər	Xəstələrin sayı (n=128)			
	1-ci qrup (n=72)		2-ci qrup (n=56)	
	Müt.	%	Müt.	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	39	$81,9 \pm 4,5$	48	$85,7 \pm 4,6$
<i>S. epidermidis</i>	42	$58,3 \pm 5,8$	34	$60,7 \pm 6,5$
<i>Streptococcus spp</i>	37	$51,4 \pm 5,9$	27	$48,2 \pm 6,7$
<i>Proteus vulgaris</i> 11	12	$16,7 \pm 4,4$	8	$14,3 \pm 4,6$
<i>Gardenella vaginalis</i> 66	54	$75,0 \pm 5,1$	49	$87,6 \pm 4,3$
<i>Proteus mirabilis</i> 31	18	$25,0 \pm 5,1$	15	$26,8 \pm 5,9$
<i>Lactobacillus plantarum</i>	4	$5,6 \pm 2,1$	6	$10,7 \pm 4,1$
<i>Ureaplasma urelyticum</i>	8	$11,1 \pm 3,6$	7	$12,5 \pm 4,4$
<i>Escherichia Coli</i>	53	$73,6 \pm 5,2$	45	$80,4 \pm 5,6$
<i>Micoplazma Hominis</i>	38	$52,8 \pm 5,2$	33	$58,9 \pm 6,6$
<i>Chlamydia trachomatis</i>	19	$26,4 \pm 5,2$	18	$32,2 \pm 6,2$
<i>Atopobium vaginae</i>	36	$50,0 \pm 5,9$	32	$57,2 \pm 6,6$

Əldə olunan materialın təhlili müasir şəraitdə mikst-infeksiyaların inkişaf etməsinin davamlı meyillərin olmasını göstərir. Müayinə edilən pasiyentlərin hamısında uşaqlıq yolunun möhtəviyyətinin bakterioloji müayinəsi zamanı qeyri-spesifik bakterial

floranın (aerobların və anaerobların) diaqnostik əhəmiyyətli titrlərdə artması nəzərə çarpmışdır. Patogen və şərti-patogen mikrofloranın aşkar edilməsi ilə yanaşı, endogen anaerob mikrofloranın - laktobakteriyaların ifraz edilməsi tezliyinin və kəmiyyətə miqdarının azalması, yəni kolonizasiya rezistentliyinin səviyyəsinin azalması qeydə alınmışdır. Belə ki, laktobasillər 1-ci qrupda 41 (56,9±5,8%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 36 (64,3±6,4%) pasiyentdə olmamışdır, qalan pasiyentlərdə isə (müvafiq olaraq 43,1±5,8% və 42,8±6,6%) onların %-lə miqdarı kəskin azalmışdır. BV-nin klinik-laborator təsnifatına əsasən prosesin ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq 3 dərəcə ayırd edilmişdir (şəx. 3).

BV-nin II dərəcəsi daha çox (müvafiq olaraq qruplar üzrə 41; 56,9±5,8% və 36 (64,3±6,4%)), BV-nin III dərəcəsi nisbətən az hallarda (müvafiq olaraq qruplar üzrə 16; 22,3±4,9% və 14 (25,0±5,8%)), BV-nin I dərəcəsi daha az (müvafiq olaraq qruplar üzrə 15; 20,8±4,8% və 6 (10,7±4,1% qadında)) rast gəlməmişdir. BV-nin I dərəcəsinə anaerob floranın, *G.vaginalis* miqdarının bir qədər yüksəlməsi, klinik simptomatika olmadıqda laktobakteriyaların sayının azalması nəzərə çarpir.



Şəx. 3. BV-nin ağırlıq dərəcəsinə əsasən pasiyentlərin qruplara ayrılması. 1 - I dərəcə; 2 - II dərəcə; 3 - III dərəcə.

Uşaqlıq yolunun selikli qişasının bu vəziyyəti patoloji proses kimi qəbul edilmir, lakin laktobakterial floranın olmaması boş qalan ekoloji taxçanın prinsipinə xarici cinsiyyət orqanlarından düşən mikroorqan-

nizmlərlə məskunlaşması imkanını göstərir və laktobakteriyaların olmaması fonunda sonradan selikli qişanın təbii kolonizasiya rezistentliyinin pozulması sayəsində BV-nin formalaşmasını göstərir. BV-nin II dərəcəli (subkompensasiya olunmuş) forması üçün mülayim nəzərə çarpan klinik əlamətlərin olması, laktobakteriyaların sayının xeyli azalması, müştərək qram-dəyişkən polimorf bakterial floranın artması və nisbi mülayim leykositoz (görmə sahəsində 15–20) zamanı görmə sahəsində 1-dən 5-ə qədər «kök» hüceyrələrin tapılması səciyyəvidir. III dərəcəli BV (dekompensasiya olunmuş) kəskin nəzərə çarpan simptomokompleks ilə müşayiət edilir və mikroskopik olaraq laktobakteriyaların tamamilə olmaması, «kök» hüceyrələrin sayının çox olması ilə xarakterizə edilir. Sitoloji diaqnostika klinik materialın mikroskopik müayinəsindən ibarət olub, bu zaman material uşaqlıq boynunun səthindən xüsusi fırça vasitəsilə azacıq qaşımaqla əldə olunur və əşya şüşəsinin üzərinə nazik hamar qat şəklində yayaraq Papanikolau üsulu (hematoksilin-eozin) ilə rəngləyirlər. Sitoloji rəy kokk florası preparatlarda kəskin və mülayim dərəcəli degenerativ dəyişiklikləri olan leykositlərin aşkar edilməsinə əsaslanır. «Kök» hüceyrələrə görə aparılan test bu növ epitelial hüceyrələrin (Qram üsulu ilə rənglənmiş) uşaqlıq yolunun yaxmalarında aşkar edilməsi məlumatlarına əsasən dəyərləndirilmişdir. Mikroskopiya zamanı «kök» hüceyrələr 100% hallarda aşkar edilmişdir. «Kök» hüceyrələrin formalaşması *G.vaginalis* kolonizasiyasının artması və sonralar uşaqlıq yolunun yastı epitelisinin hüceyrələrinə adheziyası zamanı baş

verir. Beləliklə, «kök» hüceyrələr epitelial qatdan qopub düşmüş intakt və ya litik dəyişilmiş hüceyrələrdən ibarət olub *G.vaginalis* ilə kolonizasiya edilmişlər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Белокрысенко С.С. Дисбактериоз с точки зрения микробиолога // Клиническая лабораторная диагностика, 2010, № 8, с.47 - 49
- 2.Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С. Видовой состав лактобактерий при неспецифических вагинитах и бактериальном вагинозе и его влияние на локальный иммунитет // Акушерство и гинекология, 2014, №1, с.41 – 45
- 3.Гродницкая Е.Э., Латышкевич О.А. Микробиоценоз влагалища и пути его коррекции у женщин с невынашиванием беременности и преждевременными родами в анамнезе // Российский вестник акушера-гинеколога, 2014, №1, с.81 – 83
- 4.Ворошилина Е.С., Тумбинская Л.В., Донникова А.Е. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной полимеразной цепной реакции: что есть норма? // Акушерство и гинекология, 2011, №1, с.57-65
- 5.Жаркин Н.А., Замираев В.С., Савченко Т.Н., Марушкина О.И. Бактериальный вагиноз и репродуктивное здоровье женщин // Медицинский Альманах, 2015, №4(39), с.84 – 86
- 6.Alves P., Castro J., Sousa C. Gardnerella vaginalis outcompetes 29 other bacterial species isolated from patients with bacterial vaginosis, using in an in vitro biofilm formation model // Journal of Infectious Diseases, 2014, No 2, p.593–596
- 7.Di Giulio D.B., Callahan B.J., Mc Murdie P.J. Temporal and spatial variation of the human microbiota during pregnancy // Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2015, No12, p.110- 160
- 8.Hickey R.J., Forney L.J. Gardnerella vaginalis does not always cause bacterial vaginosis // Journal of Infectious Diseases, 2014, No12, p.1682–1683

РЕЗЮМЕ

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Агаев И.А., Хасиева А.Б.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии
Республиканский Перинатальный центр, Баку, Азербайджан

ПЦР - методом и культуральным методом у женщин репродуктивного возраста с бактериальным вагинозом (БВ) в 1-ой группе в 19 (26,4±5,2%) случаях был выявлен *S. trachomatis*, в 8 (11,1±3,6%) случаях - *U. Urealyticum*, – и в наиболее высоком титре в 38 (52,8±5,8%) случаях *M. hominis*, соответственно во 2-ой группе у женщин (18; 32,2±6,2%; 7; 12,5±4,4%; 33; 58,9±6,6%). Чаше бактериальный вагиноз ассоциировался в сравнении с *U. urealyticum* с *M. hominis* ($p<0,05$). У женщин 1-ой группы ассоциация БВ с одним инфекционным агентом было выявлено у 27 (37,5±5,7%) женщин и у женщин во 2-ой группе - 26,8±5,9%. С двумя инфекционными агентами - наблюдалась в 1-ой группе у 34 (47,2±5,9%) женщин и во 2-ой группе у 27 (48,2±6,7%) женщин. С тремя инфекционными агентами: *U. Urealyticum*, *S. trachomatis*, *M. hominis* - в 1-ой группе у 11 (15,3±4,4%) пациенток и во 2-ой группе у 14 (25,0±5,8%) пациенток.

SUMMARY

MICROBIOLOGICAL EVALUATION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE OF BACTERIAL VAGINOSIS

Agaev I.A., Khaseeva A.B.

Azerbaijan Medical University, Department of Epidemiology
Republican Perinatal Center, Baku, Azerbaijan.

PCR-method and culture method in women of reproductive age with bacterial vaginosis (BV) in the first group in 19 (26,4±5,2%) cases *S. trachomatis* was detected, in 8 (11,1±3,6 %) cases - *U. Urealyticum*, - and in the highest titer in 38 (52,8±5,8%) cases of *M. hominis*,

respectively in the 2nd group in women (18, 32,2±6,2%, 7, 12.5±4.4%, 33, 58.9±6.6%). More often bacterial vaginosis was associated with *U. urealyticum* with *M. hominis* ($p < 0.05$). In women of the 1st group, the association of BV with one infectious agent was detected in 27 (37.5±5.7%) women and in women in the second group - 26.8±5.9%. Two infectious agents were observed in the 1st group in 34 (47.2±5.9%) women and in the second group in 27 (48.2±6.7%) women. With three infectious agents: *U. Urealyticum*, *C. trachomatis*, *M. hominis* - in the first group in 11 (15.3±4.4%) patients and in the second group in 14 (25.0±5, 8%) of patients.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, беременность, распространенность

Açar sözlər: bakterial vaginoz, hamiləlik, yayılması

Keywords: bacterial vaginosis, pregnancy, the prevalence

Daxil olub: 29.05.2018.

POSTMENOPAUZAL DÖVRDƏ REPRODUKTİV ORQANLARIN XOŞXASSƏLİ PREİNAVZİV ŞİŞLƏRİ VƏ ŞİŞƏBƏNZƏR TÖRƏMƏLƏRİNİN EXOQRAFİK GÖSTƏRİCİLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Məmmədova S.M., Əliyeva E.M., Qaraşova M.A., Sultanova S.H.,
Rəhimova V.V.

Azərbaycan Tibb Universiteti, I Mamalıq-ginekologiya kafedrası

Postmenopauzal dövr yumurtalıqların funksional aktivliyinin sönməsi və hipotalamus-hipofiz sisteminin aktivliyi fonunda keçən qadın həyatının dövrüdür. Postmenopauzal dövrün müdətının artması nəticəsində xroniki somatik xəstəliklərin, reproduktiv orqanların şişlərinin, neoplastik proseslərinin rastgəlmə tezliyinin sürətlə artması qeyd olunur (5,7).

Postmenopauzal dövrün patoloji gedişatına reproduktiv dövrdə olan ginekoloji, endokrinoloji xəstəliklərin olması nəzərə çarpacaq qədər təsir edir (3,4).

Bu patologiyalardan yüksək tezliklə rast gələn hormon asılı xoşxassəli şiş-uşaqlığın miomasıdır.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə uşaqlığın mioması əsasən 30-44 yaş qadınlarda qeyd olunur və ginekoloji xəstəliklərin 30%-i təşkil edir (2,9).

Uşaqlıq mioması olan qadınlarda estrogenin fraksiyasının dəyişməsi fəllikulyar fazada estronun və estradiolun, lütein fazada estriolun üstünlüyü qeyd olunur. Estrogenlərin nisbətının dəyişməsi nəticəsində miometriumdə morfoloji dəyişikliklərlə müəyyən edilir. Hormonal dəyişikliklər nəticəsində miometriumdə hamar əzələ hüceyrələrinin hiperplaziyası və hipertrofiyası, miometriumun kütləsinin artması, miomatoz düyünlərin böyüməsi təyin edilir (6,7).

Uşaqlıq miomasının patogenezinə hormonal dəyişikliklərlə yanaşı qadın orqanizminin immun reaktivliyinin dəyişməsi, xroniki infeksiya ocaqlarının olması, kiçik çanağın hemodinamikasının nəzərə çarpacaq dərəcədə dəyişməsi, irsi meyillik müəyyən edilir (2,6).

Reproduktiv dövrdə yüksək tezliklə rast gələn digər patologiyalardan endometriumin hiperplastik prosesləridir. Ginekoloji xəstəlikləri arasında endometriumun hiperplastik proseslərinin rast gəlmə tezliyin 45%-dir (1,6,8).

Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə poliplərin tezliyi 39,2%-69,3%, endometriyumun atipiyası 16,7%-47,4%, atipiyasız endometriyumun hiperplaziyası 3,3%-4,9% müşahidə edilir (4,5).

Reproduktiv dövrdə yüksək tezliklə rast gəlinən patologiyalardan biridə yumurtalıqların şişəbənzər törəmələridir. Bu törəmələr müxtəlif genezli, hormonal pozulmalar nəticəsində yaranan törəmələrdir. Qeyd etməkləzımdır ki, bu törəmələrdən yüksək tezliklə yumurtalıqların polikistozu və endometrioz follikulyar, sadə, iltihabi, paraovarial sistlər qeyd olunur (2,9).

Qeyd etmək lazəmdır ki, postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların şişəbənzər törəmələrinin gedişat xüsusiyyətləri indiyə gədər öyrənilməyib.

Problemin aktuallığın nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın məqsədi təyin edilib: postmenopauzal dövrdə reproduktiv orqanların xoşxassəli, preinvaziv və şişəbənzər törəmələri olan qadınlarda uşaqlığın və yumurtalıqların exoqrafik göstəriciləri xüsusiyyətlərin öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq 130 postmenapauzal dövrdə reproduktiv orqanların törəmələri olan qadınlar müayinə edilmişdir. Qadınlarda kliniki müayinə ilə yanaşı funksional, hormonal, radioloji, morfoloji, biokimyevi müayinələr aparılmışdır.

Postmenapauzal dövrdə reproduktiv orqanlarının ultrasəs müayinəsi transvaginal ötürücü ilə uşaqlığın, yumurtalığın ölçüləri, endometriyumun qalınlığı, uşaqlıqda və yumurtalıqda olan törəmələrin ölçüləri təyin edilmişdir. Reprodukativ orqanların müxtəlif törəmələrində uşaqlığın uzunluğu, eni, ön-arxa exoqrafik ölçüləri, miomatoz düyünlərin diametrini, endometriyumun qalınlığı təyin edilmişdir.

Alınan nəticələr postmenapauzal dövrdə V.V.Rəhimovanın (2018) reproduktiv orqanların törəmələri olmayan qadınlarda exoqrafik ölçüləri ilə müayisə edilmişdir.

Aparılan tədqiqatda 130 postmenopauzal dövrdə olan qadınlarda müxtəlif törəmələrinin rastgəlmə tezliyi öyrənilmişdir.

Təyin edilmişdir ki, postmenopauzal dövrdə olan qadınlarda 30%-də (39) uşaqlığın mioması, 17,7%-də (23) endometriyumun hiperplaziyası, 15,4%-də (20) endometriyumun xərçəngi, 13,1%-də (17) yumurtalığın şişəbənzər törəmələri, 12,3%-də (16) uşaqlıq cisminin xərçəngi, 6,2% (8) uşaqlıq boynunun xərçəngi, 5,4%-də (7) yumurtalığın xərçəngi olmuşdur.

Aparılan tədqiqatda postmenopauzal dövrdə uşaqlığın və yumurtalıqların xoşxassəli şişlərindən uşaqlığın mioması (39), endometriyumun hiperplaziyası (23), yumurtalıqların sisti (17) təyin edilmişdir.

Beləliklə, postmenopauzal dövrdə reproduktiv orqanların xoşxassəli şişləri, preinvaziv prosesləri, şişəbənzər törəmələrin rast gəlmə tezliyinin 60,8%-dir.

Postmenopauzal dövrdə uşaqlığın mioması olan qadınlarda reproduktiv orqanların exoqrafik göstəriciləri cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi postmenopauzal dövrdə uşaqlığın mioması olan qadınlarda uşaqlığın uzunluğunun, eninin, ön-arxa ölçüsünün statistik dürüst dərəcədə artması qeyd olunur ($P < 0,05$).

Qeyd etmək lazımdır ki, bu qadınlarda endometriyumun qalınlığı nəzərə çarpacaq dərəcədə artması müəyyən edilir ($P < 0,05$). Exoqrafik müayinə nəticəsində uşaqlıqda çoxsaylı miomatoz düyünlər vizualizasiya olunur. Bu düyünlərin ən böyük diametrinin göstəricisi $45,1 \pm 4,83$ (12,7-110) mm, kiçik diametri isə $24,66 \pm 3,31$ (1,5-66) mm olunur. Uşaqlığın mioması olan qadınlarda hər iki yumurtalıqların uzunluğunun, eninin, qalınlığının statistik dürüst dərəcədə artması qeyd olunur

($P < 0,05$). Tədqiqatda uşaqlığın mioması olan 39 qadının 4-də (10.3%) yumurtalıqlarda şişibənzər törəmələr (sist) qeyd olunur. Yumurtalıqlarda olan sistin böyük diametri $42,0 \pm 2,8$ (14-67) mm, kiçik diametri isə $33,57 \pm 1,42$ (19-50) mm olmuşdur.

Cədvəl № 1.

Postmenopauzal dövrdə uşaqlığın mioması olan qadınlarda reproduktiv orqanların exoqrafik göstəriciləri ($M \pm Se$)

Exoqrafik göstəricilər	Postmenopauzal dövrdə uşaqlığın mioması olan qadınlar	Postmenopauzal dövrü fəsadsız keçən qadınlar	P
Uşaqlıq: -uzunluğu, mm -eni, mm -ön-arxa ölçüsü, mm Endometriumn qalınlığı, mm	$67,8 \pm 1,57$ (33-145) $54,1 \pm 1,79$ (24-100) $56,9 \pm 2,63$ (23-127) $13,63 \pm 0,56$ (10-18)	$44,44 \pm 0,92$ (25-58) $40,66 \pm 0,08$ (35-45) $27,76 \pm 0,025$ (18-32) $2,22 \pm 0,05$ (0.6-1.4)	$< 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$
Sağ yumurtalıq: -uzunluğu, mm -eni, mm -qalınlığı, mm	$27,43 \pm 2,81$ (17-67) $19,11 \pm 1,12$ (10-46) $18,43 \pm 0,87$ (12-37)	$18,82 \pm 0,09$ (10-20) $11,1 \pm 0,04$ (8-14) $15,49 \pm 0,07$ (12-25)	$< 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$
Sol yumurtalıq: -uzunluğu, mm -eni, mm -qalınlığı, mm	$24,74 \pm 1,5$ (18-48) $17,95 \pm 1,78$ (10-49) $17,41 \pm 0,69$ (12-37)	$19,74 \pm 0,07$ (10-25) $10,74 \pm 0,05$ (8-14) $14,99 \pm 0,08$ (12-18)	$< 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$
Miomatoz düyünlərin ölçüləri: -böyük diametr, mm -kiçik diametr, mm	$45,1 \pm 4,83$ (12,7-110) $24,66 \pm 3,31$ (1,5-66)	-	-

Aparılan tədqiqat nəticəsində 130 postmenopauzal dövrdə olan qadınlardan 23 (17,7%) –də endometriumn hiperplaziyası qeyd edilib. Bu qadınlardan reproduktiv oranlarının exoqrafik göstəriciləri cədvəl 2-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl № 2.

Postmenopauzal dövrdə endometriumn hiperplaziyası olan qadınlarda reproduktiv orqanların exoqrafik göstəriciləri ($M \pm Se$)

Exoqrafik göstəricilər	Postmenopauzal dövrdə endometriumn hiperplaziyası olan qadınlar	Postmenopauzal dövrü fəsadsız keçən qadınlar	P
Uşaqlıq: -uzunluğu, mm -eni, mm -ön-arxa ölçüsü, mm Endometriumn qalınlığı, mm	$50,33 \pm 3,45$ (33-78) $46,33 \pm 2,54$ (28-59) $43,57 \pm 3,21$ (35-59) $15,84 \pm 1,53$ (6-29)	$44,44 \pm 0,92$ (25-58) $40,66 \pm 0,08$ (35-45) $27,76 \pm 0,025$ (18-32) $2,22 \pm 0,05$ (0,6-1,4)	$> 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$
Sağ yumurtalıq: -uzunluğu, mm -eni, mm -qalınlığı, mm	$21,53 \pm 2,1$ (16,8-36,0) $18,16 \pm 1,93$ (11-28) $18,21 \pm 0,27$ (13-34)	$18,82 \pm 0,09$ (10-20) $11,1 \pm 0,04$ (8-14) $15,49 \pm 0,07$ (12-25)	$> 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$
Sol yumurtalıq: -uzunluğu, mm -eni, mm -qalınlığı, mm	$20,5 \pm 2,86$ (13-30) $17,36 \pm 1,4$ (11-29,8) $17,13 \pm 0,29$ (11-35)	$19,74 \pm 0,07$ (10-25) $10,74 \pm 0,05$ (8-14) $14,99 \pm 0,08$ (12-18)	$> 0,05$ $< 0,05$ $< 0,05$

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi postmenopauzal dövrdə endometriumn hiperplaziyası olan qadınlarda uşaqlığın eninin, ön-arxa ölçüsünün artması müəyyən edilir ($P < 0,05$). Endometriumn qalınlığı fəsadsız keçən postmenopauzal dövrdə olan

qadınlarda müqayisədə yüksək qeyd edilir ($P < 0.05$). Endometriyumun hiperplaziyası olan qadınlarda hər iki yumurtalıqın eninin, qalınlığının statistik dürüst dərəcədə artması təyin edilir ($P < 0.05$).

Tədqiqatda 130 postmenopauzal dövrdə müxtəlif törəmələri olan qadınların 17 (13,1%)–də yumurtalıqların şişəbənzər törəmələri aşkar olunub. Bu qadınların reproduktiv orqanlarının exoqrafik göstəriciləri cədvəl 3-də təqdim edilib.

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların şişəbənzər törəmələri olan qadınlarda endometriyumun qalınlığının statistik dürüst dərəcədə artması qeyd olunur ($P < 0.05$).

Qeyd etmək lazımdır ki, müayinə olunan qadınlarda uşaqlığın exoqrafik göstəriciləri postmenopauzal dövrü fəsadsız keçən qadınlarda uşaqlığın exoqrafik göstəricilərindən praktiki olaraq fərqlənmirlər ($P > 0.05$). Yumurtalıqların şişəbənzər törəmələri olan qadınlarda hər iki yumurtalıqların uzunluğunun, eninin, qalınlığının statistik dürüst dərəcədə artması qeyd olunur ($P < 0.05$).

Cədvəl № 3.

Postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların şişəbənzər törəmələri olan qadınlarda reproduktiv orqanların exoqrafik göstəriciləri ($M \pm Se$)

Exoqrafik göstəricilər	Postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların şişəbənzər törəmələri olan qadınlar	Postmenopauzal dövrü fəsadsız keçən qadınlar	P
Uşaqlıq:			
-uzunluğu,mm	48.67±2.79(30-110)	44.44±0.92(25-58)	>0.05
-eni,mm	38.26±2.78(21-45)	40.66±0.08(35-45)	>0.05
-ön-arxa ölçüsü,mm	32.5±3.5(23-88)	27.76±0.025(18-32)	>0.05
Endometriumn qalınlığı ,mm	11.1±1.64(2.1-19)	2.22±0.05(0.6-1.4)	<0.05
Sağ yumurtalıq:			
-uzunluğu,mm	62.26±4.67(9-153)	18.82±0.09(10-20)	<0.05
-eni ,mm	45.69±2.77(5.4-132)	11.1±0.04(8-14)	<0.05
-qalınlığı ,mm,mm	20.11±1.16(16-53)	15.49±0.07(12-25)	<0.05
Sol yumurtalıq:			
-uzunluğu,mm	39.17±2.96(10.5-80)	19.74±0.07(10-25)	<0.05
-eni ,mm	37.4±3.92(8.2-70)	10.74±0.05(8-14)	<0.05
-qalınlığı ,mm,mm	21.91±1.13(18-60)	14.99±0.08(12-18)	<0.05

Beləliklə postmenopauzal dövrdə reproduktiv orqanların xoşxasəli, preinvaziv və şişəbənzər törəmələri olan qadınlarda uşaqlığın və yumurtalıqların exoqrafik göstəricilərinin artması fonunda endometriyumun qalınlığının exoqrafik göstəricisinin patoloji artması (endometriyumun hiperplaziyası) müşayət edilir.

ƏDƏBİYYAT- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Бреусенко В.Г., Савельева Г.М., Голова Ю.А. Лечение гиперпластических процессов эндометрия в периоде постменопаузы // Ж.Акушер. и гинекол., 2009, №4, с.19-24.
2. Кузнецова И.В. Возможности терапии гиперпластических процессов эндометрия // Ж. «Трудный пациент», 2010, №1, с.12-16.
3. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., и др. Гиперпластические процессы эндометрия в пре- и постменопаузе. Методы терапии // Онкогинекология, 2012, №1, с.43-46.
4. Antunes A.Jr., Costa-Paiva L., Arthuso M., et al., Endometrial polyps in pre- and postmenopausal women: factors associated with malignancy // Am.J.Maturitas, 2007, vol.57, p.415-421.
5. Costa-Paiva L., Godoy C.E., Antunes A., Caseiro J.D. Risk of Malignancy in Endometrial Polyps in Premenopausal and Postmenopausal Women According to Clinicopatologic Characteristics // Am.J.Menopause, 2011, vol.18, №12, p.1278-1282.
6. Guidelines on Clinical Management of Endometrial Hyperplasia // HKCOG Guidelines, 2015, №16, p.1-14.

7. Hashimi H.A., Zayed A., Ghayaty E., El Rakhawy M. LNG-IUS treatment of non-atypical endometrial hyperplasia in perimenopausal women: a randomized controlled trial // Am.J.Gynecol. Oncol., 2013, №24, p.128-134.
8. Kasraeian M., Asadi N., Ghaffarpassand F., Karimi A.A. Value of transvaginal ultrasonography in endometrial evaluation of non-bleeding postmenopausal women // Climacteric, 2011, vol.14, №1, p.126-131.
9. Polyzos D., Economides P., Zervondis S., Jatrakis G. Pathological Increased Endometrial Thickness in Ultrasound Examination: Causes, Diagnosis and Treatment // Greece J. Gynecology, 2009, vol.5, №1, p.30-39

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Мамедова С.М., Гарашова М.А., Алиева Э.М., Султанова С.Г., Рагимова В.В.

Цель исследования: определить особенности эхографических показателей органов репродуктивной системы при доброкачественных образованиях матки и яичников в постменопаузальном периоде.

Клинический материал и методы исследования. Обследовано 130 женщин с различными образованиями органов репродуктивной системы, находящихся в постменопаузальном периоде. Из них у 30% (39) определена миома матки, у 17,7% (23) гиперплазия эндометрия, у 13,1% (17) опухолевидные образования яичников.

Результаты исследования. Установлено, что частота доброкачественных, преинвазивных и опухолевидных образований органов репродуктивной системы составила 60,8%. По данным УЗИ у женщин с миомой матки в постменопаузальном периоде отмечается достоверно высокие показатели размеров матки, яичников и толщины эндометрия ($13,63 \pm 0,56$ мм).

У женщин с гиперплазией эндометрия в постменопаузе отмечается достоверное увеличение переднезаднего размера матки, эхографических показателей обоих яичников и, соответственно, толщины эндометрия ($15,84 \pm 1,53$ мм).

При опухолевидных образованиях яичников определяется достоверное увеличение толщины эндометрия и эхографических показателей обоих яичников.

Выводы: В постменопаузальном периоде наличие доброкачественных, преинвазивных и опухолевидных образований органов репродуктивной системы сопровождаются существенным увеличением толщины эндометрия на фоне высоких эхографических показателей размеров матки и яичников.

Ключевые слова: фибромиома матки, гиперплазия эндометрия, опухолевидные образования яичников, эхографические показатели, постменопауза.

SUMMARY

FEATURES OF ECHOGRAPHIC EXAMINATION OF ORGANS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM FOR TUMORAL FORMATIONS OF THE UTERUS AND OVARIES IN THE POSTMENOPAUSAL PERIOD

Mamadova S.M., Qarashova M.A., Aliyeva E.M., Sultanova S.Q., Rakhimova V.V.

The purpose of the study: to determine the features of the echographic indicators of the reproductive system in benign uterine and ovarian formations in the postmenopausal period.

Clinical material and methods of research. 130 women with various formations of organs of the reproductive system, who were in the postmenopausal period, were examined. Of these, 30% (39) have uterine fibroids, 17.7% (23) have endometrial hyperplasia, 13.1% (17) have ovarian tumors.

Results of the study. It was established that the frequency of benign, preinvasive and tumor-like formations of organs of the reproductive system was 60.8%. According to ultrasound in women with uterine myoma in the postmenopausal period, there are significantly high rates of uterine, ovarian and endometrial thickness (13.63 ± 0.56 mm).

In women with endometrial hyperplasia in postmenopause, there is a significant increase in the anteroposterior size of the uterus, echographic parameters of both ovaries and, respectively, the thickness of the endometrium (15.84 ± 1.53 mm).

In tumor-like formations of the ovaries, a significant increase in the thickness of the endometrium and the echographic parameters of both ovaries is determined.

Conclusions: In the post-menopausal period, the presence of benign, pre-invasive and tumor-like formations of reproductive system organs is accompanied by a significant increase in the thickness of the endometrium against a background of high echographic parameters of uterine and ovarian dimensions.

Key words: uterine fibroids, endometrial hyperplasia, tumor-like ovarian formations, echographic indicators, postmenopause.

Daxil olub: 14.09.2018.

BƏTNDAXİLİ İNFEKSIYANIN İNKİŞAFINDA ANANIN SAĞLAMLIQ VƏZİYYƏTİNİN ROLU

Qarayeva S.Z., Məmmədova A.Ə.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq xəstəlikləri kafedrası
K.Y.Fərəcova adına Elmi – Tədqiqat Pediatriya institutu*

Bətdaxili infeksiyalar (BDİ) problemi müasir perinatologiya, pediatriyanın sonrakı yaş dövrü üçün ən aktual məsələ olaraq qalır [1,2]. Probleminin aktuallığı həm də onunla müəyyən edilir ki, BDİ olan uşaqların sağlamlığında sonralar ciddi dəyişikliklər inkişaf edə bilər ki, bu da onlarda xronik xəstəliklərin, əlilliyin formalaşmasına və deməli, ümumilikdə uşağın həyat keyfiyyətinin azalmasına və sosial dizadaptasiyasına gətirib çıxara bilər [3,4,5].

Müasir təsəvürlərə görə bətdaxili dövrdə infeksiya amillərinin anadan dölə ötürülməsinin potensial təhlükəsi qadının ağır mamalıq-ginekoloji və infeksiya anamnezi, somatik xəstəlikləri və ana-cift-döl funksional sistemində homeostazın pozulmasına şərait yaradan vəziyyətlərdir [3,4,6,7]. Bundan əlavə, anadan dölə infeksiya agentinin ötürülməsində və bətdaxili yoluxmada iştirak edən qeyri-infeksiya risk amilləri də mühüm əhəmiyyət kəsb edir və onlara aiddir: ağır hestozlar, hamiləliyin pozulma təhlükəsi, uşaqlıq-cift qan dövranının patoloji vəziyyətləri, anamnezdə düşüklərin olması ilə təzahür edən hamiləliyin patoloji gedişi, anada doğuşa qədər və doğuşdan sonra müxtəlif somatik xəstəliklərin olması və s. [4,5]. Hazırda hamilə qadınlarda infeksiya proseslərinin tezliyinin artması bu problemi daha aktual məsələyə çevirmişdir.

Bununla əlaqədar olaraq, hamiləliyin və doğuşların gedişinə, dölün və yenidoğulmuşun inkişafına, onun adaptasiya imkanlarına, xəstələnmə və ölüm səviyyəsinə qadının ekstragenital patologiyasının təsirinin öyrənilməsi öz əhəmiyyətini saxlamaqda davam edir.

Tədqiqatın məqsədi: Bətdaxili infeksiyası olan anaların ekstragenital patologiyaların yayılma səviyyəsini müəyyən etmək və sağlamlıq vəziyyətlərini öyrənmək.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata bətdaxili infeksiya ilə doğulan 158 uşaq (əsas qrup) cəlb edilmişdir. Nəzarət qrup təsadüfi seçmə üsulu bətdaxili infeksiya qeyd olunmayan sağlam 76 yenidoğulmuş uşaqdan ibarət olmuşdur. Bətdaxili infeksiyanın risk amillərini müəyyənləşdirmək məqsədi ilə bu uşaqların analarında anket sorğusu yolu ilə yaşı, anamnestik məlumatları, somatik, ekstragenital xəstəlikləri haqqında məlumatlar toplanmışdır. Tədqiqatda 17 yaşdan 39 yaşa qədər olan analar iştirak etmişlər, onların orta yaşı $26,6 \pm 0,5$ il təşkil etmişdir.

Əldə olunmuş məlumatların statistik işlənməsi variasion statistika metodu ilə MS Excel-2010 proqram təminatının köməyi ilə həyata keçirilmişdir. Keyfiyyət məlumatları arasında fərqi təyin etmək üçün χ^2 -Pirson meyarından istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Anaların sağlamlıq vəziyyətinin tədqiqi zamanı anaların xəstəlikləri öyrənilmişdir. Bu zaman daha çox rast gələn aşağıdakı patologiyalar olmuşdur: endokrin, tənəffüs, həzm sisteminin xəstəlikləri, qan və qanyaradıcı orqanların və cinsi yolla keçən yolla xəstəliklər. Müayinə qruplarında analarda sağlamlıq vəziyyətinin təhlilinin nəticələri cədvəldə təqdim olunmuşdur.

Cədvəl № 1.

Bətdaxili infeksiya zamanı anaların sağlamlıq vəziyyəti

Patologiya	Nəzarət qrupu (n=76)	Əsas qrup (n=158)	χ^2 ; p
Endokrin sistemin xəstəlikləri (E00-E14)	–	5 $3,2 \pm 1,4\%$	–
Qan, qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri (D50-D64)	19 $25,0 \pm 5,0\%$	96 $60,8 \pm 3,9\%$	$\chi^2=26,26$ $p<0,001$
Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri (J00 - J39)	6 $7,9 \pm 3,1\%$	69 $43,7 \pm 1,1\%$	$\chi^2=30,16$ $p<0,001$
Cinsi yolla keçən xəstəliklər (A50-A64)	–	18 $11,4 \pm 2,5\%$	–
Həzm sisteminin xəstəlikləri (K20-K31)	3 $3,9 \pm 2,2\%$	13 $8,2 \pm 2,2\%$	$\chi^2=0,88$ $p>0,05$

Qan sisteminin və qanyaradıcı orqanların patologiyaları (qidalanma ilə bağlı anemiyalar, hemolitik anemiyalar və s.) dölə mənfi təsir göstərir. Xəstəliyin formasının ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq risk dərəcəsi də dəyişir. Əsas qrupda olan analarda xəstəlikləri təhlil edərək və nəzarət qrupu ilə müqayisə edərək öyrənilən qruplarda qan və qanyaradıcı orqanların xəstəliklərinin yüksək tezliyə malik olmasını izləmək olar – müvafiq olaraq əsas və nəzarət qrupunda $60,8 \pm 3,9\%$ və $25,0 \pm 5,0\%$. Anemiya yanaşı gedən patologiya kimi bütün tədqiq olunan qruplarda dürüst çox rast gəlir. Əldə olunan məlumatlar bir-biri ilə statistik cəhətdən fərqlənirlər ($\chi^2=26,26$, $p<0,001$).

Hamiləlik zamanı meydana çıxan anatomik və fizioloji dəyişikliklər müəyyən dərəcədə tənəffüs sisteminə təsir göstərir. Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri arasında hamiləlik dövründə yuxarı tənəffüs yollarının kəskin respirator infeksiyaları və

kəskin bronxidlər xüsusi yer tutur. Analarda tənəffüs orqanlarının xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi əsas qrupda $43,7 \pm 1,1\%$ hadisə təşkil edir ki, bu da nəzarət qrupundakı göstəricilərdən dürüst fərqlənir - $7,9 \pm 3,1\%$ ($\chi^2=30,16$, $p<0,001$). Bu rəqəmlər orqanizmin immun rezistentliyinin zəifləməsi, hiperventilyasiya və xronik infeksiya ocaqlarının olması üzündən tənəffüs orqanlarını zədələyən hava-damcı infeksiyalarına qarşı yüksək həssaslıqdan xəbər verir.

Hestasiya dövründə cinsi yolla keçən xəstəliklər (qonokokk, xlamidiya, herpes və s. infeksiyalar, kandidoz) bir çox ağırlaşmaların - xorioamnionit, bətdaxili inkişafın ləngiməsi və dölün bətdaxili və intranatal infeksiyalaşması, özbaşına düşüklər, vaxtındanəvvəl doğuşlar, doğuşdansonrakı dövrdə irinli-septiki ağırlaşmaların səbəbi ola bilər. Hamilə qadınlarda cinsi infeksiyalar yüksək yayılma səviyyəsinə malikdirlər və bəzən latent formada keçirlər ki, bu da onların vaxtında diaqnostikasını və daha sonra müalicənin aparılmasını çətinləşdirir. Əsas qrupda olan analarda cinsi yolla keçən xəstəliklər $11,4 \pm 2,5\%$ halda rast gəlir, halbuki nəzarət qrupunda bu patologiya müşahidə edilmir.

Həzm sistemi orqanlarının xəstəlikləri müasir cəmiyyətdə son dərəcə geniş yayılmış, xronikləşməyə meyllidir, bəzən şiddətlənən gedişə malikdir. Son onillikdə hamilə qadınlar arasında onların, xüsusilə də qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağ xəstəlikləri (qastrit, duodenitlər, mədə xorası, dispepsiya və s.) inkişaf ehtimalı artmışdır. Bütün müayinə qruplarında bu nozoloji qrupun xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi statistik cəhətdən fərqlənməmişdir: əsas qrupda $8,2 \pm 2,2\%$ və nəzarət qrupunda $3,9 \pm 2,2\%$.

Endokrin sistemin xəstəlikləri qadının reproduktiv sistemində dəyişikliklər törədə bilər, həmçinin döldə patoloji dəyişikliklərin inkişaf riskini yarada bilər. Daha çox rast gələn patologiyalar qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri, hipoteroz, şəkərli diabet və s. BDİ olan analarda bu xəstəliklər $3,2 \pm 1,4\%$ rast gəlir, halbuki nəzarət qrupunda endokrin xəstəliklər nəzərə çarpmamışdır.

Beləliklə, BDİ olan anaların sağlamlıq vəziyyətinin təhlili sağlamlıq indeksinin aşağı olmasını göstərir. Dölün bətdaxili infeksiyalaşması hamilə qadınlarda çox vaxt qan və qanyaradıcı, tənəffüs orqanlarının və cinsi yolla keçən xəstəliklərin fonunda baş verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Quliyev N.C., Məmmədbəyli A.K., Rəhimova N.C. Bətdaxili infeksiyası olan yenidoğulan uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin perinatal zədələnməsi // Metodik tövsiyyə. Bakı, 2011, 40 s.
2. Quliyev N.C., Qarayeva S.Z. Dölün bətdaxili inkişafının risk amilləri // Sağlamlıq, 2010, № 8, s.83-87
3. Həsənov S.S., Sadiqova S.A. Yenidoğulanlarda perinatal asfiksiya zamanı mərkəzi sinir sisteminin zədələnmələrinin risk faktorları // Sağlamlıq. 2017 - Nömr. 5 .s.113-117.
4. Арестова И.М., Киселева Н.И., Жукова Н. П., Дейкало Н.С. Диагностика, лечение и профилактика некоторых инфекций, специфичных для перинатального периода. Особенности подготовки к беременности // Охрана материнства и детства, 2015, 31, с. 41-51.
5. Буданов П.В. Стрижаков А.Н. Этиология, патогенез, диагностика и лечение внутриутробной инфекции. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2010. — Т. 9, № 3. — С. 61-71.
6. Жидкова О.Б., Курзина Е.А. и др. Возможности прогнозирования развития критических состояний у новорожденных в зависимости от состояния здоровья матери. // Вестник Российской военно-медицинской академии, 2012, Т. 4, с. 213—216.
7. EP. De Jong, AC. E. Lopriore. How to use ... neonatal TORCH testing // Matern Fetal Neonatal Med.-2013. - Vol: 26. - P. 1103-1106.
8. K. Mehler, A. Oberthuer, R. Lang-Roth, A. Kribs. High rate of symptomatic cytomegalovirus infection in extremely low gestational age preterm infants of 22-24 weeks' gestation after transmission via breast milk // JTrop Pediatr. – 2014. – Vol. 60. – P. 168-70.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ В РАЗВИТИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гараева С.З., Мамедова А.Э.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра детских болезней
НИИ Педиатрии им.К.Фараджевой

Внутриутробные инфекции (ВУИ) занимают одно из первых мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, их частота не имеет тенденции к снижению. В связи с этим сохраняется важность изучения влияния экстрагенитальной патологии женщины на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного. С этой целью мы изучили распространенность сопутствующей экстрагенитальной патологии у матерей с ВУИ. Под наблюдением находились 158 матерей, родивших детей с ВУИ (основная группа). Внутриутробное инфицирование плода происходит у беременных статистически значимо чаще всего на фоне болезней крови и кроветворных органов - $60,8 \pm 3,9\%$, органов дыхания - $43,7 \pm 1,1\%$, и болезней, передающихся половым путем - $11,4 \pm 2,5\%$ ($p < 0,001$). Итак, анализ состояния здоровья матерей с ВУИ свидетельствует о низком индексе здоровья.

Ключевые слова: внутриутробные инфекции, новорожденные, здоровье матерей, факторы риска

SUMMARY

THE ROLE OF MATERNAL HEALTH IN THE DEVELOPMENT OF INTRAUTERINE INFECTION

Garayeva S.Z, Mamedova A.E.

Azerbaijan Medical University, Department of Children's Diseases
Science-Research Institute of Pediatrics named after K.Faradjeva

Intrauterine infections (TORCH) occupy one of the first places in the structure of perinatal morbidity and mortality, their frequency doesn't tend to decrease. In this regard, it remains important to study the impact of extragenital pathology of a woman on the course of pregnancy and childbirth, the development of the fetus and the newborn. To this end, we studied the prevalence of concomitant extragenital pathology in mothers with TORCH. Under supervision were 158 mothers who gave birth to children with TORCH (the main group). Intrauterine infection of the fetus occurs statistically significantly in pregnant women, most often against the background of blood and blood-forming organs diseases - $60.8 \pm 3.9\%$, respiratory organs - $43.7 \pm 1.1\%$, and sexually transmitted diseases - $11.4 \pm 2.5\%$ ($p < 0.001$). So, the analysis of the state of health of mothers with TORCH infection testifies to a low health index.

Key words: intrauterine infection, newborn, maternal health, risk factors.

Daxil olub: 20.06.2018.

UŞAQLARDA BAZU SÜMÜYÜ KONDİLUSUNDAN VƏ
KONDİLUSÜSTÜNDƏN KEÇƏN SİNİQLARINDA
MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİ

Xudiyev V.M., Quliyev Ə.M.

Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu, Bakı

Sumqayıt şəhəri Təcili yardım xəstəxanası, Sumqayıt

Aşar sözlər: dirsək oynaqı, uşaqlar, kondilusdan keçən və kondilusüstü sınıqlar.

Ключевые слова: локтевой сустав, дети, над и-чрезмыцелковые переломы

Key words: elbow joint, children, supra and transcondylar fractures.

Uşaqlarda bazu sümüyü kondilusundan və kondilusüstündən keçən sınıqlar tez-tez rast gəlinir və əksər hallarda fraqmentlərin yerdəyişməsi müşahidə olunur. Onların müalicəsi çox böyük çətinliklər törədir və çox vaxt dirsək oynaqının deformasiyasına, hərəkət məhdudluğuna, və bəzən oynaqın funksiyasının tamlıqda pozulması ilə nəticələnir. Təzə sınıqlar zamanı fraqmentlərin böyük yerdəyişmələri, əksər halda periferik sinir-damar dəstəsinin zədələnmələri ilə müşahidə olunur [1,2]. Son zamanlar bazu sümüyünün kondilusdan keçən və kondilusüstündən keçən sınıqlarının açıq üsul ilə repozisiyasına daha çox üstünlük verilir [3,4

Tədqiqatın məqsədi: Uşaqlarda bazu sümüyü kondiluslardan və kondilusüstündən keçən sınıqları zamanı az invaziv travmatik müalicə üsullarının seçilməsi ilə yanaşı ağırlaşmaların qarşısının alınmasına nail olmaq.

Material və metodlar: 2009-cu ildən 2015-ci ilədək 1-yaşdan 15-yaşa kimi 155 xəstə olmuşdur ,onlardan Sumqayıt şəhəri TTYX-da 48 (31%) xəstə və Bakı şəhəri ETTÖİ-da 107 (69,3%) xəstə. Bunlardan 107 (69%) oğlan, 48 (31%) qız olmuşdur. Bazu sümüyü kondilusunun sınıqlarının müalicəsində yaxın və uzaq nəticələri öyrənərkən əməliyyatdan əvvəl və sonrakı kriteriyalar nəzərə alınmışdır. Bazu sümüyünün kondilusdan və kondilusüstündən keçən sınıqları uşaqlarda ən çox rast gəlinən məişət travmasıdır və 5-11 yaşlı uşaqlar arasında daha çox təsadüf edilir.

Müzakirə: Bizim müşahidələrə görə oğlanlarda qızlara nisbətən bu növ sınıqlar 2,2 dəfə çox rast gəlinir. Birmomentli qapalı repozisiya vaxtında düzgün aparılırsa əsas müalicə üsullarından biri kimi istifadə edilə bilər. 19 xəstədə (12,3%) qapalı repozisiya aparılmış, onlardan 4-də (2,6%) yaxşı, 11-də (7,1%) kafi, 4-də (2,6%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır. Qapalı repozisiya və fraqmentlərin Kirşner milləri ilə fiksasiyası travmanın ilk saatlarında aparıldıqda daha effektiv olur. Bizim müşahidələrdə bu üsüldən 33 xəstədə (21,3%) istifadə edilmişdir. Onlardan 4-də (2,6%) yaxşı, 20-də (12,9%) kafi, 9-da (5,8%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır. Oynaqda böyük şişkinlik olan zaman və sınıqdan 2-3 gün sonra müraciət edilən hallarda əvvəlcə skelet dartması tətbiq edilmiş, şişkinlik çəkiləndən sonra qapalı repozisiya aparılmış və Kirşner milləri ilə fiksasiya edilmişdir. Bu üsüldən 62 xəstədə (40%) istifadə edilmişdir. Bu xəstələrdən 50-də (32,2%) yaxşı, 10-da (6,5%) kafi, 2-də (1,3%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır. Açıq üsul ilə repozisiyaya göstəriş: açıq sınıqlarda, fraqmentlərin dərini deşmək, damar-sinir zədələnmə təhlükəsi, ətrafda qan dövrəni pozğunluğu olan hallarda, qapalı repozisiyanın alınmaması, sınığın təhlükəli yerdəyişməsi zamanı, stasionar müalicəyə bir sutkadan sonra daxil olmuş hallarda aparılır. Bizim müşahidələr əsasında açıq üsulla Kirşner milləri ilə repozisiya 41 xəstədə (26,4%) aparılmışdır: 40-da (25,8%) yaxşı, 1-də (0,6%) kafi nəticə alınmışdır. Yekun olaraq 98 xəstədə (63,2%) yaxşı, 42 xəstədə (27,1%) kafi, 15 xəstədə (9,7%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır. 8 xəstə konyulla edilmiş vintlər ilə osteosintez edilmiş bu da ümumi xəstələrin 5,2% təşkil edir. Stabil fiksasiyaya oynaqın anatomik strukturunu bərpa etməklə yanaşı erkən funksional nəticələrin alınmasına və ikincili yerdəyişmənin olmaması ilə də izah olunur. Digər üsulla, yəni qapalı yolla repozisiya edib Kirşner milləri ilə 33(21,3%) xəstədə aparılmış, osteosintez olunan xəstələrdə ətrafın funksiyası 1,5-2 aya bərpa olunmuşdur. Lakin

köhnəlmiş sınıqlar zamanı həm ətrafın immobilizasiya müddəti, həm də reabilitasiya vaxtı bir qədər uzanır. Gecikmiş sınıqlarda daha çox açıq üsuldən istifadə olunur. Cərrahi əməliyyatdan sonra oynaqın həm anatomik quruluşu, həm də funksiyası tez və tam bərpa olunmuşdur. Yaxşı nəticəyə o xəstələr qəbul edilmişdir ki, həmin xəstələrdə bazu sümüyü kondilusunun anatomik quruluşu tam bərpa olunmuşdur, lakin dirsək oynaqında 10° bükmə məhdudluğunun olması ilə yanaşı açma 180° -dir. Kafi nəticə kimi o, xəstələr qiymətləndirilmişdir ki, həmin fraqmentin bitişməsi azaca yerdəyişmə ilə olmuş və dirsək oynaqında $175-170^\circ$ bucaq altında bükücü kontraktura vardır. Müalicənin yaxın nəticələri kimi 155 xəstədə öyrənilmişdir, 19 (12,3%) konservativ və 136 (87,7%) cərrahi üsulla müalicə olunmuşdur. Konservativ üsulla, yəni ətrafın gips sarğısı ilə müalicə olunan 4 ($2,6 \pm 1,27\%$) xəstədə yaxşı nəticə, 11 ($7,1 \pm 2,06\%$) xəstədə kafi nəticənin alınması gips sarğısının altında ikincili yerdəyişmənin əmələ gəlməsi olmuş, 4 ($2,6 \pm 1,27\%$) xəstədə isə qeyri-kafi nəticənin olmasına səbəb üç gündən sonra (sınıqçı deyilən ara həkimi) müalicə olmuş və daxil olmuş bu xəstələrdə açıq üsulla cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Konservativ müalicənin yaxın nəticələrin analizi göstərir ki, bazu sümüyü kondilusunun azaca yerdəyişmə ilə olan osteoepifizioloji zamanı qapalı yol ilə repozisiya və gips sarğısı ilə immobilizasiyası zamanı yaxşı nəticə o, vaxtı almaq olar ki, həmin xəstələr daymi həkimin nəzarətində olsunlar, həmişə gips sarğısına nəzarət olunsun, belə ki, reaktiv hematoma sorulduqca gips sarğısı boşalır, barmaqları yığan əzələlərin yeğilməsi nəticəsində müxtəlif böyüklükdə diyastaz, və ikincili yerdəyişmə əmələ gələrək müxtəlif ağırlaşmalara səbəb olur.

Bu ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün ümumi və ya yerli anesteziya altında qapalı yolla repozisiya aparılaraq, fraqmentlər Kirşner milləriylə osteosintez olunmalıdır. Ətraf gips langetiyə 3 həftəyə qədər immobilizasiya olunur. Bu sadə əməliyyat fraqmentin ikincili yerdəyişməsinin qarşısını alır və bu üsuldən sonra bitişməməyə, yalançı oynaq və oynaqın funksiya pozğunluğuna rast gəlinmir, dirsək oynaqında hərəkətin həcmi, oynaqın anatomik quruluşu və funksiyası bərpa olur. Bazu sümüyünün kondilusunun bütün növ sınıqlarında dirsək oynaqının digər zədələnmələrində olduğu kimi 3-həftədən sonra millər və gips sarğısı çıxarıldıqdan sonra xəstə reabilitasiya dövrü keçməlidir. Dirsək oynaqının yumşaq toxumalarının böyük həcmdə zədələnməsi sınığı və çıxığı zamanı dirsək oynaqının travmaya reaksiyasının yüksəlməsi bərpa müalicəsi aparılan zaman xüsusilə ehtiyatlı olmağı tələb edir və bununla əlaqədar reabilitasiya dövrü də uzanır. Dirsək oynaqının funksional vəziyyətindən asılı olaraq bərpa müalicəsi bir neçə dövrə bölünür ki, bu da periferik qan dövranının vəziyyətindən, reperativ prosesin gedişindən asılıdır. Bərpa dövrünün hər birinin öz məqsədi, fiziki hərəkətləri ilə yanaşı fizioterapevtik müalicəsi mövcuddur.

I. Cərrahi əməliyyatdan sonra immobilizasiya dövrü 3-4 həftə müddətində olmaqla yanaşı əsas məqsəd qan dövranını yaxşılaşdırmaq, ətrafda ödemə azaltmaq.

II. Immobilizasiyadan sonrakı dövr 4 və ya 6 həftədən sonra gips sarğısı çıxarılır, bitişmə zəif gedən halda immobilizasiyanın vaxtı uzadılır. Gips sarğısı acılmaqla yanaşı millər çıxarıldıqdan sonra oynaq ağrısız hərəkət təyin olunur. Bu zaman daha yaxşı olar ki, ilk vaxtlar oynaqda aktiv hərəkəti uşağın özü etsin, çünki kənar adam bu hərəkəti edərkən oynaqda ağrı olur və bu da uşağın qorxaraq hərəkətdən imtina etməsinə səbəb olur, valideyin yenidən uşağı inandırmağa məcbur olur. Bu hərəkətlər 2 həftə davam etdirilir.

III-cü dövr 3 həftədən başlayaraq oynaqda ağrını, əzələlərin reflektor

gərginliyini və ödemi azaltmaq məqsədilə oynağa(Novokain+KJ ilə) elektroforez təyin olunur.

IV-cü dövr 4 həftədən sonra oynaqda bərk ağrı, əzələ gərginliyi olmur, onun üçün də oynaqda hərəkətin intensivliyi artmış olur. Bu məqsədlə masanın üzərində kiçik maşının sürülməsi, rezin topla volleybol oynamaq, gimnastik çubuqlardan istifadə etmək, qantellə müxtəlif hərəkətlər məsləhət görülür. Qeyd etmək lazımdır ki, dirsək oynağı tərəfindən reaktiv əlamətlər güclənməsinə deyə UTC, Parafin-ozokert apilkasiyası, isti vanna 40°-dən yüksək, dirsək oynağına masaj, kobud ağırlı passiv hərəkətlər, zədələnmiş ətrafa ağır yük vermək cərrahi əməliyyatdan sonra yolverilməzdir. Bu tədbirlər dirsək oynağında nəinki hərəkəti artırır, əksinə ödemi venoz durğunluğu, əzələlərin reflektor gərginliyini ağrı reaksiyasını artırır, oynaqda hərəkəti kəskin məhdudlaşdırır, ossifikatın əmələ gəlməsinə səbəb olur [5,6]. Belə olan halda bir qayda olaraq dirsək oynağının funksiyasının bərpa üçün çoxlu vaxt tələb olunur. Açıq və ya qapal üsul ilə dirsək oynağının repozisiyası müxtəlif üsullarla osteosintez 136 (87,7%) xəstədə aparılmışdır. Bu xəstələrin 100(64,5%) təzə, 55(33,5%) köhnəlmiş sınıqla daxil olmuşdur. Bunlardan 110(80%) kondilusdan keçən, 45 kondilusüstündən (20%) keçən sınıqlar olmuşdur.

Göründüyü kimi 94 (60,6%) xəstədə vaxtında kömək göstərildiyinə görə yaxşı, 31(20,0%) xəstədə kafi, 11 xəstədə isə əməliyyatdan sonra oynaqda kontrakturanın və ikincili olaraq ossifikatın əmələ gəldiyinə görə qeyri-kafi nəticə alınmışdır, bu da ümumi xəstələrin 7,1% təşkil edir. Gips sarğısı ilə müalicədən alınan nəticələrlə müqayisədə statik dürüst fərq alınmışdır. Təzə travma ilə olan xəstələrin müalicəsinin analizi onu göstərir ki, birinci gün müdaxilədən sonra və ya ən gec travmadan 3 gün sonra müdaxilə olunan xəstələrdə nəticə yaxşı olması qeyd olunur. Qapalı yol ilə repozisiya aparmaqla Kirşner milləri ilə osteosintez olunan xəstələrin hamısında ətrafın funksiyası 2-3aya bərpa olunmuşdur. Açıq üsul ilə repozisiya aparılıb osteosintez olunan xəstələrdə oynağın funksiyası elə bu müddətdə bərpa olunur. Lakin köhnəlmiş sınıqlar zamanı həm ətrafın immobilizasiya-yanın müddətinə, həm də reabilitasiyaya çox vaxt tələb olunur. 20 (12,9%) xəstədə bazu sümüyü kondilusunun köhnəlmiş sınığı açıq üsul ilə repozisiya edilərək osteosintez olunmuşdur. Bizim müşahidələrimiz onu göstərir ki, bazu sümüyü kondilusunun sınıqlarında millərlə osteosintez zamanı bu və ya digər dərəcədə sınıq səthlərində rezorbisiya gedir, bu da bitişmə prosesini pozur, və onun müddətinin uzanmasına səbəb olur. Ona görə də belə hallarda immobilizasiya müddətini uzatmaq lazım gəlir, bu da müalicəyə öz təsirini göstərir. Açıq üsul ilə repozisiya, osteosintez oynaq ətrafi toxumaların reaktivlik proliferasiya prosesini həddindən artıq gücləndirir (3,4,6) oynaq ətrafi toxumalarda fibroz toxmanın əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Bu da oynaqda hərəkət məhdudluğuna kontrakturaya səbəb olur. Belə hallarda R-qrafiyada lokal osteoporoz, dirsək oynağı nahiyəsində yumşaq toxmaların qalınlaşması qeyd olunur. Ona görə belə xəstələr ixtisaslaşmış müalicə almalıdır. Ondan başqa belə hallarda redressasiya, məcburən işlətmək, əks göstərişdir çünki oynaq ətrafi toxmalarda reaktivlik prosesini gecləndirir, ossifikatın əmələ gilməsinə meyilliyi artırır. Adətən normal gedişli proseslərdə, oynaqda immobilizasiya saxlandıqdan sonra 3-4 həftəyə oynaqda aktiv və passiv hərəkətlər bərpa olunur. Ədətən oynaqdaxili və oynaqdan kənar sınıqlar zamanı aparılan reabilitasiyalar, cərrahi və ya konservativ yol ilə aparılan müalicədən az rol oynamır. Əksər hallarda 6-8 həftə müddət ərzində reblitasiya dövürünü keçmiş uşaqlarda bu və ya digər dərəcədə oynaqda funksiya dəyşikliyi baş verir. Ona görə də dirsək oynağının oynaq daxili və

oynaqdan kənar sınığı ilə olan uşaqlar reabilitasiya dövrü keçməlidirlər. Bazu sümüyü kondilusnun təzə və köhnə sınığının müalicəsinin yaxın və uzaq nəticələri 155 xəstədə öyrənilmişdir. Bazu sümüyü kondilusnun açıq üsulla repozisiyası zamanı kafi nəticə bazu sümüyü sınığının köhnəlmiş sınığının osteosintezi zamanı alınmışdır. Konservativ müalicə zamanı ətrafın fiksasiyası 4 həftə, açıq üsul ilə repozisiya zamanı isə bitişmədən asılı olaraq 4-6 həftə davam etmişdir.

Beləliklə, bazu sümüyü kondilusunun müalicəsinin uzaq nəticələrinin öyrənilməsi onu göstərir ki, yaxşı nəticəni 78 (50,3%) xəstədə fraqmentlərin anatomik yerinə qoyulmasından və eyni zamanda fraqmentlərin stabil ostesintezindən sonra almaq mümkündür.

Bizim müşahidələrmiz onu göstərir ki, bu və ya digər ağırlaşmalar olmayan zamanı 6-8 həftədən sonra dirsək oynaqında hərəkət tamlıqda bərpa olunur. Açılma $165-170^\circ$ və bükülmə $80-90^\circ$ olan zamanı dirsək oynaqında hərəkətin bərpasına xüsusi ilə diqqət vermək lazımdır. Çünki reabilitasiya nəticəsində oynaqda hərəkətin bərpası $165-170^\circ$ qalarsa uşaqlarda dirsək oynaqında açılmaya nail olmaq çox çətin olur. Belə bir hal da dirsək oynaqında $50-55^\circ$ bucaq altında bükülməyə nail olmaq mümkün olmazsa, sonradan tam bükülməyə nail olmaq mümkün olmur. Müalicədə buraxılan səhvlər nəticəsində oynaqda hərəkət məhdudluğu, fraqmentin kafi immobilizasiya olunmaması, sınıq səthlərinin konsolidasiyası prosesi zamanı rezorbisiyası nəticəsində fraqmentin ikincili yerdəyişməsi baş verir, bizim materiyalda R-ji olaraq 4(2,6%) xəstə qeydə alınmışdır bu da oynaqda varus və valqus deformasiyası əmələ gətirmişdir

Ona görə də xəstələrin reabilitasiyasına başlayan zamanı xəstəliyin tarixi ilə yanaşı rengenoloji əlamətlərlə də tanış olmaq lazımdır. Xüsusi ilə dirsək oynaqında hərəkətin tam bərpa olunma imkanı təkcə fraqmentin bitişməsindən asılı olmayıb oynaqın kapsulasında və həm də oynaqətrafi toxumalarda gedən ağır çapıq toxmalarının əmələ gəlməsindən də asılıdır. Bizim kliniki müşahidələrmiz onu göstərir ki, dirsək oynaqından immobilizasiyanı açıqdən sonra oynaqın anatomik quruluşu oynaq ətrafi toxmaların hesabına qalırsa, uzun müddət aparılan reabilitasiya tədbirlərindən sonra ödem azalmırsa və əvvəlki kimi formada qalmırsa, bu proqnostik olaraq pis nəticə hesab olunur. Çünki oynaq ətrafında reaktiv fibroz toxuma artaraq ossifikatın əmələ gəlməsinə səbəb olur.

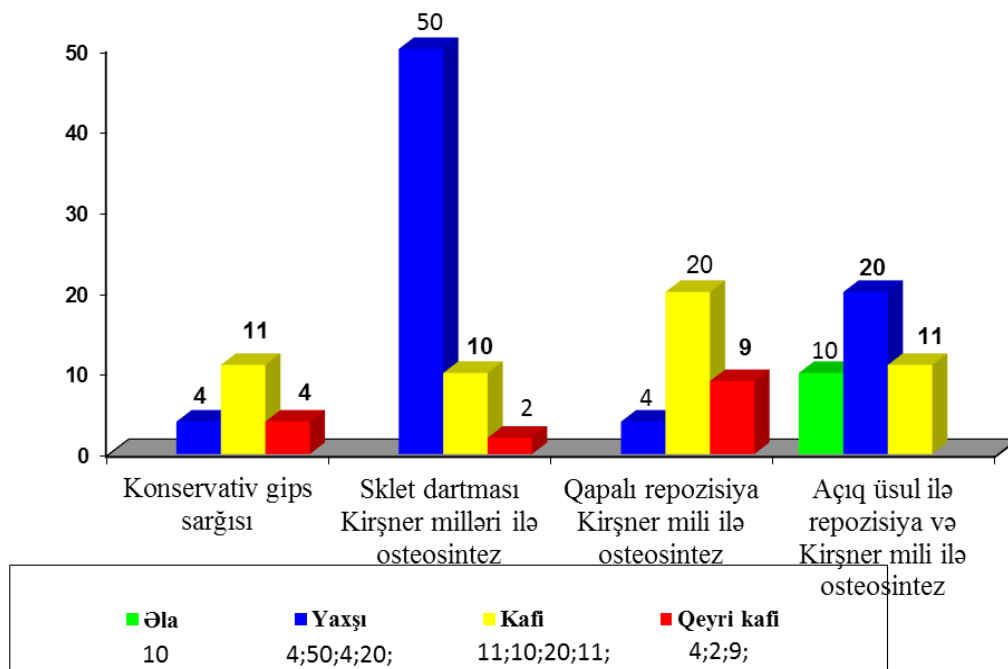
Bütün tədbirlər birləşdirici toxuma membranının keçiriciliyinin azalmasına, venoz qan dövrünün yaxşılaşmasına yönəlməlidir. Adətən immobilizasiya çıxarıldıqdan sonra dirsək oynaqında aktiv və passiv hərəkətlər birinci üç həftədə bərpa olur. Belə hallarda uşaqlarda MBT-ni kəskin və kobud etməmək lazımdır, həkim-metodist uşağın inamını qazanıb aktiv reabilitasiyaya qoşulmalı və tədricən oynaqda hərəkətin artırılmasına nail olmalıdır. Oynaqdaxili və oynaqətrafi sınıqlar zamanı uşaqlarda aparılan reabilitasiya tədbirləri müalicə metodlarında az rol oynamır.

Uşaqlarda oynaqda hərəkətin məhdud qalmasına səbəblərdən biri də onların tam reabilitasiya tədbirləri almadan ambulator müalicəyə göndərilmələridir.

Bundan başqa cərrahi əməliyyatdan sonra, yəni fraqment millə bazu sümüyünə fiksə ediləndə və ətraf gips langetilə fiksə olunandan sonra dərhal bazu oynaqına və əl barmaqlarına hərəkət təyin edilməlidir. Çünki bu həmin zədələnmiş ətrafda və oynaqətrafi toxumalarda qan və limfa dövrünün tez bərpa olunmasına, reaktiv ödemənin çəkilməsinə, toxumaların hipoksiyasının aradan qalxmasına, fibroz-çapıqlaşma prosesinin minimuma enməsinə və nazik çapıqın əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Bazu sümüyü kondilusnu sınığının müalicəsinin uzaq nəticələri

Müalicə üsulu	Xəstələrin sayı	Nəticə				
		Əla	Yaxşı	Kafi	Q/kafi	
Konservativ gips sarğısı	19	-	4 2,6±1,27%	11 7,1±2,06%	4 2,6±1,27%	
Skelet dartması Kirşner milləri ilə osteosintez	62	-	50 32,3±3,75%	10 6,5±1,97%	2 1,3±0,91%	
Qapalı repozisiya Kirşner mili ilə osteosintez	33	-	4 2,6±1,27%	20 12,9±2,69%	9 5,8±1,88%	
Açıq üsul ilə repozisiya Kirşner mili və +konyulla edilmiş vintlə osteosintez	Təzə sınıq	21	10 6,5±1,97%	6+4 6,5±1,97%	1 0,65±0,64%	-
	Köhnəlmiş sınıq	20	-	6+4 6,5±1,97%	10 6,5±1,97%	-
Cəmi:	155	10 6,5±1,97%	78 50,3±4,02%	52 33,5±3,79%	15 9,7±2,37%	



Şək. 1. Bazu sümüyü kondilusunun sınığının müalicəsinin uzaq nəticələri.

Bizim müşahidələr göstərir ki, reabilitasiya tədbirləri yerinə yetirilən zaman buraxılan səhvlərlə yanaşı oynaqda hərəkətin bərpa olunmamasına səbəb fraqmentin ikincili yerdəyişməsinin yaranması və onun qeyri-düzgün bitişməsi də ola bilər. Bu da bitişmə müddətində sınıq səthlərində gedən rezorpsiya prosesi nəticəsində oynaqda varus və valqus deformasiyasının yaranmasına səbəb olur.

Yerdəyişmə olmayan və ya cüzi yerdəyişmə olan hallarda osteosintez qapalı yol ilə, böyük yerdəyişmələrdə isə osteosintez açıq üsulla aparılır. Cərrahi əməliyyat olunan bütün xəstələrin oynaqlarının anatomik quruluşunun kliniki-rentgenoloji öyrənilməsi göstərir ki, heç bir xəstədə ikincili olaraq deformasiyalar əmələ gəlməmişdir, lakin sınıqçı deyilən ara adamı müalicəsindən sonra kilinikaya daxil

olmuş 15 xəstədə (9,7%) dirsək oynaqında varus və valqus deformasiya müşahidə edilmişdir korreksiyaedici osteotomiyadan sonra ətrafin oxu bərpa edilmişdir. Cərrahi əməliyyatdan sonra rengenoloji olaraq boy zonasının zədələnməsinə yəni vaxtından əvvəl bağlanmasına rast gəlinməmişdir. Bu da onu göstərir ki, mil və konyullaedilmiş vintlə boyzonasında açılan deşik, boy plastinkasına mənfi təsir etmir. Ona görə də müalicəyə başlanmazdan əvvəl xəstəlik tarixindən əlavə R-qr öyrənilməsi tövsiyə edilir.

Nəticələr

1. Bazu sümüyü kondilusnun zədələnməsi zamanı müalicə üsulunun seçilməsi kliniki-rentgenoloji təsnifat əsasında aparılmaqla yanaşı, travmadan sonrakı müddətdə sınığın növü və yerdəyişmənin xarakteri nəzərə alınmalıdır. Bizim materyalda bazu sümüyünün kondilusdan və kondilusüstündən keçən sınıqları uşaqlarda ən çox rast gəlinən məişət travmasıdır və 5-11 yaşlı uşaqlar arasında bu da bizim materiyalda 34 xəstə daha çox təsadüf edilir. Bizim müşahidələrə görə uşaqlarda dirsək oynaqı sınıqlarının 22% -ni təşkil edir və oğlanlarda qızlara nisbətən 2,2 dəfə çox rast gəlinir.

2. Birmomentli qapalı repozisiya vaxtında düzgün aparılırsa əsas müalicə üsullarından biri kimi istifadə edilə bilər. 19 xəstədə (12,3%) qapalı repozisiya aparılmış, onlardan 4-də (2,6%) yaxşı, 11-də (7,1%) kafi, 4-də (2,6%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır.

3. Qapalı repozisiya və fraqmentlərin Kirşner milləri ilə fiksasiyası travmanın ilk saatlarında aparıldıqda daha effektiv olur. Oynaqın funksiyası 1,5-2aya bərpa olur. Bizim müşahidələrdə bu üsüldən 33 xəstədə (21,3%) istifadə edilmişdir. Onlardan 4-də (2,6%) yaxşı, 20-də (12,9%) kafi, 9-da (5,8%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır.

4. Oynaqda böyük şişkinlik olan zaman və sınıqdan 2-3 gün sonra müraciət edilən hallarda əvvəlcə skelet dartması tətbiq edilmiş, şişkinlik çəkiləndən sonra qapalı repozisiya aparılmış və Kirşner milləri ilə qapalı fiksasiya edilmişdir. Bu üsüldən 62 xəstədə (40%) istifadə edilmişdir. Bu xəstələrdən 50-də (32,2%) yaxşı, 10-da (6,5%) kafi, 2-də (1,3%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır.

5. Açıq üsul ilə repozisiyaya göstəriş: açıq sınıqlarda, fraqmentlərin dərini deşmək, damar-sinir dəstəsinin zədələnmə təhlükəsi, ətrafda qan dövranı pozğunluğu olan hallarda, qapalı yolla repozisiya alınmadıqda, sınığın ağır yerdəyişməsi zamanı, stasionar müalicəyə bir neçə sutkadan sonra daxil olmuş anatomik strukturalarını bərpa etməklə, ikincili yerdəyişməni qarşısını almaqla yanaşı erkən funksional hallarda aparılır. Bizim müşahidələr repozisiya 41 xəstədə (26,4%) aparılmışdır: 40-da (25,8%) yaxşı, 1-də (0,6%) kafi nəticə alınmışdır. əsasında açıq üsulla Yekun olaraq 98 xəstədə (63,2%) yaxşı, 42 xəstədə (27,1%) kafi, 15 xəstədə (9,7%) qeyri-kafi nəticə alınmışdır. Stabil fiksasiya oynaqın anatomik strukturalarını bərpa etməklə, ikincili yerdəyişmənin qarşısını almaqla yanaşı erkən funksional nəticələrin alınmasına da səbəb olur.

6. Uşaqlarda bazu sümüyü kondilusundan və kondilusüstündən keçən sınıqlarında klinikaya daxil olan 155 xəstədə aparılan müalicədən əvvəl və sonrakı nəticələri: öne yerdəyişmə ilə 50 (32,3%) xəstə olmuşdur: bunlardan 5 xəstədə (26,3%) qapalı repozisiya, 20 (32,2%) xəstədə skelet dartması, 12 xəstədə (36,4%) qapalı repozisiya Kirşner millər ilə osteosintez, 13 xəstədə isə (31,7%) açıq üsulla repozisiya; arxaya yerdəyişmə ilə 32 (20,6%) xəstə olmuş, bunlardan 7 xəstədə (36,8%) qapalı repozisiya, 10 (16,1%) xəstədə skelet dartması, 7 xəstədə (21,2%)

Kirşner milləri ilə osteosintez, 8 (19,5%) xəstədə açıq üsulla osteosintez yerinə yetirilmişdir. Bayıra yerdəyişmə ilə 47 (30,3%) xəstə olmuşdur, bunlardan 3 xəstədə (15,8%) qapalı olaraq repozisiya, 22 (35,5%) xəstə skelet dartması, 7-də isə (21,2%) Kirşner milləri ilə osteosintez, 15 xəstədə (36,6%) açıq üsulla osteosintez yerinə yetirilmişdir. İcəriyə yerdəyişmə ilə 26 (16,8%) xəstədə qeydə alınmışdır, 4 xəstədə (21%) qapalı repozisiya, 10 (16,1%) xəstədə sklet dartması, 7 xəstədə (21,2%) qapalı olaraq Kirşner milləri ilə osteosintez, 5 (12,2%) xəstədə isə açıq üsulla osteosintez edilmişdir. 8 (5,2%) xəstədə şişkinlik yatdıqdan sonra sklet dartmasını çıxartmadan repozisiya əldə edildikdən sonra az invaziv konyulla edilmiş vintlər ilə osteosintez aparılmışdır bu da 155 xəstənin 5,2%-ni təşkil edir.

7. Uşaqlarda bazu sümüyü kondilusunun sınıqlarının müalicəsinin nəticələrinin obyektiv qiymətləndirilməsi belə nəticəyə gəlməyə imkan verir ki, müalicə üsulunun seçilməsi zamanı həm sınığın növü, həm də fraqmentin yerdəyişməsinin xarakteri nəzərə alınmalıdır. Açıq üsulla repozisiya qapalı üsulla repozisiyaya qarşı qoyulmur. Hər bir üsula göstəriş vardır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 2005, т.1, 396 с.
2. Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Стужина В.Т., Ельцин А.Г., Мининков Д.С. Лечение переломов области локтевого сустава у детей и подростков. Вестник травматологии и ортопедии. 2011(2); 38-45.
3. Дорохин А.Н. Особенности диагностики и лечения переломов длинных костей, осложненных нарушениями остеогенезу пациентов детского возраста. 2006-Т.2-С-893-894. Чернов Д.В. Повторные переломы длинных костей. Вестник Смоленский гос. мед. анатомии-2010. Спец. вып. С.12-16.
4. Умаров Ф.Х. Современные подходы к клинической большой оценке тяжести повреждений при множественных переломах длинных костей у детей Педиатрия-Ташкент, 2011-№1-2, с.80-83.
5. IP. D, Tsang WL. Medial humeral epicondylar fracture in children and adolescents. J. orthp Surg (Hong Kong) 2007. Aug; 15(2), 170-173.
6. Kim S.S., Kim D.H., Lee S.W., Kim K.H., Sohn S.K. Fine classification and treatment outcome of lateral condyle fracture of the humerus in children. J. Korean, Orthop, ASSOC. 2010; 40(3), 237-243.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАД И-ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Худиев В.М., Кулиев А.М.

НИИ Травматологии и Ортопедии, Баку, Больница Скорой Медицинской Помощи Сумгаит

В статье проанализированы результаты лечения 155 пациентов с над и-чрезмышцелковыми переломами плечевой кости у детей. Возраст пациентов колебался от 1 до 15 лет; было 107 (69%) мальчиков и 48 (31%) девочек. Все больные прошли клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование. При над и -чрезмышцелковых переломах плечевой кости у детей чаще встречались бытовые травмы в возрасте от 6-и до 11-и лет. По нашему наблюдению над и -чрезмышцелковых переломах плечевой кости у детей составляли 22% у детей, и у мальчиков встречались 2,2 раза больше чем у девочек.

Из наблюдаемых нами 155-и пациентов у 19-и (12,3%) применялась закрытая репозиция, у 62-х (40%) скелетное вытяжение. Закрытая фиксация фрагментов спицами Кришнера применялась у 33 (21,3%) больных. Открытая репозиция у 41 (26,4%) больных. При большой отечности в суставе сначала было использовано скелетное вытяжению 62 (40%) больных, а после спадания отека была проведена закрытая репозиция 19 (12,3%) больных фиксация спицами Кришнера. Показания к открытой репозиции: открытый перелом, опасность повреждения кожного покрова, повреждение сосудисто-нервного пучков, нарушение периферического кровоснабжения, неудачная закрытая репозиция, большое

смещение отломков, обращенные в стационар через несколько суток после травмы. У 98-и пациентов применялось две спицы, у 55-х три спицы, у 1-го одна спица, у 1-го был использован один винт. В заключении результаты были у 98(63,2%) пациентов хорошими, 42(27,1%) удовлетворительными, у 15(9,7%) пациентов не удовлетворительными. Анализ пациентов после консервативной лечения показало, что множество осложнений и неблагоприятных исходов, стабильная фиксация приводит к исправлению анатомической структуры сустава, позволяет оптимизировать эффективность лечения и достигнуть хороших функциональных результатов, и не приводит к вторичному деформации сустава.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT CONDYLAR AND TRANS CONDYLES FRACTURES OF THE HUMMERS IN CHILDREN.

Khudiev V.M., Kuliev A.M.

Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Baku
Emergency Hospital, Sumgait.

The article analyzes the results of treatment of 155 patients with over condyles and trans condyles fractures of the humerus in the children. Definitions indication for selecting adequate treatment option. The age of patients ranged from 1 to 15 years-107 (69%) were boy and 48 were (31%) girls. All patients underwent clinical and radiological examinations. Treatment were evaluated all subjective complications. With over and epicondyles and trans-condyles fractures of the hummers in children are more common household injuries ranging in age from 6 to 11 years. According to our observations of the fractures of the elbow joint is 22% in children, and boys found 2.2 times more than girls. Of us observed 155-and patients at 19 (12.3%) used closed reposition, 62-x (40%) skeletal traction. Fixation of fragments with Krishner nail 33(21.3%) applied patients. During the large swelling in the foot was first used by skeletal traction, and after the decay of edema was held closed reduction and fixation with nail et Krishner. Open method and reposition osteosynthesis with metal spokes was used in 41-x (26.4%) patients. Indication for open reposition: open fracture, skin damage, damage to the vascular-nervous bundles, violation of peripheral blood supply, an unsuccessful closed reduction, severe displacement fracture, converted to hospital a few days after the injury. 98 and patients applied two nails, 55-x three nail, 1-th one nails, 1 was used by one screw. In conclusion, the results were 98 (63.2%) patients good, 42 (27.1%) satisfactory, 15 (9.7%) patients are post factory. Analyses in patients with conservative treatment showed a lot of complications and adverse outcomes, and this requires preventive maintenance. Stable fixation leads to correct anatomical structure joint, allows to optimize treatment effectiveness and achieve good functional outcomes, and does not change the secondary deformity of the joints.

Daxil olub: 3.07.2018.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА КОМПЛЕКСА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Заманов Н.Т., Сафарова Х.И., Алекперова Г.Р., Ахмедов Дж.Г.

*Кафедра №1 внутренних болезней и реаниматологии Азербайджанского
Медицинского университета и кафедра основы медицинских знаний
Азербайджанского Педагогического университета, Баку.*

Поражение сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом (РА) характеризуется ранним развитием атеросклероза, что это в свою очередь осложняется острыми сосудистыми катастрофами (инсульт, инфаркт миокарда) [2,9]. Появление новых неинвазивных технологий (ультразвуковое исследование, электронная лучевая компьютерная томография) дает хорошую возможность для раннего выявления атеросклеротических изменений в разных артериальных бассейнах [12].

По последним рекомендациям общества кардиологов Европы, атеросклеротические изменения любой некоронарогенной локализации принимаются за эквивалент коронарной болезни сердца (КБС).

Обследована толщина комплекса интима-медиа (ТИМК) сонных артерий 204 больных с РА и 102 практически здоровых лиц. Del Rincon et al. [3] обнаружили положительную корреляцию между ТИМК и такими острофазовыми показателями воспаления, как скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ).

По данным Y.Park et al. [8], ТИМК у 138 больных РА составила $0,64 \pm 0,12$ мм, в то время как у здоровых лиц этот показатель был равен $0,57 \pm 0,11$ мм ($p < 0,05$). На сегодняшний день повышение уровня СРБ в сыворотке крови одновременно с ТИМК считается самостоятельным фактором риска ИБС.

Коррелятивные связи между ТИМК и дислиппротеидемией, а также между ТИМК и эхокардиографическими изменениями у больных РА встречаются в единичных публикациях [4,6,11,13]. Иногда эти данные носят противоречивый характер [1,5,7,10,12].

Целью исследования явилось изучение у больных РА соотношения между уровнем СРБ, липидно-белковым спектром, показателями эхокардиографии (ЭхоКГ) с одной стороны и ТИМК коротких артерий - с другой.

Материалы и методы. Обследованы 68 пациентов с РА 20 мужчин (29,4%) и 48 женщин (70,6%). Возраст пациентов - от 17 до 57 лет (в среднем $38,7 \pm 10,5$). Длительность заболевания - от 0,25 до 28 лет ($15,7 \pm 9,4$). Клиническая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице.

В контрольную группу вошло 34 здоровых лица. Состав контрольной группы по полу и возрасту соответствовал группе обследования. У 45 пациентов (66,1%) отмечалась серопозитивная а у 23 (33,9%) серонегативная форма РА. Больные, имеющие классические факторы риска коронарной болезни сердца (курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) не включены в исследование. Ко всем обследованным применен опросник Rose для выявления стенокардии напряжения. ЭКГ и ее кодирование по Миннесотскому коду — для выявления безболевого ИБС.

Таблица № 1

Показатель	Количество	ТИМК сонных артерий (мм)	г
Серопозитивная форма РА	45 (66,1%)	0,79±0,20	+0,47
Серонегативная форма РА	23 (33,9%)	0,66 + 0,21	+0,16
Степень активности			+0,27
I (минимальная)	12 (17,6%)	0,77 ±0,1 1	
I (умеренная)	32 (47,2%)	0,76±0,09	+0,34
I (высокая)	24 (35,2%)	0,77±0,10	+0,42
Продолжительность заболевания			
до года	8 (11,8%)	0,71±0,11	0,36
1-5 лет	30 (44,1%)	0,85±0,22	0,52
свыше 5 лет	30 (44,1%)	1,1±0,35	0,70
Анемия			
Легкая	8 (22,2%)	0,76±0,25	0,28
средней тяжести	16 (44,4%)	0,90±0,32	0,62
Тяжелая	12 (33,4%)	0,78±0,19	0,48

Для определения уровня липидов использовали критерии, которые выдвинуты Европейским Обществом изучения атеросклероза: холестерин (ХС) меньше 200 мг/дл, триглицериды (ГТ) меньше 150 мг/дл, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) меньше 130 мг/дл, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) больше 39 мг/дл. Количество С-реактивного белка определено иммуноферментным способом (за норму принято 0-6 мг/л).

Изучены следующие показатели внутрисердечной гемодинамики: конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ, см), конечный систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ, см), конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ, мл), конечный систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ, мл), фракция выброса ЛЖ (%), ударный объем ЛЖ (мл), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗС ЛЖ, см), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП, см), максимальная скорость позднего наполнения ЛЖ-Е(МСПНЛЖ, м/с) Е/А-уел. ед., диастолическая дисфункция ЛЖ, % (ДД ЛЖ).

Степень активности РА определялась по СОЭ: минимальная (СОЭ до 20 мм/час), умеренная (21-39 мм/час), высокая (выше 40 мм/час). По уровню гемоглобина определяли степень выраженности анемии при ревматоидном артрите: легкая степень (101-120 г/л); средняя (81-100 г/л), тяжелая анемия (меньше 80 г/л).

Специальные методы исследования включали: ультразвуковую доплерографию общих сонных артерий, оценку толщины комплекса интима-медиа, структурные изменения (наличие включений или атеросклеротических бляшек).

Толщину интима-медиа комплекса измеряли на продольном разрезе сонной артерии, но задней его стенке, на расстоянии 2-4 см от бифуркации. Для сравнения использовали наибольшую ТИМК и сравнивали ее с ТИМК

здоровых лиц, которая, по данным многочисленных исследований, составляет от 0,1 до 1,0 мм.

Результаты и их обсуждение. Корреляция клинических данных РА с ТИМК сонных артерий отражена в таблице: у больных с серопозитивной формой РА ТИМК составила $0,79 \pm 0,20$ мм. В то же время этот показатель у больных с серонегативной формой РА равен $0,66 \pm 0,21$ мм. Между ТИМК сонных артерий и СП формой РА были прямые, средние позитивные коррелятивные связи, а между СН формой – слабые положительные ($p < 0,05$).

По мере нарастания степени активности РА отмечалось увеличение ТИМК (прямые, средние и высокие коррелятивные связи).

Сильные позитивные коррелятивные связи наблюдались между ТИМК сонных артерий и длительностью РА свыше 5 лет ($p = +0,70$). Слабые позитивные коррелятивные связи ($p = +0,36$) выявлены между длительностью РА до 1 года и ТИМК сонных артерий ($0,71 \pm 0,11$ мм).

Особое внимание уделено корреляции между анемией, сопровождающей РА и ТИМК сонных артерий. Во всех случаях обнаружена средняя, прямая, позитивная корреляция средних показателей.

При изучении связи липидно-белкового спектра крови и ТИМК сонных артерий обнаружилось, что между уровнем общего холестерина менее значима, чем концентрация триглицеридов и ХС ЛПНП.

Это соответствует мнению ряда авторов [3,9,12], которые считают, что при развитии атеросклероза концентрация общего холестерина менее значима, чем концентрация триглицеридов и ХС ЛПНП.

Была обнаружена корреляция между триглицеридами и ТИМК сонных артерий ($p = +0,32$), с ХС ЛПНП ($p = +0,40$), а с ХС ЛПВП – слабоотрицательного характера ($p = -0,20$).

Корреляция между ЭхоКГ показателями и ТИМК сонных артерий была следующего характера: КДО ЛЖ ($p = +0,52$), КСО ЛЖ ($p = +0,38$), СДП ЛЖ ($p = +0,40$), Е/А ($p = +0,20$). Все эти связи были положительные, средние и высокие. Различия между скоростью конечного диастолического наполнения ЛЖ ($p = -0,27$), фракцией выброса ЛЖ ($p = -0,45$) и ТИМК сонных артерий были среднеотрицательного характера.

Обнаружены также структурные изменения и сонных артериях. У 13 больных РА (19,1%) ТИМК сонных артерий составила более 1,2 мм. Среди них у 10 больных (76,9%) давность заболевания была свыше 10 лет; к серопозитивной форме РА отнесены 11 больных (84,6%). Для этой группы больных также характерна средняя и тяжелая степень анемии.

Таким образом, у больных ревматоидным артритом между толщиной комплекса интима-медиа (ТИМК) сонных артерий и нарушением липидно-белкового спектра выявлена прямая позитивная корреляция. У больных РА между ТИМК сонных артерий и некоторыми показателями ЭхоКГ (конечнодиастолический объем ЛЖ, конечносистолический объем ЛЖ, скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ, Е/А) выявлена прямая, положительная, а с другими показателями (фракция выброса ЛЖ, скорость позднего диастолического наполнения ЛЖ) – отрицательная корреляции. Между продолжительностью РА и ТИМК сонных артерий наблюдалась средняя позитивная корреляция. По мере нарастания степени активности РА отмечалось увеличение ТИМК (прямая, средняя и высокая корреляция), ТИМК сонных

артерий более 1 мм отмечалась в основном у больных РА серопозитивной формы, с высокой концентрацией С-реактивного белка, выраженной анемией и значимыми ЭхоКГ изменениями.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Arslan S. Diastolic function abnormalities in active rheumatoid arthritis; Evaluation by conventional Doppler and tissue Doppler relation with duration of disease// Clin Rheumatol., 2006,25(3), 294-199.
2. Bots M I. - Common carotid intima-media thickness and risk of stroke and myocardial infarction// Circulation, 1997,96,1432-1437.
3. Del Rincan I. - Association between carotid atherosclerosis and markers of inflammation in rheumatoid arthritis patients and healthy subjects// Arthritis Rheum., 2003, 48(7), 1833-1840.
4. Grossman W. - Defining diastolic dysfunction// Circulation, 2000, 101,2020-2021.
5. Kitas G., Erb N. - Tackling ischemic heart disease in rheumatoid arthritis// Rheumatol., 2003,42.607-613.
6. Levendoglu F. - Ventricular function abnormalities in active rheumatoid arthritis: a Doppler echocardiographic study// Rheumatol. Int2004,24(3), 141-146.
7. Makita S. - The association of C-reactive protein levels with carotid intima-media complex thickness and plaque formation in the general population// Stroke, 2005,36(10), 2138-2142.
8. Park Y. - Atherosclerosis in rheumatoid arthritis: morphologic evidence obtained by carotid ultrasound Arthritis Reum 2002,46(7), 1714-1719.
9. Ross R. - Atherosclerosis-an inflammatory disease// N. Engl. J. Med.. 1999,340,115-126.
10. Stivenson K. - Serum lipoprotein in active rheumatoid arthritis / Clin. Rheumatol.. 2000. 19. 324-325
11. Plustochowicz W.- Echocardiographic evaluation of cardiac structures in patients with rheumatoid arthi ab Pol. Arch. Med Wewn., 1997. 97(4). 352-358.
12. Гаман С.А.- Структурные и функциональные изменения коронарных и сонных артерий у больных ишемической болезнью сердца// Тер. архив. 2005.4. 15-21.
13. Насонов Е.Л., Панюкова Е.В., Александрова Е.Н. -С-реактивный белок - маркер воспаления при атеросклерозе (новыеданные) Кардиология. 2002.42 (7). 53-62.
14. TIMC of carotids more than 1 mm in thickness was marked basically in the patients with RA of seropositive form, with a high concentration of C-reactive protein, expressed anemia and significant EchoCG changes.

S U M M A R Y

STUDY OF THICKNESS OF CAROTID ARTERIES INTIMA-MEDIA COMPLEX IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Zamanov N.T., Safarova Ch.I., Alekperova G.R., Akhmetov C.H
(Azerbaijan Medical University, №1 Department of Internal Diseases and Reanimatology and
Azerbaijan Pedagogical University, Department of Bases of medical knowledges, Baku)

There were surveyed 68 patients with rheumatoid arthritis (RA) - 20 men (29.4 %) and 48 women (70.6 %). Patients' age ranged from 17 to 57 years (on average - 38.7 ± 10.5 years); the disease duration - 0.25 to 28 years, on average - 15.7 ± 9.4 years.

There were revealed direct positive correlations (RA) between the thickness of the intima-media complex (TIMC) of the patients' carotids and lipid-protein spectrum parameters.

In the patients with RA, between TIMC of the carotids and some indexes of EchoCG (end-diastolic volume LV, end-systolic volume LV, speed of early diastolic fillings LV, E/A) a direct positive correlation has been revealed, and with other indices (fraction of ejection LV, speed late diastolic fillings LV) - negative correlation.

There was observed an average positive correlation between the duration of RA and TIMC of carotids. In the process of RA activity increasing of, an increase of TIMC (direct, average and high correlation) was marked.

Daxil olub: 23.06.2018.

OTOMİKOZLARLA XƏSTƏLƏRİN MÜASİR TERAPİYA METODLARI**Qasimov C.L., Pənahian V.M., Cəlilov C.S., Ağalar S.A.***Azərbaycan Tibb Universiteti, qulaq, burun, boğaz xəstəlikləri kafedrası**Açar sözlər: otomikoz, yayılması, tibbi-sosial əhəmiyyət**Key words: otomycosis, prevalence, medical-social importance*

Son illər müxtəlif lokalizasiyalı və klinik əlamətləri olan mikozlar müxtəlif ixtisas həkimləri tərəfindən ətraflı tədqiq edilir. Təbiətdə göbələklərin geniş yayılması, onların daima həm ətraf mühətdə, həm də orqanizmdə mövcud olması insanın onlarla təmasını və yoluxmasını qaçılmaz edir [1, 2].

Hazırda LOR-orqanların, o cümlədən xarici və orta qulağın mikoz mənşəli zədələnmələri, həmçinin orta qulağın əməliyyatdan sonra yaranan boşluqların zədələnmələri olan xəstələrin sayının artması qeydə alınır. Xəstələrin sayının artması həm mikozun inkişafının risk amillərinin əhəmiyyətli dərəcədə artması, həm də otitin müalicəsində yerli antibakterial preparatların systemsiz və nəzarətsiz şəkildə tətbiqi ilə şərtlənmişdir. Bundan başqa, xronik göbələk mənşəli iltihab prosesinin tez-tez baş verən residivlərlə (dərman korreksiyasına tabe olmayan) bərabər, xüsusi çəkisinin yüksəlməsi nəzərə çarpır ki, bu da öz növbəsində əhalinin iş qabiliyyətinin itməsi və əlil olması müddətlərinin artması ilə müşayiət olunur [3, 4].

Mikozların ağır formaları ətraf mühitin çirklənməsi (tozla çikrilmə, həddən artıq rütubət), radiasiya fonunun yüksəlməsi, həmçinin orqanizmin müdafiə qüvvələrini zəiflədən amillərin təsiri zamanı meydana çıxır. Otomikozun inkişafına təkan verən amillərdən biri travma hesab edilir. Dərinin zədələnməsi zamanı göbələyin daxil olması və toxumanın daxilinə törədicinin nüfuz etməsi asanlaşır, zədələnmə yerində müdafiə reaksiyaları zəifləyir ki, bu da göbələklərin kontaminasiyasına və çoxalmasına şərait yaradır. Travmaya uğramış örtük epitelinin ifraz olunan şirəsi göbələklərin çoxalması üçün əlverişli qidalı mühit sayılır. Bu zaman qəribə vəziyyət nəzərə çarpır: xarici qulağın göbələk mənşəli xəstəlikləri çox vaxt o şəxslərdə meydana çıxır ki, onlar qulaqlarını təmizləmək üçün tez-tez gigiyenik prosedurları yerinə yetirirlər və bununla da xarici qulaq keçəcəyinin dərisini zədələyirlər [5, 6]. Qulaq piyinin düzgün, yavaş kənar edilməsinin vacibliyindən danışarkən onu qeyd etmək lazımdır ki, qulaq keçəcəyində onun bir qədər az miqdarda olması vacibdir, çünki o, tək-cə dərinini mexaniki şəkildə qorumur, həm də bakterisid və funqisid funksiyaları yerinə yetirir. Yuxarıda deyilənləri, həmçinin qulaq keçəcəyindəki ifrazatın mexaniki şəkildə kənar edilməsi zamanı tək xarici qulaq keçəcəyinin divarlarının deyil, həmçinin təbil pərdəsinin də travmaya uğraması ehtimalını nəzərə alaraq, serumenolizisə təsir göstərən preparatların istifadəsinin (həm müalicə, həm də profilaktik məqsədlə) məqsədəuyğun olmasını qeyd etmək istərdik [3, 4]. Bu, hazırkı tədqiqat işinin aparılmasının vacibliyini şərtləndirmişdir.

Tədqiqat işinin məqsədi: qulağın göbələk mənşəli zədələnmələrinin diaqnostikasının və müalicəsinin effektivliyinin yüksəldilməsi.

Tədqiqatın material və metodları. Müşahidəmiz altında 18 yaşdan 67 yaşa qədər (orta yaş - $41,2 \pm 3,45$ yaş) qulağın xronik iltihabi xəstəlikləri olan 112 xəstə, o cümlədən 64 qadın və 48 kişi olmuşdur. Xəstəliyin etiologiyasının, patogenezinin klinik mənzərəsinin xüsusiyyətlərinin aşkar edilməsi və optimal müalicənin işlənilib

hazırlanması məqsədilə otomikozla bütün xəstələr iltihab prosesinin lokalizasiyasına müvafiq olaraq 3 qrupa bölünmüşlər: 1-ci qrupa - göbələk mənşəli xarici otiti olan pasiyentlər (57 nəfər), 2-ci qrupa - orta qulağın göbələk mənşəli zədələnməsi olan pasiyentlər (32 nəfər) və 3-cü qrupa - orta qulağın əməliyyatdan sonra yaranmış boşluğunun mikoz mənşəli zədələnməsi olan pasiyentlər (23 nəfər) daxildir. 63 xəstədə ikitərəfli proses aşkar edilmişdir. Xəstəliyin davamətmə müddəti 2 aydan 15 ilə qədər təşkil etmişdir.

Müayinə metodları bunlardır: klinik, endomikroskopik, mikrobioloji, mikoloji, rentgenoloji (KT, MRT daxil olmaqla), epidemioloji, statistik.

Bizim tərəfimizdən kompleks müayinə, o cümlədən patoloji ifrazatın məqsədyönlü mikoloji müayinəsi həyata keçirilmişdir ki, buraya nativ yaxmanın və Romanovski-Qram üsulu ilə rənglənmiş preparatların mikroskopiyası, Saburo və Çanek mühitinə əkməklə kultural diaqnostika daxildir. Rənglənməmiş preparatın mikroskopiyası zamanı göbələklər 82% xəstədə, rənglənmiş preparatın – 100% xəstədə aşkar edilmişdir. Candida cinsi göbələklərinin növ identifikasiyası biokimyəvi əlamətlərin əsasında müəyyən edilmişdir. Qidalı mühitlərə əkmələr zamanı mühitin bütün nöqtələrində göbələklərin həmcins böyüməsi xəstələrin hamısında qeyd olunmuşdur.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq müəyyən fərqlər aşkar edilmişdir. Belə ki, göbələk mənşəli xarici otit zamanı əsas törədicilər kif göbələkləri olmuşdur ki, onlar 38 xəstədə aşkar edilmişdir (66,7%), bu zaman Aspergillus cinsi göbələklərinin payına 21 müşahidə (36,8%) düşmüşdür. Mayayabənzər göbələklər 19 müşahidədə (33,3%) etioloji amil kimi iştirak etmişdir, bu zaman ən patogen növ Candida albicans yalnız 8 xəstə aşkar edilmişdir. Candida cinsi və digər növ göbələklərin etiopatogenetik rolu müəyyən edilmişdir: C. tropicalis, C. krusei, C. sake, C. parapsilosis, C. intermedia, Candida spp. Bu məlumatları otomikozun diaqnostika və müalicəsi zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Müəyyən edilmişdir ki, göbələk mənşəli orta otit olan xəstələrdə mayayabənzər Candida cinsi (24 xəstə, 75,0%) göbələkləri üstünlük təşkil etmiş, kif göbələklərinin xüsusi çəkisi isə 25,0% bərabər olmuşdur ki, bu da xarici qulağın və orta qulağın əməliyyatdan sonra yaranmış boşluqlarının göbələk mənşəli zədələnmələri olan xəstələrdən fərqləndirən başlıca cəhətdir.

Candida cinsi göbələkləri arasında Candida albicans mayayabənzər göbələklərin bütün digər növləri ilə müqayisədə yalnız 23,5% təşkil etmişdir, Candida non-albicans ştamlarının payı 76,5% bərabər olmuşdur. 8 xəstədə orta otitin törədicisi müxtəlif kif göbələkləri olmuşdur: iltihab prosesinin törədicisi 3 halda Aspergillus niger, 2 xəstədə Aspergillus fumigatus və 2 xəstədə – asperqillaların digər növləri olmuşdur. 1 xəstədə xəstəliyin törədicisi kimi Mucor cinsi göbələkləri iştirak etmişdir.

Orta otitin əməliyyatdan sonrakı boşluqların göbələk mənşəli zədələnməli olan xəstələrdə kif göbələkləri üstünlük təşkil etmişdir ki, onların xüsusi çəkisi bu patologiya olan xəstələrdə 91,3% (21 xəstə) təşkil etmişdir. Aspergillus cinsi göbələkləri üstünlük təşkil etmişdir ki, onlar 84,6% hallarda aşkar edilmişdir, halbuki Candida cinsi göbələklərinin payına 8,7% düşmüşdür. Müəyyən etdiyimiz bu faktı - orta qulağın əməliyyatdan sonrakı boşluqların mikozları zamanı kif göbələklərinin üstünlük təşkil etməsi - müalicə üçün preparatın seçimi zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Göbələk mənşəli xarici otit olan 57 xəstənin obyektiv klinik müayinəsi həm kif göbələkləri, həm də kandidozlu zədələnmələr zamanı ən səciyyəvi klinik əlamətləri aşkar etməyə imkan vermişdir. Xarici otitin göbələk mənşəli əsas klinik əlamətləri ağrı və qulaqdan rəngli ifrazatların axması olmuşdur. Baxış zamanı kazeoznekrotik kütlə şəklində patoloji ifrazat aşkar edilir ki, bu zaman törədici göbələkdən asılı olaraq rənglənir. Göbələk mənşəli orta otit və əməliyyatdan sonrakı boşluqların mikozu olan xəstələrin klinik müayinəsi zamanı aşkar edilmişdir ki, əsas şikayətlər qulaq ağrısı, küy, ifrazatların axması, başgicəllənmə olmuşdur. Xarakterik şikayətlərin tezliyi cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Otomikozun terapiyası zamanı biz müəyyən prinsiplərə riayət etmişik: müalicə təkcə göbələk infeksiyasına deyil, həm də bu mikozun patogenezinə rol oynayan müxtəlif amillərin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir. Biz sistem və yerli terapiyanı tətbiq etmişik. Müalicənin gedişində törədicinin həssaslığı nəzərə alınmaqla preparatların əvəzlənməsi aparılmışdır.

Xəstəliyin gedişinin təhlili göstərmişdir ki, bakterial zədələnmə ilə müqayisədə qulağın göbələk mənşəli zədələnməsi zamanı mikoz üçün həm spesifik, həm də qeyri-spesifik xarakter daşıyan patoloji ifrazatlar uzun müddət qalır. Göbələk mənşəli xarici otitin müalicəsi zamanı biz təkcə allilaminlər, azollar və polienlər qrupundan olan göbələkəleyhinə preparatların məhlul və kremlər şəklində yerli dərman formalarını tətbiq etmişik. Göbələk mənşəli orta otitin və orta otitin əməliyyatdan sonrakı boşluqların zədələnməsi olan xəstələrin müalicəsi zamanı azol və allilaminlər qrupu göbələkəleyhinə preparatları tətbiq edilmişdir. Müalicənin müddəti 14 gündən 48 günə qədər davam etmişdir. Göbələk mənşəli xarici otitin müalicəsi zamanı dərmanın vəziyyətinin dəyişməsi ciddi problem sayılır və o, laborator sağalmadan sonra da qalır və mikoloji müayinələrin təkrar məlumatları ilə təsdiq edilir.

Cədvəl № 1.

Qulağın müxtəlif şöbələrində mikoz prosesinin lokalizasiyası zamanı şikayətlərin tezliyi

Əsas şikayətlər	Prosesin lokalizasiyası					
	Xarici qulaq (n=57)		Orta qulaq (n=32)		Əməliyyatdan sonrakı boşluq (n=23)	
	Rast gəlmə tezliyi					
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
Qulaqdan ifazatlar	57	100	32	100	23	100
Xəstə qulaqda səs-küy: aşağı tezlikli	31	54,4±6,6	12	37,5±8,6	23	100
yüksək tezlikli	12	21,1±5,5	23	71,9±7,9	8	34,8±10,1
Qulaqda ağrı	49	85,9±4,9	30	93,8±4,2	20	86,9±7,0
Xəstə qulaq tərəfdə baş ağrısı	14	24,6±5,7	28	87,5±5,7	18	78,3±8,6
Qulaqda qaşınma	42	73,7±5,8	24	75,0±7,6	17	73,9±9,1
«Dolma» hissiyyəti	6	10,5±4,1	25	78,1±7,3	11	47,8±10,4
Başgicəllənmə	2	3,5	12	37,5±8,6	11	47,8±10,4
Eşitmənin zəifləməsi	44	77,2±5,6	32	100	23	100

Otitin müalicəsi zamanı məlhəm şəklində hazırlanan dərman formaları pasiyentin sərbət işlətməsi üçün rahat deyildir, çünki xarici qulaq keçəcəyinin və orta qulağın əməliyyatdan sonrakı boşluğunun səylə işlənməsini yalnız vizual müayinə

altında aparmaq mümkündür, zədələnmiş təbil pərdəsi zamanı qulağın müstəqil tualeti isə daxili qulağın strukturlarının zədələnməsi riskinin yüksək olması ilə əlaqədar yolverilməzdir.

Beləliklə, qulağın göbələk mənşəli otiti və orta qulağın əməliyyatdan sonra yaranmış boşluğun mayayabənzər göbələklər tərəfindən törədilən mikozu ilə xəstələrin müalicəsi zamanı Kandibiotik preparatı seçim preparatı ola bilər.

Kandibiotik yüksək yerli anesteziyedic, iltihabəleyhinə, allergiyaəleyhinə, antimikotik və antibakterial xüsusiyyətlərə malikdir. Qulaq damlaları şəklində, tünd şüşədən hazırlanmış 5 ml flakonlarda probka-pipet komplekti ilə birlikdə buraxılır. Onun tərkibinə daxildir: təsiredici maddələr - klotrimazol, xloramfenikol, beklometazon dipropionat, liqnokain hidroxlorid; yardımçı maddələr – propilenqlikol və qliserin.

Kandibiotik yerli şəkildə, xəstə qulağın xarici qulaq keçəcəyinə gündə 3-4 dəfə damızdırmaqla tətbiq edilir. Xəstənin əhvalının yaxşılaşması 3-5 gün ərzində baş verir, müalicə kursu – 7-10 gün təşkil edir.

Beləliklə, xarici və orta qulaqda uzun müddət sürən iltihab prosesi olan xəstələrin müalicəsi zamanı qulaqdan axan patoloji ifrazatın kompleks mikoloji müayinəsinin aparılması vacibdir ki, buraya mikroskopik və kultural müayinə daxildir. Mayayabənzər göbələklər tərəfindən törədilən otomikozlarla xəstələrin müalicəsi zamanı Kandibiotik preparatı tətbiq edilə bilər. Yalnız yerli dərman formalarının tətbiq edilməsi göbələk mənşəli xarici otitlə xəstələrin müalicəsi zamanı məsləhət görülür. Göbələk mənşəli orta otit və orta qulağın əməliyyatdan sonrakı boşluqlarının mikozu olan xəstələrin müalicəsi zamanı sistem preparatlarının tətbiq edilməsi vacibdir. Otomikoz keçirmiş xəstələr dispanser müşahidə altında saxlanmalıdırlar.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение отомикоза. Consilium medicum, 2008; 10 (10): 34–37
- 2.Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., Вязьменов Э.О. Новые возможности церуменолизиса у детей. Педиатрия. 2008; 5: 104–106
3. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Наружная терапия хронического кандидоза крупных складок. Клини. дерматология и венерология, 2007; 4: 23–27.
4. Хамаганова И.В., Пивень Н.П. Комплексная терапия заболеваний наружного слухового прохода в практике врача дерматолога // Вестн. оториноларингологии, 2010; № 2: с. 66–68.
- 5.Groll AH, Tragiannidis A. Update of antifungal agents for paediatric patients // Clinical microbiology and infection. 2010; 16 (9): p.1343–1353.
- 6.Jones RN, Qing L. Contemporary antimicrobial activity of triple antibiotic ointment: a multiphase study of recent clinical isolates in the United States and Australia // Diagnostic Microbiology and Infectious Diseases, 2006; 54: p.63–71.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОТОМИКОЗАМИ

Гасымов Дж.Л., Панахиан В.М., Джалилов Д.С., Агалар С.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра болезней уха, горла, носа

Проведенными исследованиями установлено, что в зависимости от локализации процесса в ухе выявлены существенные различия. В случаях наружного грибкового отита этиологически значимыми возбудителями были представлены плесневые грибы, зарегистрированные у 38 пациентов (66,7%). Грибки рода *Aspergillus* представлены в 21 случаях (36,8%). Как этиологический фактор дрожжеподобные грибы были выявлены в 19

случаях (33,3%). Лишь только в 8 случаях был установлен наиболее патогенный вид грибов *Candida albicans*. Этиологическая значимость установлена для всех видов грибов, принадлежащих к роду *Candida*: *Candida* spp. *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. sake*, *C. Intermedia*. Установлена необходимость применения комплексного микологического обследования, с включением обязательного культурального и микроскопического исследования при лечении пациентов с хроническим воспалительным процессом в среднем и наружном ухе.

SUMMARY

MODERN METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OTOMYCOSIS

Gasimov J.L., Panahian V.M., Jalilov J.S., Agalar S.A.
Azerbaijan Medical University, Department of Ear, Throat, Nose

Studies have established that, depending on the localization of the process in the ear, significant differences have been identified. In cases of external fungal otitis, mold fungi were found to be the etiologically significant pathogens recorded in 38 patients (66.7%). *Aspergillus* rhino fungi are present in 21 cases (36.8%). As an etiological factor, yeast-like fungi were detected in 19 cases (33.3%). Only in 8 cases was the most pathogenic species of *Candida albicans* identified. Etiological significance has been established for all species of fungi belonging to the genus *Candida*: *Candida* spp. *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. sake*, *C. Intermedia*. The necessity of using a complex mycological examination, with the inclusion of compulsory culture and microscopic examination in the treatment of patients with chronic inflammatory process in the middle and outer ear, has been established.

Daxil olub: 2.12.2018.

HƏYAT KEYFİYYƏTİNİN OTORİNOLARİNQOLOJİ ASPEKTLƏRİ

Aslanov P.R.

*Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun
Otorinolarinqologiya Kafedrası, Bakı.*

Açar sözlər: koxlear implantasiya, həyat keyfiyyəti

Son illər dünya təbabətində "İnsanın Həyat Keyfiyyəti" (İHK) xüsusi aktualıq qazanır. Təbii ki, bu sosial kliniki fənn olan otorinolarinqologiyaya da təmas edir (1,2,4,5).

HK – anlayışını keçmiş marifpərvər fəlsəfəçilər əsaslı olaraq dövlət və cəmiyyət quruluşu, istehsal tərz, sosial ədalət, material rifah, insanın sağlamlığı və digər kateqoriyalarla əlaqələndirmişlər.

Sağlamlıq - insan varlığının mühüm bir faktorudur, ancaq bu varlığın bioloji tərkibini müəyyən edir, onun mahiyyəti ikincildir, qarşısında duran bir çox digər amillərdən yaranır.

İHK problemi, sağlamlıq-sistemi yaradan amil kimi bu problemin mahiyyətini müəyyən edən yeganə dəyər deyil. Konsepsiyanın bir çox komponentinin meydana çıxdığı vektor olaraq, İHK, yalnız bir xəstəliyə aid olmaqla, bütöv bir millət üçün deyil, tək bir şəxs üçün mənasını daşıyır. Bununla yanaşı, İHK tərifinin mahiyyətini müəyyən etmək üçün "millətin sağlamlığı" konsepsiyasına və bu sağlamlığın

səviyyəsini müəyyən edən amillərə müraciət edilməlidir. Odur ki, problem böyük və kompleks şəkildə, dövlət və regional planlaşdırma səviyyəsində həll olunmalıdır.

Əlbəttə ki, xəstəliyin nə dərəcədə şiddətli olması, xəstənin həyat keyfiyyətinin daha pis olması, onun sağlamlıq vəziyyətini müəyyən edən keyfiyyətdir və bununla bağlı nəticələr aksiomatik olduğundan, xüsusi sübut tələb etmir. Buna baxmayaraq, İHK-nin problemi kümülatif bir kateqoriya kimi böyük ictimai əhəmiyyətə malikdir, buna görə də, ilk baxışda belə sübuta ehtiyac olmayan sözdə aksiomatik təkliflər İHK probleminin hərtərəfli öyrənilməsi ilə əhəmiyyətli ola bilər. Əlbəttə həyat keyfiyyəti insan sağlamlığı ilə bağlıdır ki, bu da öz növbəsində bir çox bioloji obyekt kimi fərdi genetik bazası ilə deyil, habelə bir cəmiyyət kimi, bir şəxs kimi müəyyənləşdirilmiş bir çox digər şərtlərdən və keyfiyyətlərdən irəli gəlir. Buna görə də, inkişaf etmiş bir cəmiyyət şəraitində həlledici əhəmiyyətə malik olan İHK probleminə ictimai amil də müəyyən bir əhəmiyyətə malikdir. Buna görə problemin yalnız hər hansı bir nazoloji forma faktoru baxımından və sonuncunun İHK üzərində təsiri tam deyil, problemin mənşəyi və onun mahiyyətini təşkil edən hadisələrin səbəbli əlaqələrini aşkar etməməsi, belə bir araşdırmanın nəticələrinin aşağı əhəmiyyətə və effektivliyinə bir nümunə yaradır. Buna görə, bir xəstəliyin insan həyatının keyfiyyətinə təsirini araşdıraraq, bu xəstəliyin səbəbi ola biləcək bir sıra əhəmiyyətli faktorlar nəzərə alınmadan və ilk növbədə sosial və yaşayış şərtlərinə diqqət yetirilməlidir. Yalnız bu halda, araşdırma problemin tam əhatə dairəsini tapacaq və ondan alınan nəticələr təbii və səbəbli olacaqdır.

Təəssüf ki, bu mesajın həcmi bizə İHK probleminin bütün möhtəşəm konsepsiyasını genişləndirməyə imkan vermir, belə ki, biz əsasən fəlsəfi kateqoriyalara aid olan əsas mövqeləri müzakirə edirik.

Problemin əsasında duran İNSAN, bioloji bir obyekt kimi deyil, bəlkə də, ilk növbədə, bir subyekt kimi qəbul edilməlidir. Bu məqsədlə 89 KOXLEAR İMPLANTASIYA (Kİ) olunmuş uşaqlarda həyat keyfiyyətinin otorinolarinqoloji aspektləri öyrənilib.

Hər bir şəxs dörd əsas xüsusiyyətləri ilə xarakterizə olunur: ağıl, şüur, özünüifadə, şəxsiyyət xüsusiyyətləri və öz hissiyyatlarını emotiv (emosional) ifadə etmək qabiliyyəti. İHK problemini nəzərdən keçirərkən bu kateqoriyaların hamısı nəzərə alınmalıdır. Lakin bunlarla yanaşı, aşağıdakı kateqoriyalara da baxmaq lazımdır:

- *psixika* və onun tədqiqat aləti *psixozanaliz*;
- *şəxsiyyət* və onun ailənin və cəmiyyətin formalaşmasında rolu;
- insanın *təbii və sosial yaşayış sahəsi*;
- onun *genetik* meyilliyi;

- *həyat* materiyasının yeganə mümkün maddi vəziyyəti olaraq, o təkamül dövründə xüsusi formaları əldə etməklə, onları bərpa etmək qabiliyyətinə malik olmaqla, bioloji mahiyyətini yaxşılaşdırmaq, onu yaşayış şəraitinə uyğunlaşdırmaq, sonsuz zaman və məkan məhdudiyətlərində inkişaf etməyə malikdir;

- nəhayət, *həyat keyfiyyəti insanın məişət həyatı olmaqla*, gərginlik hissi yaratmaqla, maddi və mənəvi ehtiyaclarının təmin etmə dərəcəsi və onun fiziki vəziyyəti, - bütün bunlar özünü həm subyektin özü üçün, həm də ailəsi üçün və bütövlükdə cəmiyyətə münasibətdə optimal nisbətdə göstərir.

Bununla birlikdə, bu kriteriyalar kollektivi əhatə edən fərdlərin, əhalinin, həyat səviyyəsində ayrı-ayrılıqda nəzərə alınmır, onların orta yaş həddi həmişə hər birinin həyat səviyyəsini müəyyənləşdirmir. Yuxarıda göstərilən meyarların hər biri

faktorların bütöv bir "*toplumuna*" bağlıdır və özünün mahiyyətini təşkil edən elementlərin çox mürəkkəb bir quruluşudur.

P.K.Anoxin tərəfindən *həyat anlamı* adlanan *hissi həyacan* (emosiya), psixi vəziyyətin əsas təməli olaraq, insanın həyat keyfiyyətinin subyektiv mahiyyətini təşkil edir [1].

İHK probleminin öyrənilməsində əsas istiqamətlərdən biri onun klinik və psixoloji aspektləridir. Bunlar arasında, bəzi nosoloji patoloji formalarının təsiri ilə əlaqəli bir araşdırma ilə yanaşı, insan ruhunun araşdırılması və onun emosional statusu ilk növbədə qoyulmalıdır. Müxtəlif səciyyəli, lakin olduqca qiymətli psixogenetik amillərdən olan soma və psixoloji obyektiv təsirləri müəyyən edən situasiya meyarları ilə birlikdə. Bu məsələdə kollektiv psixologiya adlanan faktorun da az əhəmiyyəti yoxdur. Hətta davamlı düşüncədən və bu faktorların qavranmasından sonra psixikanın son funksiyası emosiyadır. Yalnız onlar sonrakı hadisələrin gedişini təyin edir ki, bunun da mərkəzində dayanan insandır.

İnsanın həyat keyfiyyətinə olan subyektiv münasibətini müəyyən edən əsas amillərdən biri də *ehtiyac* kateqoriyasıdır. İqtisadçı-sosioloq V.A. Yadov 1975-ci ildə yazırdı: "Ehtiyaclar - orqanizmin, insan şəxsiyyətinin, sosial qrupun, bütövlükdə cəmiyyətin həyati fəaliyyətini dəstəkləmək üçün lazım olan bir şeyin olması və ya olmamasıdır; fəaliyyətin daxili stimulyatorudur".

Biz insan ehtiyaclarının öz tərifini verməklə onu təhlükəyə atacağıq, çünki bizə göründüyü kimi, İHK-nin çoxşaxəli probleminin açarı məhz bu dəqiqlikdir. İnsan ehtiyacları onun layiqli varlığı və yaradıcılığı üçün zəruri olan tarixən inkişaf etmiş maddi və mənəvi dəyərlərdir. Ehtiyac motivasiya, münasibət və duyğu kimi bu cür psixi hadisələrin arxasında hərəkət edən gücdür, bioloji və sosial olmaqla iki formaya bölünür. Bioloji ehtiyaclar, bitki həyatının atributları olaraq bədənin fizioloji özünü tənzimləyici və reproduktiv proseslərinin işləməsinə bağlıdır. Bir şəxs üçün onlar tamamilə şəxsin, cəmiyyətin və dövlətin yaratdığı iqtisadi və sosial şəraitdən asılıdır. Biz bu problemin ictimai-iqtisadi aspektlərini aydın səbəblərlə inkişaf etdirə bilmərik. Amma biz onları psixologiya kimi elmi baxımından təhlil edə bilərik. A.N. Leontiev və M.G. Yaroşevski psixologiyani "insan fəaliyyəti dövründə obyektiv reallıq fərd tərəfindən zəkanın əks olunması və fəaliyyətinin qanunları haqqında" bir elm olaraq təyin etdi. Təbii ki, onlar özbaşına gələn, bəzən qeyri-məcburi olan və özü digər şəxslər üçün "obyektiv" bir reallıq halına gələn "subyektiv reallıq" olduğunu bilmirdilər və ya təxmin etmirdilər ki, bu subyektiv-lərə onların ruhi əksini (yəni onların münasibətini) yaratmağa reallıq məcbur etdi.

İnsanın həyatının keyfiyyətinin müəyyənləşdirilməsində əsas psixoloji problem insanın öz statusuna subyektiv münasibətinin formalaşdırılması, bu statusa dair meyarların yaradılması, həyat keyfiyyətləri ilə bağlı ayrı-ayrı fikirlərə uyğun davranış və davranış formalarının təsnif edilməsi üçün qanunların inkişafıdır. Bir sözlə, *sistem psixoloji yanaşma* İHK problemində həlledici metod olmalıdır. Bu yanaşmanın bəzi əsas məqsədləri və ya problemləri barəsində qısa bir şəkildə dayanaq [2,3]:

1."Məlumatlandırma mexanizmləri" nin və şərtlərinin anlaşılmasının öyrənilməsi (bizim məsələlər üçün – bu motivasiyaya əsaslanan həyatın müəyyən bir keyfiyyətinin formalaşması üçün, vacib olan bir şey üçün öz ehtiyaclarımızı həyata keçirmə zəruriliyi).

2.Qavranan və qavranmayan psixi proseslərarası mexanizmlərin təyin olunması, eyni zamanda əksətdirmənin qavrama formaları ilə, bu məsələlərin həlli

digər mühüm psixoloji problemlərin öyrənilməsinə imkan yaradır.

3. Daxili dünyadakı subyektiv olaraq təcrübəli olan zehni proseslərin təbiətinin açıqlanması və onların meydana gəlməsində xarici şəraitin rolu. Bu baxımdan, fərdi xarakterik xüsusiyyətləri ilə birlikdə, özünün həyat şəraitinin qurulmasında psixoloji və effektiv mövqeyini müəyyənləşdirən vizual-effektiv düşüncə kimi adlandırılan kompleks intellektual insan fəaliyyətini öyrənmək vacibliyi.

4. Xarici hərəkətlərin və əməliyyatların daxili, zehni, həmçinin fərdi özünü təsdiqləmə və tərbiyə etmə faktorları kimi (təlim, xarici fəaliyyət bacarıqları və daxili özünü analiz), bu prosesin nəticələrinə çevrilməsi prosesinin öyrənilməsi. Xarici fəaliyyətin zehni formalara təsiri tərs prosesə - daxili fəaliyyətin xarici formalarda inkişafına gətirib çıxarır.

5. Əvvəlki ilə əlaqəli olaraq, psixoloji elm sahəsində fəaliyyətin insan həyatının keyfiyyətinə dair qiymətləndirmə meyarlarının tətbiqinə əsaslanan obyektiv amil kimi tətbiq edilməsi zəruridir. Bu kateqoriyanın tətbiqi insan psixikasının inkişafı, onun motivasion fərziyyələri və adaptiv davranışı ilə bioloji və sosial arasında əlaqənin probleminə kifayət qədər yanaşma üçün ön şərtlər yaradır. Biz inanırıq ki, sosial determinant layiqli bir həyatın meyarlarını müəyyənləşdirən və keyfiyyətlərinin nə dərəcədə vacib olduğunu nümayiş etdirən mənada vacib rol oynayır. Eyni zamanda, bir şəxsin ictimai-tarixi təcrübəsi və bütün insanlıq təcrübəsi (əlbəttə ki, onun ictimai statusu ilə ona verilmiş imkanların hüdudları daxilində) ilə assimilyasiya prosesində onun ilkin bioloji ehtiyacları və impulsları, doğma davranış yolları ümumiyyətlə yaşayış yerində qəbul edilən pansosial forma daxildir. Bu əsasda psixologiyada bioloji və sosial problem yalnız anadangəlmə və qazanılmış əsl "xüsusi çəkilərin" nisbəti ilə deyil, onların müstəqil birləşmə proseslərinə, onların qarşılıqlı təsir faktorları və fərdi zehni formanın ayrılmazlığının formalaşdırılması ilə məhdudlaşmır və onun məişətə münasibəti də nəzərə alınmalıdır.

6. Zehni fəaliyyətin daxili tənzimlənməsi probleminin öyrənilməsi. Bu problemin amilləri aşağıdakılardır:

- ehtiyacları,
- motivləri
- duygusal-volient prosesləri.

Bu amillərə çoxlu müayinələr həsr olunmasına baxmayaraq, müxtəlif müəlliflər tərəfindən onların şərhləri olduqca ziddiyyətlidir. Ədəbiyyatda insanın həyat keyfiyyəti probleminin həllinə həsr olunmuş işlər demək olar ki, yoxdur, xüsusən də, insanın fiziki halı ilə onun sağlamlığı arasındakı birliyin mövcud olmaması müəyyən çətinliklər yaradır.

7. Ədəbi mənbələrdən aydın olan şəxsiyyət probleminin inkişafı hazırda üç istiqamətdə inkişaf edir:

- *diferensial diaqnostika ilə*, fərqli fərdi xüsusiyyətlərin öyrənilməsi və ehtiyacların formalaşdırılmasında onların rolu, motivasiyası və hərəkətini əhatə etməklə.

- *ontogenetik yolla*, uşaqlarda, yeniyetmələrdə və cavanlarda şəxsiyyətin formalaşması prosesinin öyrənilməsinə əhatə etməklə, fərdi şəxsi xüsusiyyətlərini müəyyənləşdirməklə;

- *ümumi psixoloji*, insanın bioloji bir obyekt kimi bütövlüyündən fərqli olaraq, şəxsiyyət kimi bütövlüyünün öyrənilməsi.

Araşdırmaların ən çox hissəsi şəxsiyyətin fərqli psixologiyasına aiddir ki, bu da sənətin, kadrların seçilməsi və yerləşdirilməsi üçün böyük əhəmiyyət daşıyır. Çox

hallarda, bu işlərə kompleks bir şəxsin somatik konstitusiyasının əlamətləri, yüksək sinir fəaliyyəti növləri və digər fərdi şəxsiyyət xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi daxildir. Ontogenetik psixologiya sahəsindəki tədqiqatlar da məhsuldardır, çünki onlar təhsil nəzəriyyəsi və praktikasının əsasını təşkil edir və tez-tez pedaqoji problemlərlə, əsasən əxlaqi təhsil məsələləri ilə birləşir. Ümumiyyətlə, psixoloji baxımdan, anadangəlmə psixoloji şərtlər və sosial-siyasi, ontogenetik təcrübənin təsirinə əsaslanan bir şəxsiyyətin formalaşması vacibdir. Bu sahələrin hamısı, müəyyən bir uyğunlaşma ilə, İHK probleminin psixoloji aspektini öyrənmək metodologiyasının əsasını təşkil edə bilər.

Beləliklə, yuxarıda qeyd olunanlara əsasən, insanın həyat keyfiyyətinin probleminə uyğun olan bir sıra elmi tədqiqat və inkişaf məsələlərini formalaşdırmaq olar:

1. Eşitmə qabiliyyəti itkisinə məruz qalmış şəxslərin dinamikasının və psixi vəziyyətinin daxili mexanizmlərinin müəyyən edilməsi (qurulması), eşitmə itkisinin müxtəlif keyfiyyət və kəmiyyət xüsusiyyətlərinə, onların fiziki vəziyyətinə, təhsilə, zəkaya, sosial vəziyyətə və maddi rifahına görə.

2. İnsan həyatı keyfiyyətinin meyarlarını və eşitmə zəifliyi olan şəxslərin zehni xüsusiyyətlərini müəyyən edən ekzogen amillər arasında multifaktorial (sistemik) korrelyasiya təhlili əsasında müəyyənləşdirmə.

3. İHK problemi ilə bağlı eşitmə itkisindən əziyyət çəkən insanların psixi sağlamlıq problemlərinin dərəcəsini əks etdirən əsl klinik-psixoloji təsnifatın inkişafı (ilk dəfə).

4. Xəstələrin hər yaş kateqoriyası ilə bağlı İHK probleminin aspektlərində profilaktik və reabilitasiya psixoloq-tədbirlərinin əsas istiqamətlərinin müəyyən edilməsi.

5. Profilaktik və reabilitasiya əsas istiqamətlərinin müəyyənləşdirilməsi psixosurdoloji hadisələri, xəstələrin bütün yaş kateqoriyalarına aid İHK problemlərinin aspektləri.

6. İHK probleminə aid olan müvafiq nizamnamə sənədlərinin, təlimatların, ixtiraların hazırlanması, məqalələrin və monoqrafiyanın dərc olunması yalnız surdoloji sahəsilə deyil, otorinolaringologiya və söz nitologiyasının digər bölmələri ilə əlaqələndirilməlidir.

ƏDƏBİYYAT- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Анохин П.К. Психическая форма отражения действительности. —М.: Наука, 1978 / Избр. тр. Философские аспекты теории функциональной системы.—С. 336-366.
2. Леонтьев А.Н., Ярошевский М.Г. Психология.—М.: Советская энциклопедия, 1975 / БСЭ, 3 изд.—Т.21.—С. 193-196.
3. Ядов В.А. Потребности.—Там же.—Т.20.—С. 439-440.
4. Поздняков С.В. Качество жизни у лиц пожилого возраста //Мат.междунар.науч.-практ.конф. «Пожилой больной. Качество жизни».- 1997.- С.216
5. Hol M. Benefit and life after bone-anchored hearing aid fitting in children with unilateral or bilateral hearing impair ent.// Arch/Otolaryngol. Head Neck Surg. 2011.-№137 (2).-P.130-138.

Р Е З Ю М Е

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Асланов П.Р.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева,
Кафедра Оториноларингологии, Баку.

В статье связанная с проблемой “Качества жизни человека ” представлен возможный вариант научно-исследовательской работы "Клинические и психические аспекты качества жизни людей страдающей потерей слуха и глухотой”.

Важность этой темы неоспорима, потому что больные из этой категории представляют "социально"-неразвитые люди и, их несоответствие в социальной и повседневной жизни приводит к стрессу и естественно - к понижению уровня качества их жизни которая является причиной хронического стресса.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, качество жизни

S U M M A R Y

OTORHINOLARYNGOLOGICAL ASPECT OF THE LIFE QUALITY

Aslanov P.R.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev Department of ENT, Baku.

This article covers the problem of “The clinical and psychological aspects of the life quality of patients with hearing loss and deafness”, one of the main directions of the scientific research dealing with Human Life Quality (HLQ).

The category of these patients represent “The social group with certain insufficiency” and their complete adaptation to social and ordinary life that they desire requires hard intellectual overstrain resulting in chronic stress and thus naturally reducing their life quality.

Therefore there’s no doubt that this subject is actually essential at present.

Key words: cochlear implantation, quality of life

Daxil olub: 18.12.2018.

XRONİK OBSTRUKTIV AĞCIYƏR XƏSTƏLİYİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ KORAKSAN (IVABRADİN) PREPARATININ TƏTBİQİ

Mikayılov Ə.İ., Əmrahova L.Q.

*Azərbaycan Tibb Universiteti Terapevtik və Pediatrik Propedevtika kafedrası, I
Daxili Xəstəliklər kafedrası*

Ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX), həm də xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi (XOAX) müasir dünyada ən geniş yayılmış xəstəliklər olub, ölümün və əlilliyin əsas səbəblərini təşkil edir (1,2).

Bu xəstəliklərin bir yerdə təsadüf edilməsi vəziyyəti daha da mürəkkəbləşdirir. Son vaxtlar bir sıra elmi tədqiqat işləri göstərir ki, (3,4) XOAX olan xəstələrdə ÜİX, xüsusən də miokard infarktından ölüm halları kəskin sürətdə artır. Yaş artdıqca bu xəstəliklərin bir yerdə təsadüf edilmə ehtimalı çoxalır. XOAX-nin müalicəsində istifadə olunan bir sıra preparatlar (β_2 -aqonistlər, xolinolitiklər və s.) ürək vurğularının sayını artırır. Bu isə öz növbəsində miokardın hipoksiya və işemiyasına gətirib çıxarır (5,6).

Öz növbəsində ÜİX-də çox geniş istifadə olunan β -adrenoblokatorlar, nirtatlar və bir sıra başqa preparatlar bronxospazmın artmasına və beləliklə də bronx keçiriciliyinin pisləşməsinə səbəb olur.

Bəzüləklə, XOAX və ÜİX-nin bir yerdə təsadüf etməsi hər iki xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır və ölüm hallarının kəskin artmasına səbəb olur. Bu qrup xəstələrdə erkən xronik ağciyər ürəyinin yaranması müşahidə olunur (7,8).

Son vaxtlarda ÜİX müxtəlif formalarının müalicəsində koraksan (ivabradin) preparatından istifadə olunur (9,10,11). İvabradin preparatı ürək vurğularının sayını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Buna səbəb isə koraksanın sinus düyününün $I(f)$ kanallarına selektiv və spesifik təsir etməklə bu kanalları blokada edərək ürək vurğularını tənzim etməsidir. İvabradin impulsların qulaqcıqdaxili, qulaqcıq-mədəcik və mədəcikdaxili keçiriciliyinə təsir etmir.

Koraksan preparatının təyini zamanı ÜİX olan xəstələrdə antianginal və antiişemik təsir göstərməklə stenokardiya tutmalarının sayını azaldır, ST-seqmentinin depressiyasını azaldır, preparat qan təzyiqinə təsir etmir (9).

Preparatın qəbuluna əks göstərişlər qaraciyər və böyrək çatmamazlığıdır. Həmçinin, bradikardiya, AV-blokadalar, kardiogen şok, sinoatrial blokadalar, fotopsiya (işığa qarşı həssaslıq) və s. də əks göstərişdir.

Son vaxtlar aparılan elmi-tədqiqat işləri koraksanın kardiorespirator xəstələrdə müsbət müalicəvi effektini qeyd etmişdir (10,11). Müşahidəmiz altında 50 xəstə olmuşdur. Bu xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. 1-ci qrupa 30 xəstə daxil olmuşdur. Onların yaşı 40-65 arasında olub, 20 kişi və 10 qadından ibarət olmuşdur. Bütün xəstələrdə XOAX-la birgə yanaşı gedən ÜİX-stabil gərginlik stenokardiyası II və III FS müəyyən edilmişdir.

I qrup xəstələrdə kompleks müalicələr: sistem və inhalyasion kortikosteroidlər, bronxolitiklər, β_2 -aqonistlər, antixolinergiklər (berodual), koronarolitiklər, miokardın mübadiləsinə yaxşılaşdırıcı preparatlar, kiçik dozalarda konkor (2,5 mq) və kadiomaqnil təyin edilmişdir.

2-ci qrupda olan 20 xəstə həm yaş, cins və xəstəliklərin spektrinə görə 1-ci qrupa çox oxşar olmuşdur. 2-ci qrup xəstələrdə kompleks müalicə ilə yanaşı koraksan 5mq dozada 2 dəfə səhər və axşam saatlarında yemək vaxtı 4 həftə ərzində təyin edilmişdir.

ÜİX ilə birgə xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi olan şəxslərdə bir sıra spesifik xüsusiyyətlər aşkar edilmişdir. Belə ki, bu xəstələrin əksəriyyətində (70-85%) tənqəfəslik, taxikardiya əlamətləri müşahidə edilmişdir. Halbuki, ürək nahiyəsində qeyd olunan stenokardiya tipli ağrılar cəmi 30-40% xəstələrdə təsadüf edilmişdir.

Hər iki qrup xəstələrin qanında eozinofillərin miqdarı kəskin artaraq 10-12% təşkil etmişdir. Çox maraqlı faktlardan biri də xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi artdıqca eozinofillərin miqdarının daha da çox artmasıdır. Aparılan kompleks müalicələrdən sonra hər iki qrup xəstələrdə eozinofillərin miqdarı azalaraq 5-6% təşkil etmişdir.

2-ci qrup xəstələrdə, yəni koraksan daxil olan kompleks müalicə aparılan xəstələrdə subyektiv durum əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmışdır. Bu xəstələrdə 1-ci qrup xəstələrə nisbətən, həm ürəkdüyünməsi, həm də tənqəfəslik əlamətləri əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır, bir sıra hallarda (10-15%) tamam itmişdir. Aparılan müalicə nəticəsində 1-ci qrup xəstələrdə ürək vurğularının sayı sakit vəziyyətdə 88 ± 2 -dən 84 ± 3 -ə kimi, hərəkət zamanı isə 117 ± 4 -dən 110 ± 2 -yə kimi enmişdir. 2-ci qrup xəstələrdə isə bu göstəricilər əhəmiyyətli dərəcədə enmişdir. Belə ki, koraksan

preparatı qəbul edən xəstələrdə sakit vəziyyətdə ürək vurğularının sayı 89 ± 5 -dən 72 ± 2 , gərginlik zamanı isə 120 ± 3 -dən 96 ± 5 -ə kimi azalmışdır.

Ivabradin preparatının kompleks müalicəyə daxil edilməsi EKQ göstəricilərini də əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmışdır: mənfi koronar T dişciyinin müsbətləşməsi, ST segmentinin depressiyasının azalması təyin edilmişdir.

Beləliklə, ÜİX ilə birgə XOAX olan xəstələrdə klinik əlamətlər bir sıra xüsusiyyətlərlə səciyyələnir. Bu xəstələrdə daha çox ürəkdöyünmə, təngnəfəslik və ekstrasistoliyalar, nisbətən az stenokardiya tutmaları müşahidə olunur. Aparılan kompleks müalicələr xəstələrin həm subyektiv vəziyyətinə, həm eozinifillərin sayına, EKQ və bir sıra başqa göstəricilərə müsbət təsir göstərir.

Kompleks müalicəyə $I(f)$ kanalcıqların selektiv blokatoru olan koraksanın daxil edilməsi xəstələrdə hemodinamik göstəricilərin daha da yaxşılaşmasına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Огородова Л.М., Кобякова О.С., Петровская Ю.А., Петровский Ф.И. Сложная астма. Пульмонология, 2001, 1, 94-100
- 2.Bronxial astmanın diaqnostikasi, müalicəsi və profilaktikasına dair ümummilli proqram. С.Т. Мəmmədovun redaktorluğu ilə tərtib olunmuşdur. Bakı, 2008, 74 s.
- 3.Палеев Н.Р., Афанасьева И.А., Черейская Н.К., Федорова С.И. Ранняя диагностика ишемической болезнью сердца у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких. Тер. архив 1999,9,52-56.
- 4.Fox K1, Garcia MA, Ardissino D, et.al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology.Europen Heart Journal, 2006, 27, 1341-1381.
- 5.Шилов А.М., Тарасенко О.Ф., Осия А.О. Особенности лечения ИБС в сочетании с ХОБЛ. Лечащий врач 2009,7,С.44-48
- 6.Коломоец Н.М., Бакшеев В.И., Зарубина Е.Г. Эффективность длительной терапии триметазидина у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ. Кардиология, 2008, т.48, 47-51.
7. Григорьева Н. Ю., Шарабрин Е. Г., Кузнецов А. Н., Мазалов К. В. Ишемическая болезнь сердца и сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких: новый взгляд на сочетанное течение «Современные технологии в медицине»,2009, 57-60
- 8.Павленко В. И. Хроническая обструктивная болезнь легких сочетанная с ишемической болезнью сердца: клинико-функциональные особенности течения, механизмы взаимоотношения, диагностика, прогнозирование и лечение. Автореферат д.м.н., Благовещенск - 2012
- 9.Коломоец Н.М.,Бакшеев В.И., Зарубина Е.Г. Клиническая эффективность ивабрадина у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с ишемиической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. Кардиология, 2008,3, 13-19.
10. Григорьева Н.Ю. Клинико-функциональные особенности состояния сердца у больных стабильной стенокардией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. Автореферат к.м.н., Нижний Новгород, 2005
- 11.Хабчабов Р.Г. Влияние кораксана в сочетании со стандартной терапией на электрическую стабильность миокарда в постинфарктном периоде. Автореферат канд.мед.наук, Махачкала, 2010.

Р Е З Ю М Е

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА КОРАКСАНА (ИВАБРАДИН) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Микаилов А.И., Амрахова Л.Г.

Основной целью данной работы была изучение влияния кораксана (ивабрадина) в динамике, который был включен в состав комплексного лечения у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца. Ивабрадин является ингибитором $I(f)$ канальцев и успешно применяется при тахикардиях, которые приводят к различным осложнениям от сердечно-сосудистых заболеваний. У обследованных больных часто отмечались выраженная синусовая тахикардия, экстрасистолическая аритмия и на ЭКГ признаки значительного нарушения коронарного кровообращения. При включении

ивабрадина в состав лечения у больных хронической обструктивной болезнью легких со стабильной стенокардией отмечалось значительное улучшение состояния больных: уменьшилась тахикардия; у многих больных исчезла экстрасистолическая аритмия; на ЭКГ улучшились явления нарушенного коронарного кровообращения.

SUMMARY

USE OF THE CORAXAN (IVABRADINE) IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES WITH CONCOMITANT ISCHEMIC HEART DISEASE

Mikailov A.İ., Amrahova L.Q.

Aim of this work was to study the effect of coraxan (ivabradine) over time, which was included in the complex treatment of patients with chronic obstructive pulmonary diseases in combination with coronary heart disease. Ivabradine is an inhibitor of $I(f)$ tubules and is successfully used for tachycardias, which lead to various complications from cardiovascular diseases.

In the examined patients, severe sinus tachycardia, extrasystolic rhythm, and ECG signs of significant impairment of the coronary circulation were often observed. When Ivabradine was included in the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary diseases with stable angina, there was a significant improvement in the condition of patients: decreased tachycardia; extrasystolic arrhythmia disappeared in many patients; on the ECG, improved phenomena of coronary circulation.

Daxil olub: 19.11.2018.

ARTERIAL HİPERTONİYANIN KOMBİNASİYALI MÜALİCƏSİNİN ZƏRURİLİYİ-İKİ KOMPOZİT İKİ FİKSƏ OLUNMUŞ HİPOTENZİV DƏRMAN VASİTƏSİNİN BİRGƏ İSTİFADƏ TƏCRÜBƏSİ.

Yusifli R.Ə., Azayeva N.R.

Ak.C.Abdullayev adına Elmi Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu

Hazırda qeyri-infeksiyon xəstəliklərin epidemiyası damar sisteminin əsas patologiyası olan arterial hipertoniya (AH) yaşlı insanların 30-45%-dən çoxunda aşkar olunur [1].

Son 30-40 ildə yüksək effektiv hipotenziv dərman vasitələri, angiotenzin çevirici ferment inhibitorları (AÇFİ), angiotenzin reseptorları blokatorları (ARB), kalsium antoqonistləri, diuretiklər, β -adrenoblokatorlar və onların kombinasiyalarının istifadəsinə baxmayaraq, bütün dünyada AH müalicəsini qənaətbəxş hesab etmək olmaz. Bu gün dünya üzrə arterial hipertoniyalı xəstələrdən AT-ni nəzarətdə saxlanılanlar 32% təşkil edir [1, 2].

Problemin xeyli hissəsi də, müasir dövr üçün yüksək təsirli hesab olunan hipotenziv müalicə preparatlarının istifadəsinə baxmayaraq arterial təzyiqi uzun müddət hədəf səviyyədə saxlanılan xəstələrin sayının az olması ilə əlaqədardır [1].

Aparılan tədqiqatlar belə vəziyyətin səbəblərinin xeyli mürəkkəbliyini göstərmişdir. Xəstəliyin profilaktika tədbirlərinin zəifliyi, erkən mərhələdə aşkar olunmaması, effektiv dərman və düzgün müalicə taktikası seçilməməsi, xəstələrin riayətkarlığının və tibbi inersiyanın (tibbi heyətin mövcud tövsiyələrin tələblərinə əməl edilməsində çatışmazlıqlar və hədəf səviyyə uğrunda mübarizə fəallığının

azlığı), əhalinin səhiyyə maarifləndirmə işləri səviyyəsinin aşağı olması əsas amillərdir.

Monoterapiya ilə müalicənin genişlənməsi üçün xəstəliyin çox erkən dövrdə, hətta hipertoniyaönü dövrdə aşkar edilməsi əsas şərtidir. Təəssüf ki, bu gün yuxarıda qeyd edildiyi kimi xəstələrin böyük bir hissəsi xəstələndiklərini çox gec, II, III dərəcədə bilir, vaxtında nəzarətə götürülmürlər, bu halda da aydındır ki, monoterapiya ilə müalicəyə yer qalmır.

Monoterapiyanın mövqeyinin zəifləməsi, kombinasiyalı müalicəyə diqqətin artmasının əsas səbəblərindən biri də aparılan xeyli nüfuzlu tədqiqatların nəticələri oldu. Belə ki, *ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering-in treatment to prevent Heart Attack Trial)* 62%-də, *INVEST (Verapamil SR/Trandolapril Study)* 84%-də, *LIFE (Losartan Inversion For reduction in hypertension study)* 92%-də, *SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program)* 45%-də, *MAPAY* 48,5%-də, *COOPE* 93%-də, *STOP Hypertension* 66%-də, *IPPPSH* 70%-də, *HOT (Hypertension Optimal Treatment)* 70%-də AT-i hədəf səviyyəyə endirmək və ürək-damar ağırlaşmaları riskini azaltmaq üçün 2-3 hipotenziv preparatın kombinasiyasına ehtiyac olmuşdur.

Rusiyanın A.L. Myasnikov adına Kardiologiya İnstitutunun materiallarına görə AH-li xəstələrin 33%-də monoterapiya, 22%-də ikili kombinasiya, 25%-də üçlü kombinasiya ilə effekt alınsa da, xəstələrin 10%-də 4, 2%-də isə hətta 5 hipotenziv preparatın birlikdə istifadəsinə ehtiyac olmuşdur [3].

Ak.C.M.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunda 10 nəfər əməkdaşımızın (5 nəfər tibb elmləri doktoru, 5 nəfər tibb elmlər namizədi) yazdıqları reseptlər araşdırılarkən 1000 nəfər AH-li xəstələrin müalicəsində 17,7%-ə monoterapiya, 14,5%-ə iki komponentli sərbəst kombinasiyalı, 21,3%-ə iki komponentli fiksə olunmuş kombinasiyalı, 46,4%-ə isə 3-4 və daha çox komponentli kombinasiyalı preparatlardan istifadə olunduğu müəyyən edilmişdir. Bütünlükdə kombinasiyalı müalicə alanlar ümumi xəstələrin 82,3%-i təşkil etmiş, 3-4 komponentli kombinasiyaların tərkibində fiksə olunmuş ikili kombinasiyalı preparatlar da geniş istifadə olunmuşdur.

Qeyd edək ki, 3-4 komponentli kombinasiyalarla müalicə alanların çox olması əksər halda xəstələrin ağırlaşmış halda və uzun müddət effektsiz müalicədən sonra Kardiologiya İnstitutuna müraciət etmələri, xəstələrdə assosiasiya olunan halların çoxluğu ilə bağlıdır.

Kombinasiyalı hipotenziv terapiya heç də yeni məsələ deyil, ötən əsrin 50-ci illərindən fiksə olunmayan və ya fiksə olunmuş, əsas komponentləri rauvolfi, tiazid və dihidrolazin olan kombinasiyalı hipotenziv preparatlardan (Adelfan-ezidreks, Trirezid K, Kristepin, Depressin və s.) istifadə edilmişdir. Lakin baxmayaraq ki, o dövrlərdə arterial təzyiqin hədəf səviyyəyə çatdırılmasının vacibliyi də bu günkü qədər sərt qoyulmurdu, yenə də onların effektinin azlığı və yanaşı təsirlərinin çoxluğuna görə arterial hipertoniyanın patogenetik mexanizminə təsir edən preparatlar axtarıldı və kəşf edilməyə başlandı. Xüsusilə, AÇFİ, ARB, kalsium antoqonistləri, yeni diuretiklər və β -adrenoblokatorlar hipotenziv terapiyanı əsaslı şəkildə dəyişirdi.

Kombinasiyalı müalicəyə diqqət xüsusilə, 2000-ci illərdən artmış və Beynəlxalq tövsiyələrdə bunun hətta AH I dərəcəsində başlanmasının mümkünlüyü, II,III dərəcədə isə mütləqliyi vurğulanmışdır.

Kombinasiyalı müalicə sadəcə olaraq bir neçə hipotenziv preparatın birlikdə istifadəsi deyildir. Kombinasiya üçün seçilən hər bir inqredientlərin effektivliyinin

sübut bazası olmalı, aparılmış randomizə tədqiqatların nəticələrinə əsaslanmalı və AT –in səviyyəsi və variabelliyyəsinin aşağı düşməsi ilə yanaşı son nöqtələrə də müsbət təsir etməlidir.

Kombinasiyanın hipotenziv effekti onun tərkibində olan inqredientlərin monoterapiyadakı hipotenziv effektindən yüksək olmalıdır. İnqredientlərin bir-birini tamamlayan fərqli təsir mexanizmləri, sinergistliyi, metabolik neytrallığı, AT-in yüksəlməsinə səbəb olan nizamlamanın əksi (kontrrequlyator) mexanizmləri neytrallaşdırması, bir-birinin yanaşı təsirlərini azaltma xüsusiyyətlərinin olması da çox vacib şərtlərdir. Bu dərmanlar GCP (Good Clinical Practice), GMP (Good Manufacturing Practice) və s. standartlara cavab verməlidir.

Kombinasiyalarda əksər halda inqredientlər monoterapiyada verilən dozadan xeyli az, onun $\frac{1}{2}$ və ya $\frac{1}{4}$ miqdarında işlədilir. Bu isə submaksimal və maksimal dozalardakına nisbətən yanaşı təsirlərin az olmasını təmin edir. Kombinasiyalı müalicədə hədəf üzvlərin qorunması daha yaxşı, ürək-damar ağırlaşmalar isə daha az baş verməsi tədqiqatlarda öz təsdiqini tapmışdır [4].

Tədqiqatlar göstərir ki, monoterapiyada verilən dərmanın dozasını 2 dəfə artırmaq əvəzinə həmin monoterapiyada işlədilən dərmana başqa bir dərman əlavə etdikdə AT-in səviyyəsi ikiqat dozası artırılmış monoterapiyaya nisbətən 4-5 dəfəyə qədər çox aşağı düşür [5].

Belə müalicədə kliniki effektin artması və yanaşı təsirlərin azlığı əsas müsbət göstəricidir, bu riayətkarlığın, müalicəyə çəkilən xərcələrin azalmasına imkan verir. Avropa AH tövsiyələrinə görə (II B.C) yüksək risk qrupunda olan AH-də, komorbid vəziyyətlərdə AT-in səviyyəsindən asılı olmayaraq kombinasiyalı müalicə aparılmalıdır. Həmçinin AT-in səviyyəsi arzu olunan səviyyədən 20/10 mm c. st yuxarı olan hallarda da kombinasiyalı müalicəyə başlanmalıdır [1].

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi kombinasiyalı müalicə preparatlarının fiksə olunmayan (sərbəst) və fiksə olunmuş şəkildə istifadəsi ilə aparılır.

Sərbəst kombinasiyalı (fiksə olunmayan) müalicə fərqli təsir mexanizminə malik 2,3 və daha çox dərmanların gün ərzində ayrılıqda qəbul edilməsi ilə aparılan müalicədir. Belə dərman müalicəsi xəstəliyin təzə aşkar olunduğu, qeyri-sabit, AT-in tez-tez dəyişdiyi hallarda inqredientlərin seçilməsi və ayrılıqda titrlənməyə ehtiyac yarandığı dövrdə daha əlverişlidir. Lakin sərbəst kombinasiyadakı dərmanların özünün və qəbul sayının çoxluğu, sxemlərin mürəkkəbliyi, riayətkarlığın aşağı düşməsinə səbəb olur, bu isə hipotenziv effektin azalması ilə nəticələnir.

Fiksə olunmuş kombinasiyalı preparatla müalicə xəstəliyin gedişinin stabilləşdiyi, inqredientlər və onların dozalarının dəqiqləşdiyi və saxlayıcı müalicəyə keçildiyi mərhələdə daha məqsədə uyğundur. Çünki qeyri-sabit dövrdə fiksə olunmuş kombinasiyalı preparatlarda inqredientlərin dozası və bir-birinə nisbətinin korreksiyasını aparmaq çətin olur. Qeyd etmək lazımdır ki, artıq eyni tərkibli, mwxtəlif dozalı fiksə olunmuş preparatların hazırlanması bu işi xeyli asanlaşdırmışdır.

Müşahidələr göstərir ki, bir çox hallarda nə sərbəst, nə də fiksə olunmuş iki komponentli kombinasiyalı preparatlarla da arterial təzyiqi hədəf səviyyəyə çatdırmaq mümkün olmur və 3,4,5 hipotenziv dərman təyin edilməsinə ehtiyac yaranır. Artıq bu gün fərqli dozalı bir neçə üç komponentli AÇFİ (ARB)+KKB+Diuretik preparatların geniş istifadəsinə başlanmışdır. Belə preparatların kiçik və orta dozası ilə aparılan müalicədə həm AT-in daha tez hədəf səviyyəyə çatdırılmasına və həm də kardiovaskulyar, serebrovaskulyar riskin

azaldılmasına imkan yaranır. Lakin üçkomponentli fiksə olunmuş kombinasiyalarla da hədəf səviyyəyə çatdırılmayan xəstələrin sayı çoxdur və 4-cü, 5-ci dərman əlavə edilməsinə tələbat yaranır. Təəssüf ki, hələlik 4-5 hipotenziv preparatın 1 tablet və ya kapsula şəklində, fiksə olunmuş formasına (4 və 5 komponentli) rast gəlməmişik.

Bu məqsədlə 2 komponentli, 2 fiksə olunmuş preparatın birgə istifadəsi ilə arterial təzyiğin hədəf səviyyəyə endirmə ehtimalının yüksəkliyini nəzərə alaraq, Amlipin (lizinopril 5 mq+amlodipin 5 mq) və Nolaksen (spironolakton 5 mq+hidroxlortiazid 25 mq) generik preparatların birgə işlədilməsinin effektini öyrənmək qərarına gəlmişik.

Qeyd edək ki, müasir generik preparatların yüksək keyfiyyəti, nisbətən ucuz qiyməti, beynəlxalq standartlara cavab verən hipotenziv effekti, onların aylarla, illərlə istifadəsi üçün üstünlükləridir. Generiklərin istifadəsi ABŞ-da 2005-ci ildə xəstələrin dərman xərclərinə 87 milyard və 2014 milyard dollara qənaət etməyə imkan vermişdir.

Seçdiyimiz generik preparatların praktikada kliniki effekt və farmakoloji təsirlərinin original preparatlara uyğunluğu müşahidə edilmişdir [6].

Bu preparatların 3 əsas inqredientlərinin (lizinopril, amlodipin və hidroxlortiazid) istər ayrılıqda, istərsə də kombinasiyalarda effekti olması barədə çox tədqiqatlar məlumdur. Bu 3 dərmanlarla yanaşı son illərdə AH-in müalicəsində istifadəsinə diqqət artan və xüsusilə, rezistent AH-də rəsmi olaraq 4-cü hipotenziv preparat hüququ qazanan aldosteron antaqonisti spironolaktonun olması da ümidvericidir [7].

Amlipinin tərkibində olan lizinopril ilk növbədə angiotenzin (AII) əmələ gəlməsini və bradikininin deqradasiyasını azaltmaqla iki istiqamətli damar genişləndirici təsir edir. Bununla yanaşı RAAS-ın son məhsulu aldosteronu azaltmaqla onun çox istiqamətli ziyanlı təsirini azaldır və natriurezi artırması da müşahidə edilir. Lizinopril həmçinin endotelin funksiyasını yaxşılaşdırır, aterogenezi zəiflədir. Noradrenalin sekresiyasını azaltmaqla simpatik fəallığı aşağı salır, trombositlərin aqreqasiyasını azaltmaqla isə mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırır. Əksər AÇFİ kimi lizinopril həmçinin damar divarı əzələsi və miokardın hipertrofiyasını, fibrozlaşmasını azaltmaqla remodelləşmə prosesini zəiflədir, hipertrofiyanın reqresinə müsbət təsir edir. AH-in müalicəsində lizinoprilin istifadəsinə aid 50-dən çox iri miqyaslı tədqiqatlar (*ALLHAT*, *VALUE*, *ASCOT*, *ACCOMPLISH* və s) aparılmış, effekti sübut edilmişdir.

Kalsium kanalı amlodipin arterial hipertroniyanın müalicəsində geniş istifadə edilir və onun AÇFİ, ARB preparatları ilə kombinasiyası fiksə olunmuş preparatları onlardır. Yarımçıxarılma dövrünün uzunluğuna görə (35-50 saat) gündə 1 dəfə qəbulu 24 saat ərzində hipotenziv təsiri saxlanılır.

Arteriaya divarında saya əzələlərin tonusunu azaltmaqla periferik damar müqaviməti və arterial təzyiğin aşağı düşməsinə səbəb olur. Bununla da sol mədəcik divarının hipertrofiyasını və miokard kütləsini azalda bilir. Yanaşı olaraq koronar çatışmazlığında effektivdir, metabolik proseslərə mənfi təsiri yoxdur, miokardın yığılma gücünü azaltmır.

Son illər Mİ və insultların baş verməsində AT-in variabelliyyətinin yüksəkliyinin ciddi olması qeyd edilir və bu halın stabilləşməsində müasir əsas hipotenziv preparatlardan ən yaxşı kalsium antoqonostları olduğu qeyd edilir [8].

HAMLET tədqiqatında lizinopril+amlodipin kombinasiyası ilə lizinopril və amlodipin preparatlarının monoterapiyasının effekti müqaisəli öyrənilmişdir. 8

həftəlik müalicədə ən yaxşı nəticə kombinasiyada alınmışdır. Belə ki, AT-in aşağı düşməsi müvafiq olaraq Amlodipin+Lizinopril qrupunda $-20,1 \pm 13,6$ mm c. st., Lizinopril qrupunda $-16,8 \pm 10,2$ mm c.st. və Amlodipin qrupunda $-14,7 \pm 13,0$ mm.c.st. baş vermişdir [9].

Ümumiyyətlə, AÇFİ+ amlodipin kombinasiyası karbohidrat və lipid mübadiləsinə ən yaxşı təsir edən preparat hesab edilir. Bu ASCOT-BPLA tədqiqatından sonra daha da aydınlaşmışdır. AÇFİ+ amlodipin kombinasiyası ilə β -adrenoblokatorlar (atenolol) + diuretik (bendroflumetiazid) kombinasiyasının effekti müqaisəli öyrənilmiş, AT-in eyni dərəcədə aşağı düşməsinə baxmayaraq son nöqtələrin göstəriciləri AÇFİ+ amlodipin kombinasiyası qrupunda daha yaxşı olmuşdur. Bununla bərabər bu qrupda yeni şəkərli diabet 32% az baş vermiş və lipid mübadiləsinə də müsbət təsiri aydın olmuşdur [12].

Hipoteza –Belə kombinasiyaların, yəni 2 komponentli, 2 fiksə olunmuş preparatın günün fərqli vaxtlarında (səhər,axşam) ayrılıqda verilməsinin, 4 preparatın eyni vaxtda verilməsindən (4 komponentli fiksə olunmayan və ya fiksə olunmuş) ehtimal etdiyimiz üstünlüyü ondan ibarətdir ki, başlangıçda, günün ilk yarısında yalnız Nolaksen (spironolakton +hidroxlortiazid) verilməsi zamanı arterial təzyiqin sürətli düşməsi və hipotoniya əlamətləri təhlükəsi az olur. Amlipin (lizinopril +amlodipin) isə axşam və ya gecə verildikdə arterial təzyiqin tədriclə aşağı düşməsi (amlodipinin variabelliyinə daha təsirinə görə) ilə yanaşı, xəstələrin gecə saatlarında tez-tez sidiyə getməsinə tələb yaratmır. Digər tərəfdən arterial hipertoniyanın ağırlaşmaları və ani ölümlərin gecənin ikinci yarısında, saat 4-dən sonra baş verdiyini və amlipinin də pik effektinin bu saatlarda yaranmasını nəzərə alsaq uzun müddətli müalicə ilə xeyli ağırlaşmaların qarşısının alınma biləcəyini gözlətmək olar.

Belə 2 komponentli, 2 fiksə olunmuş preparatın birlikdə vertilməsi barədə qərarımızın ortaya çıxmasının bir səbəbi də odur ki, xəstələrimiz əksəriyyəti AT-in qısa müddətdə aşağı salınmasına daha çox meyillidir və bunun alınmadığı hallarda onlarda müalicəyə inamsızlıq halları baş verir, xəstələr bəzən fasiləsiz ardıcıl müalicədən kənar qalırlar. Məhz bu milli xüsusiyyətləri də nəzərə alaraq müalicənin ilk günlərindən AT-in tez düşməsi, müalicənin başlanma və effekt alınması arasındakı vaxtın xeyli qısalması üçün tərkibində hidroxlortiazid və kalsium antoqonistləri olan preparatların təsirinə daha çox ümid etmişik.

Arterial hipertoniya xəstəliyinin ambulator şəraitdə 8 həftəlik müalicəsində fiksə olunmuş ikili kombinasiyalı 2 preparat, amlipin (lizinopril 5 mq+amlodipin 5 mq) və nolaksen (spironolakton 5 mq+hidroxlortiazid 25 mq) birgə işlədilməsinin hipotenziv effekti, təhlükəsizliyi və götürülməsinin öyrənilməsi.

Tədqiqata II-III dərəcəli arterial hipertoniyası olan, əvvəl aparılan monoterapiya və ya iki, üç komponentli kombinasiyalarla müalicəyə baxmayaraq AT nəzarətdə saxlanılmayan, ağır kliniki əlamətlər və qeyri-sabit gedişə (krizlər, AT-nin yüksək səviyyəyə çatması və s.) görə tez-tez həkimə, təcili yardıma müraciət edən, sistolik arterial təzyiqi (SAT) >160 mm c.st., diastolik arterial təzyiqi (DAT) >95 mm c.st. olan xəstələrdə Amlipin+Nolaksen preparatlarının birgə işlədilməsi üçün 25 xəstə cəlb edilmişdir.

Tədqiqata cəlb edilmə kriteriləri Mİ, XÜÇ, ŞD və ağır ritm və keçiricilik pozulması olmayan II-III dərəcəli arterial hipertoniyalı xəstələr.

Xəstələrin 13 nəfəri qadın, 12 nəfəri kişi və orta yaş $56,8 \pm 7,44$ il olmuşdur

A)Xəstələrin seçilməsi dövrü (5 gün). İlk 5 gündə əvvəl qəbul etdikləri hipotenziv dərmanlardan “təmizlənmə” dövründə xəstələrə ardıcıl hipotenziv terapiya

təyin edilməmiş, ehtiyac olduqda qısa müddətli təsir göstərən hipotenziv dərmanlar verilmişdir.

Bu mərhələdə aparılan tədbirlər:

- Tədqiqata cəlb edilmə barədə xəstələrin razılığı ;
- Hipertoniya xəstəliyi, dərman müalicəsinin əsas prinsipləri və dərmanların yanaşı təsirləri barədə xəstələrin məlumatlandırılması, onların müalicədə yaxından iştirak etmələri və riayətçılığın yüksəldilməsinin vacibliyinə dair maarifləndirmə işləri (motivasiya tədbirləri) ;

Ev şəraitində arterial təzyiqin; gün ərzində 3 dəfə və ya lazım olduqda daha çox ölçülməsi cədvəldə qeyd edilməsinin öyrədilməsi.

B)Tədqiqatın başlandığı gün (0 gün). Kliniki, laborator (qanda kreatinin, kalium, şəkər, xolesterion və s.) və instrumental müayinələrin (EKQ, ExoKQ, sutkalıq AT-nin monitorinqi və s.) aparılması, maarifləndirmə işləri;

Dərman qəbulu sxeminin və dozasının müəyyənəşdirilməsi. Nolaksen 25/25mq, yaxud 12,5/12,5mq (yarım tablet) və Amlipin 5/5mq, yaxud 10/10mq (2 tab) təyin edilmişdir.

C)Tədqiqatın 2-ci həftəsi (13-15-15-ci günlərdən biri).

- Evdə arterial təzyiqin ölçülməsindən alınan nəticələrin araşdırılması;
- Xəstələrin şikayətləri, dərmanın yanaşı təsirləri, gedişin pisləşməsi, kəskinləşməsi, krizlər, dərmanın qəbulu barədə problemlərin yaranması, riayətçılığın vəziyyətinin araşdırılması, dozanın AT-ə müvafiq uyğunlaşdırılması, maarifləndirmə işləri;

- EKQ və biokimyəvi laborator analizlərin təkrar edilməsi;

D)Tədqiqatın 4-cü həftəsində C mərhələsindəki kimi tədbirlər görülür.

E)Tədqiqatın 8-ci həftəsi, alınan son nəticələrin araşdırılması və yekun nəticənin çıxarılması. Tədqiqatdan sonrakı dövr üçün müalicə sxeminin müəyyənəşdirilməsi.

Alınanların müzakirəsi və nəticə. Tədqiqata cəlb edilən xəstələrin hamısı (25 nəfər) müşahidəni başa çatdırmışdır. Başlanğıcda (0 gün) SAT səviyyəsi $180,6 \pm 15,51$ mm c.st. və DAT $102,6 \pm 6,65$ mm c.st. olmuşdur. Amlipin inqredientlərinin ilk dozası $8,6 \pm 2,24$ mq və Nolaksen inqredientlərinin dozası $18 \pm 6,20$ mq təyin edilmişdir.

İlk iki həftəlik müalicə müddətinin sonunda (C) ümumi xəstələr üzrə SAT səviyyəsi $160,4 \pm 14,42$ mm c.st. və DAT $94,8 \pm 0$ mm c.st. çatdırılmışdır.

Xəstələrin 4 nəfərində (16%) 2-ci həftənin sonunda AT hədəf səviyyəyə (SAT < 140 mm c.st., DAT < 90 mm c.st.) çatmışdır.

Növbəti mərhələ üçün Amlipin inqredientləri dozası $8 \pm 2,45$ mq və Nolaksen inqredientləri dozası $13,5 \pm 3,39$ mq təyin edilmişdir.

Müşahidənin 2-4-cü həftəlik müalicə mərhələsində (D) əlavə olaraq xəstələrin 8 nəfərində (32%) AT hədəf səviyyəyə çatdırılmışdır. Bu mərhələnin sonunda ümumi xəstələr üzrə SAT səviyyəsi $147,4 \pm 12,0$ mm c.st. və DAT $90,4 \pm 3,44$ mm c.st. olmuşdur.

Növbəti mərhələ üçün Amlipin inqredientlərinin dozası $5,6 \pm 1,66$ mq və Nolaksen inqredientləri dozası $7 \pm 6,3$ mq təyin edilmişdir.

4-8-ci həftələr arası dövrlərdə (E) əlavə olaraq xəstələrin 10 nəfərində (40%), bütünlüklə isə 8-ci həftənin sonunda xəstələrin 22 nəfərində (88%) AT hədəf səviyyəyə çatdırılmışdır.

8-ci həftənin sonunda ümumi xəstələr (25 nəfər) üzrə SAT $137 \pm 7,09$ mm c.st. və DAT $91,67 \pm 3,88$ mm c.st. olmuşdur.

Xəstələrin 3 nəfərində (12%) hədəf səviyyə alınmamışdır, onlarda SAT $137 \pm 7,09$ mm c.st., DAT $91,67 \pm 2,88$ mm c.st.-a qədər aşağı düşmüşdür. Göründüyü kimi hədəf səviyyəyə çatmayanlarda da AT əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşmüş (başlangıçda SAT səviyyəsi $180,6 \pm 15,51$ mm c.st. və DAT $102,6 \pm 6,65$ mm c.st.) və müalicə davam etdirildikdə normal olacağına ümid artmışdır. Ona görə bütün xəstələr kimi onlara da tədqiqatdan sonrakı dövr üçün müalicə sxemi verilmişdir.

Xəstələrin 2 nəfərinə 5-ci preparat kimi β -adrenoblokator verilmişdir ki, bu da sinus taxikardiyası və ekstrasistolialar kimi ritm pozulmalarına görə olmuşdur.

Müalicə ərzində xəstələr arasında ciddi kəskinləşmə, ağırlaşmalar müşahidə edilməmiş, bir neçə xəstədə situasiya ilə bağlı AT yüksəlməsi olmuşdur.

EKQ, ExoKQ müayinələri və lipid, karbohidrat mübadiləsinə aid göstəricilərdə ciddi dinamika olmamışdır.

İnqredientlərin qarşılıqlı təsiri hesabına yanaşı təsirləri azalmışdır. Arteriya və venoz damarlarda tarazlı qaydada dilatasiya yaranması və sidikqovucuların effektivinə görə periferik ödem, baş ağrısı kimi yanaşı təsirlər az olmuşdur. Müşahidə dövründə 3 xəstədə yüngül periferik ödem olmuş və tədqiqatı davam etdirməyə mane olacaq yanaşı təsirlər müşahidə edilməmişdir.

Qanın elektrolit tərkibi, lipid, karbohidrat mübadiləsinin vəziyyəti və böyrək funksiyasının pisləşməsinə aid göstəricilərdə dəyişiklik müşahidə edilməmişdir.

Beləliklə, irimiqyaslı tədqiqatların nəticələri və müasir tövsiyələrdə göstəriləni kimi, fiksə olunmuş çox tərkibli kombinasiyalı müalicə arterial hipertoniyanın ən effektiv müalicə üsuludur. Müalicədə bir-birinin hipotenziv effektini artıran və yanaşı təsirləri azaldan 2 komponentli 2 fiksə olunmuş hipotenziv preparatın, amlipin (lizinopril 5 mq+amlodipin 5 mq) və nolaksenin (spironolakton 5 mq+hidroxlortiazid 25 mq) birgə tətbiqi xəstələrin daha kiçik dozalarla müalicəsinə imkan yaratmış, AT-in hədəf səviyyəyə daha tez çatmasını, kliniki gedişin yaxşılaşmasını təmin etmişdir.

Hesab edirik ki, gələcəkdə 4-5 komponentli fiksə olunmuş hipotenziv preparatların kliniki effektinin öyrənilməsi ilə yanaşı, müqayisəli şəkildə 2 fiksə olunmuş (hər biri 2 və ya 3 komponentli) müxtəlif preparatların birgə tətbiqinin hipotenziv effekti, riayətçılığın, həyat keyfiyyətinin səviyyəsi və s. öyrənilməsi də genişləndirilmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2013; 34 (28): 2159-219
- 2.Российское медицинское общество по артериальной гипертонии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр)//Системные гипертензии.-2010. -№3.-С.5-26
- 3.Скворцов В.В. и соавт. Комбинированное лечение гипертонической болезни: акцент на комбинацию антагонистов кальция и ингибиторов АПФ «РМЖ»№4 от 25.02.2011 стр 253
- 4.Лукина Ю.В.,Марцевич С.Ю. Комбинированное терапия артериальной гипертонии-надежный путь достижения цели. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2010 ;6(4):859-64)
- 5.Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. JAMA. 1996 May 22-29;275(20):1571-6.
- 6.Yusifov D.N. Hipertoniya xəstəliyinin amlipinlə müalicəsi. Professor T.Ə.Əliyevin anadan olmasının 85 illiyinə həsr olunmuş konfrans materialları. Bakı 2006
- 7.Prof Bryan Williams et al. Spironolactone versus placebo, bisoprolol and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomized, double-blind, crossover trial The Lancet.2015. 386(10008):2059-2068).
8. Остроумова О.А. Вариабельность артериального давления и риск развития инсульта при гипертонической болезни. Журнал неврологии и психиатрии, 10, 2012 ; Вып.2
9. Farsang. Csaba. Hypertonia es nephrologia, 2004; 8(2):72-78.

Daxil olub: 13.12.2018.

ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI İLƏ AĞIRLAŞAN METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK RİTMİNİN MÜXTƏLİF NÖV POZULMALARI VƏ ONLARIN MÜASİR KORREKSİYASI.

Daşdəmirov R.L., Qurbanova C.K.

C.Abdullayev adına ETKardiologiya İnstitutu

Metabolik sindrom (MS) arterial hipertenziya, abdominal piylənmə, insulinərezistentlik (periferik toxumaların insulinə həssaslığının azalması) və hiperinsulinemiya ilə xarakterizə olunur. Bu sindrom "insulinərezistentlik sindromu", "X sindrom", "ölüm kvarteti", "dismetabolik sindrom" kimi də adlanır. MS ÜST ekspertləri tərəfindən müasir insanlığın ən təhlükəli 10 xəstəliyi arasında yer alır[1].

30 yaşdan yuxarı əhali arasında MS 10-30% yayılıb. Qadınlarda MS-un rastgəlmə tezliyi menopauzadan sonra artır. ABŞ-da yetkin əhali arasında 23.7% (24% kişi, 23.4% qadın) [2], Rusiyada isə 2004-cü ilə görə 40-55 yaşlı kişilərdə 44,4%, qadınlarda 20,8% görsənir [3].

2006-cı ildə İsveç tədqiqatçıları öyrənmişlər ki, MS-lu şəxslərdə ürək çatışmazlığının (ÜÇ) əmələ gəlmə riski artır. Eyni zamanda Framingham Study tədqiqatının nəticələri göstərmişdir ki, piylənmə kişi və qadınlarda ÜÇ riskini daha da artırır[4]. Piylənmə və ÜÇ olan xəstələrdə aşağı çəkili ÜÇ olan xəstələrə nisbətən xəstəliyin daha müsbət proqnozu müşahidə olunur. Piylənmə və ürək-damar xəstəlikləri arasında əlaqənin olması və ÜÇ-nin gedişatının yüksək bədən çəkili xəstələrdə müsbət proqnozu "piylənmə paradoksu" adlanır [5]

MS-lu ÜÇ xəstələrində ağırlaşmalardan biri də aritmiyalardır. Ədəbiyyatda bunların arasında əlaqənin olduğunu göstərən çox saylı məlumatlar vardır. Umetin et al. (2007).

Ürəkdə heç bir patoloji dəyişikliyi olmayan 592 nəfər müayinə edərək onların 32 nəfərində (5%) –də qulaqcıq fibrilasiyası(QF) müəyyən etmişdir ki, bunlardan 12 nəfəri (9%) MS-lu şəxslər, 20 nəfər (4%) MS olmayan şəxslər olmuşdur. Buradan da görsənir ki, QF-nin əmələ gəlməsi sol qulaqcığın ölçüləri ilə əlaqəli deyil, bilavasitə MS-la əlaqəlidir. Yəni MS QF-nin əmələ gəlməsi üçün risk faktoru rolunu oynayır.

MS-la qəfləti ölüm və buna uyğun olaraq mədəcik aritmiyaları arasında da əlaqə olduğu ehtimal olunur. Belə ki, 2001-ci ildə M.A.Alpert göstərmişdir ki [7], piylənmə kardiomiopatiyanın və xroniki ürək çatışmazlığının əmələ gəlməsinə səbəb olur ki, bu da mədəcik aritmiyasının əmələ gətirdiyi qəfləti ölüm hallarını artırır. Mədəcik ekstrasistoliyası və MS arasında əlaqənin olmasını G.A.Bray və T.Bellander (2006) də öz işlərində [8] göstərmişlər.

"Nugyen et.al., (2008) [8] hesab edirlər ki, QF-nin müalicə və profilaktikasındakı effekt həmçinin MS-un kriteriyalarının -AH, ŞD, piylənmə, obstruktiv gecə apnoesinin müalicəsindən asılıdır. Bu cür yanaşma digər nəşrlərdə də göstərilmişdir.(10,11).

ÜÇ olan xəstələrdə müxtəlif növ aritmiyaların əmələ gəlməsi barədə çoxlu tədqiqatlar övcüddür. Lakin MS-lu ÜÇ olan xəstələrdə aritmiyaların xüsusiyyətləri və MS-un aritmiyaların əmələ gəlməsində risk faktoru kimi iştirak etməsi hələ tam aydınlaşdırılmamışdır.

Etiologiyası: ÜÇ-nin etiologiyası ürək əzələsinin zədələnməsi - miokarditlər, dilatasion kardiomiopatiya (DKMP), miokard infaktı (Mİ), aterosklerotik kardioskleroz, ürək əzələsinin toksiko-allegik zədələnməsi ilə bağlıdır. Digər tərəfdən

ürək qüsurları -qapaq çatmamazlıqları və dəlik daralmaları da ÜÇ-na səbəb olur. Miokardın metabolik tələbatının artması-anemiya, hipertireoz, hamiləlik və s. də ÜÇ-na səbəb ola bilər [7].

MS-un etiologiyasında isə az aktiv həyat tərzini, yüksək kalorili qidalarla qidalanmaq, aşağı kalorili pəhrizlər, stress, endokrin pozğunluqlar, arterial hipertoniya, genetik meyillilik durur.

MS özü ÜÇ-nin əmələ gəlmə riskini artırır. Belə ki, bədən çəkisinin kişilərdə və qadınlarda artması XÜÇ-nin əmələ gəlmə riskini artırır. Qanda qlükozanın 1% artması XÜÇ-un 2-4 dəfə artmasına səbəb olur [8]. İnsulinərezistentlik miokardın metabolik proseslərini pozmaqla XÜÇ-nin əmələ gəlmə riskini artırır. MS nəticəsində damarlar remodelləşirlər ki, bu da ateroskleroza və sonradan ÜİX-nə və ÜÇ-nin inkişafına gətirib çıxara bilər [9].

ÜÇ-nin başlıca ağırlaşmasından biri də aritmiyalardır ki, tədqiqatlar göstərir ki, MS-lu ÜÇ xəstələrində aritmiyaların rastgəlmə tezliyi artır. MS-lu XÜÇ olan xəstələrdə sol mədəciyin hipertrofiyası və tez-tez daimi formalı səyirici aritmiyaya rast gəlinir [6]. Ürəyin remodelləşməsi ilə bağlı olaraq xəstələrə müxtəlif növ aritmiyalar müşahidə olunur.

Patogenezi: XÜÇ-nin patogenezinə neyrohumoral sistemin fəaliyyətinin yüksəlməsi əsas rol oynayır. Renin-angiotenzin-aldosteron sisteminin (RAAS) və simpatoadrenal sistemin (SAS) fəallığının yüksəlməsi qanda onların əsas təsiredici hormonları olan angiotenzin II, aldosteron, noradrenalin və s. miqdarının artmasına səbəb olur. Həmin hormonlar kardiomyositlərin hiperplaziyası, proliferasiyası, damar və ürək kameralarının remodelləşməsində mühüm rol oynayır ki, bu da miokardın sistolik və diastolik funksiyasının pisləşməsinə səbəb olur. Qadınlarda ÜÇ-nin əmələ gəlmə riski menopauzadan sonra artır. Qanda estrogenlərin azalması ürək-damar patologiyalarının əsasını qoyur [10].

MS ürəyin struktur və funksiyasına mənfi təsir göstərir: ürəkdə pred və post yüklənmə artır (xüsusən də 15 ildən çox piylənməsi olan şəxslərdə). Piylənmə və arterial hipertenziyanın birgə rastgəlməsi sol mədəciyin hipertrofiya riskini 4 dəfə artırır. Bu da müxtəlif ağırlaşmalara - XÜÇ, ürəyin ritm pozğunluğu, səyirici aritmiya və qəfləti ölümə səbəb ola bilər.

MS zamanı ürəkdə diastolik disfunksiyanın inkişafı (ürək əzələsinin rahatlaşa bilməməsi) qulaqcıqların dilatasiyası və qulaqcıq fibrilyasiyasının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu xəstələrdə ölümün əsas səbəbi durğunluq ÜÇ olur. Əgər MS, XÜÇ və ritm pozğunluqları birgə rast gəlinirsə, bu ürək-damar xəstəliyindən ölüm riskini daha da artırır. Artıq bədən çəkisi olan insanda II tip ŞD-in əmələ gəlmə riski də artır. Prosesə II tip ŞD-in qoşulması hiperqlikemiyanı və dislipidemiyanı dərinləşdirir, bu da ÜİX əmələ gəlmə ehtimalını artırır.

Klinika: MS-lu ÜÇ ilə ağırlaşan xəstələrdə klinik əlamətlər sol mədəciyin hipertrofiyası, diastolik disfunksiya və XÜÇ-nin əmələ gəlmə mərhələlərindən asılı olaraq inkişaf edir. Müəyyən olunmuşdur ki, arterial hipertenziya, abdominal piylənmə və hiperinsulinemiya xəstələrdə sol mədəciyin konsentrik tip hipertrofiyasına səbəb olur. MS-lu xəstələrdə ən çox ürəyin arxa divarı və mədəcikasını arakəsmə qalınlaşır. Ürək toxumaları qanla təchiz etmək üçün daha çox işləməli olur və bu da sol mədəciyin daha çox yüklənməsinə, vurğu həcminin artmasına səbəb olur. Ürək əzələsinin "energetik açlığı" nəticəsində kardiomyositlərin funksional pozğunluğu əmələ gəlir. Sol mədəciyin hipertrofiyası XÜÇ-nin prediktoru sayılır. Konsentrik hipertrofiya, sol mədəciyin dolmasının pozulması diastolik ÜÇ-na

səbəb olur. Bu zaman fiziki yükləmə zamanı tənqənəfəslik, ortopnoe və paroksizmal gecə tənqənəfəsliyi əmələ gəlir. Sol mədəciyin hipertiofiyası və diastolik disfunksiyası eyni zamanda müxtəlif növ aritmiyaların, xüsusən də mədəcik ektopik ritmlərinin və həmçinin səyirici aritmiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Repolyarizasiya proseslərinin pozulması nəticəsində EKQ-də QT intervalının uzanmasını görmək olur. MS-lu xəstələrdə qəfləti ölümün 7-40 dəfə çox rast gəlinməsinin bununla əlaqəli olduğunu ehtimal edirlər.

Diaqnostika: ÜÇ ilə ağırlaşan MS-lu xəstələrin diaqnostikasında müxtəlif fiziki və instrumental müayinə metodlarından istifadə edilir. Xəstəyə baxış zamanı abdominal piylənmə əlamətləri müşahidə olunur. Xəstədən toplanan anamnestic

məlumatlar da vacib əhəmiyyət kəsb edir (gecə apnoesinin olması, xoruldama, gecə tez-tez sidiyə getmə, gündüz yuxululuq və s.).

Qan plazmasında insulinin acqarına yoxlanması, lipid mübadiləsinin pozğunluğu qanın biokimyəvi müayinəsi ilə mümkündür (xolesterin, triqliserid, YSLP, ASLP, ÇASLP təyini). Piylənməni təyin etmək üçün qarın çevrəsi, BÇİ təyin edilir. Arterial hipertenziyanı təyin etmək üçün (SAT və DAT) AT-in sutkalıq monitorlanmasından istifadə olunur.

Ürək-damar patologiyası zamanı BNP miokardın yığılma funksiyasını əks etdirir və buna görə də ÜÇ-nun diaqnostikasında istifadə olunur.

Aritmiyalrı təyin etmək üçün EKQ müayinə və EKQ Holter müayinəsi aparılır. Ürəyin remodelləşməsinin, diastolik disfunksiyanın təyində ExoKQ müayinəsi vacib əhəmiyyət kəsb edir.

MS diaqnozunu qoymaq üçün aşağıdakı 5 kriteriyadan 3 və daha çoxu olmalıdır:

1. Ac qarına qlükoza > 6.1 mmol/l
2. Abdominal piylənmə: kişilərdə qarın çevrəsi > 102 sm, qadınlarda > 88 sm
3. Hipertriqliseridemiya: qan plazmasında TQ > 1.7 mmol/l
4. YSLP aşağı olması: < 1.4 mmol/l kişilərdə < 1.3 mmol/l qadınlarda
5. AT $> 130/85$ mm.c.süt.[11]

Müalicə: ÜÇ ilə ağırlaşan MS-lu xəstələrin müalicəsi bir neçə istiqamətdə aparılmalıdır. Müalicə etiotrop, simptomatik və patogenetik xarakter daşıyır. Durgunluq ÜÇ-nin müalicəsində əsasən diuretiklərdən istifadə edilir. Lakin MS-lu ÜÇ olan xəstələrin müalicəsində eyni zamanda piylənmənin qarşısının alınması, AT-in normallaşdırılması, lipid və karbohidrat mübadiləsinin pozğunluğuna qarşı da müalicə aparılmalıdır. Əgər xəstədə aritmiya varsa, yanaşı olaraq antiaritmik dərmanlar istifadə edilir. Remodelləşmənin qarşısını almaq və proqnozu yaxşılaşdırmaq məqsədilə AÇF inhibitorlarından istifadə edilir MS-lu xəstələrdə çəkinin nəzarəti və bədən çəkisinin normal həddə qədər azaldılması onlarda şəkərli diabetin əmələ gəlmə riskini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Məlumdur ki, ümumi bədən çəkisinin 10% azalması visseral piyin 30%-ə qədər azalmasına səbəb olur. Hazırda təsdiq olunmuşdur ki, visseral piy əsl endokrin orqandır, hansı ki, 20-yə yaxın bioloji aktiv maddə ifraz edir, bunlar da neyrohumoral sistemə təsir göstərir. Nəticədə bu "orqan" metabolik proseslərdə, lipid və karbohidrat mübadiləsində daim iştirak edir və neyrohumoral və immun funksiyalara təsir edir. Təbii ki, çəkinin nəzarəti kompleks yanaşma ilə, yəni sağlam qidalanma və aktiv həyat tərzi ilə mümkündür. Fiziki aktivlik çəkinin normallaşdırılmasında və xəstəliyin proqnozunun yaxşılaşmasında mühüm rol oynayır. Bunlara riayət etmədikdə farmakoterapiya o qədər də effektiv olmur.

Nurse Health Studynin (2003) nəticələrinə görə eyni BÇİ (bədən çəki indeksi) olan MS-lu fiziki aktivliyi çox olan xəstələrdə fiziki aktivliyi az olan xəstələrə nisbətən ölüm göstəricisi aşağı olur.

Qidalanma rejiminə bitki yağları, lifli qidalar, qazlı içkilər və xörək duzundan imtina, çörək istifadəsinin məhdudlaşdırılması, zülali qidaların, meyvə və tərəvəzlərin rasiona daxil edilməsi və s. aiddir. Durgunluq ÜÇ-da qəbul olunan suyun miqdarı azaldılmalıdır. MS-u olan ÜÇ xəstələrində "məhdudlaşdırıcı" pəhrizlərdən uzaq durmaq lazımdır. Qəbul edilən yağların 2/3 hissəsi bitki yağları ilə əvəz edilməli, konservləşdirilmiş məhsullar istifadə olunmamalıdır.

Farmakoteropiya piylənmənin, karbohidrat mübadiləsi pozğunluğunun, arterial hipertenziyanın və dislipidemiyanın müalicəsinə, eyni zamanda durgunluq ÜÇ-nin və əmələ gələ biləcək aritmiyaların müalicəsinə yönəldilir. Karbohidrat mübadiləsini normallaşdırmaq üçün metformin (Siafor, Qlükofaj), piylənmənin müalicəsi məqsədilə Orlistat (Ksenikal) istifadə olunur. Antihipertenziv preparatlardan AÇF inhibitorları (Enalapril, Lizinopril), Ca kanalı blokatorları (Amlodipin) və imidazolin reseptoru antoqonistləri (Moksonidin) istifadə olunur[12]. ÜÇ-nin müalicə məqsədilə sidikqovucular, selektiv b-blokatorlarla (ürəyin oksigenə olan tələbatını azaltmaq məqsədilə) yanaşı metabolik terapiya aparılır. ÜÇ və MS-ın ağırlaşması kimi əmələ gələn aritmiyaların müalicə məqsədilə antiaritmik dərmanlardan istifadə olunur. Dərman seçimi aritmiyanın növünə uyğun olaraq aparılır.

MS-un müalicəsində metabolik neytrallığa malik olan antihipertenziv preparatlardan istifadə etmək lazımdır. Müasir antihipertenziv preparatlar arasında həmin xüsusiyyətə malik olan dərmanlar vardır. Diuretiklərdən indapamid bu xüsusiyyətə malikdir. b-adrenoblokatorlardan metabolik neytral preparat kimi yüksək selektiv bisoprolol və nebivolol, həmçinin a1-blokadaedici xüsusiyyətə malik olan karvedilol toxumaların insulinə həssaslığını artırır. Ləng Ca kanalı blokatorlarından II və III nəsillə dihidropiridin törəmələri seçim preparatları hesab olunur.

Populyasiyaların müayinəsi zamanı Finlandiyada aparılan tədqiqat nəticəsində XX əsrin son onilliyində finlər arasında artıq bədən çəkili, lipid mübadiləsi pozulmuş insanların sayı artmışdır. Lakin həmin şəxslərdə AT-in orta və aşağı həddə olması müəyyən olunmuşdur. Bu onu göstərir ki, ayrı-ayrı populyasiyalarda MS-un müxtəlif komponentlərinə rast gəlinir. Bu populyasiyada antihipertenziv terapiya yox, lipidsalıcı terapiya daha çox əhəmiyyət kəsb edir. Lipid spektrini korreksiya etmək məqsədilə statinlər istifadə olunur. MS-lu xəstələrdə aşkar hipertriqliseridemiya müşahidə olunur ki, bu da Atorvastatinin və ya Rozuvastatinin istifadəsini vacib edir. Bu statinlər ASLP və TQ-ləri daha yaxşı azaldır və YSLP -in miqdarını artırır. Belə ki, YSLP-in azalması və TQ səviyyəsinin artması koronar damarların aterosklerozunu daha da sürətləndirir, buna görə də yuxarıdakı preparatlar hər iki mübadiləyə təsir göstərir. TQ səviyyəsinin azaldılmasında fibratlar və nikotin turşusunun rolu da böyükdür. Statinlərlə aparılan monoterapiyaya baxmayaraq TQ-in səviyyəsi 2 mmol/l və çoxdursa, o zaman dozanı artırmaq (Atorvastatin 80 mq, Rozuvastatin 40 mq) və ya statin və nikotin turşusu, ya da fibratların kombinasiyasından istifadə etmək lazımdır.

MS-lu artıq bədən çəkisi olan ÜÇ xəstələrində qlikemiyanın nəzarətində birincili seçim preparatı Metformin hesab olunur. Bu preparat toxumaların insulinə həssaslığını artırmaqla bərabər hiperinsulinemiyanı azaldır, bədən çəkisinin və AT-in azalmasına səbəb olur, lipid mübadiləsinə, ilk növbədə TQ-in səviyyəsinə müsbət

təsir edir .Karbohidrat mübadiləsi pozğunluğunun formasından asılı olaraq digər şəkərsalıcı preparatlar təyin olunur.

ÜİХ-nin birincili profilaktikası məqsədilə xəstələrə Aspirin təyin olunur.

Ümumiyyətlə, MS-u olan ÜÇ xəstələrində ürəyin ritm pozğunluqlarının profilaktikasında MS-un müalicəsi vacib əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.. Evans R.M., Barish G.D., Wang Y.U. Ppars and the complex journey to obesity. // Nat Med 2004;10:355-361.
- 2.Grundy SM. Obesity, Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease. // J Clin Endocrinol Metab. 2004; 89; 2 595-600.
- 3..Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2003. №, с.32-38.
- 4.Kagan A. The Framingham Study: a perspective study of coronary heart disease / A Federation proceedings/-1962.-Vol.21-p.52-57.
- 5..Шпагина О.В., Бондаренко И.З.«Парадокс ожирения.»-еще один взгляд на проблему сердечно-сосудистых заболеваний. Журнал «Ожирение и метаболизм» 2013.4.С.3-9.
- 6.Umetani K., Kodama Y., Nakamura T.et al. High Prevalence of Paroxysmal Atrial Fibrillation and/or Atrial Flutter in Metabolic Syndrome. // Circ.J 2007; 71:252-255.
- 7.Alpert M.A. Obesity cardiomyopathy: pathophysiology and evolution of the clinical syndrome. // Am J Med Sci 2001; 321(4): 225-236.
- 8..Bray G.A., Bellander T. Epidemiology, trends and morbidities of obesity and the metabolic syndrome. Endocrine 2006; 29 (1): 109-117.
- 9.Nguyen J.T., Benditt D.G. Atrial Fibrillation Susceptibility in Metabolic Syndrome. Symply the Sum of its Parts? // Circulation 2008; 117: 1249-1251.
- 10.ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation:executive summary. EHJ, 2006;27:1979-2030.
- 11..ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death-executive summary. EHJ, 2006; 27: 2099-2140.

Daxil olub: 10.06.2018.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА РАНИТИДИНА, СУБЦИТРАТА ВИСМУТА И СУКРАЛЬФАТА.

**Алиметов С.Н., Ибрагимов М.Р., Ибрагимова Ш.С., Амрахова Л.Г.,
Имамалиев Г.М., Микаилов А.И.**

***Азербайджанский Медицинский Университет. Научно-Хирургический
Центр имени М.А.Топчибашева.***

В последнее время периодически наблюдаются попытки популяризации на фармацевтическом рынке препаратов, представляющих собой комбинации блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов с различными типами гастроцитопротекторов. Естественно, что препараты подобного рода не являются новшеством в клинической фармакологии; так, классическим представителем данной группы является пилорид, представляющий собой соединение ранитидина и цитрата висмута [1]. Новым и активно обсуждаемым в клинической и фармацевтической среде препаратом данной группы является Rabis (Sopharma, Болгария) - комбинация ранитидина, субцитрата висмута и сукральфата. Первоочередным вопросом, встающим при рассмотрении состава данного препарата, является высокая вероятность негативного взаимодействия его составных компонентов друг с другом, а также с другими лекарственными средствами, используемыми в фармакотерапии заболеваний органов пищеварения. Так, известно, что антисекреторные средства, в том числе H₂-блокаторы, снижают активность сукральфата [2]. Это объясняется тем, что сукральфат способен распадаться под действием кислой среды желудочного сока на алюминий и сульфат сахарозы, образуя коллоидную пленку на

поверхности слизистой желудка при значениях pH менее 4.0. Именно поэтому, например, его комбинация с двойной дозировкой ингибиторов протонной помпы, используемой в процессе эрадикационной терапии, не представляется целесообразной, так как при этом достигаются значения pH, практически равные 4.0 [3, 4]. Понятно, что H₂-блокаторы не обладают столь выраженным антисекреторным действием, как ингибиторы протонной помпы [5, 6, 7]. Тем не менее, наблюдаемое в результате их действия повышение pH может негативно сказываться на эффективности сукральфата. С другой стороны, в ряде исследований было показано, что сам сукральфат способен замедлять всасывания ранитидина и других H₂-блокаторов, особенно при использовании в относительно высоких дозировках (2 г в сутки). Данный негативный эффект проявлялся даже в тех случаях, когда ранитидин и сукральфат принимались с временным интервалом в 2 ч [8]. Таким образом, в этом смысле сукральфат действует аналогично любым антацидным препаратам. В клинической практике одновременный приём ранитидина и сукральфата допустим лишь при условии, что интервал между их приемом составит не менее 2 часов. Это представляется возможным, поскольку ранитидин может использоваться вне зависимости от приема пищи, а сукральфат традиционно назначается за 30 минут-1 час до еды. Совместное применение сукральфата и ингибиторов протонной помпы по сути невозможно, так как последние также назначаются обычно за 30 минут (с возможным интервалом от 15 минут до часа) до еды, что делает высокой вероятность замедления их всасывания под влиянием сукральфата. Что касается коллоидного субцитрата висмута (де-нол), то традиционно рекомендуется назначать любые другие лекарственные препараты с интервалом в полчаса до или после приема де-нола [9]. Поскольку де-нол также назначается за 30 минут до еды, это делает проблематичным его одновременное использование с ингибиторами протонной помпы, в т.ч. в схемах эрадикации, вынуждая врача изменять оптимальные правила их назначения. Таким образом, каждый из трех компонентов вышеуказанного препарата Rabis потенциально способен взаимодействовать с двумя другими компонентами, приводя к снижению их активности и биодоступности. Это справедливо и в отношении де-нола и сукральфата. Помимо общих указаний о нецелесообразности одновременного приема с каждым из них других средств с антацидным или гастропротекторным действием, следует отметить отсутствие каких-либо схем в международных протоколах и рекомендациях, в которых одновременно присутствовали бы оба этих препарата. Это свидетельствует как минимум о нецелесообразности подобного сочетания, а также, очевидно, об отсутствии клинического опыта подобного совместного их использования.

Переходя к вопросу о возможных показаниях к назначению подобных комбинированных препаратов, следует указать, что кажущееся на первый взгляд их многообразие в действительности при детальном рассмотрении “тает на глазах”. Это объясняется прежде всего тем, что на сегодняшний день H₂-блокаторы уступили лидирующее место ингибиторам протонной помпы по всем нозологическим направлениям [2, 6]. Это объясняется более выраженным, продолжительным и устойчивым действием ингибиторов протонной помпы, способных поддерживать суточное значение pH >3.0, а в ряде случаев >4.0 на протяжении, по крайней мере, 18 ч. В отличие от H₂-блокаторов, ингибиторам протонной помпы не свойствен синдром отмены, или рикошета, то есть своего

рода компенсаторный всплеск кислотообразующей функции желудка после отмены препарата. Поэтому на сегодняшний день H_2 блокаторы вышли за пределы стандартов фармакотерапии язвенной болезни, хронического гастрита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и функциональной желудочной диспепсии. Так, при язвенной болезни необходимый для заживления язвенного дефекта уровень рН должен быть >3.0 , что достигается применением ИПП [8]. Они же, причем в высоких (двойных) дозировках используются в схемах эрадикационной терапии, рекомендуемых маастрихтским консенсусом и прочими согласительными актами. Это объясняется тем, что для оптимального воздействия комбинаций антибактериальных препаратов (амоксциллин, кларитромицин, метронидазол, тетрациклин в различных сочетаниях) необходимо поддержание рН в желудке выше 4.0, на что опять способны лишь только ингибиторы протонной помпы. Поскольку, согласно современным представлениям, лечение хронического гастрита типа В, собственно, сводится лишь к эрадикации, это автоматически исключает H_2 -блокаторы из схем его медикаментозного лечения. Осуществляемая после эрадикации поддерживающая терапия, направленная на устранение кислотозависимых симптомов, по сути является лечением не гастрита, а функциональной диспепсии. Такая терапия может быть назначена пациентам, перенесшим эрадикацию не только по поводу хронического гастрита, но и язвенной болезни, находящихся в фазе ремиссии, или пациентам с ГЭРБ с целью профилактики рецидивов. Во всех этих случаях, с точки зрения эффективности профилактики рецидивов и вероятности и разнообразия побочных эффектов ингибиторы протонной помпы имеют несомненное преимущество. H_2 -блокаторы, по сути, превратились скорее в препараты “аптечного сектора”, покупаемые самим пациентом, а не назначаемые ему врачом. Таким образом, и комбинированные препараты, антисекреторное действие которых обеспечивается H_2 -блокаторами, не находят себе места ни в одном из вышеперечисленных показаний. Следует отметить, что применение гастроцитопротекторов при хроническом гастрите и неязвенной диспепсии также вряд ли можно считать оправданным, поскольку их терапевтический эффект значительно снижается при отсутствии выраженных морфологических дефектов слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Назначение их на длительный срок не является целесообразным из-за возникновения побочных эффектов, так, в случае де-нола это могут быть токсические эффекты висмута в отношении центральной нервной системы с развитием явлений энцефалопатии. Отдельный вопрос вызывают дозировки компонентов препарата Rabis, которые значительно ниже средних терапевтических доз. Этот принцип является скорее гомеопатическим, а потому неверным, то есть комбинация нескольких компонентов в дозах, не достигающих терапевтических, как минимум не гарантирует достижения суммарного терапевтического эффекта. С этой точки зрения кажется необоснованной и высокая цена препарата, которая никоим образом не может быть получена, исходя из стандартных цен его составных компонентов с учетом низких дозировок последних в препарате. Оставляет вопросы и указанный в инструкции круг противопоказаний к назначению Rabis-a. Как известно противопоказаниями к приему ранитидина являются цирроз печени с портосистемной энцефалопатией в анамнезе, почечная и/или печеночная недостаточность, острая порфирия (в т.ч. в

анамнезе), детский возраст (до 12 лет). В случае сукральфата данный перечень включает гиперчувствительность, дисфагию или непроходимость ЖКТ, кровотечения из ЖКТ, тяжелую почечную недостаточность, детский возраст (до 4 лет), а в случае де-нола - индивидуальная непереносимость препарата, выраженное нарушение функции почек, беременность и лактация. Таким образом, искусственное комбинирование нескольких веществ в составе данного препарата расширяет круг противопоказаний к его применению. Вызывает сомнения и наличие особого способа производства и структурно-пространственного расположения трех компонентов Rabis-a в одной таблетке, якобы позволяющего им действовать (а в случае ранитидина - прежде всего всасываться в кровь) независимо друг от друга. Таким образом, логический анализ состава и характеристик данного препарата с учетом имеющихся на сегодняшний день данных о клинической фармакологии его составных компонентов не позволяет считать данный препарат перспективным новшеством фармацевтического рынка, составляющим достойную альтернативу ингибиторам протонной помпы.

Цель работы: сравнительный анализ выраженности антисекреторного и симптоматического действия комбинированного препарата ранитидина, висмута цитрата и сукральфата с рабепразолом.

Материалы и методы: В приведённом нами клиническом исследовании данный препарат назначался 20 больным, имевшим эндоскопический диагноз хронического гастрита при отсутствии хеликобактерной инфекции (по результатам уреазного экспресс-теста), что является практическим эквивалентом функциональной желудочной диспепсии. Препарат назначался в стандартной дозе 1 таблетка 2 раза в день, утром и вечером, за полчаса до еды в течение месяца. Контрольная группа включала также 20 больных с аналогичным диагнозом, у которых как препарат выбора был использован рабепразол в дозе 20 мг 1 раз в сутки также в течение месяца. Проводилось исследование субъективной симптоматики путём анкетирования, а также оценка секреторной активности желудка путем эндоскопической рН-метрии. Результаты исследования: данные повторной эндоскопической рН-метрии выявили более выраженную позитивную динамику у пациентов, получавших рабепразол. Так, средние значения рН составили в основной и контрольной группе 2.0 и 3.5, повышаясь на фоне терапии в 1.3 и 2.3 раза соответственно. Число пациентов, отметивших удовлетворительные результаты терапии (снижение суммарной выраженности диспептических симптомов в баллах как минимум на 25%), составило 11 человек (55%) в группе пациентов, получавших Rabis и 18 человек (90%) в группе больных, принимавших рабепразол.

Выводы:

1. Препарат, представляющий собой комбинацию ранитидина, висмута цитрата и сукральфата, уступает по своей эффективности ингибиторам протонной помпы, в частности, рабепразолу в стандартной дозировке 20 мг в сутки.

2. Использование препаратов данной группы является прерогативой не столько врачебного, сколько аптечного сектора, в связи прежде всего с отсутствием нозологических направлений и показаний, в которых они превосходили бы традиционные схемы фармакотерапии или хотя бы демонстрировали равную им эффективность.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Shonde A., Vinogradova Y., Leighton M. et al. Use of aspirin and proton pump inhibitors in a 10 million patient database // Gut. — 2008. — Vol 57, Suppl. II. — A 14.
2. Van Pinxteren B., Numan M. E., Bonis P. A. et al. Shortterm treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease // Cochrane Database Syst. Rev. — 2004. — Vol. 4. — CD002095.
3. Holtmann G. The clinical usefulness of PPIs: Are they all the same? (Yes) In: «PPIs: Are they all the same? — The Ultimate Debate». — 10 UEGW, Abstract Book. — Geneva, 2002. — P. 10 – 11.
4. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori*-заболеваний (четвертое Московское соглашение) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — Т. 5. — С. 113 – 118.
5. Бордин Д. С. Как выбрать ингибитор протонной помпы больному ГЭРБ? // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 2. — С. 53 – 58.
6. Yang H. B., Sheu B. S., Wang S. T. et al. *H. pylori* eradication prevents the progression of gastric intestinal metaplasia in reflux esophagitis patients using long-term esomeprazole // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 7. — P. 1642 – 1649.
7. Cunningham R., Dial S. Is over-use of proton pump inhibitors fueling the current epidemic of *Clostridium difficile*-associated diarrhoea? // J. Hosp. Infect. — 2008. — Vol. 1. — P. 1 – 6.
8. Leonard J., Marshall J. K., Moayyedi P. Systematic review of the risk of enteric infection in patients taking acid suppression // Am. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 102, № 9. — P. 2047 – 2056.
9. Suzuki M., Suzuki H., Hibi T. Proton pump inhibitors and gastritis // J. Clin. Biochem. Nutr. — 2008. — Vol. 42, № 2. — P. 71 – 75.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE CLINICAL EFFICACY OF THE COMBINATION DRUG RANITIDINE, BISMUTH SUBCITRATE AND SUCRALFATE

Alimetov S.N., Ibragimov M.R., Ibragimova S.S., Amrahova L.G., Imamaliev G.M., Mikailov A.I.
Azerbaijan Medical University. Address: Qasimzade street 14, A City Baku Az1022 Azerbaijan
Phone: +994557792661 E-mail: nlfq@mail.ru; Scientific Surgical Center by
M.A.Topchubashev. Address: Sharifzadeh street, 196, Baku Az1122 Phone: +994557452834 E-mail:
doctor.murad84@mail.ru

The purpose of the study. A comparative analysis of the severity of the antisecretory and symptomatic effects of the combined drug rabis (ranitidine, bismuth citrate and sucralfate) with rabeprazole.

Material and methods. In our clinical study, this drug was administered to 20 patients who had an endoscopic diagnosis of chronic gastritis in the absence of *Helicobacter pylori* infection (according to the results of the urease rapid test), which is the practical equivalent of functional gastric dyspepsia. The drug was administered in a standard dose of 1 tablet 2 times a day, in the morning and in the evening, half an hour before meals for a month. The control group also included 20 patients with a similar diagnosis, in whom rabeprazole was used in a dose of 20 mg once a day, also for a month, as the drug of choice. A study of subjective symptoms by questioning was conducted, as well as an assessment of gastric secretory activity by endoscopic pH-metry.

Results of research: the data of repeated endoscopic pH-metry revealed a more pronounced positive trend in patients receiving rabeprazole. Thus, the average pH values in the main and control groups were 2.0 and 3.5, increasing during therapy by 1.3 and 2.3 times, respectively.

Keywords: chronic gastritis, functional gastric dyspepsia, *Helicobacter pylori*, rabis, rabeprazole.

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТ РАЗМЕРА ДОХОДА НАСЕЛЕНИЯ

Алиева И.Д.

Азербайджанский Медицинский Университет

Введение. Во многих странах мира, в том числе в Азербайджане, последние годы характеризуется резким возрастанием распространенности сахарного диабета [1-6]. Факторы риска сахарного диабета (возраст ≥ 45 лет, избыточная масса тела и ожирение, отягощенность семейного анамнеза, низкая физическая активность и прочие) имеют тенденцию роста в развитых странах мира. Избыточная масса тела и ожирение являются последствиями нерационального питания на фоне низкой физической активности [7-10]. Характер питания зависит от дохода населения. С увеличением благосостояния населения повышается риск ожирения и избыточной массы тела при неадекватном образе жизни.

Цель исследования: оценить связи изменчивости распространенности сахарного диабета в регионах Азербайджана с размером дохода населения.

Материалы и методы исследования. В работе использованы материалы государственного мониторинга за распространенностью сахарного диабета и размером дохода населения, результаты которого ежегодно публикуются в специальных изданиях Государственного Комитета Статистики Азербайджанской Республики. Для статистической разработки применены данные за 2012 – 2016 годы. Определялась средняя пятилетняя хронологическая частота распространенности сахарного диабета типа 1 (СД1) и типа 2 (СД2) в расчете на 100 тыс. населения и средний размер дохода на душу населения во всех городах и районах республиканского подчинения. Административно-территориальные образования (АТО) были сгруппированы с учетом размера дохода на душу населения. Были выделены 3 группы АТО: АТО с размером дохода 3000 манат и более, 2000 – 3000, менее 2000 манат в год. Для каждой группы АТО были определены параметры описательной статистики уровня распространенности СД1, СД2 и СД (средняя величина и стандартная ошибка, медиана, стандартное отклонение, дисперсия, эксцесс, асимметрия, уровень надежности, интервал колебания). При помощи двухвыборочного t теста с разными дисперсиями [11] оценивалась степень достоверности различия между группами АТО.

Полученные результаты. Данные об уровне распространенности СД1 и СД2, о размере дохода на душу населения в городах и районах (АТО) республиканского подчинения приведены в таблице 1. Наибольшая величина уровня распространенности СД2 и СД1 соответственно составляла 2774‰ (в Гекчайском районе) и 1094‰ (район Агстафа). Наибольшая величина уровня распространенности СД была отмечена в городе Мингечаур (3167‰). Наименьшая величина СД1 составляла 63‰, а СД2 - 660‰ и наблюдалась в разных районах (соответственно Гекгель и Гобустан). Между уровнем дохода населения и распространенностью СД2 корреляционная связь слабая ($r=0,4$). Уравнение регрессии, описывающее эту связь ($Y=0,1676x+1043,8$), недостаточно точное ($R^2=0,1606$). Однако, корреляция имеет статистическую

значимость ($t=3,2$; при степени свободы – 53). Это дает основание считать, что между уровнем дохода на душу населения и распространенностью СД2 корреляционная связь существенная.

Таблица № 1

Уровень (на 100 тыс.) распространенности СД2 и СД1 в зависимости от размера дохода на душу населения в регионах

Города и районы	Размер дохода на душу населения	Ран-ги	Средняя распространенность СД2/СД1 за 2012 – 2016	Города и районы	Размер дохода на душу населения	Ран-ги	Средняя распространенность СД2/СД1 за 2012 – 2016
Баку	10703	55	2433/209	Ленкорань	2339	25	1845/338
Сумгаит	3384	48	1955/390	Масаллы	2227	22	1804/218
Мингечаур	3627	51	2719/448	Нефтчала	2824	40	1280/296
Ширван	3382	47	2139/829	Огуз	2209	19	1251/446
Нафталан	3958	54	2004/381	Саатлы	2210	20	1521/394
Гянджа	3709	52	2642/255	Сабирабад	2017	11	1125/307
Агдаш	3257	45	1184/268	Сальян	2085	14	1303/203
Гаджигабул	3547	50	1334/84	Самух	2413	30	1097/585
Барда	3191	44	1166/544	Сиязань	2415	31	1593/183
Гекчай	3332	46	2774/347	Товуз	2853	41	1768/430
Евлах	3459	49	1400/554	Тергер	2415	32	942/314
Кюрдамир	3714	53	1319/590	Уджар	2276	24	1858/141
Хачмаз	3069	43	984/356	Гекгель	2716	37	2353/63
Шамаха	3000	42	827/374	Шамкир	2390	28	1014/796
Агджабеди	2103	15	1672/316	Шеки	2568	35	1826/73
Абшерон	2219	21	1503/93	Астара	1950	9	1416/865
Агсу	2181	18	1479/495	Бейлаган	1826	6	2102/289
Балакен	2596	36	1538/270	Агстафа	1924	8	1403/1094
Билясувар	2823	39	1015/532	Гобустан	1607	4	660/228
Габала	2019	12	1159/140	Шабран	1791	5	1213/437
Геранбой	2509	34	2369/345	Закачала	1909	7	1066/233
Дашкесан	2141	16	823/297	Зардаб	1583	3	1533/206
Джалилабад	2483	33	1269/223	Лерик	1448	2	1138/157
Имишли	2076	13	1955/194	Хызы	1953	10	836/121
Исмаиллы	2373	26	1197/105	Ярдымлы	1316	1	826/86
Газак	2243	23	2203/262				
Гах	2409	29	1030/140				
Гедабек	2376	27	863/237				
Губа	2778	38	1089/222				
Гусар	2173	17	1087/73				

Из данных таблицы 1, очевидно, что в 10 городах и районах доход на душу населения меньше 2000, в большинстве (31) районах и городах доход на душу населения колеблется в интервале 2000 – 3000, в 14 районах и городах показатель больше 3000. Описательная статистика среднего уровня распространенности СД2 в этих АТО приведена в таблице 2, где обращает на себя внимание:

–В группах АТО с размером дохода на душу населения <2000, 2000 – 3000, 3000 и более пропорционально увеличивается уровень распространенности СД2 (соответственно $1219,3 \pm 133,1$; $1446,2 \pm 77,4$; $1766,8 \pm 170,5$ ‰), а также ее медиана ($1175,5$; $1302,7$ и $1625,1$ ‰).

–Группы АТО с размером дохода на душу населения <2000 и 2000 – 3000 друг от друга существенно не отличаются по среднему уровню распространенности СД2 ($t=1,47$; $P=0,07$).

–Группа АТО с размером дохода на душу населения 3000 и более существенно отличаются от остальных групп АТО по величине распространенности СД2 ($t \geq 1,71$; $P \leq 0,05$).

Таблица № 2

Описательная статистика среднего уровня распространенности СД2 в группах АТО с разным размером дохода на душу населения

Показатели	Доход на душу населения		
	< 2000	2000 – 3000	≥ 3000
Средняя	1219,3	1446,2	1766,8
Стандартная ошибка	133,1	77,4	170,5
Медиана	1175,5	1302,7	1625,1
Стандартное отклонение	420,9	431,1	660,5
Дисперсия	177175	185838	436293
Эксцесс	0,96	-0,48	-1,36
Асимметрия	0,81	0,60	0,28
Интервал	1442	1546	1947
Минимум	659,5	822,8	826,7
Максимум	2102	2369,0	2773,6
Уровень надежности	301,1	158,1	365,8
Счет	10	31	14
Двухвыборочный тест с различными дисперсиями по сравнению с контрольной группой	Контроль	t=1,47 P=0,07 (односторонние) P=0,15 (двусторонние)	t=2,53 p=0,009 (односторонние) P=0,0186 (двусторонние)
Двухвыборочный тест с различными дисперсиями по сравнению с контрольной группой	-	Контроль	t = 1,71 p=0,05 (односторонние) P=0,1 (двусторонние)

Таблица № 3

Описательная статистика среднего уровня распространенности СД1 в группах АТО с разным размером дохода на душу населения

Показатели	Доход на душу населения		
	< 2000	2000 – 3000	≥ 3000
Средняя	371,5	281,5	402,1
Стандартная ошибка	107,2	29,9	49,5
Медиана	230,5	262,3	377,6
Стандартное отклонение	339,0	166,9	185,5
Дисперсия	114974	27879	34421
Эксцесс	1,38	1,69	1,1
Асимметрия	1,56	1,12	0,64
Интервал	1008	733,5	744,9
Минимум	86	62,7	84,2
Максимум	1094	796,2	829,1
Уровень надежности	242,5	61,2	107,1
Счет	10	31	14
Двухвыборочный тест с различными дисперсиями по сравнению с контрольной группой	Контроль	t=0,8 P=0,21 (односторонние) P=0,43 (двусторонние)	t=0,25 P=0,39 (односторонние) P=0,79 (двусторонние)
Двухвыборочный тест с различными дисперсиями по сравнению с контролем	—	Контроль	t = 2,08 P=0,0243 (односторонние) P=0,0486 (двусторонние)

Таким образом, уровень распространенности СД2 в АТО с относительно высоким размером дохода на душу населения сравнительно статистически значимо высок.

Описательная статистика среднего уровня распространенности СД1 в АТО с разным размером дохода на душу населения приведена в таблице 3, которая подтверждает справедливость нулевой гипотезы ($t \leq 0,8$; $P \geq 0,21$) при парном сравнении с контрольной группой АТО (районы с доходом на душу населения менее 2000). Наименьшая величина распространенности СД1 была отмечена в АТО с размером дохода на душу населения 2000 – 3000. Наибольшая величина распространенности СД1 была в АТО со сравнительно высоким размером дохода на душу населения (> 3000). Между указанными группами АТО различие по уровню распространенности СД1 существенное ($t=2,08$; $P=0,024$).

Описательная статистика среднего уровня распространенности СД в группах АТО с разным размером дохода на душу населения приведена в таблице 4.

Таблица № 4

Описательная статистика среднего уровня распространенности СД в группах АТО с разным размером дохода на душу населения

Показатели	Доход на душу населения		
	< 2000	2000 – 3000	≥ 3000
Средняя	1591	1727,6	2179,0
Стандартная ошибка	226,1	76,1	187,5
Медиана	1474,3	1696,2	2150,2
Стандартное отклонение	715,2	424,0	701,7
Дисперсия	511580	179793	492496
Эксцесс	1,90	-0,46	-1,55
Асимметрия	1,32	0,38	0,075
Интервал	2308,4	1614,7	1966,7
Минимум	887,7	1099,2	1200,4
Максимум	3196,1	2713,9	3167,1
Уровень надежности	511,6	155,5	405,1
Счет	10	31	14
Двухвыборочный тест с различными дисперсиями по сравнению с контрольной группой	Контроль	t=0,57 P=0,29 (односторонние) P=0,58 (двусторонние)	t=2,0 p=0,0298 (односторонние) P=0,0597 (двусторонние)
Двухвыборочный тест с различными дисперсиями по сравнению с контролем	—	Контроль	t =2,229 p=0,019 (односторонние) P=0,039 (двусторонние)

Группа АТО с доходом на душу населения < 2000 и 2000 – 3000 друг от друга по уровню распространенности СД не отличались ($P=0,29$). Статистически значимое различие по уровню распространенности СД было выявлено между группами АТО с доходом на душу населения < 2000 и ≥ 3000 ($P=0,0298$), 2000 – 3000 и ≥ 3000 ($P=0,019$).

Таким образом, уровень распространенности СД существенно зависит от дохода населения в регионах.

Обсуждение полученных результатов. Известные факторы риска СД, особенно СД2 (избыточная масса тела и ожирение, низкая физическая

активность) встречаются во всех развитых странах и возрастают в развивающихся странах. Доходы людей являются главными критериями его благосостояния, характера и режима питания. Это в свою очередь порождает условие для формирования избыточной массы тела, ожирения и прочих метаболических нарушений [7-1]. Учитывая достоверность связи уровня дохода населения с риском развития СД2, можно использовать этот критерий для формирования группы риска и планирования мероприятий профилактики.

Выводы

1. В городах и районах республиканского подчинения Азербайджана доходы на душу населения и распространенность СД2 друг от друга существенно отличаются;

2. В городах и районах с разным уровнем дохода на душу населения частота распространенности СД2 неодинакова, высокий размер дохода ассоциируется повышенным риском СД2.

ƏDƏBİYYAT - LITERATURA – REFERENCES:

1. Koo B.K., Lee C.H., Yang B.R. et.al. The incidence and prevalence of diabetes mellitus and related atherosclerotic complications in Korea: A national Health insurance database study // PLOS ONE, 2014. v.9. issue 10:e110650
2. Sreedharan J., Muttappallymyalil J., Sharbatti S.A. et.al. Incidence of type – 2 diabetes mellitus among Emirati population in Ajman, UAE // GMJ, ASM. 2013, 2 (82) 58 – 63
3. Ferguson T.S., Tulloch – Reid M.K., Wilks R.J. The epidemiology of diabetes mellitus in Jamaica and the Caribbean. A historical review // West Indian Med. J. 2010. 59 (3):259
4. Ledergerber B., Furrer H., Rickenbach M. et.al. Factors associated with the incidence of type – 2 diabetes mellitus in HIV – infected participants in the Swiss HIV Cohort study // CID, 2007: 45 (1 July) 111
5. Агаева К.Ф., Гусейнли А.Ф. Особенности распространенности сахарного диабета и возрастной ее динамики на современном этапе экономического развития у населения бывшего советского промышленного города // Общественное здоровье и здравоохранение, 2014. № 3. с. 22 – 24
6. Демичева Т.П., Шилова С.П. Эпидемиологическая характеристика сахарного диабета и его осложнений у населения в Пермском крае // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2013. № 4. с. 19 – 21
7. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Москва. Практика. 1999. 459 с.
8. Basus S., Stuckler D., Kee M., Galea G. Nutritional determinants of worldwide diabetes: an econometric study of food markets and diabetes prevalence in 173 countries // Public Health Nutr., 2012 : 1 – 8
9. Corsi D.J., Subramanian S.V. Association between socioeconomic status and self-reported diabetes in India: a cross – sectional multilevel analysis // BMI Open, 2012, 2 (4) : e 000895
10. De Silva A.P., De Silva S.H.P., Liyanage J.K. et.al. Social, cultural and economical determinants of diabetes mellitus in Kalutara district, Sri Lanka: a cross sectional descriptive study // Int J Equit Health, 2012. 11 (1) : 76
11. Tol A., Pourreza A., Shojaezadeh D. et.al. The assessment of relations between socioeconomic status and number of complications among type 2 diabetic patients // Iranian J Publ. Health. vol. 41, № 5, may 2012. pp 66 – 72

X Ü L A S Ə

ŞƏKƏRLİ DİABETİN YAYILMA RİSKİNİN ƏHALİNİN GƏLİRLƏRİNİN SƏVİYYƏSİNDƏN ASILILIĞI

Əliyeva İ.C.

Tədqiqatın məqsədi. Azərbaycanın regionlarında şəkərli diabetin əhali arasında yayılmasının əhalinin gəlirlərinin səviyyəsindən asılılığını qiymətləndirmək.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın materialları kimi Azərbaycan Dövlət Statistika komitəsinin əhalinin gəlirləri və əhali arasında şəkərli diabetin yayılması barədə məlumatlar istifadə olunmuşdur. Əhalinin gəlirlərinin adambaşına səviyyəsi və əhali arasında 100 min nəfərə düşən şəkərli diabet xəstəliyinin orta illik tezliyi arasında əlaqə korrelyasiya metodu ilə qiymətləndirilmişdir. İnzibati ərazi böl-gələrə (rayon və şəhərlər) əhalinin adambaşına düşən gəlirlərin səviyyəsinə görə 3 qrupa bölünmüş (<2000, 2000-3000, ≥3000 manat) və hər qrupda şəkərli diabetin yayılma səviyyəsinin təsviri statistikasını hesablanmışdır. Ayırd edilmiş qruplar ara-

sında şəkərli diabetin yayılma səviyyəsinə görə fərqin dürüstlüyü müxtəlif dispersiyalar üçün nəzərdə tutulan t testi ilə qiymətləndirilmişdir.

Alınmış nəticələr. Ölkənin rayon və şəhərlərində şəkərli diabetin yayılma səviyyəsinin adambaşına düşən gəlirin səviyyəsi ilə korrelyasiyası statistik dürüstdür ($r=0,4$; $t=3,2$; $P=0,01$), onların əlaqəsini təsvir edən repressiya tənliyinin aproksimasiyası kişikdir ($R^2=0,1606$). Ölkənin 10 inzibati ərazi bölgəsində adambaşına düşən gəlir <2000 manat, 31 rayon və şəhərində - 2000-3000 manat, 14 rayon və şəhərində ≥ 3000 manatdır. Bu qrup rayon və şəhərlər bir-birindən şəkərli diabetin əhali arasında yayılmasına görə statistik dürüst fərqlənmirlər.

Nəticələr. Azərbaycanın respublika tabeli şəhər və rayonları bir-nirindən əhalinin gəlirinin və əhali arasında şəkərli diabetin yayılma səviyyəsinə görə statistik dürüst fərqlənmirlər. Rayon və şəhərlərdə əhalinin gəlirinin yüksəlməsi onların əhali arasında şəkərli diabetin çox yayılması ilə assosiasiya olunur.

Açar sözlər: *yayılma riski, şəkərli diabet, gəlirlərin səviyyəsindən asılılıq*

S U M M A R Y

DEPENDENCE OF MORBIDITY RISK OF DIABETES ON INCOME LEVEL OF POPULATION

Aliyeva I.J .

Purpose of the study. Assessment of dependence of morbidity risk of diabetes among population of regions of Azerbaijan on income level of people.

Materials and methods of the study. Information about prevalence of diabetes among population and income level of population of Azerbaijan Republic prepared by the State Statistic Committee of the Azerbaijan Republic have been used as materials of the study. Relation between income level per person and average annual morbidity rate of diabetes per 100 person have been assessed by the correlation method. Administrative units (regions and cities) were divided into three groups in correspondence with the average income per 1 person (<2000, 2000-3000, ≥ 3000 AZN) and statistics of morbidity rate of diabetes among population of each group was calculated. The accuracy of difference between morbidity rates of determined groups was assessed using T test intended for various dispersions.

Achieved results. Correlation of prevalence of diabetes in regions and cities of Azerbaijan with average income level per person statistically is correct ($r=0,4$; $t=3,2$; $P=0,01$), approximation of regression equation describing relation between them is small ($R^2=0,1606$). Per capita income in 10 administrative units of the republic is <2000 AZN, in 31 administrative units is 2000-3000 AZN, in 14 administrative units is ≥ 3000 AZN. Statistical difference of diabetes morbidity rate among population in these groups is not significant.

Conclusion: Statistical difference among administrative units of the Azerbaijan Republic according morbidity rate of diabetes and per capita income is not significant. Increasing of income in regions and cities of Azerbaijan is associated with increasing of morbidity rate of diabetes among people.

Key words: *morbidity risk, diabetes, dependence on income level*

ATOPIK DERMATİTLİ UŞAQLARDA DƏRİ MİKROBİOSENOZUNUN ARAŞDIRILMASI

Məmmədova G.N.
Allerqologiya və İmmunologiya kafedrası

Atopik dermatit dərinin multifaktorial xroniki xəstəliyi olub, erkən yaşlarda başlayır, böyük yaşlara qədər davam edir və həyat keyfiyyətinin əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına səbəb olur [2, 6, 8].

Son illər atopik dermatitin patogenezində dərinin disbiotik dəyişikliyi geniş müzakirə olunur [4]. Atopik dermatitin ağırlaşmasının əsas faktoru xəstənin dəri səthindəki patogen mikroarqonizmlərin olmasıdır. İnsan dərisində çoxlu miqdarda mikroblar artıb çoxala biləcəyi açıq ekoloji sistemdir. Dərinin 1sm²-də mikrobların miqdarı bir neçə mindən bir neçə yüz minə kimi ola bilər [4, 9]. Sağlam insanın dərisində mikrobların miqdarı daim müəyyən həddə olur. Dəridə əsasən qrammüsbət bakterialar və maya göbələkləri üstünlük təşkil edir. Az hallarda isə stafilokokk aureus və stafilokokk pyogenes-ə rast gəlinir [9].

Aparılan erkən araşdırmalar göstərir ki, atopik dermatitli xəstələrin dərisindəki mikro mühit sağlam insanın dərisindən həm kəmiyyət həm də tərkib baxımından əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir [2, 5]. Əsas əhəmiyyətli mikrob agenti stafilokokk aureus sayılır [1]. Qızılı stafilokokk koloniyaları sağlam insanların dərisində 5 % hallarda, atopik dermatitli xəstələrdə isə 90 % hallarda rast gəlinir. Qızılı stafilokokk atopik dermatitin patogenezində mühüm rol oynayır [7], qrammüsbət kokdur, fakultatif anaerob mikrobdur, geniş spektrli hüceyrə sturukturuna virulentliyə malikdir. Bakterioloji müayinə zamanı stafilokokk aureus 80-100% hallarda atopik dermatitli xəstələrin və xəstəliyin kliniki təzahürü olmayan pasientlərin dərisində tapılır [3.7.9]. Şerti potogen mikrob kimi stafilokokk aureus atopik dermatitli xəstələrin zədələnməmiş dərisində artıb çoxala bilər [7]. Bakteriyaların kolonizasiya sürəti kəskinləşmə dövründə remissiya dövrünə nisbətən çoxdur və dərinin zədələnmə dərəcəsini təyin edir. Kolonizasiya dərəcəsi zədələnməmiş dəridə zədələnməmiş nisbətən çoxdur [1.3.7]. Dərinin kəskin eksudativ dəyişikliklərində zədələnməmiş ocaqda 1sm²-də 10/6 patogen mikroblar ola bilər [7].

Müayinənin məqsədi atopik dermatitli uşaqlarda zədələnməmiş dəridə kəskin dövrdə pimafukort həmçinin Elidel kreminin aktiv komponenti olan pimakralimusun tətbiqindən əvvəl və sonra qızılı stafilokokkun kolonizasiyasının xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir.

Materiallar və metodlar. Müxtəlif ağırlıq dərəcəsində olan 97 uşaq müayinə olunmuşdur. Xəstələrin orta yaş həddi 7,8±0,9 yaş [6 aydan 15 yaşa kimi] idi. Atopik dermatitin ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı kriteriyalardan istifadə olunmuşdur: kəskinləşmə, remissiyanın müddəti və zədə sahəsinin yayılma dərəcəsi. Bütün xəstələrdə patoloji prosesin yayılma dərəcəsi eksudasianın və qaşınmanın olub, olmaması regional linfa düyünlərinin reaksiyası nəzərə alınmışdır. Dəri əlamətlərinin qabarıqlığı SCORAD [Scoring of Atopik Dermatitis] şkalası ilə qiymətləndirilir. Xəstələrin bölgüsü xəstəliyin gedişinin ağırlığından asılı olaraq belə olmuşdur: 54[55.7%] yüngül gedişli, 23[23.7 %] orta ağırı, 20[20.6 %] ağır gedişli olmuşdur.

Stafilokokk aureuz ştammları smiv yolu ilə götürülmüşdür. Atopik dermatitli uşaqlarda material bir başa alın və bilək büküşü nahiyələrindən zədələnməmiş dəridən

götürülmüşdür. Material dərinin zədələnmiş və inaktiv nahiyələrindən 0.85% isladılmış panbıq tanponla götürülmüşdür. Smiviy. 0.1 ml məhlulu 5% qanla aqarda əkmışlər 48 saat sonra bitmiş koloniyaları saymışlar.

Kəskinləşmə dövründə xarici müalicəni pimafukort mazı ilə aparılmışdır, mazın təsir edici maddələri mikroiyonlaşmış Hidronortizon, natamitzin və heomitsin sulfatdır. Mazı zədələnmiş sahələrə nazik qatla gündə 2 dəfə çəkmişlər. 7 gün sonra elidel mazını gündə 2 dəfə nazik qatla səhər ,axşam zədələnmiş sahəyə çəkmişlər. Müalicəni atopik dermatitin əlamətlərinin tam sönməsinə kimi aparmışlar. Smivi. QKS müalicəsindən əvvəl ,müalicədən 7 gün sonra və 10 gün sonra elidelin təyini fonunda götürülmüşdür.

Tədqiqatın nəticələrini “STATISTIKA6.0” kompyuter proqramı vasitəsi ilə işləmişlər.

Nəticə və müzakirələr. Müayinə olunmuş uşaqlarda atopik dermatitin klinik şəkli morfoloji simptomların, o cümlədən elementlərin həqiqi polimorfizminin olması, çoxlu ikincili elementlərin olması, dəridə potoloji fon dəyişikliklərinin olması həmçinin dəri elementlərinin xarakterik lokalizasiyanın olması və qaşınmanın olması ilə xarakterizə olunur.

Dərinin mikromühütünün öyrənilməsi göstərirki, qızılı stafilokokk artıb çoxalır. Aparılan tədqiqatlar göstərirki, atopik dermatitin kəskinləşməsi zədələnmiş dəri qatlarında stafilokokk 87.7% uşaqda kolonizasiyası ilə müşahidə olunur. Yalnız 10.3% dəridə stafilokokk aureusa rast gəlinməyib. Cədvəl 1. 87[89,7%] 10[10.3%] uşaqda

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, kəskinləşmə dövründə qızılı stafilokokkun rast gəlmə tezliyi bütün ağır və orta ağır gedişli xəstələrdə 100% ,yüngül gedişli xəstələrdə isə 81.5%-də rast gəlinir. Yüngül gedişli xəstələrdə stafilokokk aureus kasad 10/2, orta ağır gedişli xəstələrdə çox miqdarda 10/3-10/4, ağır gedişli xəstələrdə çox miqdarda 10/4-dən yuxarı rast gəlinmişdir.

Qızılı stafilokokkla yanan dəridə digər mikroarqonizmlərdə aşkar olunmuşdur. Biz yalnız qızılı stafilokokk mikroarqonizmlərinin rast gəlmə tezliyini və miqdarını öyrənmişik. Nəticələr göstərir ki, 61,5% stafilokokk aureus monokulturalarda 38.5% isə bakterial assosiyalarda rast gəlini. Bakterial assosiyalara stafilokokk haemolyticus, stafilokokk epidermidis, Enterococcus faecalis Candida albicans aiddir. Şəkil 1.

Pimofukort mazı ilə müalicədən sonra hissəvi remissiya aldıqdan sonra dəridə qızılı stafilokokkların rast gəlmə tezliyi 28.9% [$p > 0,01$] qədər azalmışdır. Elidel mazı çəkilməsi fonunda atopik dermatitin tam remissiya dövründə qızılı stafilokokkların rast gəlmə tezliyi 9,3% -ə qədər azalmışdır 90,7% hallarda isə dərinin normal vəziyyətinə rast gəlinir.

Pisinok – Bütün xəstələr uğurla müalicə olunmuşdur. Müalicədən sonra zədələnmə sahəsi kiçilmişdir. Kəskinləşmə dövründə SCORAD indensinin göstəriciləri 67,4+5 ,1 bərabər olmuşdur. Bütün qrupdakı xəstələrdə. Pimo kulort mazı ilə müalicədə hissəsi zamanı bu indeks 42,6+4,1 qədər azalmışdır. Elidel mazı ilə müalicə zamanı isə 10 gün sonra tam remissiya fonunda bu indeks əhəmiyyətli dərəcədə 25,3+_2,9 ($p > 0,05$) qədər azalmışdır.

Uşaqların əksəriyyətində vəziyyətdə pisləşmə qeyd edilməmişdir. Yalnız ağır gedişli atopik dermatit olan iki xəstədə yenidən kəskinləşmə olmuşdur. Bu dərinin zədələnmə sahəsinin genişlənməsi qaşınma və dəridə qızılı stafilokokkların kolonizasiyası ilə müşahidə edilir.

Aparılan tədqiqat göstərirki pimofukord mazı ilə müalicə atopik dernafitli dərinin vəziyyətinin yaxşılaşması və qızılı stafilokokk kolonizasiyasının azalması ilə müşahidə olunur. Elidel mazı ilə müalicə nəinki uzun müddətli remissiya alınır, həmçinin dərinin qızılı stafilokokkla infeusiyalaşmasını qarşısını alır.

Beləliklə dərinin zədələnməsi yəni tamlığının pozulması burda potogen mikrobların artıb çoxalmasına və potogen mikrobların artıb çoxalması dərinin daha da zədələnməsinə gətirib çıxarır. Dəridə qızılı stafilokokkun artıb çoxalması dermatozun ağırlaşmasına gətirib çıxardır. Ağır və orta ağır gedişli atopik dermatitli xəstələrdə dəridə qızılı stafilokokkun artıb çoxalması göstərdi ki, qızılı stafilokokk dəridə iltihabi proseslərin profikasiya edici və saxlayıcı faktorudur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Бедин П.Г., Ляликов С.А., Некрашевич Т.В. и др. Связь золотистого стафилококка с клинико-лабораторными показателями у детей, страдающих atopическим дерматитом //Клиническая инфектология и паразитология. 2016. № 4. С. 398-410.
2. Котлуков В.К., Казюкова Т.В., Антипова Н.В. Атопический дерматит в детском возрасте //Медицинский совет. 2015. № 1. С. 60-65.
3. Кудрявцева А.В., Морозова О.А., Саввина Ю.А. Инфицирование стафилококком пораженной кожи детей с atopическим дерматитом //Аллергология и иммунология в педиатрии. 2013. № 3 (34). С. 23-27.
4. Маланичева Т.Г., Зиатдинова Н.В., Самигуллина С.Б. Микробиоциноз кожи у детей с осложненными формами atopического дерматита // Современное искусство медицины. 2012. № 1 (3). С. 31-37.
5. Маланичева Т.Г., Зиатдинова Н.В., Закирова А.М., Денисова С.Н. Изменения микробиоценоза кожи у детей с atopическим дерматитом, осложненным вторичной инфекцией //Вопросы практической педиатрии. 2012. Т. 7. № 4. С. 71-74.
6. Репкина О.В. Атопические дерматиты у детей //Управление качеством медицинской помощи. 2016. № 1-2. С. 104-113.
7. Стукова Е.И., Кениксфест Ю.В. Патогенетическое значение золотистого стафилококка при atopическом дерматите //Фундаментальные исследования. 2013. № 7-3. С. 680-687.
8. Горолова Н.П., Сорокина К.Н., Лепешкова Т.С. Атопический дерматит детей и подростков - эволюция взглядов на патогенез и подходы к терапии // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014. Т. 17. № 6. С. 50-59.
9. Popova I., Dudchenko M., Artemenko A., Vasilyeva K. Analysis of the skin microbiocenosis structure in children with atopical dermatitis//Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2014. Т. 1-4. С. 165-167.

РЕЗЮМЕ

МИКРОБИОЦЕНОЗ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Мамедова Г.Н.

Цель исследования — изучить особенности колонизации штаммами золотистого стафилококка пораженной кожи детей, страдающих atopическим дерматитом в период обострения заболевания до и после проведения наружного лечения глюкокортикостероидными препаратами, а также на фоне применения препарата пимекролимус, который является активным компонентом 1% крема Элидел.

Под наблюдением находились 97 детей с atopическим дерматитом различной степени тяжести. Наружное лечение в период обострения проводилось комбинированным ГКС-препаратом Полькортолон в форме аэрозоля. Спустя 7 дней назначался крем Элидел, который наносился два раза в день, утром и вечером тонким слоем на пораженные участки кожи. Лечение проводилось до полного купирования симптомов atopического дерматита. Смывы с пораженной кожи для выявления *S. aureus* брали до начала терапии ГКС, через 7 дней после проведенного курса лечения и через 10 дней на фоне применения крема Элидел.

Проведенное исследование показало, что противовоспалительное наружное лечение atopического дерматита комбинированным ГКС-препаратом Полькортолон сопровождается нормализацией состояния кожи и снижением частоты колонизации золотистым стафилококком. Использование в наружной терапии atopического дерматита крема Элидел

не только снижает вероятность рецидивов, но и предотвращает инфицирование кожи золотистым стафилококком.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, золотистый стафилококк, лечение

SUMMARY

MICRO BIOCEANOSIS OF SKIN IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Mamedova G.N.

The purpose of analysis is to study peculiarities of colonization of goldish staphylococcus of the affected skin of children by the strains, who suffer from atopic dermatitis during acute condition of disease before and after epithem with the glucocorticoid drugs, as well as by applying pimekrolimus, which is considered an active component of the 1% cream Elidel.

There were 97 children who suffered from atopic dermatitis with different severe level, were under observation. The combined form of the QKS drug Polkortolon as an aerosol provided the epithem procedure within a period of acute condition of disease. Seven (7) days later there was prescribed to apply a thin layer of cream Elidel to the affected skin twice a day in the morning and evening as well. However, treatment was implemented until full relief of symptoms of the atopic dermatitis. Swabs were taken out from the affected skin for the effect of S by the beginning of the therapy QKS after seven days of treatment and after 10 days of applying the cream Elidel as well.

According to the analysis, it turned out that anti-inflammatory epithem procedure of the atopic dermatitis with the combined form of QKS of the drug Polkortolon is resulted in normalization of the skin and reduction of the frequency of the colonization of goldish staphylococcus. Because of using the cream Elidel not only availability of recidivation is reduced, but also infection of the skin with the goldish staphylococcus is avoided.

Key words: atopic dermatitis, children, etc.

Daxil olub: 5.10.2018.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФОТООКСИДАНТОВ И ОЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЗИМНОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ КРОВЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3–6 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ И ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСАДЫ В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ Г. БАКУ

Ахмедова С.А.

Кафедра гигиены питания и коммунальной гигиены АМУ.

Ключевые слова: Воздух – загрязнение – фотооксиданты – озон – здоровье.

Keywords: air pollution – fotooksidants – ozone – health.

Известно, что загрязнение атмосферного воздуха оказывает отрицательное воздействие на функциональное состояние различных систем организма (эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной систем, витаминный и иммунный статус, а также на гематологические показатели (1, 5, 6)).

Основные компоненты фотооксидантов способны влиять на указанные показатели и на некоторые показатели предпатологического состояния детей. Однако до настоящего времени влияние указанного типа загрязнения на

энзимную и гематологическую системы детей 3–6 лет, посещающих детсады в различных районах по степени загрязнения атмосферного воздуха не изучено.

Для ранней зонозонологической (преморбидной) диагностики, ранних признаков отрицательного влияния неблагоприятных антропогенных факторов среды на растущий организм, заболеваемость населения, физическое развитие и демографические показатели не могут в полной мере охарактеризовать степень воздействия факторов среды (3, 45, 7, 10).

В.Д. Суржиков с соавторами (8) отмечают, что хроническое действие двуокиси азота также вызывает достоверные изменения в крови. Авторы считают, что число содержания SO_2 , NO , NO_2 и др. в начале характеризуется повышением содержания гемоглобина, эритроцитов, что до определенной степени является следствием функционального напряжения защитных сил организма и носит обратный характер.

В исследованиях М.Е. Кулманова (6) установлено, что в зоне загрязнения воздуха в крови у детей дошкольного возраста количество гемоглобина и лейкоцитов в опытной зоне оказалось высоким, по сравнению с контрольной зоной. По мнению автора, серный ангидрид обладает широким спектром действия на организм. В частности оказывает раздражающее действие и на кроветворные органы. По данным других авторов длительное воздействие этих веществ в городских условиях, в сочетании с особенностями местных физических факторов природы, вызывает перенапряжение и срыв этого защитного механизма, то есть первоначальная адаптационная реакция перерастает в необратимую патологическую. Изменение форменных элементов крови действием названных химических веществ атмосферного воздуха подтверждает их тесную причинно-следственную связь. Наиболее высокие коэффициенты корреляции были установлены между количеством лейкоцитов и концентрацией двуокиси азота (0,9), окиси углерода (0,7), гемоглобина и двуокиси азота (0,7), эозинофилов с серным ангидридом и пылью (0,6). Указанные вещества входят в состав фотооксидантов.

Цель работы: Определить концентрацию фотооксидантов и озона в атмосферном воздухе г. Баку, изучить их влияние на энзимную систему и состояние периферической крови детей дошкольного возраста.

Задачи: Определить среднегодовое содержание фотооксидантов и озона в атмосферном воздухе в трех различных районах г. Баку.

Изучить влияние указанного типа загрязнения на некоторые показатели преморбидного состояния организма детей по следующим тестам: определение холинэстеразы крови и показателей некоторых форменных элементов крови.

Методы и материал исследования: Концентрации углеводородов в воздухе определяли на упрощенном газоанализаторе ТГ, после сжигания их до CO_2 , CO_2 – хроматографическим методом; озона – дигидроакридиновым методом (М.Э. Эгмете, М.В. Румянцева и др.); двуокиси азота – методом Г.И. Полежаева (228); суммарное количество фотооксидантов – усовершенствованным и модифицированным нами методом – солью Мора для условий жаркого климата (2).

Для исследования годичного цикла были проведены 136 проб атмосферного воздуха на каждый ингредиент.

Неспецифическая резистентность организма изучена по показателям активности холинэстеразы крови (метод Hiqgens, Lapides), модифицированным

А.А. Покровским и А.А. Орчаковым (39). Были проведены исследования у 121 ребенка.

С целью изучения состояния периферической крови был использован микрометод Панчинова (1972). Определялись эритроциты, Нб, лейкоциты, СОЭ и % эозинофилов крови.

Определение гемоглобина проводилось унифицированным методом (Меньшиков В.В., 1987). Одновременно оценивалось наличие или отсутствие анемии у детей (исследован 81 ребенок).

Результаты исследований и их обсуждение. Для изучения указанного типа загрязнения воздуха ретроспективно были определены основные источники, динамика, уровни и структура выбросов и их роль в загрязнении атмосферного воздуха г. Баку. В выбранных трех районах – Насиминский (КР), Наримановский (ОР-1) и Хатаинский (ОР-2) – изучалась степень загрязнения воздуха. Была установлена динамика загрязнения атмосферного воздуха без оксидантов другими ингредиентами за 5 лет. Для всех трех районов г. Баку было рассчитано суммарное загрязнение (Р).

Изучалась также динамика интенсивности движения автотранспорта за 5 лет на перекрестках трех указанных районов (с 6⁰⁰ до 24 часов). За указанные годы был вычислен вклад автотранспорта в загрязнении атмосферного воздуха г. Баку. Для всех районов нами были рассчитаны показатели P_6 , P_{12} и P_{19} . Полученные показатели утверждают, что по мере увеличения числа загрязнителей – показатели Р в целом нарастают.

В КР – P_6 составляет 4,9; P_{12} – 7,0; P_{19} – 58,4; эти показатели в ОР-1 были 6,4; 8,8 и 70,3, а в ОР-2 – 8,5; 60,5 и 50,4 соответственно. По сравнению с ОР-1 и КР, ОР-2 имеет высокий показатель загрязненности атмосферного воздуха.

Дополнительно было отобрано по 20 проб в Ботаническом саду.

Результаты собственных натуральных исследований годичного цикла отбора проб воздуха на фотооксиданты и озон представлены в таблице 1.

Таблица № 1

Среднегодовое содержание фотооксидантов и озона в атмосферном воздухе различных районов г. Баку

Районы города	Концентрация веществ, мг/м ³	
	фотооксиданты	озон
1. Контрольный район (КР)	0,15±0,0012	0,024±0,0004
2. Опытный район 1 (ОР-1)	0,25±0,0014	0,028±0,0003
3. Опытный район 2 (ОР-2)	0,33±0,0024	0,35±0,0024
Достоверность данных	$P_{1,2} < 0.001$	$P_{1,2} < 0.001$
	$P_{1,3} < 0.001$	$P_{1,3} < 0.001$
	$P_{2,3} < 0.001$	$P_{2,3} < 0.001$
Ботанический сад	0,009±0,0011	0,047±0,0005

Полученные результаты по показателям загрязнения атмосферного воздуха и преморбидного состояния детей подвергались статистической обработке с вычислением средней арифметической (М) и ее средней ошибки (m) по экспресс-методу математических расчетов (Каплан В.В., 1970). Для

обработки данных в % среднюю ошибку находили для доли (Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974).

Достоверность сравниваемых величин определяли с использованием параметрического критерия *t* Стьюдента; а также непараметрических критериев И. Уилкоксона-Манна-Уитни и *q* – Розенбаума (Лакин Г. Ф., 1990).

Достоверными считали различия при $P < 0,05$; на грани достоверности - при $P < 0,1$ и $0,05$. Часть статистической обработки проводилась на персональном компьютере на программе MS Excel 2000 и статистика-6.

Как видно из таблицы 1, наивысшие концентрации фотооксидантов и озона обнаруживаются в среднем в ОР-2 ($0,33 \text{ мг/м}^3$), несколько меньше в ОР-1 ($0,27 \text{ мг/м}^3$), значительно меньше в КР ($0,15 \text{ мг/м}^3$).

В суточном ходе наивысшие концентрации фотооксидантов обнаруживаются в 12^{30} , значение высоко держится до 15^{30} , постепенно снижаясь к концу дня. Появление фотооксидантов имеет сезонный характер, их высокие концентрации обнаруживались весной, летом и в начале осени. Эти концентрации коррелируют с температурой воздуха и напряжением солнечной радиации.

Результаты анализов проб, отобранных на различных расстояниях от автомагистрали, показывают, что по мере удаления от магистрали, во всех пунктах наблюдения содержание фотооксидантов в воздухе уменьшается. Так, в КР на расстоянии 20м их содержание было $0,15$, 30м – $0,13$, 50м – $0,11 \text{ мг/м}^3$; в ОР-1 – $0,27$, $0,25$ и $0,23 \text{ мг/м}^3$, а в ОР-2 – $0,37$, $0,33$ и $0,29 \text{ мг/м}^3$ соответственно. Нами изучено влияние фотооксидантов на нейрогуморальную регуляцию организма на ранних стадиях патологического процесса на активность холинэстеразы в крови (в плазме и эритроцитах) у детей. У детей из ОР-1 и ОР-2 эти показатели были статистически достоверно ниже, чем у детей из КР на 54,4 и 51,7%, против 26,2 и 26,1 и по сравнению ОР-1 и ОР-2 эти показатели составили 38,68 и 34,61% соответственно. Видимо, указанный тип загрязнения воздуха отрицательно влияет на ферменты крови.

Анализ периферической крови выявил, что количество лейкоцитов у детей из ОР-1 и ОР-2 было достоверно выше в 1,6 и 2,2 раза, СОЭ – в 1,3 и 2 раза и % эозинофилов – в 1,9 и 3,6 раза, чем у детей из КР. Эозинофилов – в ОР-2, по сравнению с нормативами (норма для данного возраста – 2-4%): с минимальными оказались в 4,9 раза, с максимальными – в 2,45 раза больше. А количество эритроцитов и гемоглобина, наоборот, у детей из ОР-2 были достоверно ниже, чем у детей из ОР-1 (соответственно на 11,2 и 6,6%) и, особенно, из КР (соответственно на 32,8 и 17,1%). Дети из ОР-2 имели низкие показатели эритроцитов (были ниже нормы в 1,36 раза (норма – 4,89 млн.)). В указанном районе имела место тяжелая форма анемии (Hb меньше $7,0 \text{ г/дл}$), чуть меньше этот показатель отмечался в ОР-1. Легкая форма анемии (Hb – $10,0$ - $11,0 \text{ г/дл}$) наблюдалась у детей из КР.

Сопоставление уровня Hb-а с нижней границей нормы, рекомендуемой ВОЗ для данной возрастной группы ($11,0 \text{ г/дл}$), показало, что у детей из ОР-1 даже среднегрупповой показатель был снижен на 5%, а из ОР-2 – на 11,8%. Изменения количества лейкоцитов и повышенный % эозинофилов в периферической крови можно расценивать как результат специфического раздражающего и сенсibilизирующего действия фотооксидантов. Выявленные

результаты могут быть расценены как первоначальная компенсаторно-защитная реакция организма детей и оценена индикаторными тестами.

Анализ годового и круглосуточного цикла отобранных проб воздуха дает нам возможность прийти к заключению, что протекание фотохимических реакций происходит интенсивно в промышленном районе г. Баку, где густо размещены нефтеперерабатывающие и нефтехимические заводы и имеется высокий парк автотранспорта. Концентрации фотооксидантов и озона также зависят от количества проезжавших на магистралях и перекрестках машин за сутки. На перекрестках, где автоединиц оказалось больше, обнаруживались высокие концентрации указанных веществ.

Для временного нормирования суммарных концентраций фотооксидантов в атмосферном воздухе населенных мест можно использовать коэффициент соотношения концентраций фотооксидантов к концентрации озона.

Коэффициент соотношения концентраций фотооксидантов и озона оказался высоким в промышленном районе.

В районах с загрязненным воздухом ухудшаются некоторые преморбидные состояния организма детей. При этом наиболее информативными, заметно изменившимися под влиянием загрязнения атмосферного воздуха явились: % эозинофилов, количество лейкоцитов в крови, активность холинэстеразы (в эритроцитах и плазме), количество Hb-a.

Заключение:

Анализ периферической крови выявил, что количество лейкоцитов у детей из ОР-1 и ОР-2 было достоверно выше в 1,6 и 2,2 раза, СОЭ – в 1,3 и 2 раза и % эозинофилов – в 1,9 и 3,6 раз, чем у детей из КР. Эозинофилы в ОР-2, по сравнению с нормативами (норма – 2-4%): с минимальными оказались в 4,9 раза, а с максимальными – в 2,45 раза больше. А количество эритроцитов и гемоглобина, наоборот, у детей из ОР-1 (соответственно на 11,2 и 6,6%) и, особенно, из КР (соответственно на 32,8 и 17,1%). Дети из ОР-2 имели низкие показатели эритроцитов (были ниже нормы в 1,36 раза (норма – 4,89 млн.)). В указанном районе имела место тяжелая форма анемии (Hb меньше 7 г/дл), чуть меньше этого показателя отмечалось в ОР-1, легкая форма анемии (Hb – 10,0-11,0 г/дл) наблюдалась у детей из КР.

Выводы:

В атмосферном воздухе г. Баку протекают фотохимические превращения. Высокая концентрация продуктов фотохимических реакций обнаруживается в ОР-2. Под влиянием указанного типа загрязнений у детей дошкольного возраста происходят отклонения нейрогуморальной реакции организма, и имеют место разные формы анемии.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ахмедова С.А. Фотохимические превращения в воздухе крупного промышленного города в условиях г. Баку, их влияние на возникновение преморбидного состояния у детей дошкольного возраста. Информационное письмо, Баку, 2001, с. 29
2. Ахмедова С.А. Методические рекомендации определения фотооксидантов в атмосферном воздухе городов (в условиях г. Баку). Баку, 2001, с. 13
3. Большаков А.М., Осипова В.Н., Филимонова О.Ю. Гигиеническая оценка результатов программы «Чистый воздух». Гигиена и санитария, 2002, № 3, с. 23-25
4. Денисов А.П., Семенова Н.В., Кин А.О., Денисова А.О. Комплексная оценка здоровья детей дошкольного возраста. Гигиена и санитария, 2015, том 94, № 8, с. 69-72

5. Кутепов Е.И., Вашкова В.В., Чарыева Ж.Г. Особенности воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья отдельных групп населения. Гигиена и санитария, 1994, № 6, с. 13-17
6. Кулманов М.Е. Региональные особенности количественной оценки показателей оздоровительных мероприятий. Автореф. дисс. док. мед. наук, М., 1988, с. 36
7. Пинигин М.А. Теория и практика оценки комбинированного действия химического загрязнения атмосферного воздуха. Гигиена и санитария, 2001, № 1, с. 9-13
8. Суржиков В.Д., Онищенко А.М., Суржиков Д.В. и др. Здоровье человека и факторы окружающей среды в промышленных городах. Гигиена и санитария, 2003, № 6, с. 85-87
9. Рахманин Ю.А., Леванчук А.В. Комплексная пространственно-временная оценка загрязняющих веществ, поступающих в атмосферный воздух в результате сгорания топлива автомобильного транспорта. Гигиена и санитария, 2016, том 95 (11), с. 1021-1025
10. Steiner O., Per E.F., Girzybonska E., et al. Biological Monitoring of Polycyclic Aromatic Hydrocarbon Exposure in a Highly Polluted Area of Poland // Environmental Health Perspectives, 1995, vol. 103, № 9, p. 838-84

X Ü L A S Ə

BAKİ ŞƏHƏRİNİN MÜXTƏLİF RAYONLARINDA YAŞAYAN VƏ UŞAQ BAĞÇALARINA GEDƏN 3-6 YAŞLI UŞAQLARIN ENZİM SİSTEMİ GÖSTƏRİCİLƏRİNƏ PEREFERİK QANININ GÖSTƏRİCİLƏRİNƏ FOTOOKSİDANTLARIN VƏ OZONUN TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.

Əhmədova S.Ə.
Azərbaycan Tibb Universiteti

Məqalədə göstərilir ki, Bakı şəhərinin 3 müxtəlif rayonunda fotooksidantların və ozonun orta illik konsentrasiyası müəyyən edilmişdir. Orta illik konsentrasiyadan əlavə həmin ingredientlərin sutqalıq gedişi də öyrənilmişdir. Eyni zamanda Botanika bağı ərazisində 20 nümunə götürülmüşdür.

Tədqiqatın nəticəsinə görə fotooksidantların və ozonun ən yüksək konsentrasiyası neft profilli sənaye obyektlərinin daha söx yerləşdiyi təcrübə rayonu 2-də müşahidə olunmuşdur. Ozonun yüksək konsentrasiyası Botanika bağında, fotooksidantlarınsa ən aşağı konsentrasiyası tapılmışdır.

Havanın göstərilən tip çirklənməsinin təsirindən məktəbəqədər yaşdakı (3-6 yaş) uşaqlarda orqanizmin neyrohumoral requlyasiyasının və qanun formalı elementlərinin göstəricilərinə görə normadan kənara çıxma halları baş verir.

Təcrübə rayonu 2-də uşaqlarda xolinesteraza fermenti miqdarca (mkq/mol) təcrübə rayonu 1-dən və KP-a nisbən statistik olaraq aşağı olmuşdur. TR-2-dəki uşaqlarda anemiyanın ağır forması qeydə alınmışdır (Hb<7 q/de).

S U M M A R Y

THE ATMOSPHERE AIR POLLUTION BY PHOTOOXIDANTS ND THEIR INFLUENCE ON THE ENZYME SYSTEM AND PERIPHERAL BLOOD OF CHILDREN 3–6 YEARS, WHO LIVE AND VISIT KINDERGARTEN IN DIERENT AREAS OF BAKU

Akhmedova S.A.
Azerbaijan Medical University

The average annual and daily concentrations of photooxidants and ozone were determined in atmosphere air of different areas (experimental and control) of Baku/ the highest concentrations were found in samples of EA-2 (experimental area), area with a lot of oil industries.

The 3–6 years old children from this area had a some deviation of the peripheral blood indexes and in neurohumoral regulation. The severe anemia (Hg<7q/dl) as well took place among children in EA-2.

SƏS-KÜY VƏ VİBRASIYA FAKTORUNUN MEBEL MÜƏSSİSƏLƏRİ İŞÇİLƏRİNİN EŞİTMƏ ORQANLARINA TƏSİRİ

Əliyeva R.H., Gürzəliyev S.A, Nəbiyeva M.Y., Salihova C.Y.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Əmək gigiyenası və uşaq-yeniyetmələr gigiyenası kafedrası, Bakı.

Müasir mebel müəssisələrində ətraf mühitin insanların sağlamlıqları üçün təhlükəsiz olan texnoloji proseslərin tətbiq edilməsi aktual olaraq qalmaqdadır. Mebel istehsalı üzrə əmək təbabətinə həsr olunmuş çox rast gəlinməyən bəzi işlər (1,5,6,9) sübut edir ki, istehsalat mühiti faktorları burada çalışan işçilərin orqanizmlərinə təsir etdiyini sübut etməklə yanaşı, hal-hazırda bir sıra gigiyenik məsələlər öz həllini kifayət qədər tapmamışdır.

Tədqiqatın məqsədi: mebel istehsalı işçilərinin eşitmə orqanlarına səs-küy və vibrasiya amillərinin təsirini öyrənməkdən ibarət olmuşdur.

Materiallar və metodlar: Mebel müəssisələrinin aparıcı sexlərində 37 işçidə gigiyenik xronometraj müşahidəsi metodu tətbiq edilməklə, 95 işçidən anket sorğusu aparılmış, səs-küy və vibrasiyanın səviyyəsi ölçülməsi və qiymətləndirilməsi (2,3,4) iş yerlərində ayrı-ayrı oktava tezlikləri üzrə uyğun olaraq öyrənilmişdir. Səs təzyiqinin səviyyəsi (səs-küyün spektrləri analiz olunmaqla, 44 ölçü və 19 analiz aparılmışdır. Ölçülər filtrlərlə (1613) Brül və Ker firmasının (Danimarka) istehsal etdiyi şumometrərlə həm səs-küyün və həmçinin lokal vibrasiyanın səviyyələri (12) halda ölçülmüşdür. Əmək fəaliyyəti - iş gününün xronometraj aparılmaqla əmək proseslərinin öyrənilməsi “Əmək proseslərinin ağırlıq və gərginliyinin qiymətləndirilməsi metodikası ilə DÜST 12.2.03378 ƏTSS”. “Ayaq üstə işin görülməsi zamanı iş yerləri” normativ sənədinə əsasən qiymətləndirilmişdir. Dərindən aparılan tibbi müayinəyə ayrı-ayrı sexlər üzrə 93 işçi səs-küylə və vibrasiya ilə təması olmayan 50 nəfər şəxs kontrol qrupu olaraq müayinəyə cəlb olunmuşdur. Onların ambulator kartaları ayrılmış, anket sorğu aparılmış, yuxarı tənəffüs yollarına və eşitmə orqanlarına baxış keçirilmiş, profpatoloqun və otolarinqoloqun iştirakı ilə ön və arxa rinoskopiya, farinqoskopiya, dolayısı larinqoskopiya, otoskopiya kimi müayinələr aparılmışdır. Müayinə materialları student kriteriyaları üzrə statistik olaraq işlənmişdir.

Müayinələrin nəticələri. Mebel istehsalatının müxtəlif sexlərində texnoloji proseslər ağac materialından detallar və elementlərin hazırlanması işi müxtəlif səs-küy və vibrasiya yaradan vətən və xarici nümunəli maşınlar, qurğular və avadanlıqlardan (cilalayıcı, hamarlayıcı, yonucu, itiləyici, frezeləyici, tez fırlanan, birləşdirici və s.) istifadə edilməklə yerinə yetirilir. İşlərin tam mexanikləşdirilməməsi və avtomatlaşdırılmaması, distansion idarə olunmaması əl əməyinin (effektivliyin) azalmasına təsir göstərmiş olur.

Mebellərin hazırlanmasının texnoloji prosesləri tədqiqatçıların diqqətini cəlb etməklə, onlar qeyd edirlər ki, işçilərin əməyinin düzgün təşkil edilməməsi müxtəlif qurğuların, alətlərin, bir otaqda qeyri rəşional yerləşdirilməsi, səs-küyün, vibrasiyanın və digər zərərli istehsalat mühiti amillərinin artmasına səbəb olur. Həmçinin bir sıra müəlliflər sexdə yaranmış səs-küyün və vibrasiyanın intensivliyinin səviyyəsinin, işin texnoloji təşkilindən, eyni vaxtda yuxarıda qeyd olunan maşın və qurğuların texniki vəziyyətindən asılı olduğu qeyd olunur (5.10).

Bu zaman işçi orqanizminin fizioloji imkanları istehsalat qurğularının erqonomik xüsusiyyətləri və işçi yerlərində onların düzgün yerləşdirilməməsi işçilərin məcburi bədən vəziyyətlərində və ya pozalarında yerinə yetirilməsinə gətirib çıxarmaqla, qeyri rasional əlavə işçi hərəkətlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Belə ki, xronometraj müşahidələri göstərmişdir ki, maşınlarla, qurğularla və avadanlıqlarla işləyərkən cilalayıcılar, frezl makinaçıları ayaqüstü məcburi pozada 25-30 bucaq altında əyilməklə, iş növbəsinin 76,8%-80% vaxtını məcburi bədən vəziyyətində işləməli olurlar.

Səs-küy faktorunun gigiyenik cəhətdən qiymətləndirilməsi nəticələri göstərmişdir ki, birləşdirici və frezer qurğularının müxtəlif növ formalarının yaratdığı geniş zolaqlı səs-küyün ekvivalent səviyyəsi 90-105dBA olub, yüksək tezlikli spektrli küylərin səviyyəsi yol verilən səviyyəni (YVS) 800-3000hs tezlikli diapazon iş rejimində 10-22dBA ötür keçir ki, bu 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl № 1.

Mebel istehsalındakı iş yerlərindəki səs-küy və vibrasiyanın səviyyəsi.

İstehsalat sexi, sahəsi	Küyün səviyyəsi, dBA	Vibrosürət
	Dalğalanma həddi	dəyişmə həddi m/s
Tədarük sexi	86,0 – 100,0	0,020/32
Frezl sahəsi	90,0 – 109,0	0,045/63
Cilalama sahəsi	85,0 – 96,0	0,082/125
Yığma sexi	77,0 – 82,0	0,012/32

Tədarük sexi üzrə işçi yerlərində səs küyün səviyyəsi 100dBA çatmaqla, yayılan orta-yüksək tezlikli spektrli səslər YVS-ni 6-20 dBA (norma göstəricisi 80dB) ötür keçir. Hamarlayıcı və yonucu qurğuları vibrasiya mənbəyi olaraq normallaşdırılan parametrlərdə (105 Hs-250 Hs) tezliklərdəki normalardan yüksək olmaqla, vibrosürət 3 dəfədən yüksək olur. Qurğuların yaxın yerləşdirilməsi (yonucu və birləşdirici) kifayət qədər səs izolyasiyası olmadıqda səs küy yaradan toz tutucuları qurğularının bir-birinə yaxın yerləşdirilməsi yüksək səviyyədə orta-yüksək tezlik spektrinə malik olan küy mənbəyinə çevrilməklə, onun səviyyəsi yol verilən səviyyəni 3-5 dəfə ötür keçir.

Yığma sexində mebelin yığılması işinin yerinə yetirilməsi zamanı elektrik deşici, pnevmotapançalı pnevmosapmalı alətlərlə işləyərkən əllə işləyən yığıcı peşələrində əzələ gərginliyinə təsir edən aşağı tezlikli xarakterli yerli vibrasiyanın səviyyəsi yol verilən səviyyəni 3-5 dB ötür keçir.

Ümumi vibrasiyanın parametrləri iş yerlərində yol verilən səviyyəni ötməmişdir.

Yuxarıda qeyd olunanlar qeyd etməyə imkan verir ki, mebel müəssisələrində əsas aparıcı faktorlardan biri müvəqqəti xarakterli geniş zolaqlı mexaniki səs-küy və lokal vibrasiyadır.

İşçi qrupuna daxil olanlardan onların özlərinin LOR orqanları barədə şikayətlərini soruşarkən, onların əksəriyyətinin əsas şikayətləri boğazlarındakı quruluqdan, tənəffüslərinin çətinləşməsindən, quru öskürəkdən, udma zamanı ağrıların olmasından, burun axmasından, soyuq dəymə əlamətlərindən ibarət olmuşdur. LOR orqanlarından tez-tez şikayətlənənlər kontrol qrupuna nisbətən daha çox təcrübə qrupuna daxil olanlar olmuşdur. Nozoloji formalar üzrə LOR orqanlarının patologiyasını ardıcıl olaraq təyin edərkən onlardan burun çəpərinin əyriliyi-10%, xroniki faringit-16%, xroniki tonsillit-6.5%, hipertrofik, subatrofik

rinit-8.2%, xroniki kataral otit-7.4%, boz tıxaclar-69% təşkil etmişdir. Alınmış nəticələr statistik olaraq təhlil olunmaqla 2-ci cədvəldə verilmişdir.

Eşitmə orqanlarının audiometrik müayinələrindən alınan məlumatlar, kamerton müayinələrin nəticələri ilə bütün hallarda təsdiq olunur.

Lor orqanlarının müayinə materiallarının məlumatların analizi zamanı, peşə patologiyaları aşkar edilməsə də, müəyyən hallarda, normada kənara çıxmaların qeydə alınması müşahidə edilir ki, bunu iş yerlərindəki işçilərin tez-tez boş dayanmaları ilə əlaqədar olaraq lor orqanlarının funksional vəziyyətlərinə müsbət təsir etmələri ilə izah etmək olar. Aşkar olunan erkən patoloji dəyişikliklərə müvafiq olaraq, profilaktiki və müalicəvi tədbirlər aparılmışdır.

Cədvəl № 2.

Mebel istehsalında işləyənlərin LOR orqanları patologiyasının yayılması

Müayinə olunan qruplar	Cəmi müayinə olunanlar	LOR orqanlarından olunan şikayətlər	P	LOR orqanlar üzrə aşkar olunan patologiyalar	P
İşçi qrupu	93	59,3±1,3	<0,001	44,8±1,5	<0,01
Kontrol qrupu	50	21,4 ±1,5	—	14,1 ±1,2	

2-ci cədvəldə LOR orqanları xəstəliklərinin rast gəlmə tezliyi verilmişdir ki, bu göstəricilər 59,3±1,3% təşkil etmişdir. Bu zaman aşkar olunan patologiyalar əsas qrupda 44,8±1,5% təşkil etdiyi halda, həmin göstəricilər kontrol qrupda 14,1±1,2 olduqda 3 dəfədən də az olmuşdur.

Nəticələr: Mebel müəssisələrində işçilərə təsir göstərən zərərli istehsalat faktoru olaraq, genişzolaqlı küylər və lokal vibrasiyalardır ki, iş yerlərində onların səviyyəsi yol verilən səviyyəni ötüb keçir.

Mebel sexlərindəki əmək prosesləri zonası səs-küy və vibrasiyanın müştərək faktor kimi təsir göstərməsi işçilər arasında eşitmə analizatorlarının funksiya dəyişikliklərinin inkişafına səbəb olan risk effektini artırır.

Bununla yanaşı, təcrübə qrupuna daxil olanlardan 93 nəfərin üzərində aparılmış dərin tibbi müayinələr göstərmişdir ki, müayinə olunan fəhlələrin yarıdan çoxu 30-40 yaş 60,4%, 40 yaşdan yuxarı olan işçilər isə 39,6% təşkil etmişdir.

Peşələrinə görə iş stajları 5 ilə qədər olanlar 45,6%, 15 ilə qədər olanlar 36,9%; 17,5% fəhlələrin isə iş stajları 15 ildən çox olmuşdur. Peşələri üzrə müayinə olunanları bölərkən nəticəsi aşağıdakı şəkildə olur:

Makinə operatorları-26 nəfər (28%), cilalayıcılar 23 nəfər (24,7%), frezerçilər-15 nəfər (16,2%), yonucular 18 nəfər (19,3%), köməkçi işçilər 11 nəfər (11,8%) təşkil etmişdir.

Orqanların funksional vəziyyəti-əsas qrup üzərində danışiq eşidilməsi kamertonla və tonal audiometriya metodu ilə öyrənilmişdir. Eşitmə həddi 500, 1000,2000,4000Hz tezliklərində təyin edilmişdir. Analoji müayinələr həmçinin kontrol qrupa aid olan 50 nəfər sağlam şəxslər üzərində aparılmışdır. 35-40 yaşlılar səs-küyün təsirinə məruz qalmamışlar. Audioqrammaların analizi zamanı norma olaraq, yaşa uyğun eşitmə itkisi və audiotesterin səs-küy xətası nəzərə alınaraq, yuxarıda göstərilən tezlik üzrə orta hava keçiriciliyi götürül-müşdür.

Müayinə olunana işçi qrupu üzrə qulaqlarında olan səs-küydən şikayət edənlər 22,5%, baş ağrısından, qıcıqlanmadan, ümumi kefsizlikdən şikayət edənlər 49,6% təşkil etmişdir. Kamerfonla müayinə olunanlardan eşitmə qabiliyyətinin

birtərəfli azalmasından, həmçinin əsasən sol tərəfli eşitmə azalması ilə şikayət edənlər 6,1% təşkil etmişdir.

Arterial təzyiği məlumatlarının öyrənilməsi göstərir ki, ümumi müayinə olunan 31 nəfərdən, hipertonik sindromda olan şəxslər 7 nəfər (23%), eşitmə qabiliyyəti dəyişilmiş 13 nəfərdə qıcıqlanma zəifliyi simptomu qeyd olunmuşdur. Əksər müayinə olunanlardan 63%-də arterial təzyiği səviyyəsi normal olmuş, onlardan normal eşitmə qabiliyyəti olanlar-%, eşitmə dəddinin dəyişilməsi hadisəsi olunanlar müayinə olunanların 20%-ni təşkil etmişdir ki, bu, tərəfimizdən səs-küyün eşitmə orqanına təsirinin əlaməti kimi qiymətləndirilmişdir.

Otoskopiya olunan bütün müayinə olunanların 69 nəfərində normal təbil pərdəsi aşkar olunmuş, 13,8% hallarda təbil pərdəsində kəskin olmayan dəyişikliklər və onun bulanması və dartılması aşkar edilmişdir. Eşitmənin azalması 2 halda 15 ildən artıq iş stajı olan cilalayıcılarda və maşın operator-larında qeydə alınmışdır.

Nəticələr.

1. Mebel müəssisələrində işçilərin sağlamlıqlarının mühafizəsi üçün sahibkarlar iş yerlərinin attestasiyasını keçirməklə zərərli və təhlükəli istehsalat faktorlarının aşkar etmək və texnoloji proseslərin, qurğuların təkmilləşdirilməsi istiqamətində tədbirlər həyata keçirməlidir. Sektoral növlərə aid növcüklər üzrə işçilərə və qulluqçulara xüsusi geyimlər, ayaqqabılar və digər fərdi mühafizə vasitələri verilməlidir.

2. Sexlərdə akustik işlərin iş istehsalat otaqları, divarların səthləri səs uducu materiallarla örtülməli, iş yerlərində ayrı-ayrı səs uducu qurğular quraşdırılmalıdır. Mənbələrdə küyün intensivliyini azaltmaq üçün metal hissələrin plastmas materiallarla əvəz etməklə o da davamlı materiallardan istifadə edilməlidir.

3. Mebel müəssisələrində tibbi müayinələrdə Respublika Səhiyyə Nazirliyinin qərarına № 24/2 15 may 2014-cü il tarix əsasına profpatoloq, otolaringoloq iştirak etməklə audiometriya müayinələri aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Аронин В.В; Афонина Л.М; Подоприлин Е.П Организация медицинских осмотров работников связанных с вредными условиями труда (опыт работы) / Медицина труда и пром. экология, 2002, N7, с 39-40.
2. Black N, Dilworth M; Summers N. Occupational Exposure to Wood Dust in the British WoodWorking Industry in 1999/2000/ Ann.Hyg.2007.vol.51.p.249-260.
3. Денисов Э.И. Прокопенко Л.В. Чесалин П.В. Громкость и вредность шума : феноменология , измерение и оценка / Гигиена и Санитария, 2009 N5, с 26-28
4. Determinants of Wood Dust Exposure in the Danish Furniture Industry Results from Two- Gross- Sectional Studies 6 years Apart/ V.Schlunssen, Q.Jacobsen, M.Erlandsen etal. /Ann.Hyg.2008,vol 52, p 227-238.
5. ГОСТ 2.1.012 -90 Вибрационная безопасность. Общие требования безопасности. / М. Госстандарт 1990,38с
6. ГОСТ 12.1.050 -86 ССБТ. Метод измерения шума на рабочих местах . / М.Госстандарт 1986,16с
7. Щевцова В.М. Критерии индивидуальной чувствительности к производственному шуму / Гигиена и Санитария М ,2001, N3, с 8-12
8. Полежа М.Н. Гигиеническая оценка условий труда и профессионального риска на современных мебельных предприятиях Автореф. дисс. канд. мед. наук, Санкт-Петербург 2010, 22с
9. Рашидов В.А Муратов С.А. Гигиеническая оценка шума вибрасионного фактора на основных рабочих местах мебельного производства «Ташкент-мебел» / Молодой ученый 2016,N2, с.380-382
10. Work and health country profiles of twenty two European countris ets. J.Pantanen, T.Kauppinen, S.etal/People and work research reports 52. Helsinki FIOH, 2002, 79р.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ШУМО-ВИБРАЦИОННОГО ФАКТОРА НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ СЛУХА РАБОЧИХ МЕБЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Алиева Р.Х., Курзалиев С.А., Набиева М.Е., Салихова Д.Я.

В материалах статьи излагаются гигиено-клинические исследования работников мебельного предприятия. Установлено неблагоприятное воздействие шума локальной вибрации в сочетании с факторами трудового процесса на органы слуха рабочих разных профессий. Повышается вероятность риска нарушений органов слуха с развитием профессиональной тугоухости. Даны практические рекомендации.

SUMMARY

INFLUENCE OF THE NOISE-VIBRATION FACTOR ON THE CONDITION OF THE HEARING BODIES OF WORKERS OF FURNITURE ENTERPRISE

Aliyeva R.Kh., Kurzaliyev S.A., Nabyeva M.V., Salihova D.Y.

The impact of the noise-vibration factor on the state of the hearing organs of furniture workers. The materials of the article set forth the hygiene-clinical studies of workers in the furniture enterprise. The impact of local vibration in combination with the factors of the work process on the hearing organs of workers of different professions has been found. The risk of hearing disorders increases with the development of professional hearing loss. Practical recommendations are given.

Daxil olub: 17.09.2018.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГИНГИВИТА

Закизаде А.Е.

*Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра терапевтической стоматологии*

В практической стоматологии уже традиционным стало включение в комплексное лечение при хронических формах пародонтопатий методов альтернативных методов лечения, в ходе которых, на фоне отсутствия побочных реакций и благоприятного влияния на процессы регенерации и состояния микроциркуляции в тканях, были получены положительные результаты (2,4). Но, наряду с этим, побочное действие в тканях пародонта и ротовой полости, которое было отмечено при действии физиотерапевтических, привел к возникновению противоречивых мнений и данных, которые неоднозначно трактуют иммунологические сдвиги под влиянием вышеуказанных методов лечения – от иммунной стимуляции до иммуносупрессии (1).

Таким образом, важными показателями лечебного действия биологически нейтральных средств являются улучшение трофики тканей, процессов обмена в них, что способствует регрессу воспалительного процесса по причине возникновения разнообразных положительных сдвигов в функциональном состоянии многих физиологических систем, на фоне которых в большинстве случаев наблюдается уплотнение десен, уменьшение выделений из патологических десневых карманов. Но, как было указано выше, даже при

достигнутых положительных результатах не всегда удается достичь полной коррекции иммунного статуса, особенно в клеточном и гуморальном звене (6). А в основе отмеченных и недостаточных для полного выздоровления коррегирующих сдвигов лежит рецидивирующее и осложненное течение воспалительных заболеваний околозубных тканей. Заслуживает внимания факт сочетанного применения методов аппаратной физиотерапии и растительных средств различного химического состава в профилактике и лечении легких форм пародонтита (3,5).

Вместе с тем, дальнейшая разработка, научное обоснование и внедрение эффективных лечебных средств и методов при хронических формах пародонтопатий, которые бы активно влияли на процессы воспаления, местную и общую иммунологическую реактивность и позволили бы добиться улучшения результатов лечения со стойкой ремиссией является актуальной и важной задачей современной восстановительной медицины и научно-практической стоматологии.

Цель исследований: улучшение результатов комплексного лечения катарального гингивита с использованием растительного препарата

Материал и методы исследования. Исследования были выполнены на базе Стоматологической Клиники АМУ в период с 2013 по 2017 г с участием в общей сложности 150 пациентов с хроническим катаральным гингивитом - ХКГ. Работа была проведена с соблюдением основного принципа добровольного информированного согласия. Для получения достоверных сведений было проведено проспективное рандомизированное исследование.

В соответствии с целью и задачами исследования и с процедурой рандомизации все обследуемые были разделены на 3 группы. Первая группа (группа сравнения 1, 16) получала традиционное лечение, включающее профессиональную гигиену полости рта без назначения дополнительных лекарственных средств, то есть стандартную пародонтологическую терапию. Вторая группа (группа сравнения 2 - 15), наряду с традиционным лечением, получала курсовые назначения в виде аппликаций традиционными антисептиками. Пациентам третьей группы (основная группа - 18) кроме вышеуказанной традиционной терапии проводили курс фитотерапии, который заключался в назначении аппликаций растительного препарата - «Immunotea». Оценку клинических и лабораторных данных проводили до лечения, непосредственно после 2-х недельного терапевтического курса, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев после завершения комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

Критериями включения пациентов в исследуемые группы явились:

1. возраст 25-30 лет;
2. отсутствие общесоматических заболеваний;
3. катаральный гингивит легкой и средней степени тяжести.

Для обработки результатов исследования и определения степени их достоверности были использованы основные статистические величины: средняя арифметическая величина (M), ошибка среднего (m), среднее квадратическое отклонение (σ) и критерий достоверности (t), с помощью таблиц Стьюдента, определяли достоверность результатов изучаемого признака (p) (Урбах, 1975).

Обсуждение полученных результатов Сравнительный статистический анализ динамики жалоб на кровоточивость и патологические изменения десен у пациентов основной группы и групп сравнения непосредственно после завершения курса базовой и поддерживающей терапии, через 1, 3, 6 и 12 месяцев выявил значительное уменьшение степени воспаления десен и их кровоточивости. Так, непосредственно после лечебно-профилактических мероприятий в основной группе у 89,1% пациентов жалобы на кровоточивость и гипереремию десен отсутствовали. (рисунок 1).

Аналогичная картина по улучшению клинической картины в мягких околозубных тканях еще в более выраженной степени регистрировалась в группе сравнения 2, где с лечебной целью назначались аппликации антисептика, что нельзя было сказать о другой контрольной группе, отсутствие кровоточивости десен и уменьшение проявлений воспалительного процесса в них отметили 85,4% и 93,6% исследуемых пациентов соответственно

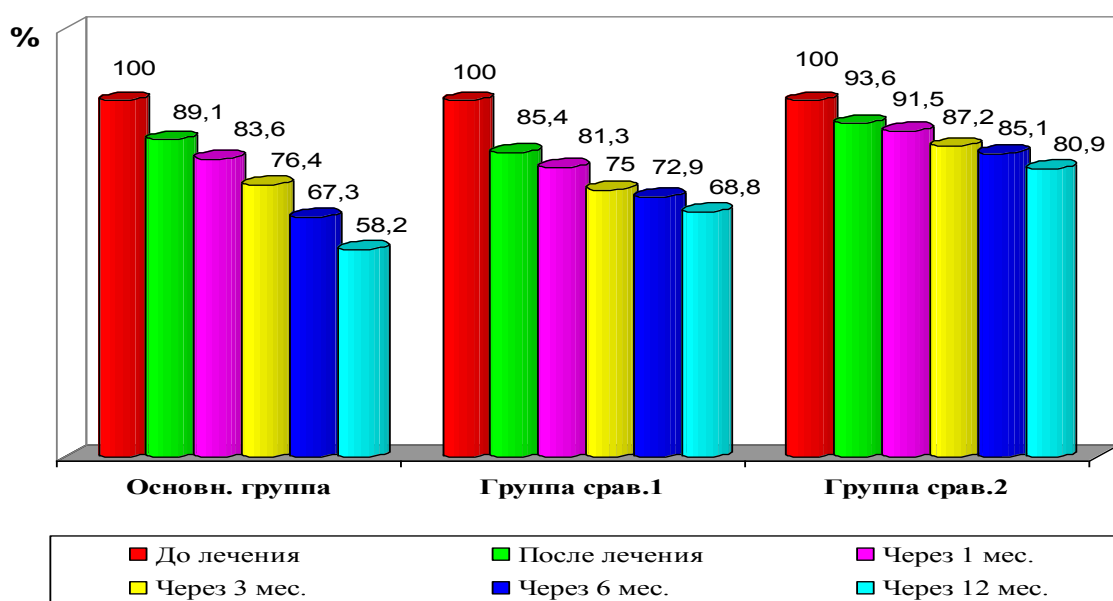


Рис. 1. Сравнительный анализ жалоб на кровоточивость у пациентов основной группы и групп сравнения до и в различные сроки после лечения (% пациентов)

На последующем этапе, то есть через 1 месяц после завершения терапии при обследовании полости рта в основной группе жалобы на кровоточивость и гипереремию десен отсутствовали примерно у 83,6% пациентов, тогда как в группе сравнения 1 – у 81,3% пациентов, в группе сравнения 2 – у 91,5% пациентов. Выявленная тенденция в снижении показателей определялась и в последующие этапы исследований. Через 6 месяцев наблюдений сохранение положительного результата после проведенных мероприятий наблюдалось у пациентов основной группы в 67,3% случаев, группе сравнения 1 – у 72,9%, в группе сравнения 2 – у 85,1% пациентов.

Сравнительный статистический анализ результатов базовой терапии в самые отдаленные сроки клинических наблюдений и индексной оценки, то есть через 12 месяцев, показал, что сохранение положительной динамики лечения в основной группе отметили 58,2% пациентов, в группе сравнения 1 – 68,8% пациентов, в группе сравнения 2 – 80,9% пациентов. По полученным данным самая благоприятная динамика на начальном этапе наблюдений и все последующие этапы наблюдалась во второй группе сравнения, где в качестве

дополнительной поддерживающей терапии назначались аппликации традиционного антисептика – хлоргексидина биглюконата. При проведении сравнительного анализа цифровых значений пародонтального индекса РМА во всех исследуемых группах после окончания лечебно-профилактических мероприятий наблюдалось снижение показателей.

Так, непосредственно после окончания лечения в основной группе индекс РМА снизился почти на 53,5% (с $31,9 \pm 1,30\%$ до $15,2 \pm 0,65\%$, $p < 0,001$), в группе сравнения 1 и группе сравнения 2 определялась аналогичная динамика в снижении показателей – с $32,2 \pm 1,62\%$ до $21,9 \pm 1,15\%$ ($p < 0,001$) и с $32,5 \pm 2,00\%$ до $15,9 \pm 1,11\%$ соответственно ($p < 0,001$) (таблица 1). Через один месяц после завершения курса базовой терапии исследуемый индекс РМА также незначительно увеличился, но по клиническим проявлениям воспалительного процесса остался ниже показателей до начала лечения как в основной группе, так и в группах сравнения 1 и 2.

Самые низкие значения по данному индексу в вышеуказанные сроки регистрировались в первой основной группе - $16,2 \pm 0,64\%$ ($p < 0,001$), а максимальные во второй сравнительной группе - $23,5 \pm 1,24\%$ ($p < 0,001$). Через 3 месяца после завершения лечебно-профилактических мероприятий наблюдалось дальнейшее увеличение значений индекса РМА во всех исследуемых группах стоматологических больных.

Сравнительный анализ динамики изменения значений пародонтального индекса РМА в самые отдаленные сроки показал, что в основной группе после применения растительного препарата он остался достоверно ниже исходных показателей почти на 35-40% и составил $21,0 \pm 0,71\%$ ($p < 0,001$), в группе сравнения 1 – на 13-15% и составил $28,7 \pm 1,22\%$ ($p > 0,05$), а в группе сравнения 2 цифровые значения регистрировались в пределах $23,0 \pm 1,39\%$ ($p < 0,001$).

Таблица № 1

Сравнительная оценка индекса РМА у пациентов основной группы и группах сравнения (M±m,%)

Группы	Сроки наблюдения					
	До лечения	После лечения	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Основная гр. n=18	$31,9 \pm 1,30$	$15,2 \pm 0,65$ $p < 0,001$	$16,2 \pm 0,64$ $p < 0,001$	$17,8 \pm 0,68$ $p < 0,001$	$19,0 \pm 0,63$ $p < 0,001$	$21,0 \pm 0,71$ $p < 0,001$
Группа сравнения 1 n=16	$32,2 \pm 1,62$	$21,9 \pm 1,15$ $p < 0,001$	$23,5 \pm 1,24$ $p < 0,001$	$24,9 \pm 1,16$ $p < 0,01$	$26,5 \pm 1,21$ $p < 0,01$	$28,7 \pm 1,22$ $p > 0,05$
Группа сравнения 2 n=15	$32,5 \pm 2,00$	$15,9 \pm 1,11$ $p < 0,001$	$17,4 \pm 1,10$ $p < 0,001$	$19,0 \pm 1,24$ $p < 0,001$		$23,0 \pm 1,39$ $p < 0,001$

Примечание: p – статистическая достоверность различия относительно до лечения

Однако, несмотря на некоторую отрицательную динамику, показатель оставался ниже исходных показателей в основной группе, в группе сравнения 1 и группе сравнения 2 соответственно.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Алексеева, Е.С. Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / СПб. – 19с.

- 2.Вилова, Т.В. В.П. Зеновский, М.А. Девяткова // Клинические аспекты применения препаратов водорослей для профилактики кариеса и гингивита Стоматология. - 2005. - Т.84,№2. - С.10-14.
3. Казарина Л.Н. Влияние геля Метрогил дента и лечебной зубной пасты Мексидол дент актив на показатели состояния пародонта и перекисного окисления липидов у лиц хроническим генерализованным катаральным гингивитом / // Стоматология. - 2007. - Т.86,№4. - С.19-21.
- 4.Плотников М.Б. Влияние экстракта левзеи сафлоровидной в сочетании с дозированной физической нагрузкой на гемореологические показатели крыс с инфарктом миокарда // Эксперим. и клинич. фармакология. - 2011. - Т.74, № 9. - С.7-10.
- 5.Bharti, V. Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled // J Indian Soc Periodontol. - 2013. - Vol.17, № 2. - P.182-187.
- 6.Pamuk F. Effects of tacrolimus and nifedipine, alone or in combination, on gingival tissues // Journal of Periodontology. - 2013. - №10. - P.1673-1678.

X Ü L A S Ə

XRONİKİ QENERALİZƏOLUNMUŞ QİNGİVİTİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİ

Zəkizadə AƏ.

Azərbaycan Tibb Universiteti Terapevtik stomatoloqiya kafedrası

Tədqiqatın məqsədi bitki əsaslı dərman preparatını istifadə edərək, kataral gингивитi kompleks müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq idi. Araşdırmanın məqsədi və vəzifələrinə uyğun olaraq, bütün subyektlər 3 qrupa bölünmüşdür. Tədqiqatın məqsədi və vəzifələrinə uyğun olaraq bütün xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür. I-ci qrupda əlavə dərmanlar təyin etmədən ənənəvi müalicə tətbiq edilmişdir. İkinci qrupda, ənənəvi müalicə ilə yanaşı, antiseptik tətbiq olunmuşdur. Yuxarıda göstərilən ənənəvi müalicə istisna olmaqla, üçüncü qrupda “Immunotea” preparatı təyin edilmişdir. Alınan nəticələr periodontal xəstələrin əsas qrupundakı bütün göstəricilərin dəyərlərində daha aydın şəkildə azaldığını və dərman preparatının profilaktik effektivliyinin saxlanılmasını göstərir.

S U M M A R Y

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED GINGIVITIS

Zakizade AE

Azerbaijan Medical University Department of Therapeutic Dentistry

The aim of the research was to improve the results of the complex treatment of catarrhal gingivitis using a herbal preparation. In accordance with the purpose and objectives of the study all subjects were divided into 3 groups. The first group received traditional treatment, including occupational oral hygiene without prescribing additional medications, that is, standard periodontal therapy. The second group, along with traditional treatment, received course appointments in the form of applications by traditional antiseptics. In addition to the above traditional therapy, the patients of the third group were treated with a course of phytotherapy, which consisted in the appointment of the herbal preparation - Immunotea. The data obtained indicate a more pronounced decrease in the numerical values of all indices used in the main group of periodontal patients and about the maintenance of the preventive efficacy of the herbal preparation.

Key words: gingivitis, index, phytopreparation.

Açar sözlər: qinqivit, indeks, fitopreparat

Ключевые слова: гингивит, индекс, фитопрепарат.

Daxil olub: 6.10.2018.

LƏNKƏRAN RAYONUNDA AĞCAQANADLARIN (DİPTERA: CULICIDAE) FAUNASI VƏ EKOLOGİYASI

Sultanova Y.Ə.

S.İmaməliyev adına Respublika Taun Əleyhinə Stansiyası Bakı , Azərbaycan

Açar sözlər: qansoran ağcaqanadlar, arboviruslar, yayılması

Lənkəran Azərbaycanın cənub şərqində, onlarca kilometr məsafəyə uzanıb gedən Lənkəran ovalığında və Xəzər dənizinin sahilində yerləşir. Rayonun iqlimi rütubətli, subtropikdir. Bu iqlim qışı mülayim, yayı quraqlıq keçən, isti və payızı çox yağıntılı olması ilə fərqlənir. Bu yerlərdə sərt və qarlı qış olmur. Belə əlverişli ekoloji şərait rayonun zəngin flora və faunasının olmasını göstərir. Belə ki, Respublikamızda buğumayaqlı həşərat olan ağcaqanadların (Diptera:Culicidae) 7 cinsə aid 27 növündən 23 -nün Lənkəran rayonundan toplandığı nəzərə alınarsa, bu məlumat təəccüblü deyildir [1]. Həmçinin bu tədqiqat ərazisi keçmişdən (1967-1980) bir sıra arbovirusların Qızılağac, Sindbis (SINV), Tahina virusu və Qərbi Nil virusunun (QNV) ötürüldüyü və ya saxlandığı təbii ocaq hesab edilir [2].

2007 və 2009-cu illərdə Lənkəran yaxınlığında entomoloji tədqiqatların tərkib hissəsi olaraq toplanmış yetkin ağcaqanad növlərindən *Anopheles hyrcanus*, *Culex pipiens*, *Culex tritaeniorhynchus*, *Ochlerotatus caspius* və *Uranotaenia unguiculata* eləcə də, sürfələr şəklində toplanmış *Culex pipiens*, *Culex hortensis* və *Uranotaenia unguiculataya* eləcə də, potensial SINV keçiricisi olan ağcaqanadlardan *Culex modestus*, *Culex pipiens*, *Culex theileri* və *Culex tritaeniorhynchus*[3 növlərinə rast gəlinmişdir. Azərbaycanda mövcud olan və QNV-un keçiricisi olduğu təsdiq edilmiş ağcaqanad növlərinə *Anopheles maculipennis*, *Anopheles hyrcanus*, *Culex modestus*, *Culex pipiens*, *Culex tritaeniorhynchus*, *Coquillettidia richiardii* 4 aiddir. Lənkəran rayonunda aparılmış tədqiqat nəticəsində təyin edilmiş ağcaqanad növlərindən bir çoxunun arbovirus daşıyıcısı olduğu məlumdur və bu işə insanların xəstəliklərə yoluxma ehtimalının qaçılmaz olduğunu göstərir.

Tədqiqatın məqsədi: Azərbaycanın cənub şərq rayonu olan Lənkəranda rast gəlinən ağcaqanadların növ tərkibini, yayılmasını və ekologiyasının öyrənilməsi üçün əsaslı araşdırmalar aparmaq, ağcaqanad ilə yayılan arbovirusların mövcudluğu və yayılma səviyyəsini müəyyənləşdirməkdir.

Material və metodlar: 2015-2018-ci illərdə Lənkəran rayonunda aparılmış tədqiqatlar ən çox yayılması ehtimal edilən ərazilərdə, eləcə də su mənbələri və meşələrə yaxın olan kəndlərdə (cədvəl 1.) aparılmışdır.

Cədvəl № 1.

Tədqiqat üçün seçilmiş kəndlər və onların ekotipi

Ağcaqanadların toplanılması üçün seçilmiş ərazilər yollardan kənar, alçaq kolluqlardan ibarət və bir az kölgəli olmaqla meşə və bataqlıq ərazilərin kənarlarındakı yerlər idi. Dişi ağcaqanadlar CO₂ (quru buz) əlavə edilmiş (sahib orqanizmin tənəffüs etdiyi havanı xatırladan) miniatur işıq tələləri və sahib orqanizmin bədən qoxusunu xatırladan (imitasiya edən) cəlbedici kimyəvi maddəyə malik sentinel (həssas) tələlərindən istifadə etməklə toplanmışdır. Işıq tələləri günəş batmazdan bir saat əvvəl ağaclardan və ya evlərin damından asılmış və batareyalar işə salınmışdır. Ertəsi gün

Lənkəran rayonu	
Kəndin adı	Ekotipi
Şirinsu	meşə, çay
Ürgə	meşə, dəniz kənarı
Göyşaban	dəniz kənarı
Kənar-meşə	meşə, dəniz kənarı
Aşağı Nüvədi	meşə, dəniz kənarı

tələlər toplanılmış və tədqiqat işinin yerinə yetirilməsi üçün Lənkəran Regional Taun Əleyhinə şöbənin laboratoriyasına entomoloji müayinə üçün gətirilmişdir. Tələyə toplanmış həşəratlardan yalnız ağcaqanadlar seçilmiş və stereoskopik mikroskop vasitəsi ilə taksonomik əlamətlərinə görə entomoloji- morfoloji müayinə edilmişdir. Ağcaqanadlar cinsinə və növünə görə təyin olunmuş (identifikasiya) [2], qruplaşdırılmış və bütün məlumatlar hesabat bazasına daxil edilmişdir [5].

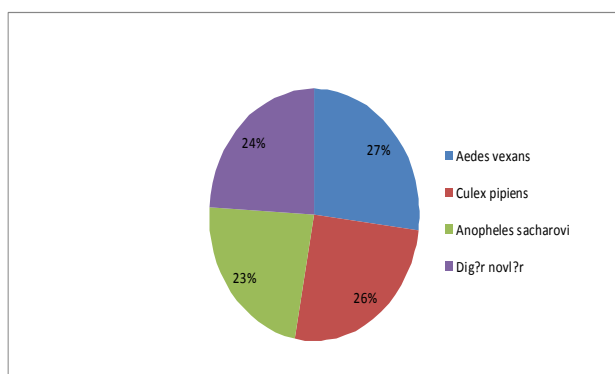
Tədqiqat nəticəsində Lənkəran rayonunda 6 cinsdən olan 15 növ, 1589 ədəd ağcaqanad təyin edilmişdir (Cədvəl 2).

Cədvəl № 1.

Lənkəran rayonunda ağcaqanadların növ müxtəlifliyi (2015-2018-ci il)

Ağcaqanadların növü	Sayı (ədədlə)	Faizlə miqdarı (%)
<i>Aedes caspius</i>	125	7,8
<i>Aedes geniculatus</i>	11	0,7
<i>Aedes vexans</i>	422	26,6
<i>Anopheles claviger</i>	59	3,7
<i>Anopheles hyrcanus</i>	12	0,8
<i>Anopheles maculipennis</i>	55	3,5
<i>Anopheles sacharovi</i>	360	22,7
<i>Anopheles superpictus</i>	8	0,5
<i>Culex mimeticus</i>	49	3,1
<i>Culex pipiens</i>	417	26,2
<i>Culex theileri</i>	44	2,8
<i>Culex tritaeniorhyncus</i>	5	0,3
<i>Culiseta longiareolata</i>	2	0,1
<i>Mansonia richiardii</i>	13	0,8
<i>Orthopodomyia pulchripalpis</i>	7	0,4
Cəmi:		1589

Yığılmış ağcaqanadlardan *Aedes vexans* 26,6%, *Culex pipiens* 26,2%, *Anopheles sacharovi* 22,7% ən çox rast gəlinən növlər olmuşdur (Şək.1). Bu növ ağcaqanadların daha çox rast gəlməsi onların bu ərazi üçün xarakterik olmasını göstərir. *Culex tritaeniorhyncus*, *Culiseta longiareolata* tək-tək rast gələn növlər olmuşdur.



Şəkil 1 təyin edilmiş ağcaqanadlardan ən çox rast gəlinən növlər

Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində *Aedes vexans* dominant növ olmuşdur. Azərbaycanın cənub-şərq rayonu olan Lənkəranda aparılan tədqiqatlar nəticəsində Qərbi Nil virusu və Sindbis virusunun keçiriciləri olan qansoran ağcaqanad növlərinə rast gəlini. Bu isə infeksiya rezervuarlarının, coğrafi ərazi-

lərinin tədqiqi də daxil olmaqla keçirici həşəratlarla yayılan xəstəliklərin qarşısının

alınması və onlara nəzarət üçün qabaqlayıcı tədbirlərin işlənilib-hazırlanması və qiymətləndirilməsi üçün çox vacibdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Bağırov Ə.N., Əliyev M.İ. Azərbaycan qansoran ağcaqanadların faunası (1771- 1998) Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, Bakı 2012, №1, s. 94-96.
2. Stackelberg A.A., Gutsevich A.S. Fauna of USSR, Mosquitoes (*Culicidae* family), 3rd volume, 4th edition, Leningrad, 1970
3. Ergunay, K., Gunay, F., Oter, K et al surveillance of field-collected mosquitoes reveals circulation of West Nile virus lineage 1 strains in eastern Thrace, Turkey. Vector-Borne Zoonotic Dis, 2013, 13, 744-752.
4. Гуцевич А.В., Мончадский А.С., Штакельберг А.А. Комары семейства Culicidae // Фауна СССР: Насекомые двукрылые. Наука. Ленинградское отделение. - Т. 3. Вып. 4. - Л. 1970. - 384 С
5. Aghaie A., Aaskov J., Chinikar S., et al Mohammadpour Kh. Frequency of West Nile Virus Infection in Iranian Blood Donors Indian J. Hematol. Blood Transfus. 2016 Sep; 32(3): 343–346

РЕЗЮМЕ

ФАУНА И ЭКОЛОГИЯ КРОВОСОСУЩИХ КОМАРОВ (DIPTERA: CULICIDAE) В ЛЕНКОРАНСКОМ РАЙОНЕ

Султанова Е.А.

Противочумная Республиканская Станция, Баку, Азербайджан.

Цель изучение видового состава, распространения и экологии кровососущих комаров (*Diptera: Culicidae*), встречающихся в Южно-восточном регионе Азербайджана-Ленкоране. Выявить наличия и уровень распространения арбовирусов, распространяющихся комарами. Для сбора комара было использована современная ловушки CDC и BG.

В результате исследования в Ленкоране были выделены 15 видов, 1589 комаров из 6-ти родов. Из собранных комаров- *Aedes vexans* 26,6%, *Culex pipiens* 26,2% и *Anopheles sacharovi* 22,7% являлись преобладающими видами.

Выводы в результате исследований, проведенных в Ленкоране, были выявлены переносчики вируса Западного Нила и вируса Синдбиса.

Ключевые слова: кровососущие комары, арбовирусы, распространение

SUMMARY

THE FAUNA AND ECOLOGY OF MOSQUITOES (DIPTERA: CULICIDAE) IN LANKARAN REGION

Sultanova Y.A.

Republican Anti-Plague Station (RAPS), Baku, Azerbaijan.

The purpose of this study was the species composition, spreading and ecology of blood-sucking mosquitoes (*Diptera: Culicidae*) occurring in the South-Eastern region of Azerbaijan-Lankaran. To be identify the presence and level of spreading of arboviruses that are spread by mosquitoes. Mosquitoes were collected the modern CDC light traps and BG sentinel traps.

A total of 1,589 adult mosquitoes were collected from these places. 15 species of mosquitoes under 6 genera were identified. The most common species were *Aedes vexans* 26.6%, *Culex pipiens* 26.2% and *Anopheles sacharovi* 22.7%.

As a result of studies we were conducted the vectors of the West Nile virus and the Sindbis virus in Lankaran region.

Keywords: blood-sucking mosquitoes, arboviruses, distribution

AZƏRBAYCANDA İNSANLAR ARASINDA BRUSELYOZUN RISK FAKTORLARININ EPIDEMIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ (2012-2016)**Üstün N.M.*****Respublika Taun Əleyhinə Stansiya, Bakı Azərbaycan.****Açar sözlər: bruselyoz, risk faktorları, endemik xəstəlik.**Keywords: human brucellosis, risk factors, endemic disease**Ключевые слова: бруцеллез, факторы риска, эндемическое заболевание*

Bruselyoz - zoonoz infeksiyon - allergik xəstəlikdir, kiçik ölçülü patogen bakteriyalar olan brusellalar tərəfindən törədilir. Vaxtında aparılmamış diaqnostikada və gecikmiş müalicədə xəstəlik xronik residivləşən gedişə malik olur və dayaq-hərəkət aparatının zədələnməsi ilə səciyyələnir. Xəstələnmənin epidemioloji xüsusiyyətləri müəyyən dərəcədə törədicinin növ mənsubiyyətindən, epidemik ocağın aktivliyindən və kütləviliyindən asılıdır (1-4). Bruselyoza görə epidemioloji vəziyyət keçmiş Sovet İttifaqı respublikalarının ərazisində, xüsusən də şimal və mərkəzi vilayətlərdə son dərəcə gərgin olaraq qalır.

İnsan bu xəstəliyə xəstə heyvanlara (qoyun, keçi, inək, donuz) qulluq zamanı, yaxud brusellalarla yoluxmuş ərzaq məhsullarından (süd, pendir, ət və s.) istifadə etdikdə yoluxur. Törədici orqanizmə mədə-bağırsaq traktından, selikli qişə və yaxud dəridə olan zədələrdən daxil olaraq, limfagen və ya hematogen yolu ilə yayılır. Bu da törədicinin istənilən orqana daxil olması üçün şərait yaradır (5,6).

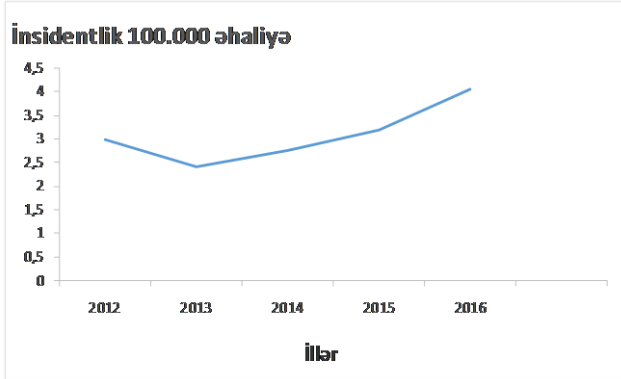
Bruselyoz zamanı inkubasiya dövrünün müddəti, xəstələrin əksəriyyətində 2-3 həftə təşkil edir, lakin 4-7 həftəyə qədər, bəzən isə daha çox uzana bilər. Bruselyozla xəstələnmə bir halda kəskin, digər halda tədricən başlayır. Bruselyozla xəstələrin başlıca şikayətləri oynaqalarda, əsasən aşağı ətraflarda yerdəyişən xarakterli ağrılar, ümumi zəiflik, tez yorulma, baş ağrısı, tərləmə ilə əvəzlənən titrəmə, iştahanın azalması, yuxunun pozulması olmuşdur. Bu xəstəliyə şübhə yarandıqda ümumi anamnestik məlumatlarla, epidemioloji anamnezlə, xəstənin obyektiv müayinəsi ilə yanaşı, laborator müayinələr də aparılmalıdır (7,8). Bruselyoza şübhə olduqda xəstədən nümunələrin götürülməsi tibb müəssisəsində tibb işçisi tərəfindən aparılır. Tibb müəssisələri işçiləri xəstədən nümunələri düzgün götürməli, daşılmalı və vaxtında taun əleyhinə müəssisələrin laboratoriyalarına çatdırmalıdırlar.

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycanda insanlar arasında bruselyoz xəstəliyinin risk faktorlarını müəyyən etməkdir.

Azərbaycanda 2012-ci ildən 2016-cı ilə qədər olan bruselyoz xəstəliyinə dair məlumatlar Yoluxucu Xəstəliklərin Elektron Müşahidə Sistemi (YXEMS) tərəfindən əldə edilmişdir. Yoluxucu Xəstəliklərin Elektron Müşahidə Sistemində (YXEMS) demografik, epidemioloji və risk faktorları haqqında məlumat daxildir. Məlumatlar YXEMS – in Analiz Vizualizasiya Hesabat (AVH) modulu və Epi Info 7.0 vasitəsi ilə təhlil edilmişdir.

5 il ərzində təsdiq edilmiş bruselyoz hadisələrinin sayı – 1516 təşkil etmişdir. Belə ki, 2012-ci ildə 100 min əhali üçün insidentlik 3,00 (275 hadisə), 2013-cü ildə isə 100 min əhali üçün 2.42(225 hadisə) təşkil etmişdir və bu 2012-ci ilə nisbətən 18% azdır. 2014-cü ildə müşahidə olunan 100 min əhalinin sayına insidentlik 2,76 (299 hadisə) və 2014-cü ildə 2013-cü ilə nisbətən 14 % artım müşahidə olunmuşdur. 2013-cü il ilə müqayisədə 2014-cü və 2015-ci ildə Respublika üzrə xəstəlik halları

yüksəlmişdir. O cümlədən, 2015-ci il ərzində 2 alovlanma qeydiyyatına alınmışdır (Qax rayonunda və Bakı şəhərində). Qax rayonunda alovlanma nəticəsində 13 ailə üzvü bruselyozla yoluxmuşdur. Bakı şəhərində isə 5 ailə üzvü xəstələnmişdir. 2015-ci ildə 100 min əhali üçün insidentlik 3,18 olmuşdur. 2015-ci ildə 15,5% artım qeydə alınmışdır, 2016-cı ildə isə 100 min əhaliyə insidentlik 4,08 qeydə alınmışdır və bu 2015-ci ilə nisbətən 28,30% artıqdır.



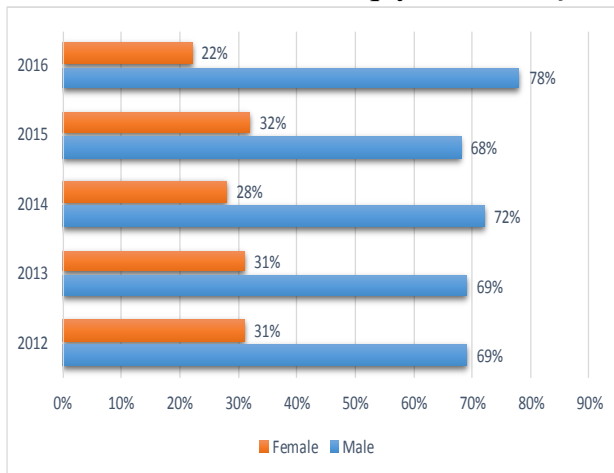
qrupunda qeydə alınıb.

Şəkil 2

Bruselyoz xəstəlik hadisələrinin böyüklər və uşaqlar < 17 yaş arasında paylanması (2012-2016)

Bütün xəstəlik halların-dan 67.50%, (95% CI 63.41 - 71.35%) kişilər təşkil etmişdir.

Bütün bruselyoz xəstəlik halların 79,6% -i kənd əhalisi arasında qeydə alınmışdır.



heyvanlarla təmas- 10% (95% CI: 9% - 12%), potensial laboratoriya və ya digər peşə yoluxması 1% (95% CI: 1% - 2%) təşkil etmişdir.

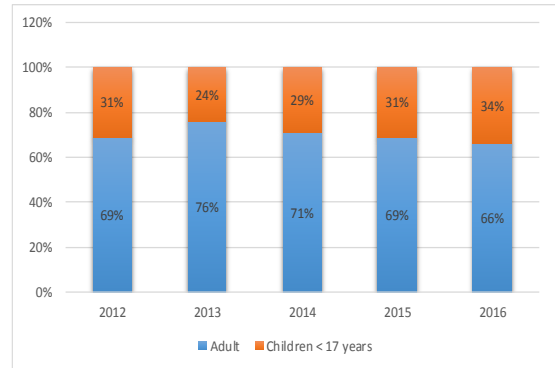
Şəkil 4

Bruselyoz xəstəlik hadisələrinin risk faktorları üzrə paylanması (2012-2016)

Şəkil 1

Bruselyoz xəstəliyinin insidentliyi 100.000 əhaliyə illər üzrə

Bruselyozla xəstələnmə müəyyən dövrlərdə artmaqla bütün il boyu qeyd olunur, xəstəliyin qıs-vaz mövsümliliyi xarakterdir ki, bu da heyvanların balalama dövrü ilə bağlıdır. Ən çox xəstəlik halları (51,4%) 30-59 yaş

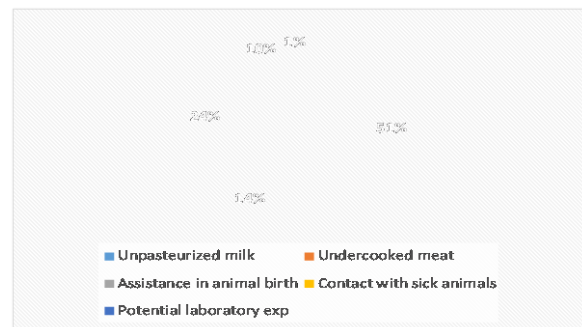


Şəkil 3

3

Bruselyoz xəstəlik hadisələrinin cinslər üzrə paylanması (2012-2016)

Pasterizə olunmamış süd və süd məhsullarının istifadəsi zamanı 51.0% (95% CI: 48% - 54%), az bişirilmiş ət - 14% (95% CI: 12% - 16%), heyvanlara doğuş zamanı yardım göstərilməsi -24% təşkil etmişdir (95% CI: 21% - 26%), xəstə



Bruselyozun profilaktikasına tibbi, sanitar- baytarlıq və təsərrüfat tədbirləri daxildir. Bruselyoz tipik zoonoz infeksiya sayılır və ona görə onunla mübarizə infeksiya mənbəyinin ilk növbədə ev heyvanları arasında, xüsusilə qoyunlar, keçilər, iribuynuzlu mal-qara, həmçinin donuzlar arasında məhv edilməsinə yönəldilməlidir. Kənd təsərrüfatı heyvanları arasında bruselyoz ocaqlarının zərərsizləşdirilməsi və ləğv edilməsi, həmçinin xəstəliyə yoluxmuş sürünün və ayrı-ayrı təsərrüfatların sağlamlaşdırılması üzrə tədbirlər, habelə bruselyoza yoluxmuş təsərrüfatlarda heyvanlara xidmət edən insanlar arasında da bruselyozun yayılmasının qarşısının alınmasına kömək edir. Bruselyozla mübarizədə qida yoluxmalarının profilaktikası xüsusilə böyük əhəmiyyət daşıyır. Bu, yoluxmada əsas rol süd və süd məhsullarına aiddir. Bruselyoza görə qeyri-sağlam təsərrüfatlar-dan alınmış süd mütləq pasterezə olunmalı və ya qaynadılmalıdır. Bruselyozlu heyvanlardan alınmış ət yalnız onu tam bişirdikdən və ya qızartdıqdan sonra istifadə edilir.

Azərbaycanda insanlar arasında bruselyoz xəstəliyinin ehtimal olunan mənbəyi kimi evdə hazırlanan süd məhsullarının istifadəsi müəyyən edilmişdir. Bu, bruselyozun ölkəmizdəki təsərrüfat heyvanları arasında yayıldığını və ev şəraitində hazırlanan süd məhsullarını pasterezə etmədən istifadəsini göstərir. Azərbaycanda heyvanlar arasında bruselyoza qarşı peyvənd işlərinin aparılması vacib nəzarət tədbirlərindən biridir. Respublikamızda 2009-cu ildən etibarən baytarlıq xidməti xırda buynuzlu heyvanlar arasında peyvənd işləri aparır. İri buynuzlu heyvanlar arasındada bruselyoza qarşı peyvəndin tətbiqi nəzərdə tutulub. Baytar – sanitar tədbirlərinin yaxşılaşdırılması, əhali arasında sanitar - maarifi işinin gücləndirilməsi məqsədə uyğundur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 19 avqust 2010-cu il tarixli 64 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Xüsusi təhlükəli infeksiyalar üzərində müşahidə və nəzarətə dair qaydaları”
2. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 25.02.2010-cü il tarixli 15 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Laboratoriyalarda bioloji təhlükəsizlik qaydaları”
3. Омариева Э.Я. Эпидемиологические особенности бруцеллеза в республике Дагестан. Инфекция и иммунитет 2012, Т. 2, № 1-2. - С. 178.
4. Garcia Carrillo C. Animal and human brucellosis in the Americas. Paris // OIE Publication. - 2010. - p. 287.
5. Хацуков К.Х. Эпиднадзор за бруцеллезом в Кабардино-Балкарской республике Инфекция и иммунитет 2012, т. 2, № 1-2. - с. 208
6. Злепко А.В.. Актуальные проблемы бруцеллеза в Волгоградской области Инфекция и иммунитет 2012, т. 2, № 1-2. - с. 147.
7. Vəliyev. Ə.H. “ İnfekzion xəstəliklər “ , Bakı, 2013
8. Ağayev. İ.Ə., Xələfli X.N., Tağıyeva F.Ş. ” Epidemiologiya “ Bakı, 2011

РЕЗЮМЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ (2012-2016)

Устун Н.М.

Республиканская Противочумная станция, Баку, Азербайджан.

Бруцеллез – особо опасное зоонозное заболевание, распространенное во всех странах мира. Бруцеллез эндемичное для нашей республике заболевание, которое регистрируется ежегодно. Возбудителем бруцеллеза являются микроорганизмы, относящиеся к роду *Brucella*. Естественным резервуаром бруцелл в природе являются животные. Целью данного исследования являлось определение эпидемиологических особенностей факторов риска при бруцеллезе у человека в Азербайджане. Заболевание чаще

встречается в возрастной группе 30-59 лет - 51,4%, во всех возрастных группах преобладают мужчины -73.6%, случаи бруцеллеза в течении 5- ти летнего периода встречаются в течении всего года, большинство случаев приходится на февраль - июль месяца. В основном, заражение в Азербайджане происходит вследствие употребления не пастеризованного молока и молочных продуктов, что говорит о распространение заболевания среди сельскохозяйственных животных. Ознакомление населения с основными мерами профилактики бруцеллеза, особо подчеркнув важность своевременного выявления заболевших животных, необходимость их изоляции и проведения санитарных, специальных ветеринарных, дезинфекционных и других мероприятий; значение мероприятий по охране благополучных хозяйств от заноса инфекции; необходимость соблюдения мер личной гигиены, необходимость термической обработки пищевых продуктов животного происхождения; значение прививок сельскохозяйственных животных против бруцеллеза являются основными задачами гигиенического воспитания по вопросам профилактики бруцеллеза.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS RISK FACTORS OF HUMAN BRUCELLOSIS IN AZERBAIJAN (2012-2016)

Ustun N.M.

Republican Anti –Plaque Station, Baku, Azerbaijan.

Brucellosis is a zoonotic and re-emerging disease of worldwide distribution. Brucellosis is endemic in Azerbaijan and cases of brucellosis are reported annually. Brucellosis is a bacterial disease transmitted to humans by consumption of infected, unpasteurised animal milk or through direct contact with infected animals.

The aim of this study was to identify risk factors for brucellosis among human in Azerbaijan. Brucellosis can occur any time of the year, the majority of cases occurred during February--July, which is the birthing season for farm animals. The age groupe of the highest number of cases was 30-59 year (51,4%); of all reported cases was dominated males 73.6% and males had a higher incidence than females in all age groups. About 79,6 % of all cases were in rural areas. Consumption of unpasteriuzed milk and dairy products was more than 63,1% cases, consumption of undercooked meat was 25,3%, contacts with sick animals were 10,2%, potensial laboratory or other occupational exposure was 1,4%.

Consumption of home-made milk products obtained from bazaars or neighbors were identified as probable sources of human brucellosis infections in Azerbaijan. It suggests that brucellosis spreads among farm animals in our country and that home-made milk products are not pasteurized. Health education programs should be increased and veterinary control should be improved. Vaccination remains the most appropriate control measure in Azerbaijan. Vaccination campaigns could reduce the prevalence of animal brucellosis and reduce the risk of transmission to humans.

Daxil olub: 2.04.2018.

HELİKOBAKTERİOZUN DİAQNOSTİKASINDA MİKROSİSTEMƏ ƏSASLANAN YENİ İSTİQAMƏT.

Əliyeva H.M., Babayev H.N., Hacıyeva S.B., Ağayeva N.A., Bayramova R.,
Yusifov İ.Ə., Məmmədov E.A.

*ATU, mikrobiologiya və immunologiya kafedrası, ATU, onkoloji klinikası,
Referans klinik laboratoriya mərkəzi.*

Açar sözlər: H. pylori, mikrokultivasiya, PCR, kultivasiya, CLO test, histopatoloji.

Helicobacter pylori (H.pylori) 1982-ci ildə Marshall və Warren tərəfindən təsbit edilmişdir, mədə xorası xəstəliyinin distal mədə karsinoması və mədənin selikli qişası ilə əlaqəli toxuma limfomasının mühüm rol oynayır.

H.pylori infeksiyasının xroniki övrə kimi bəzi ekstradiqestiv və dermatoloji təzahürləri də vardır(1). Dünya əhalisinin demək olar ki, yarısının H.pylori ilə yoluxduğu və infeksiya tezliyi artdığına görə, uşaq yaşlarında yoluxma tezliyi 0-5 yaş uşaqlar üçün 10-20% təşkil edir və yetkinlərdə 30-50% artır (2).

H. pylori, infeksiyanın aradan qaldırılması, antibiotiklərə davamlı ştamların artması, qızıl standart kimi bir diaqnostik metodun olmaması və əldə edilən vaksinlərin təsirsiz olması səbəbindən bu problem aktual olaraq qalır. Bundan əlavə, H.pylori infeksiyasının əsas ocağı təkcə mədə olması haqda da ədəbiyyatda hələ fikir birliyi yoxdur. Bakteriyaların diş ərbində və ağız boşluğunda kolonizə etmək qabiliyyəti haqda informasiyalar verilir. Eyni zamanda bu bakteriyanın maddələr mübadiləsini pozmaqla, ÜİX-ləri və digər xəstəliklərə səbəb ola bilməsi haqda da müxtəlif məlumatlar verilir.

H.pylori üçün histopatoloji müayinəsi (HM), sürətli ureaza (CLO) testi və klassik kultivasiya (KK) və seroloji, 13C-ureaza nəfəs testi kimi qeyri invaziv metodlar var, lakin klinik diaqnostika üçün bir neçə invaziv üsullar da var[3,4,5]. Bu metodlardan, xəstələrdən alınan mədə biopsiyalarından H.pylori-nin əkilməsi ən spesifik və ən həssasdır. Lakin, H.pylori-nin kultivasiyası xüsusi bir qidalı mühit və xüsusi atmosfer şəraitini tələb edir, bu da onun diaqnostik metod kimi rutin olaraq istifadəsinə mane olur. Halbuki, mədənin cismi və antrumdan alınan nümunələrdə H.pylori-nin histopatoloji aşkarlanması həm CLO testindən, həm də KK-dən daha həssas bir üsul olduğu bildirilmişdir[6]. Lakin, histopatoloji aşkarlanması nümunələrin dəqiq müayinəsi üçün mütəxəssis pataloq tələb edir və eyni zamanda hansı növün dəqiq təyini də mümkün deyil.

CLO testi, sürətli, ekonomik və 90%-dən çox spesifikliyə malik olmasına baxmayaraq, bu üsul aktual qanayan xora və bağırsaq metaplasiasına malik hallarda və xəstələrdə proton pompası inhibitoru (PPI) ilə müalicə alınan zaman mənfi nəticələrə səbəb olur. Bundan əlavə, bu üsul nümunədə ureaza pozitiv bakteriyalar mövcud olduqda da yalançı müsbət nəticələr verə bilər. Bu səbəblərə görə, CLO testində həssaslıq aşağı olur [7,8,9]. 13C-ureaza nəfəs testi böyük insanlar üçün yüksək həssaslıq göstərsə də, xəstəliyin ilkin mərhələsində və uşaqlar üçün həssaslıq aşağı olur. Əlavə olaraq, qaz xromatografiyası və kütləvi spektroskopiyaya istifadəsi tələb olunur ki, bu da onun dəyərini artırır. Anticisim aşkarlanmasına əsaslanan seroloji testlər 85% həssaslığa və 80% spesifikliyə malikdir, lakin müalicənin təqibi üçün qeyri-kafi hesab olunur [4,5,6,1].

Müalicədən əvvəl və sonra, antigenin aşkarlanması üçün praktiki bir seroloji üsul olan *H.pylori* antigen testi PPI dərmanları və bizmut törəmələri istifadə edən xəstələr üçün yalançı mənfi nəticələrə məruz qalma riskini artırır [5,9]. *H.pylori* diaqnozu üçün bir neçə invaziv və qeyri-invaziv metodun olmasına baxmayaraq, bunlardan heç biri qızıl standart kimi qəbul edilməmişdir [2,10].

H.pylori-nin diaqnozu və müalicəsi üçün əsas hədəf xəstələrin müalicə olunduğu zaman, antibiotik müalicəsinə qarşı rezistent bakteriya kulturasının inkişafını təqib etmək, beləki, bu həm müalicəyə cavab verməmək probleminin həlli üçün, həm də xəstəliklərin ağırlaşmalarının qarşısının alınması üçün vacibdir.

H.pylori antimikrob resistentliyi araşdırmaq üçün müşahidə işləri bakteriyaların izolyasiyası ilə həyata keçirilə bilər [11]. Halbuki, mövcud kultivasiya üsullarının mənfi cəhətləri bu tip tədqiqatların asanlıqla yerinə yetirilməsinə imkan vermir [8,2]. Bu kimi problemlərə görə, yeni metodların inkişaf etdirilməsi və ümumi üsulların optimallaşdırılması vacibdir, beləliklə, onlar bu mənfi cəhətlərdən azad olmalıdırlar.

Tədqiqatlarda, mikroaerofil mikroorqanizm *Leishmania promastigot* parazit sayından asılı olmayan mikrokapilyar kultivasiya metodu (MKM) tərəfindən sürətlə inkişaf etdirildiyi bildirilir [18,19]. Bu metod kiçik bir sıra nümunələrin bir hematokrit kapilyarına və bu şəraitdə sürətlə böyüdülmüş mikroaerofil mikroorqanizmlərin aşkarlanması ilə bağlıdır. Mikroskopdan istifadə edərək, bu mikroorqanizmlərin xüsusi hərəkətilik xüsusiyyətləri müşahidə edilir [12, 13]. Hal-hazırda, MKM əsasən *Leishmanioz*un diaqnozu üçün istifadə olunur və bu metod ənənəvi kultivasiya üsullarından daha dəqiq, həssas və iqtisadi cəhətdən ekonomik olduğu aşkar edilmişdir.

MKM, *H.pylori*-nin sağ qalması üçün vacib olan mikroaerofil şəraitdə kultivasiya edildiyindən, bu üsuldan, *H.pylori*-nin təyini və yetərli inkişafı üçün də istifadə edilə biləcəyinə əminlik yaranır. Bundan başqa, bakteriyaların MKM vasitəsilə böyüməsi yalnız az miqdarda bakteriyaya əhatə edən və *H.pylori* – nin əkilməsi üçün selektiv maddələrin istifadəsindən yaranan, çirklənmə risklərini azalda biləcək, nümunələrdə bu mikroorqanizmlərin aşkarlanmasına imkan verə bilər. Lakin, *H.pylori*-nin MKM vasitəsilə böyüməsini əks etdirən ədəbiyyatda heç bir tədqiqat yoxdur. Buna görə konsepsiyanın bir sübutu olaraq, ilk dəfə *H.pylori* diaqnozu və izolyasiyasında MKM-nun effektivliyini tədqiq edirik və klassik kultivasiya, histopatologiya və sürətli ureaza testləri ilə diaqnostik dəyərləndirməni müqayisə edirik.

Material və metodlar. MKM istifadəsi *H.pylori*-nin çoxalması üçün nəzərdə tutulmuş diaqnostik test olaraq endoskopiya göstəricisi olan dispeptik xəstələrlə aparılıb. Bu xəstələr ATU – nun Onkoloji Xəstəxanasında endoskopiya şöbəsində aparılan seçilmiş 20 xəstə (12 kişi və 8 qadın, ortalama yaş = 53.4 il) daxil edildi. Xəstə və kontrol qrupları etirazları olmayan, müayinədən keşmək üçün məmnun qalan iştirakçılardan ibarət idi: *H.pylori* ilə infeksiya olmayan; mədədə cərrahiyyə problemi olmayan; son iki həftə ərzində *H.pylori* eradikasiya müalicəsi, antibiotik və ya PPI (proton pomb inhibitorları) preparatlarını qəbul etməmiş; bizmut duzlarını qəbul etməmiş; qanaxma və pıxtılaşma problemləri olmayan insanlar seçilmişlər. Xəstə qrupu, histopatoloji və sürətli ureaza testi və / və ya KK kimi ən azı iki diaqnostik test tərəfindən pozitiv biyopsi nümunələrinin müsbət olduğu xəstələrdən ibarət idi. Biyopsiya nümunələri *H.pylori* üçün histopatoloji və sürətli ureaza testi və / və ya KK ilə pozitiv olan xəstələrdən ibarət idi.

Nümunə toplama. Xəstələrdən *antrum* və *corpus* nahiyələrindən, üç biopstat alınmışdır, bunlardan biri patoloji laboratoriyasına göndərilmişdir. Qalan iki biopsiya dərhal qlükoza ilə 20% brucella bulyonu olan borulara yerləşdirilib laboratoriyaya gətirilirdi. Referans Klinik Laboratoriyasına biopsiya materialı KK və sürətli ureaza testləri ilə reallaşdırıldı. Digər biyopsiya nümunələri, mikrokapilyar kultivasiya üçün istifadə edilmişdir. Kultivasiya üsulu laboratoriyada müstəqil olaraq həyata keçirilmişdir və nəticələr invert mikroskop tərəfindən təyin olunmuşdur. Toplanmış nümunələrin diaqnostikası bir neçə metodla aparılmışdır.

Klassik kultivasiya metodu(KK). Klassik kultivasiya metodu, Referans klinik laboratoriya mərkəzinin mikrobioloji laboratoriyasında həyata keçirildi. 20% glyukoza malik olan 500 µL brucella bulyonu (Biolife) olan sınaq şüşələrinin içərisində qoyulan biopsiya materialları laminarda şüşə çubuq ilə homogenləşdirilmişdir. Bu homojenləşdirilmiş nümunənin üç və ya dörd tikəsi *H.pylori* izolyasiyası üçün Kolumbiya ağarına, 10% defibrilənmiş at qana, 10 mq / l-yə qədər olan, istifadəyə hazır selektiv mühitdə (Becton Dickinson, Helicobacter Agar, Modified) inokulyasiya (L vancomycin, 10 mg / L amfotericin B, 5 mg / L sefsulodin və 5 mg / L trimetoprim və 37 °C ilə) edilib və inkubasiya edilmişdir. Mikroaerofil mühit CampyGen (BD GasPack) tərəfindən təmin edilmişdir. 72 saatlıq inkubasiya dövründən sonra bakteriyaların koloniyasına görə, morfolojiyası və onların Qram boyama xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. *H.pylori* katalaza müsbət, ureaza və oksidaza aktivliyi olan, yarım şəffaf, 1-2 mm diametrli koloniyalar qiymətləndirilmişdir. Bu koloniyaların bir hissəsi 20% gliserol təşkil edən brucella bulyonu içində inokulə edilir və -80 °C saxlanılmışdır [1,2].

Mikrokultivasiya metodu(MKM). Mikrokapilyar kultivasiya sistemindən istifadə üçün mikrokapilyar borular (ISOLAB), öncədən 1 saatlıq kalium xromat məhlulunda saxlanılır, sonra təmiz su ilə yuyulur. Sonra onlar 180° C-da 1 saatlıq Paster sobasında sterilizasiya edilir. Biopsiya materialları, 20% glyukozaya malik 500 µL brusella bulyonu (Biolife) olan sınaq şüşələrində, KK-də istifadə edildiyi kimi eyni üsulla homogenləşdirilir. Hər bir mikrokapilyar boruda homojenləşdirilmiş nümunənin 60 µL götürülür və boruların ucları steril silikonla bağlanılır. Mikrokapilyar borular, 37°C 48 saat inkubə edilir və heç bir CO₂ paketlərindən istifadə edilmir. İnkubasiya dövründən sonra üç kapilyar boruların sonu steril şəraitdə laminarda sınıb və tərkibində *H.pylori* üçün selektiv qidalı mühitə (Becton Dickinson, Helicobacter Agar, Kolumbiya ağzını, 10% defibrinli at qanı, 10 mg / L vancomycin, 10 mg / L amfotericin B, 5 mg / L sefsulodin və 5 mg / L trimetoprimini) əkilir. Media, CampyGen tərəfindən təmin edilən bir mikroaerofil şərait yaradılaraq, 37 °C ilə inkubasiya edilir. İnkubasiya dövründən sonra, müsbət katalaza, ureaza və oksidaza aktivliyi müsbət olan, yarım şəffaf, 1-2 diametrli koloniyalar *H.pylori* kimi qiymətləndirilmişdir. Bundan əlavə, bu kulturaların DNT-si zəncirvari polimeraza reaksiya (PCR) istifadə edilməklə təsdiq edilir.

Invert mikroskopiya metodu. 48 saatlıq inkubasiya dövründən sonra homogenləşdirilmiş biyopsiya materialları olan mikrokapilyar borular inkubatorndan çıxarılıb və səthləri quru kətan ilə təmizlənir. Mikrokapilyar borular bir – bir mikroskop masasına yerləşdirilib, borunun səthi 10 okulyar və 10x obyektivdən istifadə edilərək tapılır. Sonra *H.pylori*-ni tədqiq etmək məqsədilə 20xvə 40x obyektivlərə çevirərək baxılır. *H.pylori*-yə xarakterik hərəkəti ilə spiral formasına mikroorqanizmlər *H. pylori* kimi şərh edilmişdir.

Molekulyar genetik üsul ZPR(PCR). MKM tərəfindən təcrid olunmuş *H.pylori* təmiz kulturası PCR tərəfindən təsdiq edilmişdir. DNT-nin izolyasiyası üçün şəffaf koloniyalar (diametri 1-2 mm) 1 mL PBS olan 1.5 mL Eppendorf tüblərində toplanılır. Eppendorflar 3000 qr 15 dəqiqə sentrifüqada fırladılır. DNT hasilatı, istehsalçının göstərişinə əsasən, yüksək saf PCR şablon hazırlıq dəsti (Roche Diagnostics GmbH, Almaniya) ilə aparılmışdır. *H.pylori*-nin 110 bp 16srRNA gen bölgəsinə aid olan Hp1 (İrəli; 5'CTG GAG AGA CTA AGC CCT CC3 ') və Hp2 (Reverse; 5'ATT ACT GAC GCT GAT TGT GC3') primerləri T100 termik sikllərlə həyata keçirilmişdir (Biorad, Amerika Birləşmiş Ştatları) [20]. PCR tərkibi istehsalçının göstərişinə əsasən PCR Master Mix dəsti (Fermentas, ThermoFisher Scientific, Amerika Birləşmiş Ştatları) ilə hazırlanmışdır. Cəmi 50 µL reaksiya həcmində, 25 µL PCR Master Mix, 3 µL ilkin primer, 3 µL revers primer, 5 µL izolyasiya edilmiş DNT və 14 µL PCR dərəcəli su istifadə edilmişdir. Amplifikasiya protokolu reaksiyası 3 dəqiqə üçün 95 °C dövr olaraq, 1 dəqiqə üçün 60 °C 38 dövr və 30 s üçün 95 °C; 72 °C bir döngə 3 dəq olmuşdur. Elektroforez üçün 2% agarozalı gel 0.6 qram agaroz, 2 mL bromid etidium və 30 mL TAE tamponu (40 mmol / L Tris-asetat, 1 mmol / L EDTA, pH 8.0) ilə hazırlanmışdır. 1 µL 6 × Yükləmə Boya (Fermentlər) və 5 µL amplikon hər quyuya yüklənir. Bundan əlavə, 1 ml 100 bp DNT, müsbət və mənfi kontrollar uyğun quyuda yüklənmişdir. Sonra gel 55 mA və 110 V-də 20 dəqiqəliklə qoşalaşmışdır. UV-monitor geli Doc EZ System (Biorad, Amerika Birləşmiş Ştatları) bantları göstərilir. Müsbət kontrol olan 110 bp bandına bənzər bantlar müsbət olaraq qəbul edilir.

Statistik analiz. Data SPSS 15.0 statistik proqramı (Sosial Elmlər üçün statistik paketlər, SPSS Inc, Chicago) ilə təhlil edilmişdir. Metodların diaqnostik performansını spesifiklik, həssaslıq, PPV, NPV və 95% CI(uyğunluq koefisiyenti) ilə hesablanmışdır.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. 20 xəstənin *antrum* və *corpus* nahiyələrindən əldə edilmiş biyopsiya nümunələrində *H.pylori* CLO test + HM və / və ya KK üsulları ilə müsbət nəticələr əldə edildi. 19 (19/20) xəstə biopsiyası nümunəsində *H.pylori* MKM tərəfindən izolə olunmuşdur, buna baxmayaraq yalnız 11 (11/20) xəstə biopsiyası nümunəsində *H.pylori* KK tərəfindən təcrid olunmuşdur. 13 (13/20) xəstə biopsiyası nümunəsində CLO testi və HM pozitiv tapıldı.

20 xəstənin biopsiya nümunəsində *H.pylori* MKM vasitəsilə təcrid olunmuşdur, onlardan yalnız 13 (13/20) *H.pylori* CLO testi ilə HM və yalnız 11 (11/20) xəstə biopsiyası nümunəsində *H.pylori* KK tərəfindən təcrid olunmuşdur. MKM tərəfindən təcrid olunmuş *H.pylori* varlığı ən azı bir üsulla təsdiqlənmişdir (Cədvəl 1). MKM, KK, CLO testi və HM tərəfindən *H.pylori* izolyasiyasının nəticələrinin müqayisəsi ilə MKM həssaslığı 96%, spesifiklik 80%, PPV 83%, NPV nisbətən 95% olduğu halda, uyğunlaşma əmsalı 0,67 ($\chi^2 = 31,51$, $P < 0,01$) kimi tapılmışdır (Cədvəl 2).

11 (11/20) xəstə biopsiya nümunəsində KK tərəfindən *H.pylori* –nin təmiz kulturası əldə edilmişdir. Onlardan 7-u (7/11) MKM tərəfindən müsbət tapıldı və onlardan 4-ü (4/11) MKM, CLO testi və HM tərəfindən pozitiv tapıldı. KK-nin həssaslığı 54%, spesifiklik 100%, PPV 100%, NPV 68%, razılaşma k katsayısı isə 0.54 ($\chi^2 = 19.15$, $P < 0.01$) (Cədvəl 2).

H.pylori CLO testi ilə müsbət tapıldı və HE 13 xəstə biopsiyası nümunəsində 13/20 təsbit edildi. Onlardan 8-i (8/13) *H.pylori* MKM tərəfindən izolə olunmuşdur və onlardan 4 (4/13) də *H.pylori* həm MKM, həm də KK tərəfindən izolyasiya

olunmuşdur. Bir xəstə biopsiyası nümunələrində *H.pylori* MKM və KK tərəfindən təcrid olunmadı; yalnız CLO testi və HM tərəfindən müəyyən edilmişdir. CLO testinin həssaslığı və HM% 65, xüsusiyyətlik 100%, PPV 100%, NPV 74%, uyğunluq əmsalı 0,64 ($\chi^2 = 25.26$, $P < 0.01$)

Cədvəl № 1.

Biyopsiya materiallarında, müxtəlif diaqnostik üsullarla H.pylori izolyasiyasının nəticələri.

KK: klassik kultivasiya; HM: Histopatoloji müayinə; CLO: Rapid ureaza testi; MKM: Mikrokapilyar kultivasiya metodu.

Biopsiya	KK	MKM	HM	CLO
11	+	+	+	++
2	+	+	-	-
3	-	+	+	+
4	-	+	+	+
5	+	+	-	-
6	+	+	+	+
7	-	+	+	+
8	-	+	+	+
9	+	+	-	-
10	-	+	+	+
11	+	+	-	-
12	-	+	+	+
13	+	+	+	+
14	+	+	+	+
15	-	+	+	+
16	-	+	+	+
17	+	+	+	+
18	+	+	-	-
19	-	+	+	+
20	+	-	-	-

20 xəstənin biopsiya materiallarında *H.pylori* MKM ilə izolə olunmuşdur. MKM, KK, CLO testi və HM ilə *H.pylori* –nin izolyasiyasının nəticələrini müqayisə edərək, MKM həssaslığı 96%, spesifiklik 80%, PPV 83%, NPV 95% və 95% CI kimi 0.76 ($\chi^2 = 31.51$, $P < 0.01$), KK isə həssaslığı 54% ($\chi^2 = 19.15$, $P < 0.01$), CLO testinin həssaslığı və HM 65% olaraq ($\chi^2 = 25.26$, $P < 0.01$). (Cədvəl 2). Nəticə olaraq deyə bilərik ki, *H.pylori* üçün yeni mikrokapillar kultivasiya üsulu KK, HM və CLO testlərinə nisbətən yüksək diaqnostik həssaslığa malikdir.

Cədvəl № 2.

MKM diaqnostik göstəriciləri, klassik kultivasiya, histopatoloji müayinəsi və sürətli ureza testi

	<i>H.pylori</i> (+) pozitiv	<i>H.pylori</i> (-) neqativ
MKM		
+	19	4
-	1	16
TOTAL	20	20
KK		
+	11	-
-	9	26
TOTAL	20	26
HM və CLO test		
+	13	-
-	7	20
TOTAL	20	20

H. pylori, Mikrokapilyar kultivasiya metodunun diaqnostik göstəriciləri (MKM): Həssaslıq: 96%, spesifiklik: 80%, müsbət proqnozlaşdırma dəyəri (PPV): 83%, mənfi proqnozlaşdırma dəyəri (NPV): 95%, kapp: 0.76;

Klassik kultivasiya üsulunun diaqnostik dəyərləri, Həssaslıq: 54%, spesifiklik: 100%, PPV: 100%, NPV: 68%, kapp: 0.54;

HM histopatoloji metod; həssaslığı: 65%, spesifiklik: 100%, PPV: 100%, NPV: 74%, kapp: 0.64; CLO

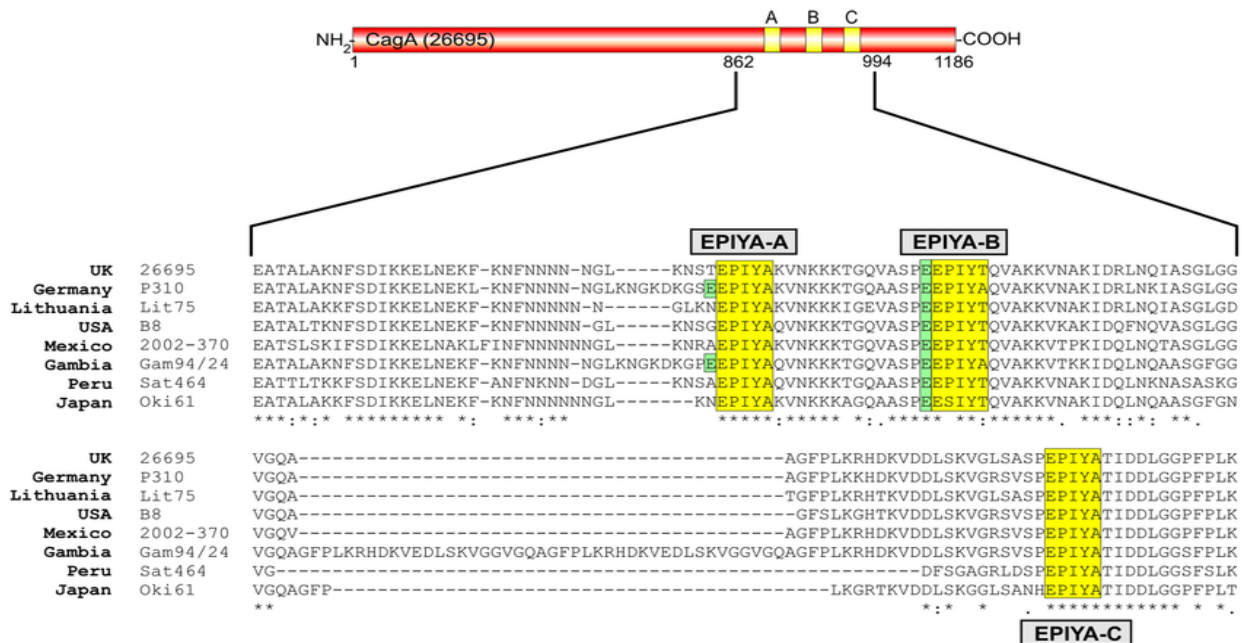
(Sürətli ureaza) testinin diaqnostik göstəriciləri: Həssaslıq: 65%, spesifikliyi: 100%, PPV: 100%, NPV: 74%, kapp: 0.64.

Müzakirə. İnvaziv və qeyri-invaziv testlər qastrit, onikibarmaq bağırsağ xorası, MALT limfoma və mədə karinomasının patologiyalarında rol oynayan *H.pylori*–nin *in vitro* diaqnostikasında istifadə edilə bilər [8,15,14]. Diaqnostik test kimi KK tərəfindən mədə toxumalarından bakteriyaların izolyasiya olunması onun aşağı həssaslığı səbəbindən problemlidir [14].

KK üsulunda, inkubasiya şəraiti, qidalı mühitin tərkib hissəsinin optimallaşdırılması və biopsiya nümunəsinə aid olan çirklənmə məsələləri əsas problemlər kimi istinad edilə bilər [8,14]. Mədə toxumasından KK üsulu ilə *H.pylori*–nin izolyasiyası bir metod kimi qəbul edilməsinə baxmayaraq, Maastrix kriteriyalarına görə, bakteriyaların gec köçürülməsi və metodun aşağı diaqnostik

həssaslığı kimi amillərə görə, diaqnoz qoymaq üçün rutin olaraq istifadə edilməmişdir [14].

KK üsulunda çətinliklər olmasına baxmayaraq, canlı və aktiv *H.pylori*-nin təmiz kulturası EPIYA-mədə karsinoması üçün tədqiqatı, nümunələrin antimikrob rezistentliyinin müəyyən edilməsi və yeni müalicə variantlarının təklifi daxil olmaqla, bir sıra mühüm tədqiqat işləri üçün bir tələbdir. Bütün bunlar kultivasiya metodunun əhəmiyyətini vurğulayır [11].



H.pylori-nin izolyasiyasının əhəmiyyətini nəzərə alaraq hələ də alternativ izolyasiya metodlarının axtarışı da davam edir. Bu tədqiqatda, dünyada ilk dəfə olaraq MKM *H.pylori*-nin diaqnozu üçün istifadə edilmiş və onun diaqnostik dəyərləri KK, HM və CLO testinə görə qiymətləndirilmişdir. MKM-in diaqnostik həssaslığını 96%-ə, 80% spesifikliyi ilə təyin edildi. PPV 83%, NPV 95%, uyğunluq nisbəti korrelyasiya əmsalı 0.76 oldu. Bu nəticələrə görə MKM-in həssaslığı KK(54%), HM və CLO testlərindən (65%) daha yüksək təyin edildi. Əksinə, MKM-nin spesifikliyi (80%) isə KK-dan (100%) aşağı müəyyən edildi. KK-nin həssaslığına bir çox faktorlar; bakteriyaların sıxlığı, çirklənmə, atmosfer təsiri, antibiotiklərin və ya PPI-ların və qidalı mühitin tərkib hissəsi təsir göstərir [8,14]. Çalışmamızda, KK-nin diaqnostik həssaslığı bu faktorlardan asılı olaraq aşağı olması ehtimal edilir. Bunun əksinə, MKM zamanı isə bu faktorların qarşısının alınması və əlavə olaraq, mikroaerofil mühitə uyğunlaşmasını asanlaşdırmaqla bakteriyaların çoxalmasını artıran daha uyğun bir şəraiti təmin etdiyi aşkar edilmişdir.

İlk dəfə mikrokultivasiya üsulundan *Leishmania* parazitlərinin çoxalması üçün istifadə edilmişdir. Bu metodun köməkliliyi ilə, yüksək parazit yükü orta səviyyədə autokrinin konsentrasiyasının artırmasına nail olunub. Biz inanırıq ki, MKM-nin üstün xüsusiyyətləri *H.pylori* -nin artmasına da kömək olaraq effektiv üsul olacaq. Blakemore [16] və Wolfe et al. [17] tədqiqatlarına görə bir çox mikroaerofil bakteriyaların (adlandırılmış maqnetik bakteriyalar) mikrokapilyar borularda konsentrasiyasının dəyişməsinə təyin etdilər ki, bu da hüceyrədaxili dəmir hissəciklərinin maqnit qüvvələri hesabına, xemotaksisə səbəb olduğu üçün baş verir. Mikrokapilyar borularda *H.pylori* inkişafına oxşar amillər ehtimal olunur.

CLO testinin 7 (11) halda pozitiv və KK isə neqativ tapılması, MKM-nin yüksək diaqnostik həssaslığının artmasını təsdiqləyir. Beləliklə, ehtimal edilə bilər ki, bu toxuma nümunələri MKM üsulu vasitəsilə *H.pylori* müsbət tapıldığı və HM və CLO testləri də pozitiv olmasına baxmayaraq, *H.pylori*, bakteriyaların aşağı sıxlığı səbəbindən KK-də mənfi olub. MKM-nin diaqnostik həssaslığı yüksək olsa da, spesiflik KK ilə müqayisədə daha aşağı idi. Nəzarət qrupunun beşində *H.pylori* MKM tərəfindən müsbət tapıldı; qeyd etmək lazımdır ki, bu hallarda müsbət nəticələr də PCR metodu ilə müəyyən edilmişdir. Maastrix diaqnostik referens metodlarına görə, yalnız *H.pylori* neqativ kimi qiymətləndirilən nəticələrə əsasən biopsiya nümunələrinin diaqnozu üçün molekulyar üsulların tətbiqi hələ tam optimallaşdırılmamışdır. Bununla yanaşı, bu nəticələr dispeptik şikayətləri olan xəstələrə və *H.pylori* mənfi hallarda, referans metodları ilə diaqnoz olunmuş xəstələrdə gələcək tədqiqatların aparılmasında faydalı ola biləcəyini göstərir.

Bu araşdırmadan digər bir maraqlı müşahidələrdən biri də, 9 xəstədə HM neqativ cavab əldə edildiyi halda, *H.pylori*-nin KK və MKM tərəfindən izolyasiya edilə biləcəyini göstərdi. Bəzi məlumatlar, biopsiya bölgəsinin düzgün seçilməməsi, toxumada bakteriyaların qeyri-homogen yayılması, bakteriyanın miqdar azlığı və ya biopsiya tikəsində *H.pylori*-nin çox aşağı kontrastlı fərqlərin olması səbəbindən yanlış mənfi histopatoloji nəticələrə səbəb olur [14]. Bu nümunələrdə *H.pylori*-nin izolyasiyası, metodun diaqnostik göstəricisini artırdı.

H.pylori ilə əlaqəli qastritin diaqnozu üçün istifadə olunan CLO testi bir neçə səbəbdən yanlış pozitif nəticələrə səbəb ola bilər: (1) digər ureaza fermenti istehsal edən bakteriyalarla çirklənmə; (2) endoskopiya zamanı CLO testinin düzgün tətbiq edilməməsi; (3) antibiotiklərə və PPI-larının istifadəsinə görə bakteriyaların müvəqqəti azalması; (4) uyğun olmayan biopsiya bölgəsi [14]. Buna görə də, CLO testi tək istifadə edildikdə, aşağı diaqnostik dəyəri var. Lee və digərləri [14] 2013-cü ildə *antrum* və ya *corpus* nümunələri ilə aparılan CLO testinin həssaslığının 60-65% olduğunu təsbit etdilər. Test, *antrum* və *corpus* hissələrindən götürülən nümunələrdən birlikdə həyata keçirildikdə isə, KK metodu üçün (91%) olduğu haldan aşağı olsa da, həssaslıq 85% -ə çatdı. Burada CLO testi 13(17) *corpus* və *antrum* nümunələrində müsbət tapıldı. *H.pylori* KK və ya MKM tərəfindən 7 nümunədə izolyasiya olduğu halda, CLO test nəticəsinin mənfi oldu. Beləliklə, MKM-nin *H.pylori*-nin laborator diaqnostikasında həssaslıq baxımından CLO testindən üstün olduğunu gördük.

Nəticədə, tədqiqatlar göstərir ki, *H.pylori* üçün yeni bir mikrokultivasiya metodu KK, HM və CLO testləri ilə müqayisədə yüksək diaqnostik həssaslıq baxımından üstündür və metod özü də mikroaerofil şəraiti təmin edir; həm də inkubatorlarda çox kiçik bir yer tutma xüsusiyyətinə malikdir. *H.pylori*-yə diaqnoz qoymaq üçün bu yeni kultivasiya üsulunun rutin olaraq istifadəsini təşviq etməməzdən öncə, xəstələrin dispeptik şikayətlərli nəzərə alınmaqla digər halların tədqiqatlarına ehtiyac duyulur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. McColl KE. Clinical practice. Helicobacter pylori infection. *N Engl J Med* 2010; 362: 1597-1604 [PMID: 20427808 DOI: 10.1056/NEJMcpr1001110]
2. Frenck RW, Fathy HM, Sherif M, Mohran Z, El Mohammady H, Francis W, Rockabrand D, Mounir BI, Rozmajzl P, Frierson HF. Sensitivity and specificity of various tests for the diagnosis of Helicobacter pylori in Egyptian children. *Pediatrics* 2006; 118: e1195-e1202 [PMID: 16982805 DOI: 10.1542/peds.2005-2925]
3. Guarner J, Kalach N, Elitsur Y, Koletzko S. Helicobacter pylori diagnostic tests in children: review of the literature from 1999 to 2009. *Eur J Pediatr* 2010; 169: 15-25 [PMID: 19618211 DOI: 10.1007/s00431-009-1033-x]

4. Erzin Y, Altun S, Dobrucali A, Aslan M, Erdamar S, Dirican A, Kocazeybek B. Evaluation of two enzyme immunoassays for detecting *Helicobacter pylori* in stool specimens of dyspeptic patients after eradication therapy. *J Med Microbiol* 2005; 54: 863-866 [PMID: 16091438 DOI: 10.1099/jmm.0.45914-0]
5. Erzin Y, Altun S, Dobrucali A, Aslan M, Erdamar S, Dirican A, Kocazeybek B. Comparison of two different stool antigen tests for the primary diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in Turkish patients with dyspepsia. *Helicobacter* 2004; 9: 657-662 [PMID: 15610080 DOI: 10.1111/j.1083-4389.2004.00280.x]
6. Tian XY, Zhu H, Zhao J, She Q, Zhang GX. Diagnostic performance of urea breath test, rapid urea test, and histology for *Helicobacter pylori* infection in patients with partial gastrectomy: a meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2012; 46: 285-292 [PMID: 22392025 DOI: 10.1097/MCG.0b013e318249c4cd]
7. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut* 2012; 61: 646-664 [PMID: 22491499 DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302084]
8. Choi YJ, Kim N, Lim J, Jo SY, Shin CM, Lee HS, Lee SH, Park YS, Hwang JH, Kim JW, Jeong SH, Lee DH, Jung HC. Accuracy of diagnostic tests for *Helicobacter pylori* in patients with peptic ulcer bleeding. *Helicobacter* 2012; 17: 77-85 [PMID: 22404437 DOI: 10.1111/j.1523-5378.2011.00915.x]
9. Tsuchiya M, Imamura L, Park JB, Kobashi K. *Helicobacter pylori* urease inhibition by rabeprazole, a proton pump inhibitor. *Biol Pharm Bull* 1995; 18: 1053-1056 [PMID: 8535394]
10. Koletzko S, Jones NL, Goodman KJ, Gold B, Rowland M, Cadranel S, Chong S, Colletti RB, Casswall T, Elitsur Y, Guarner J, Kalach N, Madrazo A, Megraud F, Oderda G. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011; 53: 230-243 [PMID: 21558964 DOI: 10.1097/MPG.0b013e3182227e90]
11. Megraud F, Coenen S, Versporten A, Kist M, Lopez-Brea M, Hirschl AM, Andersen LP, Goossens H, Glupczynski Y. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut* 2013; 62: 34-42 [PMID: 22580412 DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302254]
12. Allahverdiyev AM, Uzun S, Bagirova M, Durdu M, Memisoglu HR. A sensitive new microculture method for diagnosis of cutaneous leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 70: 294-297 [PMID: 15031519]
13. Allahverdiyev AM, Bagirova M, Uzun S, Alabaz D, Aksaray N, Kocabas E, Koksall F. The value of a new microculture method for diagnosis of visceral leishmaniasis by using bone marrow and peripheral blood. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 73: 276-280 [PMID: 16103589]
14. Lee HC, Huang TC, Lin CL, Chen KY, Wang CK, Wu DC. Performance of Routine *Helicobacter pylori* Invasive Tests in Patients with Dyspepsia. *Gastroenterol Res Pract* 2013; 2013: 184806 [PMID: 24454337 DOI: 10.1155/2013/184806]
15. Saribas S, Kocazeybek B, Aslan M, Altun S, Seyhun Y, Oner YA, Memisoglu N. Do procalcitonin and C-reactive protein levels have a place in the diagnosis and follow-up of *Helicobacter pylori* infections? *J Med Microbiol* 2004; 53: 639-644 [PMID: 15184535 DOI: 10.1099/jmm.0.05398-0]
16. Blakemore RP. Magnetotactic bacteria. *Annu Rev Microbiol* 1982; 36: 217-238 [PMID: 6128956 DOI: 10.1146/annurev.mi.36.100182.001245]
17. Wolfe RS, Thauer RK, Pfennig N. A "capillary racetrack" method for isolation of magnetotactic bacteria. *FEMS Microbiol Lett* 1987; 45: 31-35 [DOI: 10.1016/0378-1097(87)90039-5]
18. Goodwin CS, Mendall MM, Northfield TC. *Helicobacter pylori* infection. *Lancet* 1997; 349: 265-269 [PMID: 9014926 DOI: 10.1016/S0140-6736(96)07023-7]
19. Enroth H, Engstrand L. Immunomagnetic separation and PCR for detection of *Helicobacter pylori* in water and stool specimens. *J Clin Microbiol* 1995; 33: 2162-2165 [PMID: 7559969]

Daxil olub: 8.10.2018.

AZƏRBAYCANIN DƏRMAN BİTKİLƏRİNDƏN ALINMIŞ FİTOPREPARATLARIN ANTİMİKROB TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

**Mansurova H.T., Baxışova Y.A., Ağaveva E.M., Məmmədova R.E,
Qənbərli İ.C.**

*Azərbaycan Tibb Universitetinin Tibbi mikrobiologiya və immunologiya kafedrası,
Bakı.*

Təbabətin vəzifələrindən biri də insan sağlamlığını müdafiə məqsədilə daha effektiv və orqanizmə əlavə təsiri az olan dərman maddələri ilə təmin etməkdir. Son dövrdə bitkilərdən hazırlanmış preparatlara üstünlük verilir. Azərbaycanda da bu sahə geniş öyrənilməkdədir. Bu məsələnin həlli üçün ölkəmizdə olan zəngin bitkilər tibbi praktikada geniş istifadə olunan müxtəlif qrup bioloji aktiv maddələrin mənbəyidir. Bioloji aktiv maddələrin axtarılması istiqamətində aparılan tədqiqatlar,

onların tibbdə, baytarlıqda və kənd təsərrüfatında istifadə olunması, fitonsidlərin bitkilər aləminin əksəriyyətində mövcudluğunu göstərir [1,3].

Bitkilərdən alınan bioloji aktiv maddələr arasında efir yağları xüsusi əhəmiyyətlidir. Azərbaycanda minə yaxın efir yağı olan bitkilər müəyyən edilmişdir. Qədimdən misir, çin, yunan, roma və hind mədəniyyətlərində efir yağları müalicə, kosmetik vasitə kimi istifadə edilmişdir. İnsanlar həyatda qalmaq üçün təbiətin köməyindən faydalanmışlar [2,3,4].

Efir yağları bitkilərin kök, çiçəklər, toxum, meyvə və yarpaqlarından alınır və müxtəlif kimyəvi birləşmələrdən ibarətdir. Aparılmış kimyəvi müayinələr nəticəsində onların tərkibində karbohidratlar və onların spirt, fenol, aldehidlər, ketonlar, turşula, mürəkkəb efirlər və laktonlar kimi oksigenli törəmələr aşkar edilmişdir. Kimyəvi quruluşunun mürəkkəb və müxtəlif olmasına görə efir yağları insan və heyvan orqanizminə geniş diapazonda təsir göstərir. Əksər efir yağları və onların preparatları tibbdə kosmetoloji vasitə, aromaterapiya, infeksiyon xəstəliklərin müalicə və profilaktikasında istifadə edilir [1,3,7].

Digər tərəfdən son dövrdə xəstəxanadaxili infeksiyon xəstəliklərin törədicilərinə qarşı geniş antibiotikoterapiyanın aparılması çoxsaylı rezistentliyin yaranma-sına səbəb olur. Xəstəxanadaxili infeksiya törədicilərinin spektrinin genişlənməsi və xəstələr arasında antibiotiklərə rezistent törədicilərlə baş verən xəstəliklərin artması geniş təsir spektrinə malik patogen və ya şərti-patogen mikrofloraya təsir göstərən alternativ müalicə vasitələrinin öyrənilməsini aktuallaşdırır. Efir yağlarına rezistent-lik formalaşmır, effekti yüksək, əlavə təsiri yoxdur [2,8].

Bu səbəbdən dərman bitkiləri və onların komponentləri antimikrob təsirinə görə diqqət mərkəzindədir. İndiki dövrdə patogen mikroorqanizmlərə qarşı mübarizə metodu kimi antibiotiklərdən istifadə olunur, lakin efir yağlarının patogen mikroorqanizmlərə qarşı bioloji aktivliyi müəyyənləşdirilmişdir.

Efir yağları mikroorqanizmlərin sitoplazmatik membranına destruktiv təsir göstərərək keçiriciliyini zəiflədir, aerob tənəffüsün aktivliyini aşağı salır [5,7].

Kimyəvi terapevtik dərmanların geniş istifadə edilməsi mikroorqanizmlərin fenotipik xüsusiyyətlərinin dəyişilməsi, bakteriyaların davamlı və L formalara çevrilməsi ilə müşayiət olunan dərmanlara rezistentliyin formalaşmasına gətirib çıxarır və onların aşkar edilməsi çətinləşir. Efir yağlarının təsiri bu neqativ hallara səbəb olmur [1,9].

Buna görə aparılan tədqiqatın məqsədi müxtəlif efir yağlarının son dövrdə geniş yayılmış bəzi qram müsbət və qram mənfi bakteriyalara, o cümlədən göbələklərə qarşı təsirini öyrənmək olmuşdur. Dərman bitkilərinin müalicə və profilaktika effektivliyi araşdırılmışdır.

Material və metodlar. Azərbaycan Tibb universitetinin Tibbi mikrobiologiya və immunologiya kafedrasında yanvar 2018-il tarixində 4 müxtəlif bitkidən alınmış fitopreparatın ətirşahın (*Geranium macrorrhizum L.*) efir yağı, yarpız (*Mentha longifolia(L.)*) ekstraktı, itburnu (*Rosaceae Rosa*) toxumunun ekstraktı və qızılgül (*Rosa rubra*) yarpağının ekstraktı antimikrob təsiri öyrənilmişdir. Öyrənilmiş dərman bitki preparatlarını AMEA Botanika institunun etnobotanika laboratoriyası təqdim etmişdir. Dərman bitkilərinin ekstrakt, şirə və efir yağları Dövlət Farmakopiyasının(1989) tələbatına uyğun hazırlanmışdır.

Maddələrin təsir mexanizmini aydınlaşdırmaq üçün iki üsuldən istifadə etməklə tədqiqatlar aparılmışdır: disk-diffuziya, emulsion-kontakt. Fitopreparatların

antibakterial və antifunqal xüsusiyyətlərini öyrənmək üçün həssaslıq “Clinical and Laboratory Standarts Institute”-CLSI kriteriyalarına görə disk-diffuziya üsulu ilə təyin olunmuşdur [6].

Antimikrob təsirin bakteriostatik və ya bakterisid olmasını müəyyən etmək üçün həssaslıq öyrənilmiş kasanın steril zona hissəsindən, aqardan kəşib içərisində bulyon olan sınaq şüşəsinə əkilir. 24-48 saat termostatda saxlandıqdan sonra inkişaf varsa bakteriostatik, inkişaf yoxdursa maddənin bakterisid təsir göstərdiyi müəyyənləşdirilir.

Fitopreparatların antimikrob təsirini öyrənmək üçün test kultura kimi ümumi qəbul olunmuş qayda üzrə irinli-iltihabi proseslərin əsas törədicilərindən olan qram müsbət bakteriyaların nümayəndəsi kimi *Staphylococcus aureus*, diareyaya səbəb qram mənfi bakteriyalardan *Esherichia coli*, fermentləşdirməyən, antibiotiklərə təbii rezistentliyi ilə seçilən qram mənfi bakteriya *Pseudomonas aeruginosa*, şərti-patogen göbələklərin nümayəndəsi mayayabənzər göbələklər *Candida albicans* götürülmüşdür.

Disk-diffuziya üsulunda mikroorqanizmin fitopreparata həssaslığını təyin etmək məqsədilə sutkalıq mikrob kulturasından steril fizioloji məhlulda 1 ml-də 1 milyard mikrob hüceyrəsi olan Mc Farland standartına uyğun suspenziya hazırlanır. İçərisində ƏPA (ət-peptonlu aqar) və Saburo aqarı olan Petri kasalarına ayrı ayrı mikrob suspenziyası qazon üsulu ilə kultivasiya edilir. 3-5 dəqiqə müddətində bitki ekstraktı hopdurulmuş steril disklər mikrob əkilmiş qidalı mühitin səthinə yerləşdirilmişdir. Sonra kasalar ƏPA 37°C, Saburo mühiti isə 28°C temperaturda termostata qoyulmuşdur. 24-48 saat sonra nəticələr müqayisəli qiymətləndirilmişdir. Təcrübələr kontrollarla 4-5 dəfə təkrarlanaraq aparılmışdır.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Aparılan tədqiqatların nəticələrinin analizi bəzi mikroorqanizmlərə efir yağlarının antibakterial təsirinin müqayisəli öyrənilməsi bakterisid və bakteriostatik xarakterli olması müəyyənləşdirilmişdir. Respublikamızın ərazisində olan bir sıra bitkilərin efir yağlarının antibakterial xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Antimikrob aktivliyi müəyyənləşdirilmiş maddələrin bəzi mikroorqanizmlərə qarşı aktivliyinin nəticələri 1-ci cədvəldə göstərilmişdir.

4 fitopreparatın mikroorqanizmlərə təsiri müqayisəli araşdırılmışdır. Ən güclü antimikrob təsir 1-ci maddə-ətirşah efir yağında (*Geranium macrorrhizum L.*) aşkar edilmişdir. Həmin efir yağının ən güclü funqisid təsiri *C.albicans* – inhibisiya zonası 18 mm, kontrolda 5mm, qram mənfi bakteriyalardan *E.coli* – 16mm kontrolda 8mm, qram müsbət bakteriya *S.aureus* – 15mm kontrolda 8mm nisbətində olmuşdur. Müalicədə problem yaradan dərman preparatlarına yüksək rezistentliyə malik qram mənfi bakteriya *P.aeruginosa*ya qarşı aktivliyi 10mm, kontrolda 7mm olmuşdur. Digər mikroorqanizmlərlə müqayisədə ətirşah efir yağının ən zəif təsiri *P.aeruginosa*ya qeydə alınmış və bakteriostatik təyin edilmişdir.

2-ci maddə yarpız (*Mentha longifolia L.*) ekstraktının *S.aureus*-a bakterostatik təsiri inhibisiya zonası 8mm ən yüksək təyin edilmişdir. Ən zəif təsir *C.albicans*-a olmuşdur.

3-cü maddə itburnu (*Rosaceae Rosa*) toxumunun ekstraktı ən güclü təsiri *S.aureus*-a (12mm) qarşı, qram mənfi bakteriyalara (*E.coli*-10mm və *P.aeruginosa*-8mm) isə zəif bakteriostatik təsir göstərmişdir.

4-cü maddə qızılgül (*Rosa rubra*) yarpağının ekstraktı qram müsbət bakteriya

Cədvəl № 1.

4 müxtəlif dərman bitkisindən alınmış preparatın müxtəlif mikroorqanizmlərə antimikrob təsirinin nəticələri.

Test-kultura	Tədqiq olunan bitki preparatları (inhibisiya zonası, mm)				Kontrol – spirt(mm)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Staphylococcus aureus	15	8	12	11	7	7	7	7
Esherichia coli	16	6	7	10	6	6	6	6
P. aeruginosa	10	7	7	8	6	6	6	6
Candida albicans	18	5	10	6	5	5	5	5

S.aureus-a bakteriostatik təsirinin inhibisiya zonası 11mm olmaqla kontrolda 7mm qeyd edilmişdir. Digər mikroorqanizmlərlə müqayisədə ən zəif təsir C.albicans-a 6mm, kontrol 5mm müəyyənləşdirilmişdir.

Aparılmış müzakirələrdən belə nəticəyə gəlinir ki, ətirşah (*Geranium macrorrhizum L.*) efir yağı E.coli etiologiyalı infeksiyaların (məs, bağırsaq infeksiyaları) və S.aureus-un törətdiyi müxtəlif irinli-iltihabi xəstəliklərin müalicəsində antibio-tikləri əvəz edə bilər.

Opportunist mikoz törədici C.albicans infeksiyalarının müalicəsində ətirşah efir yağından istifadə oluna bilər.

Fitopreparatların bəzi antibiotiklərin bioloji təsirini gücləndirdiyi məlumdur [2]. Bunu nəzərə alaraq tədqiqatda istifadə edilmiş mikroorqanizmlərə efir yağları ilə antibiotiklərin ayrılıqda və sinergist təsiri iki qat disk-diffuziya üsulu ilə öyrənilmişdir. 1-ci maddə-ətirşah efir yağın (*Geranium macrorrhizum L.*), 2-ci maddə yarpız (*Mentha longifolia L.*) ekstraktının və 3-cü maddə itburnu (*Rosaceae Rosa*) toxumunun ekstraktı S.aureus və P.aeruginosa-ya təsirini son dövrdə həmin bakteriyalara effektiv təsiri olan antibiotiklərlə müqayisəli öyrənilmişdir. Alınan nəticələr 2-ci cədvəldə verilmişdir.

Test kultura kimi götürülmüş S.aureus epidemik ştamına antibiotiklər və efir yağlarının təsirinin müqayisəli öyrənilməsi göstərdi ki, bu antibiotiklərdən daha güclü sefotaksimdə (25mm) və efir yağlarından *Mentha longifolia L.*(yarpız ekstraktı), linezolidlə *Geranium macrorrhizum L.*(ətirşah efir yağı) birlikdə təsir effekti - 25 mm, lakin linezolid və *Geranium macrorrhizum L.*-in ayrılıqda təsir effekti nisbətən zəif – 20 mm aşkar edilmişdir. Belə nəticəyə gəlmək olar ki, linezolid və *Geranium macrorrhizum L.*sinergist təsir göstərmişdir.

Antibiotiklərə rezistentliyinə görə fərqlənən nozokomial infeksiya törədicilərindən P.aeruginosa –ya antimikrob preparatlardan amikasin, imipenem, *Geranium macrorrhizum L.* xloramfenikol birlikdə təsir effekti - 25mm olmuşdur. Xloramfenikol və *Mentha longifolia L.* efir yağı təsir effekti - 22mm qeyd edilmişdir.

Hər iki bakteriyaya qarşı itburnu (*Rosaceae Rosa*) toxumunun ekstraktı zəif təsir effekti (10mm) göstərmişdir. P.aeruginosa-ya xloramfenikol -22mm və *Geranium macrorrhizum L.* - 20mm ayrılıqda təsirinə nisbətən birlikdə sinergist təsiri - 25 mm olmuşdur. göstərmələrinə əsaslanmışdır.

Son illərdə antibiotiklərin istifadəsi zamanı mikroorqanizmlər tərəfindən rezistentlik, onların orqanizmə toksiki təsirləri, disbakterioz və s. kimi mənfi təsirləri geniş yayılmışdır. Dərman bitkiləri kimyəvi terapevtik maddələrə nisbətən bir çox

üstünlüyə malikdir: ucuz başa gəlməsi, əlavə təsirlərinin olmaması, rezistentlik formalaşmaması və tədricən təsir göstərən terapeutik effektdə malik olmalarıdır[7,10].

Cədvəl № 2.

Antibiotiklərlə efir yağlarının S.aureus və P.aeruginosa –ya təsir aktivliyinin müqayisəli tədqiqi

Test kultura	Antibiotiklər			maddə antibiotik	Efir yağları		
	İnhibisiya zonası(mm)						
S.aureus	Linezolid	seftriakson	sefotaksim	Geranium linezolid	Geranium	<i>Mentha longifolia L</i>	<i>Rosaceae Rosa</i>
	20	0	25	25	20	25	10
P.aeruginosa	xloramfenikol	amikasin	imipenem	Geranium xloramfenikol			
	22	25	25	25	20	22	10

Azərbaycan florasından alınmış fitopreparatların antimikrob təsirinin öyrənilməsi göstərdi ki, onların müxtəlif patogen mikroorqanizmlərə müəyyən dərəcədə antivirus, antifungal və antibakterial təsiri var.

ƏDƏBİYYAT- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Aghaeva E.M., Narimanov V.A., Bayramov A.G., et al., Dynamics of resistance frequency of microorganisms to antibiotics in urogenital infections/ Health magazine, 2016, No. 6, pp. 92-96
- 2.Qanbarli I. J., Agayeva E. M., Ibadullayeva S.J., et al /The Prospects Usage for Certain Herbal Medicinals Preparation in Azerbaijan and the Fighting Against the Spread of Antibiotic-resistant microorganisms// International journal of science and research methodology an official publication of human journals/ 2018; Vol. 9 (1): 142-148.
- 3.Ibadullayeva S., Alakberov R. Medicinal plants (Ethnobotany and Phytoterapy)// Baku, Elm, 2013, 331p.
- 4.Kulevanova S.//Farmakognozi. 2011.140s
- 5.Струкова Е.Г., Ефремов А.А., Гонтова А.А., Соколова Воздействие эфирных масел сибирского региона на условно-патогенные микроорганизмы Сибирский федеральный университет, пр. Свободный, 79, Красноярск, 660041 (Россия) E-mail: Aefremov@sfu-kras.ru
- 6.Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-Third Informational Supplement M100-S23 // Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). -2013.
- 7.Thapa D. R.Losa, B. Zweifel, R. J. Wallace D. Sensitivity of pathogenic and commensal bacteria from the human colon to essential oils // Microbiology. - 2012. -Vol. 158, № 11. - P. 2870-2877.
8. Essential oils of aromatic plants with antibacterial, antifungal, antiviral, and cytotoxic properties an overview / eds. J. Reichling, P. Schnitzler, U. Suschke, R. Saller // Forschende Komplementar medizin [Research in Complementary Medicine]. - 2009. -№ 16. - P. 79-90.
9. Ibadullayeva S.J., Abbasova V.N. Ethnopharmacological Importance of Medicinal Plants Spread On Tovuz-Gazakh Territory/ ANAS Proceedings, Biological & Medicinal Sciences №2-72, 2017, p.66-72.
10. Маркелова Н.Н., Семенова Е.Ф. Микробиологический мониторинг Pseudomonas aeruginosa в отделениях реанимации и интенсивной терапии // Материалы 78-й итоговой студ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 95-летию со дня рождения проф. Ю. М. Лубенского . - Красноярск : Тип. КрасГМУ, Верно, 2014. - С. 391-393.

Daxil olub: 5.05.2018.

BEYİN QAN DÖVRANININ KƏSKİN POZULMASI ZAMANI PASİYENTLƏRDƏ İNFEKSİON AĞIRLAŞMALAR

Babaxanov İ.S.

Daxili İşlər Nazirliyinin Respublika hospitalı.

Açar sözlər: insult, udmanın pozulması, disfagiya, nozokomial infeksiyalar, pnevmoniya

Ключевые слова: инсульт, нарушения глотания, дисфагия, нозокомиальные инфекции, пневмония

Keywords: stroke, swallowing disorders, dysphagia, nosocomial infections, pneumonia

Beyin qan dövranının kəskin pozulması (BQKP) – müasir nevrologiyanın ən aktual problemlərindən biridir. İnsultun proqnozu nəinki təkcə beynin zədələnməsinin yeri və həcmi ilə, həm də vegetativ serebrovisseral reflekslərin itməsi və induksiya olunmuş immun çatışmazlıqla bağlı olaraq poliorqan patologiyasının əmələ gəlməsi ilə müəyyən olunur. Bu vəziyyət ədəbiyyatda “insultinduksiya etmiş infeksiyalar” adı ilə tanınır. [1, 2, 3]. Bir çox müşahidələrin nəticələrinə görə pnevmoniyaların inkişaf tezliyi 85%-ə çatır [4, 5]. İlk 3 gün ərzində bu infeksiya ağırlaşma daha tez-tez inkişaf edir. Pnevmoniyaların ikinci dalğası hospitalizasiyadan 2-6 həftə sonra qeydə alınır. Həç də hər bir insult birmənalı olaraq hospital infeksiya ağırlaşmaya gətirib çıxarmır. Erkən pnevmoniyalar daha tez-tez böyük qansızmlar və ya beynin geniş yarımkürə işemiyası zamanı, həmçinin beyin sütununda istənilən həcmli ocaqlarda əmələ gəlir. Artıq qeyd edildiyi kimi, BQKP zamanı nozokomial pnevmoniyaların patogenezini həm serebrovisseral reflekslərin və ağciyər perfuziyasının pozulması, həm də birincili serebral simptomlarla- disfagiya və aspirasiya ilə bağlıdır.

Bundan başqa, son dövrlər beyin insultunun kəskin dövründə immun statusun öyrənilməsinə xüsusi diqqət yetirilir. İmmun sistemin T-hüceyrə həlqəsinin pozulması (T-limfositlərin, T-helperlərin, sitotoksiki T-limfositlərin sayının azalması), NK-hüceyrələrin aktivliyinin zəifləməsi sübut olunmuşdur [6]. İltihabəleyhinə sitokinlərin əmələ gəlməsinin disbalansı işə salınır, apoptoz prosesləri sistem şəklində aktivləşir [6]. Vegetativ serebrovaskulyar qarşılıqlı təsirlərin pozulmasının gedişində qlobal somatonevroloji pozğunluqlar kompleksi: sistemli hipoksiya, endotoksikoz, mikrosirkulyasiyanın ikincili blokadaları, inkişaf edən DDL-sindrom, xroniki xəstəliklərin dekompensasiyası, ürək çatışmazlığı reallaşır. Ağır beyin insultu fonunda məhz sistemli iltihabi reaksiya poliorqan çatışmazlığı mexanizmlərini işə salır [4, 5, 6]. Hətta ağır işemik insult fonunda (böyük həcmli və ya sütun lokalizasiyalı) pasiyentin kliniki vəziyyətinin ağırlığı baxımından ön plana digər orqan və sistemlərdə poliorqan çatışmazlığının və əlverişsiz nəticənin formalaşmasına gətirib çıxaran patologiya çıxır. Buna görə də mərkəzi sinir sisteminin kəskin ocaqlı patologiyasından əziyyət çəkən xəstələrdə infeksiya ağırlaşma – baş beynin zədələnmə həcmi və yerini deyil, çox zaman həmin pasiyentin itirilmiş funksiyalarının və ümumiyyətlə, sağlamlığının bərpası baxımından proqnozunu böyük dərəcədə müəyyən edən vəziyyətdir.

Ədəbiyyat məlumatlarının analizinə əsasən, BQKP zamanı pnevmoniyaların mikrobioloji etiologiyası – qrammənfi və qarışıq floradır (streptokoklar, stafilokoklar, pnevmokoklar) [1, 2, 3]. Hadisələrin yarısında anaeroblar aşkar olunur. İnsult zamanı pnevmoniyaların böyük inkişaf riski çoxsaylı somatik patologiya qeyd olunan, kök qoca yaşlı siqaretçəkən şəxslərdə qeyd olunur. İntensiv terapiya blokundan keçmə, bir gündən artıq huşun itirilməsi, ASV-nin vacibliyi də infeksiya ağırlaşmalarının inkişaf riskini artırır [6]. İnsultun ikincili infeksiya ağırlaşmaları planında ən təhlükəlisi disfagiya [3, 5].

Aparılmış epidemioloji tədqiqatlar göstərmişdir ki, BQKP fonunda pnevmoniyanın inkişaf riski aspirasiyanın mümkünlüyü və ağırlıq dərəcəsi ilə birbaşa bağlıdır [2,5]. Bundan başqa, disfagiya nutritiv çatışmazlığa və ikincili immunçatışmazlığa gətirib çıxara bilər. Buna görə də beyin insultunun kəskin

dövründə olan xəstələrdə udma funksiyasını qiymətləndirmək lazımdır. Disfagiya udmanın istənilən mərhələsinin pozulmasıdır. Lakin BQKP olan xəstələrdə daha tez-tez udma fazasının ləngiməsi və effektivliyinin azalması baş verir. Pasiyentdə disfagiyanın olmasının əsas əlamətləri: yemək vaxtı qıdanı çəçəmək və / və ya öskürmə, çoxlu ağız suyu ifrazı, qıdanın ağızdan düşməsi, qıdanın yanağın arxasında qalması, qıdanın həddən artıq yavaş-yavaş qəbul edilməsi, tabletlərin qəbulunun çətinləşməsi, yemək və ya maye qəbulundan imtina, qıdanın boğazda ilişib qalmasından şikayətlər, qastroezofageal reflüks, qıcırma. Disfagiyanın əsas və kliniki əhəmiyyətli ağırlaşması qida kütlələrinin aspirasiyasıdır.

Tədqiqatın məqsədi – BQKP olan xəstələrdə infeksiya ağırlaşmalarının əmələ gəlmə tezliyini qiymətləndirmək, BQKP-nin kəskin dövründə pnevmoniyanın əmələ gəlməsi və mobilliyin və ümumiyyətlə sağlamlığın bərpasına dair proqnoz arasında korrelyasiya əlaqəsinin olmasını müəyyən etmək olmuşdur.

Material və metodlar. İşemik insult və pnevmoniya diaqnozu qoyulmuş hüquq-mühafizə orqanı əməkdaşı olan 40-70 yaşlı 112 pasiyentin müayinə məlumatları analiz olunmuşdur. Letallığın, kliniki olaraq və şüa diaqnostikası metodlarının məlumatlarına görə pulmonoloji patologiyanın aşkar edilmə tezliyi, kliniki farmakoloqun məsləhətinin və “pnevmoniya” kliniki diaqnozunun təyin edilməsindən asılı olmayaraq antibakterial terapiyanın təyin edilmə tezliyinin statistik analizi həyata keçirilmişdir. Bundan başqa, pasiyentlərin nutritiv təminatının səviyyəsini əks etdirən biokimyəvi göstəricilərin keyfiyyət analizi aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiq olunan qrupa daxil olan pasiyentlərin orta yaşı $67,0 \pm 14,0$ təşkil edir. Əksər pasiyentlər (69 nəfər; $61,6 \pm 4,6\%$) şəhər sakinləri, 84 pasiyent $75,0 \pm 4,1\%$ - işləməyən təqaüdüçülər olmuşdur. Əmək qabiliyyətinin itirilməsinə münasibətdə 25 ($22,3 \pm 3,9\%$) pasiyentdə hospitalizasiya zamanı əlillik dərəcəsi olmuşdur (onların $14,5 \pm 3,4\%$ -i 2-ci qrup əlillər olmuşlar). Müəyyən olunmuş diaqnozdan asılı olaraq, pasiyentlər aşağıdakı qaydada qruplaşdırılmışlar: 61 ($54,5 \pm 4,7\%$) pasiyentə hospitalizasiyanın 3-5-ci günləri baş beyin spiral kompüter tomoqrafiyasının məlumatlarına əsasən “işemiya təsdiq edilmiş işemik insult” diaqnozu, 35 ($31,3 \pm 4,4\%$) pasiyentə “hemorragik insult”, 16 ($14,2 \pm 3,3\%$) pasiyentə “tranzitor işemik həmlə” diaqnozu qoyulmuşdur. Stasionara daxil olarkən əksər xəstələrin ümumi vəziyyəti (76 pasiyent; $67,8 \pm 4,4\%$) aşkar nevroloji defisitli orta ağır dərəcə kimi qiymətləndirilmişdir: NIHSS şkalasına görə insultun ağırlığının orta qiyməti 5,7 bal, mobilliyin pozulması - Rivermid şkalasına görə 5,7 bal, Renkin şkalasına görə funksional müstəqillik – 3,6 bal təşkil etmişdir. Stasionarda keçirilmiş çarpayı/günlərin sayı $13,5 \pm 10$ gün təşkil etmişdir ki, bu da həmin patologiyalı xəstələrin regional müalicə standartından yüksəkdir. Ağciyərlərin infiltrativ və ya ocaqlı patologiyası haqqında rentgen məlumatları olan bütün xəstələrə döş qəfəsi orqanlarının multispiral kompüter tomoqrafiyası yerinə yetirilmiş və 100% hallarda poliseqmentar iltihabi proses müəyyən edilmişdir. Bu zaman 24 ($21,4 \pm 3,9\%$) pasiyent hər hansı səbəbə görə antitibakterial terapiyanın təyin edilməsi məqsədilə kliniki farmakoloqun yanına məsləhətə göndərilmişdir. Məsləhətin nəticələrinə görə 100% hallarda antibakterial terapiya təyin edilmişdir. Pulmonoloji patologiyanın olmasından asılı olmayaraq BQKP olan pasiyentlərin 47 ($41,9 \pm 4,7\%$) – də güclü leykosituriya aşkar edilmişdir, bu zaman onların yalnız yarısı ($21,4 \pm 3,9\%$) antibakterial terapiya almışlar. Nutritiv statusun aşağı düşməsi 39 ($34,8 \pm 4,5\%$) pasiyentdə qeydə alınmışdır (ümumi zülalın səviyyəsi 63,0 q/l-dən aşağı olmuşdur.

Beləliklə, pasiyentlərin bu qrupu əvvəlcə hipostatik və infeksiyon ağırlaşmalara görə risk qrupunda yerləşdirilmişlər. Bu zaman tədqiqat qrupunda ümumi zülalın orta səviyyəsi ümumiyyətlə kafi olmuş və $67,3 \pm 6,3$ q/l təşkil etmişdir. Korrelyasiya analizinin yerinə yetirilməsi nəticəsində Renkin şkalasına görə aktivliyin pozulması ilə (5 bal) daxil olma zamanı aşkar nevroloji defisit və hospitalizasiyanın letal nəticələri ($rs=0,63$), antibakterial terapiyanın təyin edilməsi ($rs=0,56$) və pnevmoniyanın inkişafı ($rs=0,54$) arasında düz orta dərəcədə təzahür olunmuş korrelyasiya əlaqəsinin olduğu müəyyən edilmişdir. Letallıq və $63,0$ q/l-dən aşağı hipoproteinemiya ($rs=0,3$), mobilliyin ağır dərəcədə pozulması (Renkin şkalasına görə 5 balla) və antibiotiklərin qəbulu ($rs=0,34$), mobilliyin ağır dərəcədə pozulması və 13 çarpayı/gündən çox hospitalizasiya arasında düz orta dərəcədə təzahür olunmuş korrelyasiya əlaqəsinin olduğu aşkar edilmişdir. Bundan başqa, $63,0$ q/l-dən aşağı hipoproteinemiyanın olması və pnevmoniyanın əmələ gəlmə riski arasında düz orta dərəcədə təzahür olunmuş korrelyasiya əlaqəsi ($rs=0,37$) izlənilir.

Nəticə. Hipoproteinemiya və pasiyentin mobilliyinin pozulması hipostatik və infeksiyon ağırlaşmaların inkişafı üçün fon rolu oynayır ki, bu da pasiyentin hospitalizasiya müddətlərinin artmasına gətirib çıxarır və sağalma və yaşamaya dair əlverişsiz proqnoz riskini artırır. Beləliklə, Renkin şkalasına görə aşkar aktivlik pozğunluğu olan pasiyentlərə müraciət edərkən hipostatik infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikasına dair gücləndirilmiş tədbirlər həyata keçirilməlidir. Bundan başqa, pasiyentlərin bu qrupu infeksiyon ağırlaşmaların inkişaf riskini azaldılması və deməli, letallığın aşağı salınması məqsədilə əlavə nutritiv dəstək almalıdırlar.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Исакова Е.В, Рябцева А.А, Котов С.В. Состояние микроциркуляторного русла у больных, перенесших ишемический инсульт // РМЖ Актуальная проблема. – 2015. – №12. – С. 680-682;
- 2.Левин О.С., Бриль Е.В. Первичная и вторичная профилактика инсульта // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2016. – №1. – С.4-7;
- 3.Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8 (часть 2) – С. 424-427.
- 4.Dirnagl U., Simon R.P., and Hallenbeck J.M. Ischemic tolerance and endogenous neuroprotection. Trends Neurosci. 2017; 26:248-254.
- 5.Dobkin В.Н., Thompson A.J. Principles of Neurological Rehabilitation. In: Neurology in Clinical Practice. W.G.Bradley et al. (eds.). Chapter 54. Butterworth-Heinemann, 2016, p.234-238.
- 6.Dyker A., Lees K. Duration of neuroprotective treatment for ischemic stroke. Stroke , 2015, 29, p. 535-542

РЕЗЮМЕ

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бабаханов И.

Проведенными исследованиями установлена корреляционная зависимость ($rs=0,83$; $p \leq 0,05$) между обнаружением нарушения мобильности пациента (по шкалам NIHSS, Рэнкина и Ривермида), гипопропротеинемии и удельному весу инфекционных и гипостатических осложнений. Выявленные сочетанные нарушения способствуют удлинению времени госпитализации больных (больше 10 койко-дней), тем самым возрастает риск неблагоприятного прогноза на реабилитацию и жизнь (корреляционная связь прямая с увеличением случаев летальности, $rs=0,63$; $p \leq 0,01$). Больным, имеющими значительные

нарушения двигательной активности по шкале Рэнкин (от 4 баллов), во время госпитализации необходимо проводить текущие меры по профилактике основных инфекционных гипостатических осложнений. Данной группе пациентов рекомендуется проводить дополнительно нутритивную поддержку для снижения степени риска развития инфекционных осложнений, уменьшение риска неблагоприятного исхода.

S U M M A R Y

INFECTIOUS COMPLICATIONS OF PATIENTS WITH ACUTE DISORDER OF CEREBRAL CIRCULATION

Babakhanov I.

The correlation dependence ($r_s = 0.83$, $p \leq 0.05$) between the detection of patient mobility impairment (according to the NIHSS, Rankin and Rivermid scales), hypoproteinemia and specific gravity of infectious and hypostatic complications was established by the studies. The revealed concomitant disorders contribute to the prolongation of the hospitalization time of patients (more than 10 bed days), thereby increasing the risk of a poor prognosis for rehabilitation and life (the correlation is direct with an increase in cases of lethality, $r_s = 0.63$; $p \leq 0.01$). Patients with significant impairment of movement activity on the Rankin scale (from 4 points), during the hospitalization it is necessary to carry out current measures for the prevention of major infectious hypostatic complications. This group of patients is recommended to carry out additional nutritional support to reduce the risk of developing infectious complications, reduce the risk of adverse outcomes.

Daxil olub: 6.08.2018.



* **EKSPERİMENTAL TƏBƏVƏT** *
 * **EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA** *
 * **EKSPERİMENTAL MEDİCİNE** *

MÜXTƏLİF KAPPA MATERALLARININ AĞIZ BOŞLUĞUNUN VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRİNİN EKSPERİMENTAL QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Hacıyev C.Q., Babayev E.E.

Ortopedik Stomatologiya kafedrası.

Professional idmançılar güclü fiziki və emosional gərginliklərə məruz qalırlar ki, bu da orqanizmin bir sıra arzuolunmaz patologiyaların inkişaf etməsinə gətirib çıxaran ehtiyat qüvvələrinin tükənməsinə səbəb olur (1,2,3,5). Bütün orqanizmdə olduğu kimi yuxarıda qeyd olunan hallarda ağız boşluğunda və toxumalarında da bir sıra çatışmazlıqlar müşahidə olunur ki, bu da ilk olaraq yerli mikroflora, antioksidant və immun sistemdə baş verir. Bu sistemlərdə baş verən dəyişikliklər ağız suyunun funksional olaraq zəifləməsi və burada patogen mikroorqanizmlərin coxalması və aktivləşməsi nəticəsində keyfiyyət dəyişikliklərin baş verməsinə, şərti –patogen mikroorqanizmlərin patogen xarakter daşması və onların yerli toxumaları

qıcıqlandırmaqla destruksiya əlamətləri ilə müşayiət olunur. Əlavə olaraq diş çöküntülərinin intensiv artması da müşahidə olunur ki, bu da kəmiyyətcə artımın göstəricisidir. İdmançılarda parodont toxumalarında baş verən destruktiv proseslər, fizioloji və mikroskopik dəyişikliklər artıq morfoloji olaraq xarakterizə edilir və bu vəziyyət funksional mərhələsi ilə morfoloji mərhələsi arasında keçid mövqeni tutur. Beləliklə, parodont toxumaları orqanizmdə baş verən bir sıra dəyişiklikləri özündə əks etdirir ki, onlar ümumi hipoksiya hallarına qarşı daha çox reaksiya verir və bu da intensiv məşqlər və yarışlar zamanı müşahidə oluna bilər (4). Qeyd olunanları nəzərə alsaq idmançılar arasında stomatoloji statuslar üzrə ağız boşluğu toxumalarının vəziyyətini xarakterizə edən tədqiqatların aparılması, patoloji proseslərin aradan qaldırmaq üçün erkən mərhələlərdə diaqnostika və müalicə tədbirlərini yüksək səviyyədə icra etmək məqsədəuygundur. Bu baxımdan idmançılarda stomatoloji yardıma ehtiyac dərəcəsinin öyrənilməsi və uyğun müalicə tədbirlərinin vaxtında icra edilməsi onlarda effektiv profilaktika tədbirlərinin təşkilində mühüm rol oynayacaqdır.

Tədqiqatın məqsədi: Müxtəlif materialların ağız boşluğu toxumalarının vəziyyətinə təsirinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları Tədqiqatın məqsəd və planına uyğun olaraq müxtəlif tərkibli kappalar qoruyucuların istifadəsi zamanı onların ətraf yumşaq toxumalara təsirini müəyyən etmək məqsədi ilə adi dovşanlar üzərində eksperiment modeli yaradılmışdır. Baş verən dəyişikliklərə müqayisəli şəkildə 30 və 90 gün müddətində histoloji müayinələrin köməkliyi ilə nəzarət edilmişdir.

Təcrübə modelinin yaradılması. Təcrübə məqsədi ilə 30 ədəd 2,6-3,2 kg ağırlıqda və 1-2 yaşında adi dovşanlar seçilmişdir. Dovşanlarda hər hansı bir somatik xəstəliyin olmamasına diqqət yetirilmişdir. Hər bir təcrübə heyvanının hər iki aşağı ətrafında eksperimental model yaradılaraq ümumilikdə 60 eksperimental model əldə edilmişdir. Bunun üçün ilk növbədə aşağı ətrafların əməliyyat icra olunacaq hissəsində dəri tüklərdən təmizlənmişdir. Ağrısızlaşdırma məqsədi ilə əməliyyat sahəsi 1,0 %`li novokain məhlulu tətbiq edilərək blokadaya alınmışdır. Ağrısızlaşdırma aparıldıqdan sonra dəri sadə insiziyə ilə dərialtı toxuma görünənə qədər açılmışdır. Dəri kiçik bir sahədə küt üsulla aralanaraq dərialtı toxumada kiçik bir boşluq yaradılmışdır. Həmin boşluğa təcrübə üçün seçilmiş və əvvəldən hazırlanmış müxtəlif tərkibli kappalar qoruyuculardan ibarət, 1,0-1,5 sm diametrdə yad hissəcik yerləşdirilmişdir. Həmin hissəciyin ətraf toxumlara bərkidilməsi üçün əlavə tikiş və ya digər vasitələr istifadə edilməmişdir. Beləliklə də ətraf toxumaların yalnız kappalar qoruyucunun təsirinə məruz qalması təmin edilmiş, həmçinin əlavə vasitələrin ikincili dəyişiklik yaratmasının və histoloji görüntünü dəyişməsinin qarşısı alınmışdır. Hissəcik yerləşdirildikdən sonra dəri sintetik tikiş materialı ilə fasiləli tikiş tətbiq edilərək tikilmişdir. Cərrahi yara hər gün 70%-li spirt və 5%-li luyqol məhlulu ilə təmizlənmişdir. Tikişlər 5-7 gün sonra çıxarılmışdır. Bütün təcrübə heyvanlarında cərrahi yara heç bir ağırlaşma olmadan birincili sağalmışdır.

Hər bir təcrübə heyvanında bir ətrafda təcrübə modeli 30 gün, digər ətrafda isə 90 gün müddətində saxlanılmışdır. Təcrübə müddəti bitdikdən sonra kappalar qoruyucudan ibarət hissəcik dəri və dərialtı toxumalar ilə birlikdə eksizyon tədbiq edilərək çıxarılmışdır. Bunun üçün yenə ağrısızlaşdırma məqsədi ilə əməliyyat sahəsi 1,0 %`li novokain məhlulu tətbiq edilərək blokadaya alınmışdır. Sadə insizyon ilə əməliyyat çapığının ətrafından dəridə elips şəklində kəsik aparılmışdır. Həmin kəsik dərialtı toxumaya qədər dərinləşdirilmişdir və beləliklə dəri və dərialtı toxuma kappalar

qoruyucudan ibarət hissəcik ilə birlikdə konus şəklində çıxarılmışdır. Dəri və dərialtı toxuma çıxarıldıqdan sonra yara kənarları yaxınlaşdırılaraq cərrahi tikiş ilə tikilmişdir. İlk əməliyyatda olduğu kimi burada da dəri sintetik tikiş materialı ilə fasiləli tikiş tətbiq edilərək tikilmişdir. Cərrahi yaranın təmizlənməsi üçün hər gün 70%-li spirt və 5%-li luyqol məhlulu istifadə edilmişdir. Tikişlər 5-7 gün sonra çıxarılmışdır. Bütün təcrübə heyvanlarında cərrahi yara heç bir ağırlaşma olmadan birincili sağalmışdır. Təcrübə müddətində tələf olan və ya hər hansı bir digər səbəbdən təcrübədən kənarlaşdırılan heyvan olmamışdır.

Təcrübəyə cəlb edilən dovşanlar kapp qoruyucunun tərkibindən asılı olaraq hər birində 10 dovşan olan 3 qrupa bölünmüşdür: *I qrup (I nəzarət qrupu)* – hər iki aşağı ətrafında dərialtına termoplast tərkibli hissəcik yerləşdirilən 10 dovşandan ibarətdir; *II qrup (II nəzarət qrupu)* – hər iki aşağı ətrafında dərialtına silikon tərkibli hissəcik yerləşdirilən 10 dovşandan ibarətdir; *III qrup (əsas qrupu)* – hər iki aşağı ətrafında dərialtına poliuretan tərkibli (ticari adı valplast®) hissəcik yerləşdirilən 10 dovşandan ibarətdir.

Tədqiqatın nəticələri Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda neytrofil infiltrasiyasının intensivliyi cədvəl 1-də göstərilmişdir.

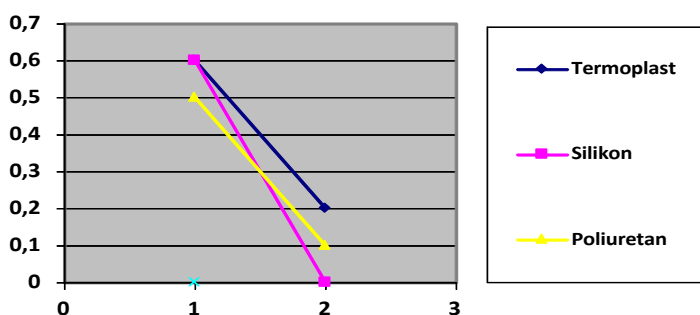
Cədvəl № 1.

Neytrofil infiltrasiyasının təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi.

I – termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II – silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III – poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup. Təcrübənin 30-cu günündə alınan nümunələrdə eozinofil infiltrasiyası təcrübə qruplarının

Qruplar	I	II	III
Təcrübə müddəti			
30 gün	0,6±0,6 99	0,6±0,5 16	0,5±0,5 27
90 gün	0,2±0,4 21	0	0,1±0,3 16

hamısında bu və ya digər dərəcədə qeydə alınmamışdır. Ən çox eozinofil infiltrasiyası termoplast tətbiq edilən qrupda görülmüşdür. Burada nümunələrin əksəriyyətində müxtəlif dərəcədə, digər iltihab hüceyrələri ilə qarışıq şəkildə eozinofillər qeydə alınmışdır. İntensivliyi daha az olan eozinofil infiltrasiyası silikon tətbiq edilən qrupda, ən az poliuretan tərkibli qoruyucu istifadə edilən qrupda görünmüşdür (**şəkil 1**). Təcrübənin 90-cı günü termoplast tətbiq edilən qrupda eozinofillərin miqdarı kəskin şəkildə artmışdır. Silikon və poliuretan tərkibli qoruyucu istifadə edilən qruplarda da eozinofillər artmış, lakin ilk həftə ilə müqayisədə eozinofil sayında cüzi fərq olduğu müəyyən edilmişdir. Eozinofil infiltrasiyası olan nümunələrdə eozinofillər əsasən damarətrafı sahələrdə yerləşmişdir. Bilavasitə kapp qoruyucu materialın ətrafında eozinofillərin daha intensiv olması qeydə alınmışdır.

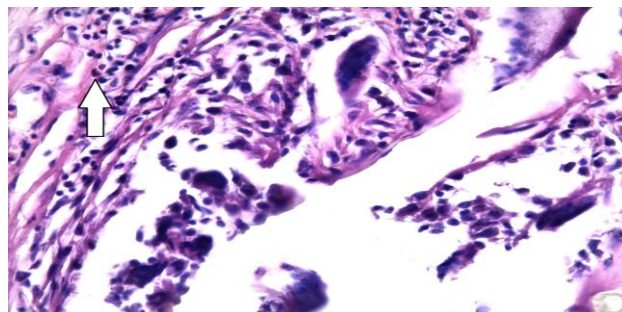


Eozinofil infiltrasiyasının orta göstəricisinə əsasən aparılan müqayisəli təhlil zamanı təcrübənin 30-cu günü termoplast və poliuretan tətbiq edilən qruplar arasında zəif dərəcəli ($p=0,018$); təcrübənin

90-cı günü isə termoplast və silikon tətbiq edilən qruplar arasında zəif dərəcəli ($p=0,031$), termoplast və poliuretan tətbiq edilən qruplar arasında isə orta dərəcəli ($p=0,001$) statistik dürüst fərq aşkarlanmışdır. Bu nəticəyə əsasən demək olar ki, tətbiq edilən kapp qoruyucu materiallarının hamısında bu və ya digər dərəcədə allergik reaksiya müəyyən edilmişdir. Poliuretan maddənin ən az, silikonun daha çox, termoplast maddəsinin isə ən çox allergik reaksiya yaratdığı görünmüşdür.

Şəkil 1. Poliuretan tərkibli qoruyucu tətbiq edilən qrupda yumşaq toxumalarda fibroz fonunda limfosit, histiosit, qıqant çoxnüvəli hüceyrələr və az sayda eozinofil toplanması, təcrübənin 30-cu günü (boyaq: hematoksilin-eozin, böyütmə: $\times 100$).

Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda eozinofil infiltrasiyasının intensivliyi cədvəl 2-də göstərilmişdir.



Cədvəl № 2.

Eozinofil infiltrasiyasının təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi.

Qruplar Təcrübə müddəti	I	II	III
30 gün	1,5±0,70 7	1,2±0,63 2	0,7±0,67 4
90 gün	2,2±0,78 8	1,5±0,52 7	0,9±0,73 7

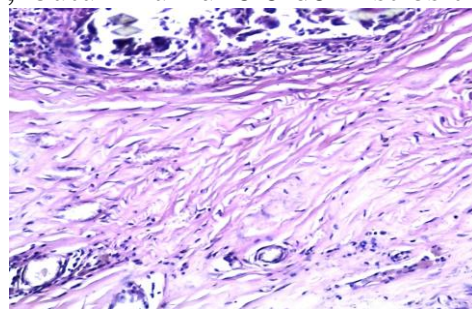
I – termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II – silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III – poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup.

Histiosit infiltrasiyası da bütün müşahidə qruplarında intensiv olması ilə fərqlənmişdir. Belə ki, bütün təcrübə qruplarına aid nümunələrdə təcrübə müddəti boyunca bu və ya digər dərəcədə histiosit infiltrasiyası görünmüşdür. Digər iltihab hüceyrələrindən fərqli olaraq histiositlər qruplaşmalar əmələ gətirmiş, bir çox nümunədə isə kiçik qranuloma formasıyaları şəklində görünmüşdür.

Histiosit infiltrasiyasının başqa bir xüsusiyyəti isə bilavasitə kapp qoruyucu

materialının ətrafında toplanmış olmasıdır. Belə ki, bütün nümunələrdə histiositlər istisnasız olaraq kapp qoruyucu materialı bilavasitə əhatə edən toxumalarda görünmüş, bu sahədən uzaq yerlərdə isə qeydə alınmamışdır (şəkil 2).

Şəkil 2. Poliuretan tətbiq edilən qrupda fibroz fonunda kapp qoruyucunun bilavasitə ətrafında limfositlər və histiositlər, təcrübənin 30-cu günü (boyaq: hematoksilin-eozin, böyütmə: $\times 40$).



Bir neçə nümunədə isə histiositlərlə yanaşı az sayda köpüklü makrofaqlar müəyyən edilmişdir. Histiosit infiltrasiyası toplanan nahiyələrdə limfositlərin də üstünlüyü diqqəti cəlb etmişdir. Təcrübənin 30-cu günündə histiosit infiltrasiyasının ən intensiv olduğu qrup poliuretan maddə tətbiq edilən qrup olmuşdur. Silikon tətbiq edilən qrupda daha az, termoplast tətbiq edilən qrupda isə ən az histiosit infiltrasiyası görünmüşdür. Təcrübənin 90-cı günündə bütün qruplarda histiositlərin intensivliyi artmışdır. Bu dövrdə alınan nümunələrdə də yenə ən intensiv histiosit infiltrasiyası poliuretan maddə tətbiq edilən qrupda qeydə alınmışdır. Termoplast tətbiq edilən qrupda nisbətən daha az, silikon tətbiq edilən qrupda isə ən az histiosit infiltrasiyası görünmüşdür. Statistik hesablamalar zamanı qruplar arasında histiosit infiltrasiyası baxımdan əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir.

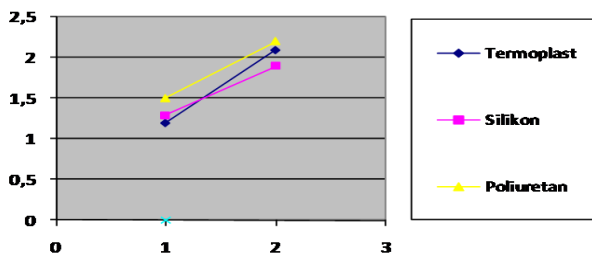
Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda histiosit infiltrasiyasının intensivliyi cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl № 3.

Histiosit infiltrasiyasının təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi.

I – termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II – silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III – poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup.

Histiositlər ilə yanaşı təcrübə heyvanlarına aid nümunələrin əksəriyyətində giqant çoxnüvəli hüceyrələrə rast gəlinmişdir. Histiositlər kimi onlar da bilavasitə kapp qoruyucu materialının bilavasitə ətrafında yerləşmişdir. Bəzi nümunələrdə hətta bu giqant çoxnüvəli hüceyrələrin kapp qoruyucu materialı əhatə etdiyi görünmüşdür.

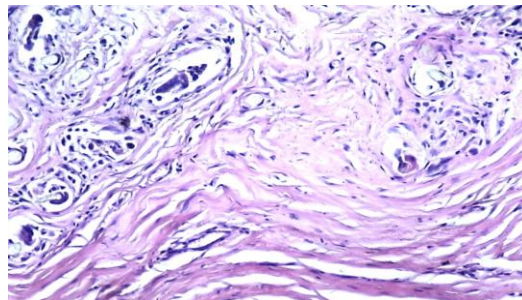


Nümunələrdə həm Langhans tipli, həm də yad cism tipli giqant çoxnüvəli hüceyrələr qeydə alınmışdır. Dinamik müşahidədə nümunələrdə görünən giqant çoxnüvəli hüceyrələrin miqdarında kəskin artım qeyd edilmişdir. Bir çox nümunədə giqant çoxnüvəli hüceyrələr histiosit və limfositlər ilə birlikdə aqreqatlar - qranuloma formasiyaları əmələ

gətirmişdir. Təcrübənin 30-cu günündə ən çox giqant çoxnüvəli hüceyrə və qranulaziya formasiyası cüzi fərqlə silikon tətbiq edilən qrupda qeydə alınmışdır (**şəkil 3**). Bu kimi dəyişikliklər digər qruplarda minimal fərqlə daha az görünmüşdür. Təcrübənin 90-cı günü isə giqant çoxnüvəli hüceyrə və qranulaziya formasiyasının intensivliyi kəskin şəkildə artmış, poliuretan tətbiq edilən qrupda ən intensiv, silikon tətbiq edilən qrupda nisbətən az, termoplast tətbiq edilən qrupda isə minimal həddə görünmüşdür. Müşahidələr göstərmişdir ki, histiosit infiltrasiyası, eləcə də giqant çoxnüvəli hüceyrə və qranulomaların yaranması akril plastmas materialın növündən asılı olmadan qeyri-spesifik reaksiya şəklində baş verir. Onların yaranmasının səbəbi sadəcə toxuma daxilində yad maddənin olmasından ibarətdir.

Statistik hesablamalar zamanı qruplar arasında giqant çoxnüvəli hüceyrə və qranulomaların yaranması baxımdan əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir.

Şəkil 3. Silikon maddə tətbiq edilən qrupda onun ətrafındakı toxumalarda intensiv fibroz və kollagen proliferasiyası, qişant çoxnüvəli hüceyrələr, təcrübənin 30-cu günü (boyaq: hematoksilin-eozin, böyütmə: x100).



Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda qişant çoxnüvəli hüceyrələrin və qranulomaların intensivliyi cədvəl 4-də göstərilmişdir.

Cədvəl № 4.

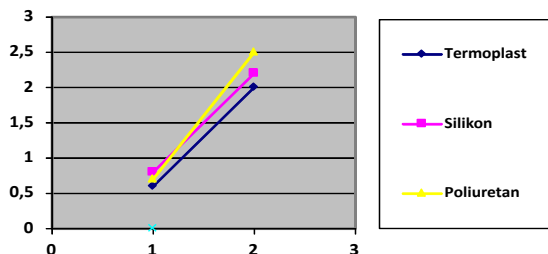
Qişant çoxnüvəli hüceyrələrin və qranulomaların yaranmasının təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi.

Qruplar	I	II	III
Təcrübə müddəti			
30 gün	0,6±0,69 9	0,8±0,78 8	0,7±0,67 4
90 gün	2,0±0,94 2	2,2±0,91 8	2,5±0,70 7

I – termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II – silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III – poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup.

Kəskin iltihabı xarakterizə edən neytrofil infiltrasiyası kimi kəskin toxuma zədələnmələri üçün xarakterik olan nekrotik dəyişikliklər də sporadik olaraq sadəcə bir neçə nümunədə görünmüşdür.

Təcrübənin 30-cu günü hər üç qrupda sadəcə bir neçə nümunədə fokal nekroz ocağı qeydə alınmışdır. Təcrübənin 90-cı günü isə nekroz yalnız termoplast tətbiq edilən qrupda bir neçə nümunə görünmüş, digər qruplarda isə nekroz qeydə alınmamışdır.



Nekroz ocağının görüldüyü hadisələrdə eyni zamanda həmin nahiyədə az sayda neytrofil infiltrasiyası da müəyyən edilmişdir. Nekroz sahələri işemik tipli olub daxilində bakterial koloniya və digər infeksiyon amillər təyin edilməmişdir. Statistik təhlil zamanı qruplar arasında nekrotik dəyişikliklər baxımdan əhəmiyyətli fərq aşkarlanmamışdır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Антонова И. Н. Роль нарушений психологической адаптации в патогенезе хронических воспалительных заболеваний пародонта у спортсменов Автореферат док. дисс., 2008. – 35 с.
2. Афанасьева И. А. Неспецифические показатели иммунной защиты при перенапряжении у спортсменов / Материалы III Международного конгресса «Человек, спорт, здоровье». – Санкт-Петербург, 2007. – С. 14–15.
3. Донников А. Е. Взаимосвязь переносимости физической нагрузки с показателями срочной адаптации иммунной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Москва, 2009. – 24 с.
4. Skaret E., P Weinstein, P Milgrom et al. Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning // Int. J. Paediatr. Dent. – 2004. – Vol.14, N 1. – P. 17–26.
5. Fahlman M. M. Mucosal IgA and URTI in American college football players: a year longitudinal study // Med. Sci. Sports Exerc. – 2005. – Vol. 37, N 3. – P. 374–380.

РЕЗЮМЕ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ КАПИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

Гаджиев Дж.Г., Бабаев Е.Е.

Азербайджанский Медицинский Университет Кафедра ортопедической стоматологии

Экспериментальная модель. Эксперименты были проведены на 30 кроликах весом 1,4-2,6 кг и возрастом в 1-2 года. Экспериментальная модель пародонтита была создана на 30 кроликах. Для получения модели было проведено местное обезболивание раствором новокаина. После этого десна отделили от шейки зубов и наложили лигатуру из синтетической ткани в форме «8» таким образом, чтобы она окружала одновременно шейки нижних передних резцовых зубов. После наложения лигатуры десневая ткань также фиксировалась к лигатуре в нескольких участках. На 30-й день эксперимента во всех трех группах только в нескольких случаях регистрировался очаговый некроз. На 90-й день эксперимента только в группе с термопластами наблюдались очаги некроза, а в другой группе некроз не регистрировался.

S U M M A R Y

EXPERIMENTAL ASSESSMENT OF THE DEGREE OF INFLUENCE OF VARIOUS KAPP MATERIALS ON THE ORAL CAVITY

Hacıyev C.Q. Babayev E.E.

Azerbaijan Medical University, Department of Prosthodontics

Experimental model. Experiments were carried out on 30 rabbits weighing 1.4-2.6 kg and age 1-2 years. The experimental model of periodontitis was created on 30 rabbits. To obtain the model, local anesthesia with a solution of novocaine was performed. After that, the gum was separated from the neck of the teeth and a ligature of synthetic tissue in the shape of "8" was placed in such a way that it would simultaneously surround the necks of the lower anterior incisive teeth. After the ligation, the gingival tissue was also fixed to the ligature in several areas. On the 30th day of the experiment, focal necrosis was recorded in only three cases in all three groups. On the 90th day of the experiment only foci of necrosis were observed in the thermoplastic group, and necrosis was not recorded in the other group.

Daxil olub: 10.07.2018.



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

ŞÜŞƏİONOMER SEMENTLƏR

Tağıyev A.İ., Ə.A.Əliyev, E.R.Musayev

ATU-nun Ortopedik stomatologiya kafedrası

Restavrasiyanın fiksasiyası ortopedik müalicənin yekun mərhələsidir. Bu mərhələdə də, əvvəlki mərhələlərdə kimi dəqiqlik əldə edilməlidir. Sement ortopedik konstruksiyaların planlaşdırılması və hazırlanmasında buraxılan səhvləri korreksiya etməyə imkan vermir [1].

Restavrasiyanın fiksasiyası üçün sement seçimində, restavrasiya materialının tipini və fiksasiyanın tətbiq olunacağı dişin strukturunu nəzərə almaq lazımdır. Lakin, yekun qərarı protezin fiksasiyası zamanı qəbul etmək olmaz.

Şüşəionomer sementlər silikat və poliakril sistemlərin xassələrinin birləşməsi nəticəsində yaradılmışdır. Adətən onlar toz-maye tipli materiallara aid edilir. Sement tozu hissəciklərinin ölçüsü 25-40 mk olan narın üyüdülmüş flüorsilikat və alüminium şüşəsindən ibarət xırdadispenserli flüoralümosilikat şüşədir. Belə ki, əsas komponentlərinin silisium dioksid (SiO_2), alüminium oksidi (Al_2O_3), kalsium ftorid (CaF_2) olduğu aşkar edilir. Tərkibində az miqdarda natrium, alüminium, kalium ftorid də mövcuddur. Bundan əlavə, möhkəmliliyini artırmaq məqsədilə sink oksid, gümüş tozu və s. də əlavə edilir. Maye – tərkibində 5% çaxır turşusu olan poliakril-itakon və ya digər polikarbon turşusu sopolimerinin 50%-li su məhluludur. Fərqli birləşmələrdə əsasən üç karbon turşusundan istifadə edilir: akril, itakon və malein. Çaxır turşusu emalın davamlılığını artırmağa və sementin daha tez yapışmasına kömək edir [4].

Toz ilə mayeni qarışdırdıqda poliakril və çaxır turşusu su olduqda şüşə ilə turşu-əsas reaksiya tipi üzrə reaksiyaya girir. Bununla yanaşı, polikarbon turşusu protonların donoru, silikat şüşə isə protonların akseptoru qismində çıxış edir. Şüşəionomer sementin bərkimə prosesində üç mərhələ mövcuddur:

- 1) həll olma (ionların hidratlaşması, ayrılması, qələviləşməsi);
- 2) qatılma (ilkin gel əmələ gəlmə, ilkin qeyri-sabit bərkimə);
- 3) bərkimə (dehidratlaşma, yetişmə, yekun bərkimə).

Başlanğıc (həll olma) fazada dissosiasiya olunmuş polikarbon turşusunun protonları şüşə hissəciklərinin səthini dağdır və flüoru və metalların kationlarını qələviləşdirir. Onlar diffuziya yolu ilə polimer turşusunun molekulları ilə birləşir və bərkimənin ilkin fazası (qatılma mərhələsi) başlayır. Bu fazada kalsium ionları karbon turşusunun elementləri ilə birləşir və köndələn rabitələr əmələ gətirməklə politurşu molekullarını gələ çevirir. Sementin pH-ı da artmağa başlayır. Sonuncu (bərkimə) mərhələdə alüminium ionlarının köməyi ilə gel və metal ionlarının üçölçülü qəfəsi yaranır. Alüminium oksid poliakril turşusu ilə qarşılıqlı əlaqəyə girir və sink poliakrilatı köndələn strukturunu əmələ gətirir. Çaxır turşusu işləmə müddətini artırmağa kömək edir. O, metal ionları ilə komplekslər yaratmaqla materialın sürətli bərkiməsinə səbəb olur. Bərkimiş şüşəionomer sementin strukturu polikarbon turşusunun polimerləşmiş və köndələn strukturunu təşkil edir. Bu struktura silikagel ilə əhatə edilmiş şüşə hissəcikləri səpələnib [2].

Sementin dişlərin bərk toxumaları ilə birləşməsi mexaniki və kimyəvi mexanizmlərlə şərtləşdirilib: sopolimer turşunun hidroksiapatitlə kimyəvi birləşməsi. Monomerin strukturlu polyar tərkib elementlərinin hidrogen rabitələrinin əmələ gəlməsi ilə eyni zamanda dişlərin bərk toxumalarının kalsium ionlarının xelatinləşməsi baş verir. Beləliklə də, mina və dentinin təmiz səthləri ilə adgeziv birləşmə, kalsium ilə xelativ rabitələrin əmələ gəlməsi vasitəsilə baş verir. Bundan əlavə, polikarbon turşusu və dentinin aktiv kollagen qrupları arasında hidrogen tipli rabitələr yaranır. Ümumilikdə, şüşəionomer sementin dişlərin bərk toxumaları ilə birləşmə gücü 8-12 MPa təşkil edir [5].

Şüşəionomerlər kifayət qədər yaxşı fiziki-kimyəvi xassələrə malikdirlər. Onların qırılma möhkəmliyi tədricən artmaqla qarışdırılmadan 24 saat sonra 90-180 MPa, gərilmə möhkəmliyi isə 6-8 MPa-ya çatır. Materialın elastiklik modulu təxmini olaraq 7MPa təşkil edir. Sement suda az həll olunur və ağız boşluğunda kifayət qədər yaxşı qalır. Lakin havanın təsiri nəticəsində həddindən çox quruyur və çatlayır. Bu

səbəbdən də ağız boşluğunda sementin dağılmasının qarşısını almaq üçün səthini xüsusi laklarla örtmək tövsiyə olunur. Şüşəionomer sementlər diş özəyini qıcıqlandırmır və boşluğun divarlarına yaxşı adgeziya (8-12 MPa-dək) olunur. Termik genişlənmə əmsalı mina və dentinin həmin əmsalına yaxındır. Şüşədən fluorid sementinin davamlı olaraq (təxmini bir il ərzində) diffuz qələviləşməsi, mina və dentin ilə saxlanılması nəticəsində kariyəyə qarşı təsir göstərir [4].

Şüşəionomer materialların sonrakı təkmilləşdirilməsi turşu-əsassı bərkimə mexanizmlərindən əlavə, poliakril turşusunun yekun molekullarının modifikasiyası və sementin tərkibinə işıq bərkiməsi aktivatorlarının və təşəbbüscülərinin (kamfaroninon) daxil edilməsi sayəsində şərtləşdirilmişdir. Bu aktivator və təşəbbüscülərdə əlavə olaraq poliakril turşusunun polimerləşməsi reaksiyası gedir. Bu materialın möhkəmliyini əhəmiyyətli dərəcədə artırmağa imkan yaratdı. Daha dolğun polimerləşmə məqsədilə, şüşəionomerin tərkibinə həmçinin kimyəvi katalizasiya sistemi daxil edilmişdir. Beləliklə, üçqat bərkimə mexanizminə malik materiallar yaradıldı: turşu-əsassı (bütün şüşəionomerlərdə olduğu kimi), sürətli işıq və kimyəvi aktivləşdirilmiş polimerləşmə. Bu, bu cür şüşəionomer sementlərin möhkəmliyini artırdı (sıxıldıqda 220 MPa-dək) [6].

Şüşəionomerlər aşağıdakı üstünlüklərə malikdirlər: bərk toxumalara yüksək kimyəvi adgeziya (8-12 MPa); flüorun davamlı ayrılması (kariyəyə qarşı təsir). Onlar diş özəyi üçün zəhərli deyil və dişlərin bərk toxumalarının turşu ilə aşılmasını tələb etmir. Bu cür xassələr sayəsində onlar çıxarılmayan ortopedik və ortodontik konstruksiyaların fiksasiyası və s. üçün geniş istifadə edilir.

Şüşəionomer sementlər diş qapaqlarının, əlavələrin və s. fiksasiyası üçün tələb olunan nazik (25 mkm-dən az) sement layı əldə etməyə kömək edir. Onlar daha xırda hissəciklərdən ibarətdirlər və qarışdırıldıqdan sonra daha maye konsistensiyaya malikdirlər [3].

Astarlıq sementlər müxtəlif plomblama materialları (amalqamalar, kompozitlər və s.) ilə plomblama zamanı izoleedici aralıq qatları üçün istifadə edilir. Onlar bioloji cəhətdən daha hərəkətsizdirlər, lakin daha az möhkəmliyə malikdirlər və qarışdırıldıqdan sonra daha tez bərkiyirlər. Bu, «Base Line» («Dentsply»), «Aqua Ionobond» («VOCO») sementləridir.

Şüşəionomer sementlərin tətbiqi metodikası onların bərkimə mexanizmindən asılıdır. Belə ki, kimyəvi bərkiyənin şüşəionomerlər distillə edilmiş suda yaxud xüsusi mayədə (məsələn, poliakril turşu məhlulunda) qarışdırılır. Bu, xüsusi kağız (şüşə) lövhəcikər üstündə 1-2 dəqiqə ərzində edilir. Kimyəvi bərkiyənin şüşəionomerlərlə işlədikdə bir sıra qaydalara əməl etmək lazımdır: hiqroskopikliyinə görə yaxşı bağlanmış toz flakonunu saxlamaq, sementi qarışdırarkən tövsiyə edilmiş toz-maye nisbətini pozmaq.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Qarayev Z.İ. Ortopedik stomatologiya, Bakı-2008
2. Галип Гюрель. Керамические виниры, Москва, 2007
3. Массириони Д. Точность и эстетика, Москва-2008
4. Ирфан Ахмад. Эстетика непрямой реставрации, Москва-2009
5. Герберт Шиллинбург-младший. Основы несъемного протезирования. Квинтэссенция. Москва-2008
6. Фрадиани М., Бардуччи Д. Ортопедическое лечение. Том 2, Москва, 2010

YENİYETMƏLƏRDƏ SƏS POZĞUNLUĞU (PATOLOJİ MUTASIYA) VƏ ONUN ARADAN QALDIRILMA YOLLARI.

Şadlinskaya A.A., Qasimov A.V., Əbilova F.A., Hüseynova M.Ə.,
Ağalar S.A., Sücəddinova A.C.

ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikası, Otorinolarinqologiya kafedrası. Bakı.

Mutasiya-səsin dəyişilməsidir. Mutasiya fizioloji hal olub, orqanizmin o cümlədən də qırtlağın yetişkənlik dövründə sürətlə inkişafı (böyüməsi) ilə əlaqəlidir. Cinsi yetişkənlik dövrünə qədər səs aparatı qızlarda və oğlanlarda demək olarki eynidir. Cinsiyyət vəzilərinin fəaliyyətə başlaması oğlanlarda və qismən də olsa qızlarda qırtlağın sürətlə inkişafına səbəb olur. Cinsiyyət hormonlarının təsirindən oğlanlarda qırtlağın diametri artır və bununlada qısa müddətdə kişi qırtlağı formalaşır, bu da səsin 1-1,5 oktava aşağı düşməsinə səbəb olur. Cinsi yetişkənlik dövründə qızların səsindəki dəyişiklik o qədər də nəzərə çarpacaq olmur. Bu da qırtlağın az böyüməsi və böyümənin vertikal olması ilə əlaqədardır. Beləki səs telləri 3-4 mm böyüyür və nəticədə səs yalnız 1 Hs aşağı düşür (4, 5).

Mutasiyaya qədər olan falset səs (səs tellərinin kənarlarının bitişməsi ilə yaranan) səsin əmələgəlmənin yeni mexanizmi ilə əvəz olunur. Fonasiya zaman səs tellərinin ön səthinin tam bitişməsi yaranır və döş səsi əmələ gəlir. Səsin mutasiya dövrü 3 mərhələyə bölünür: Predmutasiya, mutasiya və postmutasiya.

Predmutasiya mərhələsində ilkin əlamətlər səs diapazonunun düşməsi, yüksək notların itməsi, səsin tez yorulması qeyd olunur. Səs kobudlaşır. Mikrolarinqoskopiya səs tellərində damarların qabarıqlığı, seliyanın toplanması müşahidə olunur.

Mutasiya mərhələsində qırtlağın və səs tellərinin intensiv böyüməsi və səs əmələ gəlmə mexanizmlərinin dəyişilməsi ilə xarakterizə olunur. Qırtlağın böyüməsi oğlanlarda eninə və uzununa doğru 1 sm-dən 2 sm-ə qədər olur. Qırtlağın bütün qığırdaqları böyüyür, xüsusi ilə də boynun ön divarında “adəm almasını” əmələ gətirən qalxanabənzər qığırdaq . Səs büküşləri 6-10 mm uzanır və 20-25 mm-ə qədər çatır. Bəzi hallarda qırtlağın orta hissəsində hiperemiyalaşma, səs büküşlərinin selikli qişasının kövşəkləşməsi, səs yarığının tam bağlanmaması mümkündür. Fonasiya zamanı səs yarığının arxa hissəsində uzadılmış üçbucaq formasında “mutasiyon üçbucaq” adlanan yarıq qalır. Bu dövrdə udlağın və dilin həcmi, artikulasiyon və mimiki əzələlərində nəzərə çarpan gərginlik müşahidə olunur (3).

Bu dövrdə akustik dəyişikliklər kəskin nəzərə çarpır. Yeniyetmələrin səsi qeyri stabil və dəyişkənliklə xarakterizə olunur. Səs tonu 1-1,5 oktava daxilində dəyişir, baş və döş registri növbələşir, səs diapazonu dəyişir, intonasiya məhdudlaşır. Elə təsəvvür yaranır ki, uşaq səsini idarə edə bilmir. Oğlan uşaqlarının 20-25%-də mutasiya səsinin sınıması kimi keçir.

Əksər hallarda isə səs ətrafdakılar və yeniyetmənin özü üçün nəzərə çarpmadan tədricən dəyişir. Bəzi hallarda səsdə yüngül xırıltı və əzginlik yaranır. Bir qədər sonra uşaq səs tembrini böyük səs tonu ilə əvəz olunur.

Postmutasiyon mərhələdə səs tam formalaşır, diapazon və tembrini əmələ gəlir. Bu mərhələ adətən bir neçə aydan iki ilə qədər çəkir və vokal sənəti ilə məşğul olanlar üçün vacib mərhələdir. Belə ki, səs hələ tam oturmayıb, möhkəmlənməyib, oxuma zamanı səs aparatı tez yorulur və artıq yüklənmə zamanı səsin sınıması baş verə bilər (6).

Sakit keçən mutasiya fizioloji prosesdir və sakit səs rejimindən başqa heç bir terapiyaya ehtiyac duyulmur. Mutasiya dövrünün uzanması patoloji mutasiya adlanır. Patoloji mutasiyanın səbəbləri xarici amillərin orqanizmə təsiri, akselerasiya, uşaqlarda vokal sənəti ilə məşğələlərin düzgün aparılmaması, psixo-emosional, sensor, hormonal amillərdir. Patoloji mutasiya zamanı yeniyetmə uşaq səsi ilə danışmağa davam edir, buda səsin zamanla xırıltılı olmasına keçir. Belə xəstələr danışan zaman qırtlaqda gərginlik hissindən, tez yorulmadan hətta boqazda ağrıdan şikayətlənirlər. Belə hal bir necə aydan bir necə ilə qədər davam edə bilər (1,2).

Müşahidələrimiz altında 5 il müddətində 13 xəstə olmuşdur. Bunların 3-ü qız 10-u oğlandır. Yaş hədləri 15-20 yaş arasında olmuşdur. Bunlardan 3 xəstə 15 yaşında, 2 xəstə 17 yaşında, 3 xəstə 18 yaşında, 2 xəstə 19 yaşında və 20 yaşında 1 xəstə müşahidəmiz altında olmuşlar.

Endoskopik müayinə zamanı səs büküşləri bir qədər qalınlaşmışdır, sərbəst kənarlarında hiperemiya müşahidə edilirdi.

Fonasiya zamanı səs telləri arasında 1 mm-ə qədər məsafə qeyd olunur. Bütün xəstələrdə laringoskopik mənzərə eyni cürdür.

Bu xəstələrə yalnız fonopedik məşğələlər təyin edilmişdir. Bura tənəffüs və səs hərəkətləri daxildir. Səs hərəkətləri sadə və qısa müddətli olmaqla xəstələrdə qırtlağın hərəkətinin adekvatlığının artırılmasına qırtlaq əzələlərinin sinergik və antoqonistlik mexanizminin fizioloji tənzimlənməsinə yönəldilməlidir. Tənəffüs hərəkətləri qırtlaq əzələlərində gərginliyin azalmasını, tənəffüs zamanı diafraqmanın tam hərəkətliliyini təmin etməlidir. Nəfəsvermənin uzanmasına gətirib çıxaran hərəkətlər, məsələn burunla nəfəsalmadan sonra yeniyetməyə təklif olunurki kar camitlərdən S-S-Ş, Ş-Ş-S, F-F-S, S-Ş-F səslərini uzadaraq tələffüs etsin. Fonopedik məşğələlərin əsas məqsədi səsin təbii rezanatorluğunu əmələ gətirmək, artikulyasiyada iştirak edən orqanları tam hərəkətliliyini təmin etməkdir.

Bütün xəstələrdə 1-ci məşğələnin sonunda laringoskopik mənzərənin dəyişməməsinə baxmayaraq, səslərinin yerinə otuzdurulmasında irəliləyiş olmuşdur. 1 xəstədə 1-ci məşğələdən sonra səs yerinə oturmuş, sonrakı məşğələlərə gəlməmiş, 2 aydan sonra təkrar müraciət etdikdə, səsi tam yerinə oturmuş, laringoskopiya fonasiya zamanı səs büküşlərinin sərbəst kənarındakı hiperemiya keçmişdir. Digər xəstələrdə 1-ci dəfədən səslərin otuzdurulmasına baxmayaraq səslərində bir qədər disfoniya qeyd olunmuşdur. Bunları nəzərə alaraq sonrakı məşğələlər 3 gündən bir aparılıb. Evdə xəstələrə individual olaraq məşğələnin təkrarlanması tövsiyyə edilmişdir. 10 gün sonra bütün xəstələrin səsləri tam yerinə oturmuşdur. Bir xəstədə isə laringoskopik mənzərə tam normallaşmağına baxmayaraq müəyyən psixo-emosional gərginlik zamanı səsinde disfoniya olduğu qeyd etmişdir.

Beləliklə, bizim təcrübəmiz onu göstərir ki 13 xəstənin səsinin patoloji mutasiyası zamanı dərman preparatlarından istifadə etmək lüzumsuzdur. Qırtlağın fonopedik məşğələsi böyük terapevtik effektə, xəstələrin səsinin tam otuzdurulmasına və oturmuş səsin davamlı olmasına təminat yaratmışdır.

1 ildən 5 ilə kimi müddətində apardığımız uzun müddətli müşahidələr zamanı xəstələrdə yenidən patoloji mutasiyon səs əmələ gəlməmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Hsiung M.W., Pai L, Wang H.W. Correlation between voice handicap index and voice laboratory measurements in dysphonic patients // Eur Arch. Otorinolaryngol. – 2002.- V/259. № 2 – p /97-109

2. Baker . J. Psychologenic voice disorders and traumatic stress experience : a discussion paper with two case reports // J.Voice.- 2003.-V.-17, № 3 –P.308-318
3. De Jing F.I., Corneils B.E., Wuyts F.L.et al. A psychological cascade model for persisting voice problems in teachers // Folia Phoniatr. Logoped. – 2003. – V.55, № 2 – P. 91-101
4. Платонова М.Л. Детский голос: принципы и методы развития и методы развития // Поволжский педагогический вестник. – 2014. № 4 (5).
5. Лаврова, Е.В. Логопедия. Основы фонопедии / Е.В.Лаврова.-М., 2007, с. 176.
6. Василенко, Ю.С. Голос. Фонологические аспекты / Ю.С. Василенко. – М.: Диалог, 2013

РЕЗЮМЕ

НАРУШЕНИЕ ГОЛОСА (ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МУТАЦИЯ) У ПОДРОСТКОВ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Шадлинская А.А., Гасымов А.В., Абилова Ф.А., Гусейнова М.А.,
Агалар С.А., Суджадинова А.Дж.

Учебно-хирургическая клиника Азербайджанского Медицинского Университета. Кафедра оториноларингологии. Баку.

Под нашим наблюдением в течении 5 лет находились 13 больных, среди них 3-е девочек и 10 мальчиков. Всем больным проведено лечение по поводу патологической мутации голоса (фонопедические упражнения). У одного больного после первого сеанса голос восстановился. У остальных больных фонопедические упражнения проводились 1 раз в 3 дня и дополнительно больные самостоятельно занимались дома.

В течение 10 дней у всех больных голос восстановился. Все больные в течении 5 лет находились под наблюдением и у всех больных дисфония не повторялась.

Ключевые слова: мутация, голос, фонопедия

SUMMARY

PATHOLOGIC MUTATION OF THE VOICE AND TREATMENT IN ADOLESCENTS

Shadlinskaya A.A., Gasimov A.V., Abilova F.A., Huseynova M.A., Agalar S.A.,
Sudjaddinova A.J.

Azerbaijan Medical University, Surgical Training Center, ENT department

In adolescence one of the most noticeable changes occurs in the development of the voice. The Pubertal Change of the Human Voice is Mutation

Voice change in adolescence is due to hormonal increases associated with sexual maturation. A major effect of these hormones is an increase in vocal fold length for both girls and boys and an increase in vocal fold thickness for boys. These changes lead to a lowering of both speaking and singing pitches. Vocal exercises can help adolescents deal with vocal change.

13 patients (3 girls-10 boys) have undergone treatment related to pathologic mutation of the voice. All patients have taken vocal exercises. While one of the patients recovered after having been given exercise only once, the other patients did the exercises once in three days and additionally exercised at home.

Throughout the course of treatment lasting for 10 days, the patients have recovered completely. Moreover, on laryngoscopic view, some slight changes that had been observed before the treatment disappeared.

All patients have been monitored for 1-5 years and no evidence has been found to back up a recurrence of dysphonia.

Key word: voice, mutation, vocal exercises

HIPOVİZ VƏZİNİN ORQANİZMDƏ BİOLOJİ REQULYATOR FƏALİYYƏTİ VƏ DİSFUNKSİYALARININ TƏZAHÜRÜ

Rüstəmov A.A.

Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi

Hipofiz vəzi tam şəkildə oval yaxud girdə lobya formasında olaraq kəllənin əsas sümüyündə türk yəhəri çuxurunda yerləşir. Beyinin həyat əhəmiyyətli fəaliyyətində həlledici amil olduğundan bunu beyin artımı vəzi də adlandırırlar. Nazik qıfa bənzər törəmə ilə qabıqaltı nüvənin boz qabarı ilə funksional əlaqədə olur.

Yeni doğulmuşlarda vəzin çəkisi 0,1-0,15 qr olur, on yaşında artaraq 0,3 qrama çatır. Cinsi dəyişkənlik dövründə kütləsi artaraq böyüklərdəki olan 0,35-0,65 qrama çatır, vaginal ölçüsü 5-10 mm, köndələn ölçüsü 12-15 mm və şaquli ölçüsü 6-7 mm-dir.

Strukturu: hipoviz vəzi bir-birindən rənglərinə görə aydın fərqlənən aşağıdakı paylardan ibarətdir.

1)Ön pay buna vəzli adenopayda deyilir.

2)Arxa sinir payı- Ön payın yuxarı baş seqmentiv hissəsi adlanır və damarlarla geniş vaskuliraziya olduğu üçün açıq çəhrayı rəngdə görünür. Arxa paya keçən seqmenti isə ara hissə adlanır. Vəzli ön payda bunlardan başqa vəzə yaxın distal hissə və periferik udlaq hissə də ayırd edilir. Vəzin arxa payı sinir elementləri ilə zəngin olduğundan boz-sarı rəngdə görünür.

Hipoviz vəzi xaricdən beyinin sərt qişasının davamı olaraq türk yəhərini örtən lifli fibroz kapsula ilə əhatə olunmuşdur.

Vəzin ön parenximası nazik birləşdirici toxumadan təşkil olunmuş qan və limfa damarları ilə zəngin olan tordan təşkil olunub. Torun artmaları arasında rəngsiz dənəli baş hüceyrələr və rəngli xromatin hüceyrələr yerləşmişdir.

Arxa payın parenximası uzun çıxıntılı və böyük sinir liflərindən təşkil olunmuş neyroqliyadan ibarətdir ki, sinir lifləri arasında yaşıl rəngli pigment hüceyrələri yerləşmişdir. Vəzin aralıq hissəsinin daxili çoxçixıntılı bazofil hüceyrələrindən təşkil olunmuşdur. Hüceyrələrin çıxıntılı arasında müəyyən boşluqlar mövcuddur ki, bura kaloid maddə ilə zəngin olur. Bundan əlavə arxa paydan sinir lifləri gələrək paylar arasında informatik əlaqə yaradır. Yaşlı insanlarda ara pay reduksiya olunaraq rudiment halında qalır [3].

Hipoviz vəzi mənşəyinə görə iki mənbədən inkişaf edir. Birinci mənbə udlaq zarının önündən ekdodermol kisəcik şəkildə, ikincisi isə ağız boşluğunun arxa divarından ekdodermol epitelindən formalaşır. Beləliklə, hipoviz vəzi inkişaf mexanizminə görə heterogen üzv hesab olunur. Formalaşmış hipoviz mayası metamorfozaya uğrayaraq tədricən beyinin üçüncü mədəciyinin dibinə yaxınlaşır. Hamilələyin üçüncü aylığında içərisi kaloid maddəsi ilə zəngin olan kisəcik reduksiya olunaraq yerində vəzin ön payı yaranır [5].

Vəzin arxa payı isə üçüncü mədəciyin dibinə daxil olan maya kisəciyindən inkişaf edir. Vəzin vaskulirizasiyası-arteriyasından ayrılan şaxələrdən formalaşmış beyinin qan dövrəni həlqəsindən sərt qişaya gedən damarlardan vəzə gələn qanla təmin olunur. Kapilyarlar anostomozlaşaraq ön və arxa payları qidalandırır. Venoz qan isə mağaralı cismin qanına toplanaraq baş beyinin böyük venasına açılır. Limfa isə hüceyrəarası boşluqları toplanaraq hörümçək torunabənzər qişaltı boşluğa axır.

Vəzin innervasiyasına gəldikdə ön payı daxili yuxu kələfindən ayrılan simpatik sinir lifləri ilə sekretor və vazomotor fəaliyyətləri ilə yerinə yetirir. Arxa payı isə görmə sinirinin çarpazı üstündəki görmə qabaraltı nüvələrdən və hörümçək toru qişası kələfindən gələn simpatik sinir lifləri ilə təmin olunur.

Vəzin anatomik parenximatoz morfoloqiyasını nəzərdən keçirdikdə onun beyin qişaları ilə görmə qabarı ilə beyin daxili mədəciklər onun qan limfa mayesi və sinir şəbəkəsi kimpakt rabitədə olduğu nəzərə çarpır [4]. Bu vəzin insan orqanlarının neyro, hərəki və sekretor fəaliyyətlərində müstəsna rol oynadığına dəlalət edir.

Hipoviz vəzi orqanizmin orqanlarının fəaliyyətini tənzimləmək məqsədi ilə onun payları bir neçə hormonlar ifraz edirlər. Vəzin ön payı tərəfindən somatotrop, qonadotrop, adrenokortikotrop, pankreatrop və mammatrop hormonları hasil edərək qana ötürürlər. Somatotrop hormonu-sümüklərdə osteosid hüceyrələrinin fəaliyyətini reqlə edərək, sümüyün uzununa inkişafını təmin etməklə skeletin formalaşmasına və vücudun boyatma prosesini təmin edir [6].

Qonadotrop hormon-canlılarda cinsiyyət üzvlərinin androgen və esterogen hormonlarının inkişafını təmin edərək birincili və ikincili cinsi əlamətlərinin differensiasiyasını formalaşdırır. Qadınlarda isə prolan hormonu adı altında yumurtalığın follekullarının fəaliyyətini nizamlayaraq, sarı cismin inkişafını yetkinləşdirir. Bu səbəbdən həkimlər qadınlarda menustural tsiklin pozulması zamanı prolanın təyini məsləhət görürlər. Bəzən də qadın sonsuzluğu zamanı da ginekoloqlar çox çətin vəziyyətlərdə hipoviz vəzinin fəaliyyətini də qiymətləndirməyi tövsiyə edirlər [2]. Bəzi tədqiqat vasitələri göstərmişdir ki, kişilərdə yumurtalığın, toxumluğun genezində də qonadotrop hormonunun nəzərə çarpacaq rolu olur. Hipoviz vəzinin önpayı tərəfindən qalxanabənzər vəzin hormonol və sekretor funksiyasını tənzimləyən tireotrap hormonu da hasil olunur. Bu hormon qalxanabənzər vəzin parenximasında yerləşən epiteliol və follekulyar vəzilərinin fəaliyyətini stimula edərək, kolloid maddənin və tireoidin hormonunun çatışmazlığı nəticəsində insanlarda hipoviz vəzi hipertrioz simptomu kompleksləri formalaşır ki, nəticədə əsəb sisteminin də daxili orqanlarda və cinsiyyət sistemi üzvlərdə fəsadlı gedishə malik olan patoloji proseslər formalaşır.

Vəzin ön payından pankreas vəzisinin fəaliyyətini tənzim edən pankreatrop hormonu da ifraz olunur. Məlumdur ki, mədəaltı vəzi həm ekskretor, həm də inkretor ikili vəzifəli vəzlər qrupuna aiddir.

Ekskretor funksiyası onunla şərtlənir ki, həzm sistemində fermentativ prosesləri həyata keçirərək pankreas şirəsini ifraz edir. Bu şirənin tərkibində züllaları amin turşulara qədər parçalayan proteolitik fermentlərdən protoeza və amilaza fermentləri mövcuddur. Bunlar çatışmayanda qida məhsullarının yarımçıq komponentləri qana sorularaq, bağırsaqlarda dispeptid pozğunluqlara gətirib çıxarır. Nəticədə bağırsaqlarda qazın toplanması, metiorizm defekasiya aktının ya ləngiməsi (qəbizlik) ya da tezləşməsi (ishal) baş verir.

Qida maddələrinin tərkibindəki lipidlərin həzmini normallaşdırmaq məqsədi ilə pankreas şirəsinin tərkibində lipaza adlı fermentdə mövcuddur. Bu yağları doymamış yağ turşularına qədər ayıraraq həzm mübadiləsini yaxşılaşdırır. Bunlardan başqa qidanın tərkibindəki karbohidratların bağırsaqlarda monosaxaridlər şəklində sorulmasını təmin etmək üçün saxaroza fermentində ifraz olunur. Pankreas vəzi ekskretor funksiyadan başqa inkretor fəaliyyət göstərir. Belə ki, vəzin B hüceyrələri tərəfindən bilavasitə qana insulin hormonu ötürülür ki, bu da qanda qlükozanın miqdarını normallaşdıraraq şəkərli diabedin baş verməsinin qarşısını alır. Eyni

zamanda bağırsağın ekologiyasını normallaşdıran elastaza fermenti ifraz edir ki, nəticədə disbakteriozun qarşısı alınır. Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin funksiyasını stimule etmək məqsədilə hipoviz vəzi tərəfindən adrenokortikotrop hormonu da ifraz olunur. Bunun təsiri altında böyrəküstü təsiri altında böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin adrenolin, noradrenalin və kortikosteroidlərin ifrazı tənzim olunur. Nəticədə qeyri-endokrin vəzlərin sekretor fəaliyyətləri damar sinir tonusları adi halda fəaliyyət göstərirlər.

Hipoviz vəzin ən ümdə funksiyalarından biri də süd vəzilərinin fəaliyyətini tənzim edən mamamtrop hormonunun ifraz etməsidir. Bu hormonun təsiri altında hamiləliyin axırına yaxın süd vəziləri inkişaf edərək, doğuşdan sonra laktasiya prosesi baş verir. Südün ifrazını isə bir yaşına qədər uşağın qidalanmasını təmin etmək üçün prolaktin fermenti həyata keçirir [1].

Hipoviz vəzinin arxa lobar hissəsindən pituitrin, (antidiuretik) hormon ifraz olunur. Bu hormon böyrək kanalcıqlarından mineral maddələrin və mayenin reabsorpsiyasını təmin edir. Bu hormonunun defisiti nəticəsində uşaqlarda gecə sidiyin saxlanmaması, baş verir ki, bu da enkres xəstəliyi adlanır. Böyüklərdə isə böyrək ləyənində duz kristallarının yığılması baş verir. Pituitrin simpatik sinir sistemi vasitəsilə uşaqlığın sayə əzələlərinin və sidik kisəsinin oyanmasını təmin edərək fizioloji proseslərin normal getməsinə də şərait yaradır. Vazonevral sinapslara təsir edərək, damarların arterial kapilyarlarının təqəllüsünü artıraraq onların tonusunu normal saxlayır. Hipovizin arxa payındakı sinir hüceyrələrindən görmə qabaraltı sahənin aksonları ilə qıf vasitəsilə rabitədə olaraq gözün damarlı qişasının sekretor fəaliyyətini tənzim edir. Nəticədə göz yaşı ifrazı və gözün daxili təzyiqi nizamlanır. Hipovizin orqanizmin həyat fəaliyyətini kompensasiya etməsi, onun paylarında olan dəyişikliklər nəticəsində pozula bilər. Nəticədə bir neçə patoloji vəziyyətlər formalaşa bilər. Bunlar vəzin hiperfunksiyası ilə əlaqələndirilir.

Vəzin hipofunksiyası zamanı orqanizmin yaş dövrlərindən asılı olaraq boyun inkişafdan qalması, vegetativ sinir pozğunluqları oliqofreniya cinsi əlamətlərin zəif inkişafı və ətrafların uzununa böyüməsinin ləngiməsi aiddir. Vəzin hiperfunksiyası ilə əlaqədar olaraq, uşaqlarda və gənclərdə piy toxumasının artıq inkişafı nəticəsində bədən kütləsinin artması müşahidə olunur ki, buna paratrofiya deyilir. Yaşlı insanlarda isə ətraf sümüklərinin və üz-çənə sümüklərinin böyüməsi nəticəsində bədəndə deformasiyalar əmələ gəlir ki, təbabətdə bu hala akromeqaliya deyilir.

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq hipoviz vəzinin dəyişikliklərinin vaxtında aşkar edib adekvat tədbirlər görməyi tövsiyə olunur. Müasir dövrdə ümumiyyətlə beyinin morfoloqiyasını maqnit rezonans tomoqrafiya metodu ilə hərtərəfli öyrənilir.

ƏDƏBİYYAT- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Смирнов В. М. Нормальная физиология. Издательство «Медицинское Информационное Агентство». 2007 г.
2. Эндокринология. В 2 томах. Том 1. Заболевания гипофиза, щитовидной железы и надпочечников. - М.: СпецЛит, 2011. - 400 с.
3. Jesse, Russell Гипофиз / Jesse Russell. - М.: VSD, 2012. - 817 с.
4. Попов, Н. А. Опухоли гипофиза и гипофизарной области: М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014. - 216 с.
5. Данилов, А.А. Новые данные к физиологии гипофиза. Роль гипофиза в осуществлении эффектов болевых раздражений и в деятельности нервной системы /- Москва: СПб. [и др.] : Питер, 2015. - 979 с.
6. Цондек, Бернгард Гормоны яичника и передней доли гипофиза. - М.: Государственное издательство колхозной и совхозной литературы, 2016. - 428 с.

РЕЗЮМЕ

ГИПОФИЗ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГУЛЯТОР В ОРГАНИЗМЕ И ПРОЯВЛЕНИЕ ЕГО ДИСФУНКЦИИ

Рустамов А.А.

Научно-исследовательский центр Азербайджанского Государственного Медицинского Университета

Гипофиз, являющийся отростком мозга состоит из передней и задней доли. Вес гипофиза у новорожденных составляет 0.1 гр, у взрослых 0.35-0.65 гр. Развивается из эпителия крыши ротовой полости, имеющей эктодермальное происхождение. Гипофиз играет исключительную роль в нейронной, двигательной и секреторной деятельности человека. Для этого регулирующие организм гормоны передаются долями гипофиза гематогенным путем в целевые органы.

- 1) Соматотропный гормон регулирует рост организма
- 2) Гонадотропный гормон обеспечивает деятельность половых органов
- 3) Адренкортикотропный гормон, регулируя функцию коркового вещества надпочечников, обеспечивает синтез кортикостероидов.
- 4) Панкреотропный гормон, увеличивая синтез инсулинового гормона, который обеспечивает функцию Б клеток в лангерханс островке поджелудочной железы, регулирует обмен углеводов.
- 5) Мамматропный гормон нормализует деятельность молочных желез и обеспечивает рост и развитие новорожденного.

SUMMARY

PITUITARY BODY AS A BIOLOGICAL REGULATOR IN THE BODY AND MANIFESTATION OF ITS DYSFUNCTION

Rustamov A.A.

Scientific-Research Center of Azerbaijan Medical University

The pituitary gland, which is the process of the brain, consists of the anterior and posterior lobes. The weight of the pituitary gland in newborns is 0.1 g, in adults 0.35-0.65 g. It develops from the epithelium of the roof of the oral cavity, which has an ectodermal origin. The pituitary gland plays an exceptional role in the neuronal, motor and secretory activities of a person. For this, the hormones regulating the body are transferred by the hepatic lobe to the target organs by the hematogenous way.

- 1) Growth hormone regulates body height
- 2) Gonadotropic hormone ensures the activity of genital organs
- 3) Adrenocorticotrophic hormone, regulating the function of the adrenal cortex, provides the synthesis of corticosteroids.
- 4) Pancreatropic hormone, increasing the synthesis of insulin hormone, which provides the function of B cells in the langerhans islet of the pancreas, regulates the metabolism of carbohydrates.
- 5) Mammathropic hormone normalizes the activity of the mammary glands and ensures the growth and development of the newborn.

MAQNEZIUM MİKROELEMENTİNİN QADIN ORQANİZMİNDƏ ƏHƏMİYYƏTİ

Cəfərova T.F., Mürsəlova S.Ə., Xudiyeva A.N., Qocayeva A.Ə.

Azərbaycan Tibb Universiteti, 1 məmaliq və ginekologiya kafedrası

Maqnezium –öz miqdarına görə hüceyrədə kaliumdan sonra ikinci yer tutan mühüm mikroelementlərdən biri olub, mitoz və meyoza proseslərində DNT stabilləşməsində və 300-dən çox fermentin-kreatinkinazanın, adeniatsiklazanın, fosfofruktokinazanın, K-Na- ATF-azanın, zülal sintezi fermentlərinin, qlikolizin, transmembran ionların aktivləşməsində vacib rol oynayır [1].

Maqnezium-sinir-əzələ oyanıqlığı proseslərində aktiv iştirak edərək orqanizmin termorequlyasiyasına təsir göstərir[2,3,6].

Maqnezium karbohidrat, zülal və lipid mübadiləsində, nuklein turşuların sintezində əvəzolunmazdır, hal-hazırda 600-ə yaxın maqnezium-asılı zülalın olması bəllidir. Bu mikroelement sinir və ürək-damar sistemlərinin normal funksiyasının saxlanılmasında iştirak edir; cərəyan oyanıqlığına malik olan toxumalarda kalsium və natrium ionlarının membran nəqlinin proseslərində xüsusən əhəmiyyətlidir, defisiti isə membranların destabilizasiyasına səbəb olur[6,9,12].

Maqnezium kalsiumun fizioloji antaqonisti olaraq əzələ liflərinin boşalmasında iştirak edir. Maqneziumun osteogenezdə də rolu əhəmiyyətlidir, belə ki, onun təsiri nəticəsində sümüklərdə normal kalsium səviyyəsi saxlanılır, eyni zamanda kalsiumun yenilənməsi baş verir, artıq miqdarda itirilməsinin qarşısı alınır və sümük toxumasındakı energetik proseslərin stabilləşməsi yaranır[4,5].

Təyin olunmuşdur ki, bəzi maqnezium-asılı olan osteogenez zülalları fibroblastların böyümə faktorlarını bağlayaraq fosfatidilinozitol trifosfat molekulunun sintezinin başlanğıcına təkan verirlər[4,7,8].

Maqneziumun defisitinin əsas vacib səbəbləri:

1. Maqneziumun aşağı miqdarda istifadəsi: “sivil qıdada” azalması, pəhriz kursları, alkoqolizm, Mg-immun parenteral qidalanmada aşağı miqdarı.

2. Zəifləmiş bağırsağ reabsorbsiyası: uzunmüddətli diareya, sorulmanın pozulması sindromu, iltihabi enteropatiyalar (bağırsağın rezeksiyasından sonra), zülalla zəngin qıdanın artıq istifadəsi səbəbindən kalsiumun azalmış rezorbsiyası, qıdada yüksək miqdarda yağların olması.

3. Maqneziuma yüksək ehtiyacın olması: hamiləlik və laktasiya dövrü, artmış fizioloji aktivlik (tərləmə), böyümə dövrü, sağalma dövrü, stress.

4. Maqneziumun bədənə artmış dərəcədə çıxarılması: mədə-bağırsağ pozulmaları, qəbizlik ələhinə vasitələrdən artıq dərəcədə istifadə, böyrək xəstəlikləri-nefrotik sindrom, Barter sindromu, duzların renal yolla artmış ifrazı, böyrək asidozu, xronik alkoqolizm, şəkərli diabet, diuretik və sitostatik terapiya, vərəmələhinə preparatlar.

5. Endokrin pozulmalar: hipertireoidizm, hiperparatireoidizm.

Bir çox müəlliflərin qeyd etdiyinə əsasən hal-hazırda müxtəlif xəstəlikləri və sindromları olan şəxslər arasında maqnezium –defisitli vəziyyətlərin yayılması artmışdır, bu da onun bilavasitə endotelial disfunksiya, apoptozun pozulması, metabolik və hipertenziv sindromlar, birləşdirici toxumanın patologiyası, hamiləlik,

aybaşığıbağı və klimakterik sindromlar, immunitet problemləri ilə bağlı olduğunu göstərir[2, 10, 11, 12].

Maqnezium defisitinin klinik təzahürləri demək olar ki, bütün orqan və sistemlərdə özünü göstərir[6, 13, 16].

Nəzərə çarpan maqnezium defisitində aritmiyaların inkişafı, qan laxtalanma sistemində pozulmalar, xolesterin səviyyəsinin artması və aterosklerozun progressivləşməsi, baş ağrıları, əmək və zehni fəaliyyətin məhdudlaşması, əsəbiliyin və depressiyanın inkişafı mümkündür, bronxospastik vəziyyətlərin dərinləşməsi, osteoporozun kəskinləşməsi, immun sistemin fəaliyyətinin pozulması, sidik daşı xəstəliyinin progressivləşməsi qeyd olunur[11, 14, 16].

Hamiləlik dövründə maqneziuma ehtiyac 2-3 dəfə artır, bu da uşaqlıq çəkisinin 100-dən 1000 q qədər, süd vəzilərinin, eritrositlərin miqdarının 20-30% artması səbəbindən qanın ümumi kütləsinin artımı, estrogenlərin və aldosteronun yüksək miqdarı ilə izah olunur [8, 13, 17].

Qadın orqanizminin bu elementlə lazımı qədər təmin olunması dölün sağlam inkişafının və doğuşun normal bitməsinin vacib amillərindəndir. Ciftə maqneziumun miqdarı çox yüksək dərəcədə olur, belə ki, burada sintez olunan 150 zülal və hormonlardan 70 % maqnezium –asılıdırlar [8, 11, 15].

Hamilə qadının maqneziuma olan tələbatı orqanizmə daxil olan miqdardan qat-qat artıqdır və bu amil də hamiləliyi hipomaqniyemiyanın fizioloji modeli kimi nəzərdən keçirməyə səbəb olur [8, 12].

Hamiləlik dövründəki maqnezium defisiti həm ana, həm də döl tərəfindən fəsadlar yarada bilər: embrionun implantasiyasının pozulması, ciftin inkişaf anomaliyaları və kalsinozu(maqnezium defisiti şəraitində kalsium mübadiləsinin pozulması), hamiləliyin uzunmüddətli pozulma təhlükəsi, vaxtından əvvəl doğuş, simfizopatiyalar və simfizit, preeklampsiya və eklampsiya. Hamiləlik dövründə maqnezium defisitinin ən geniş yayılmış əlamətlərinə baldır əzələlərinin qıcolmaları, titrəmə, sidik spazmı, uşaqlığın artmış tonusu, arterial hipertoniya aiddirlər [8, 13, 17].

Maqneziumun qeyri-üzvi duzlarının hamiləliyin prolonqasiyasında və preeklampsiyanın kompleks terapiyasında istifadəsi yaxşı bəllidir. Lakin onların tətbiqi bir sıra ciddi və təhlükəli ağırlaşmalarla, o cümlədən istilik gəlmələr, ürək bulanma, baş ağrıları, bradikardiya, yenidoğulmuşda beyinin zədələnməsi kimi əlamətlərlə müşahidə olunur. Qeyri-üzvi duzlar və maqnezium oksidi mədə-bağırsaqda pis sorulur və dispepsiya yaradırlar [7, 8, 14, 16].

Hal-hazırda xronik maqnezium defisitinin və hamiləliyin ağırlaşmalarının uzunmüddətli profilaktikası üçün peros maqneziumun üzvi birləşmələri tətbiq olunur, bunlar daha yaxşı mənimsənilir, xəstələrdə mədə-bağırsaq və başqa sistemlərdə kənar effektlər yaratmır [8, 12, 17, 18].

Maqnezium preparatları müxtəlif ginekoloji patologiyaların müalicəsində öz geniş istifadə imkanlarını göstərmişlər: psixo-emosional gərginliklə keçən aybaşı qabağı sindrom (depressiya, əsəbilik, ödemlər, süd vəzilərinin gərginləşməsi, ağrılar). Bu preparatların ən geniş yayılmışlarından hal-hazırda biri də Magnelex-dir. Preparat kapsul şəklində (bir bağlamada 30 kapsul) buraxılır. Preparatın 1 kapsulunun tərkibində Maqnezium qlisinat xelat – 680 mq miqdardadır, bu isə 100 mq elementar maqneziuma (Mg^{2+}) ekvivalentdir; piridoksin hidroxlorid – 10 mq. miqdarındadır.

İstifadə qaydası: böyüklərdə 1 kapsuldan gündə 1-2 dəfə yemək zamanı su ilə qəbul etmək lazımdır; minimal müalicə müddəti 1-2 aydır.

Nəzərə alsaq ki, maqnezium-defisitli vəziyyətlər iltihabələhinə sitokinlərin artmış sintezi ilə (İL-2, İL-4, İL-5, İL-6, İL-10, İL-12, İL-13, FHO-) səciyyələnir, maqnezium preparatlarının cinsiyyət üzvlərinin patologiyasının kompleks terapiyasında istifadəsi əsaslanmış olur [8, 13, 14, 18].

Genital üzvlərin prolapsı olan pasientlərdə, operativ müdaxilədən sonra residivlərin profilaktikasında maqnezium preparatının istifadəsi çox vacib amillər-dəndir.

Aybaşı və reproduktiv funksiyaların pozulmalarının progressivləşən piylənmə fonunda ən geniş yayılmış səbəblərindən biri metabolik sindromdur, bunun təzahürlərindən biri də polikistoz yumurtalıqlar sindromudur.[5, 10, 16].

Metabolik sindromlu pasientlərdə hipomenstural sindrom tipli amenoreya, sonsuzluq, düşüklər, artıq tüklənmə, piylənmə əlamətləri ilə müşayiət olunan pozulmalar qeyd olunur.[7, 9, 13].

Bəllidir ki, maqnezium qlükozanın adekvat istifadəsi və insulinə siqnalların ötürülməsində vacib rol oynayır. Metabolik sindromun təzahürü, o cümlədən insulinin səviyyəsi maqneziumun qida ilə qəbuluna tərs mütənasiblikdir. Insulindən asılı şəkərli diabet uzun müddətli maqneziumun defisiti ilə bağlı metabolik pozulmaların nəticəsidir. Diabetli qadınlarda qanın zərdbasında maqneziumun səviyyəsi qanda lipidlərin miqdarı və pasiyentin piy toxumasının kütləsi ilə mənfi korrelyasiya təşkil edir.[4, 6, 16, 17].

Bu pozulmaların erkən formalaşma mərhələsində pasiyentlərdə yaranan asteniya artıq mövcud olan metabolik prosesləri daha da kəskinləşdirir. Metabolik sindromlu qadınlarda müalicənin əsas amili-pəhriz tədbirləridir.[14, 15, 17].

Pəhrizin seçimində maqneziumun qida ərzaqlarında miqdarı və onun mənimsənilmə dərəcəsi nəzərə alınmalıdır. Lakin dərin maqnezium defisitinin korreksiyası pəhriz ilə kifayətlənmir, burada maqnezium preparatı istifadəsinə ehtiyac yaranır. Hal-hazırda təyin olunmuşdur ki, klimakterik sindromun əlamətləri-istigəlmələr və gecə tərləməsi, bədəndə və başda təzyiqli hissi, əzələ və oynaq ağrıları, paresteziyalar, baş ağrıları, baş gicəllənmələr, halsızlıq, taxikardiya, ayaqlarda və əllərdə hissiyatın itirilməsi və s.maqnezium çatışmazlığı simptomları ilə uyğundur. Bunlar hamısı qadın həyatının bu dövründə orqanizmə maqnezium “dotasiyasının” zəruriliyinin əlamətləridir. Şübhəsiz ki, maqnezium osteoporozun inkişafına əks-təsir olaraq sümük toxumasının normal funksiyasına, mineral sıxlığına müsbət təsir göstərəcəkdir, belə ki, maqnezium kalsiumun yönləndiyi matrisanı qoruyur.[5, 17, 18].

Beləliklə, maqnezium defisiti problemi mamalıq və ginekologiyada aktualdır. Maqneziumun xronik defisiti bəzən hamiləliyin ciddi ağırlaşmalarına səbəb olur və maqnezium preparatlarının qəbulu ilə kompensasiya olunmalıdır.

Peroral maqnezium preparatlarının qəbulu hamilələrdə bu elementin defisiti kompensasiya edir, hamiləliyin pozulması və preeklampsiya təhlükəsini azaldır, hestasion diabet və piylənmənin profilaktikasında vacib rol oynayır.

Maqnezium birləşmələrinin metabolik sindromun, polikistoz yumurtalıqlar sindromunun, birləşdirici toxuma displaziyasının, aybaşıqabağı və klimakterik sindromları olan qadınlarda kompleks müalicəsində istifadəsi mühümdür.

Maqnezium defisitinin yüngül formalarının vaxtaşırı optimal korreksiyası, ağırlaşmaların isə aktiv profilaktikası mamalıq və ginekologiyanın mühüm vəzifələrindən biri olaraq qalır.

ƏDƏBİYYAT- LİTERATURA – REFERENCES:

1. Спасов А. А. Магний в медицинской практике. Волгоград, 2000. 272с.
2. Barbagallo M., Belvedere M., Dominguez L. J. Magnesium homeostasis and aging / *Magnes. Res.* 2009. Vol. 22.(4). P. 235–46.
3. Лечение оротатом магния. Научный обзор. М.: Медпрактика-М, 2003. 28 с..
4. Mazur A., Maier J. A., Rock E. et al. Magnesium and the inflammatory response: potential physiopathological implications // *Arch Biochem Biophys.* 2007; 458 (1): 48–56.
5. Classen H. G. Magnesium orotate-experimental and clinical evidence // *Rom. J. Intern. Med.* 2004. Vol. 42 (3): P. 491–501.
6. Killilea D. W., Maier J. A. M. A connection between magnesium deficiency and aging: new insights from cellular studies // *Magnesium Research.* 2008. № 21 (2). P. 77–82.
7. Guerrero-Romero F., Rodriguez-Moran M. Hypomagnesemia, oxidative stress, inflammation, and metabolic syndrome // *Diabetes Metab. Res. Rev.* 2006. Vol. 22 (6). P. 471–476.
8. Буданов П. В. Лечение предменструального синдрома: современные представления и перспективы 2012. № 10. № 2–3. С. 34–37.
9. Кошелева Н. Г., Аржанова О. Н., Плужникова Т. А. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. СПб; 2003. 70 с.
10. Мубаракшина О. А. Особенности применения препаратов магния беременными женщинами // *Фарматека.* 2013. № 18. С. 2–5
11. Чекман И. С., Горчакова Н. А., Николай С. Л. Магний в медицине. Кишинев. 101 с.
12. Дадак К. Дефицит магния в акушерстве и гинекологии // *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2013; 2: 6–14.
13. Young G. L., Jewell D. Interventions for leg cramps in pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002 (1). CD000121.
14. Применение Магнерота в акушерской практике: инструктивное письмо Российского общества акушеров-гинекологов для врачей общей практики № 97 от 09.06.2006 г.
15. Ueshima K. Magnesium and ischemic heart disease: a review of epidemiological, experimental, and clinical evidences // *Magnes. Res.* 2005. № 18 (4):P. 275–84.
16. King D. E. Inflammation and elevation of C-reactive protein: does magnesium play a key role? // *Magnes. Res.* 2009. № 22 (2). P. 9–57.
17. Rodriguez-Moran M., Guerrero-Romero F., Serum magnesium and C-reactive protein levels. *Arch. Dis.Child* 2008; 93(8): 676-80.
18. Rayssiguier Y., Mazur A. Magnesium and inflammation: lessons from animal models *Clin.Calsium.*2005; 15(2): 245-8.

Daxil olub: 17.12.2018.

BALDIRIN PLASTİKİ VƏ REKONSTRUKTİV CƏRRAHIYYƏSİ ZAMANI NEVRAL ADA DİLİMİNDƏ TOXUMA GENİŞLƏNDİRİCİSİNDƏN İSTİFADƏ İMKANLARI

Abdullayev E.N.

HB GUVEN KLINIKASI, Baki.

Toxuma genişləndirilməsi kutanat toxuma ilə təmin etmə və optimal rəng uyğunluğuna görə rekonstruktiv cərrahiyyədə kompleks yaraların qapadılmasını təmin edir. Toxuma genişləndirilməsinin texniki əsasları distraksiya osteogenezinə əsaslanır. Sümüyə tətbiq edilən mexaniki təzyiğin sümük toxumasında uzanmaya səbəb olması fikri sonrakı illərdə Puttinin yumşaq toxumaya sabit gərilmə tətbiq edərək eyni təsir göstərə biləcəyi nəticəsinə gəlmişdir. Genişlənən implantı ilk dəfə tətbiq edən cərrah Neuman olmuşdur. 1957-ci ildə travmatik qulaq zədələnməsi zamanı preavrikulyar nahiyədə toxumanı genişləndirmək üçün lateks balondan istifadə etmişdir. 20 il boyunca populyarlıq qazana bilməyən bu üsul 1976-cı ildə Radovan tərəfindən internal girəcəyi olan alət düzəldərək ondan döş rekonstruksiyasında istifadə etməsilə populyarlıq əldə etmişdir. 1982-ci ildə AUSTAD şişirdilə bilən cərrahi alət düzəltməklə toxuma genişləndirilməsi sahəsində yeri cığır açmışdır [1, 5, 12].

Toxuma genişləndirilməsi dinamik hadisədir. Dəriyə tətbiq edilən mexaniki qüvvə ilə əlaqədar olaraq, bioloji və mexaniki dəyişikliklər meydana gəlir. Tətbiq

edilən mexaniki təzyiqlə əlaqədar olaraq, hüceyrələr uzanır, Gap birləşmələrdə pozulma, hüceyrələrdə çoxalma baş verir. Epidermisdə ciddi şəkildə qalınlaşma müşahidə edilir. Bu təsir bir neçə ay davam etməsinə baxmayaraq, adətən 4-6 həftə içərisində epidermin qalınlığı öz başlanğıc səviyyəsinə qaydır. Toxuma genişləndirmə dövründə melanositar aktivlik artsa da rekonstruksiya yekunlaşdıqdan bir neçə ay sonra normal səviyyəyə qaydır. Dermada ciddi şəkildə nazıqlaşma müşahidə edilir və müdaxilənin başlanğıcındakı ilk bir neçə həftədə bu daha çox nəzərə çarpır. Bu vəziyyət toxuma genişləndirilməsi tamamlandıqdan sonra ən azı 36 həftə boyunca davam edir. Toxuma genişləndirmə dövründə impant ətrafında sıx fibroz kapsul əmələ gəlir. Genişləndirmə müddətinin ikinci ayında kapsulun qalınlığı maksimuma çatır və genişlənmə müddətinin ilk 3 ayında kapsulda kollagen sayında artma və düzülüşlərində dəyişikliklər müşahidə olunduğu halda hüceyrəvi komponentlərdə azalma müşahidə edilir. Kapsul toxumasındaki fibroblastlarda mitoz aktivlik toxuma genişləndirilməsinə başlandıqdan 96 saat sonra maksimuma çatır. Bu mərhələdən sonra tətbiq ediləcək sabit təzyiq mitoz aktivlikdə progressiv azalmaya səbəb olacaqdır. İcra edilmiş tədqiqatlar genişləndirilmiş toxumanın dermasında kollagen sayında kəmiyyət artımı müşahidə edilsə də dermo-epidermal və subkutanal-kapsul aralığında müdaxilədən sonra tip-1 və tip-3 kollagen səviyyələrində ciddi dəyişikliklərin olmadığını göstərmişdir [2, 3].

Genişləndirilmiş toxumalarda vaskulyar endotelial boyumə amili (VEGF) ifraz edən hüceyrələrin sayında artım qeydə alınmışdır. Cherry və əməkdaşları icra etdikləri tədqiqatda genişləndirilmiş dilimin genişləndirilməmiş toxuma ilə müqayisədə damarlanması, damar sayı və ölçülərinin daha çox olduğunu müşahidə etmişlər [1].

Molekulyar səviyyədə tədqiq edildikdə genişləndirilməyə cavab olaraq, böyümə amilləri, hormonlar, sitoskeletal elementlər, adheziya molekulları, nəqlədiçi siqnal zülalları həmin sahəyə ifraz edilir.

Forma və şişirilmə şəklinə görə bir neçə növ toxuma genişləndiricisi vardır. Formasına görə ən çox istifadə edilənlər yumru və düzbucaqlı genişləndiricilərdir. Donor sahədə köpək qulağı əlamətini azaltmaq üçün ayparaşəkilli modellər hazırlansa da onların istifadəsi məhduddur. Həcimlərinə görə dairəvi toxuma genişləndiriciləri 100-1000 ml, düzbucaqlı formalılar isə 100-2000 ml arasında tərəddüd edirlər. Tələbatdan asılı olaraq, daha böyük həcmə malik toxuma genişləndiricilər təşkil edilə bilər [3, 4].

Klapan girişinin strukturuna görə toxuma genişləndiriciləri 2 əsas qrupa ayrılır: birləşmiş və uzaqdan silikon boru ilə birləşmiş olanlar. Birləşmiş girişli genişləndiricilərin üstünlüyü toxumaya yerləşdirilmə zamanı tək bir kəsiyin kifayət etməsidir. Bu genişləndiricinin əsas çatışmazlığı protezin şişirdilməsi zamanı iynənin səhv istiqamətdə yerləşdiriləcəyi halda toxuma genişləndiricisinin yırtıla bilmə ehtimalıdır. Uzaqdan daxili girişli toxuma genişləndiricilərində bu tip ağırlaşmalara çox nadir hallarda rast gəlinməsinə üstünlük olmasına baxmayaraq, onun portunun yerləşdirilməsi üçün ikinci bir kəsiyin aparılması borunun öz ətrafında hərlənməsilə inyeksiyanın mümkünsüz olması və girəcəyin yerdəyişməsi çatışmayan cəhətləridir [5, 6, 7].

Toxuma genişləndiriciləri təpə, alın, üz və boyun, gövdə, ətraflarda böyük irsi nevuslar, çapıq, alopepsiya, yanıq, toxuma defektləri, vaskulyar deformasiyalar, anatomik ölçülərin müalicəsində, geniş tam dəri qatı əldə etmək üçün implant donor

sahəsində və mastektomiyadan sonra döün rekonstruksiyasında geniş istifadə edilir [8, 9].

Toxuma genişləndiricisi istifadəsində asılı olaraq, müşahidə edilən ağırlaşmalar major və minor olmaqla 2 qrupa ayrılır. Major ağırlaşmalar; dilimdə qan dövranının pozulması və işemiyası, infeksiya və implantın ekspozisiyası. Minor ağırlaşmalara isə limforeya, müvəqqəti ağrı, cərrahiyyə icra edilmiş sahədə “köpək qulağının” inkişafı və genişlənmiş hipertrofik çapıqlardır. Bundan başqa, implantın tətbiq edildiyi sahəyə görə də ağırlaşmalar müşahidə edilə bilər. Buna misal kimi, alın nahiyəsində tətbiq edildikdə inkişaf edən qaş asimetriyası, ön saç xəttində asimetriya, təpə nahiyəsində istifadə edildikdə gicgah sümüyündəki deformasiyanı göstərmək olar [10, 11, 12].

Casanova və əməkdaşlarının icra etdiyi tədqiqatda toxuma genişləndiricilərinin istifadə edilməsindən asılı olaraq, 19,4% hallarda major ağırlaşma göstəricisi müşahidə edilmişdir.

Ətraf nahiyəsinin genişləndirilmiş dilimlər üçün əlverişsiz olması ağırlaşma səviyyələrini də artırır. Ətraflardankənar sahələrdə implant istifadəsi zamanı müşahidə edilən bütün ağırlaşmaların səviyyəsi 23% olduğu halda, ətraflarda bu göstərici 47% təşkil edir [2, 13, 14].

Epidermis və dermisin bir seqmentinin donor sahəsindən qan dövranı tamamilə kəsilərək ayrılması və köçürüləcək hüceyrələrin canlılığını təmin edəcək yeni qan dövranını təşkil etməklə müvafiq bölgəyə transferinə dərinin transferi, köçürülən dəri hissəsinə isə dəri transplantatı deyilir [14].

Dəli transplantları müxtəlif formalara görə təsnif edilir. Transplantatın mənbəyinə görə: 1) autotransplantat, eyni şəxsə donor sahədən götürülmüş materialın digər sahəyə transplantatına, 2) Allograft, eyni növ daxilində genetik olaraq, fərqli şəxslər arasında köçürülən transplantata, 3) Xenograft isə, fərqli növlər daxilindəki fərdlər arasında köçürülmüş transplantatlara deyilir [11, 15].

Dəri transplantatları tərkibindəki derma (dermis) miqdarına görə qismən və ya tam qalınlıqda olmaqla təsnif edilir. Qismən qalınlıqdakı dəri transplantatları dermisin bir qisminə malik olduğu halda, tam qalınlıqdakı dəri transplantatları tam dermisə malikdir. Dəri transplantatlarının tətbiqinə çoxsaylı göstərişlər vardır: travmatik dəri itkiləri, xoş yaxud bədxassəli şişlərlə əlaqədar meydana gələn dəri qüsurları, vakioz xora kimi patologiyaların səbəb olduğu dəri qüsurlarını qapamaq üçün istifadə edilir. Qismi qalınlıqdakı dəri transplantatları Humby bıçağı, Drum dermatomu, Elektrikli dermatomların yardımı ilə əldə edildiyi halda, tam qalınlıqdakı dəri transplantları lanset və pinsetin yardımı ilə əldə edilir. Donor sahədən alınmış resipient sahəyə köçürülən transplantatlar sağalarkən 2 tip yığılma müşahidə edilir. Birincili yığılma, transplantat əldə edildikdən bilavasitə sonra müşahidə edilən, dermis təbəqəsindəki elastik liflərin yığılması ilə kiçilməsidir. İkincili yığılma yaxud ikincili kontraksiya transplantatla onun yatağı arasındakı miofibroblast aktivliyi ilə əlaqədar sağalmış transplantatda müşahidə edilir. Transplantasiyadan sonrakı 10-cu gündə başlayaraq, 6 ay davam edir. Transplantat nə qədər qalıncırsa, resipient sahə nə qədər rigiddirsə və transplantat nə qədər bütöv şəkildə tutarsa ikincili kontraksiya o qədər az olur. Qismi qalınlıqlı dəri transplantatı üçün ən tez-tez istifadə edildiyi donor sahələri: bud və yuxarı ətrafın proksimalı, qolun ön hissəsinin fleksor üzü, aşağı ətrafın distalı, gövdənin bütün hamar səthləridir. Tam qalınlıqdakı dəri transplantatı üçün ən tez-tez istifadə edilən donor sahələri: subklavikular, preavrikulyar və postavrikulyar nahiyələr, yuxarı göz qapağı, dirsək və qasıq nahiyələri, bilək,

boynun dərisi və pülükdür. Qismi qalınlıqdakı dəri transplantatı; sheet greft, mesh greft və pul greft kimi tətbiq edilir. Dəri transplantının tutması üçün lazım olan 3 əsas amil nəzərə alınmalıdır: resipient sahədə qan dövranının yaxşı təşkil edilməsi, resipient sahə ilə donorun tam təması, qənaətbəxş və müvafiq qranulyasiya toxumasının mövcudluğudur. Transplantatla resipient sahənin tam təmasını təmin etmək üçün 2 əsas texnikadan istifadə edilir: təzyiqli sargı və tie-over dressing [16, 17, 18].

Donor sahə transplantat əldə edildikdən sonra qalan dəri əlavələri sayəsində 10-21 gün müddətində sağalır. Donor sahəyə təzyiqli sargı tətbiq edilir, 24 saat sonra bu sargı açılaraq Kseroformlu sargı icra edilir. Sağalma qeydə alınana kimi Kseroformlu örtüyə toxunulmur. Tam qalınlıqlı dəri transplantatı əldə edilən sahələr ilk olaraq qapadılmalıdır [19, 20, 21].

Baldır nevrал ada dilimində toxuma genişləndiricisi istifadə etməklə donor sahənin həyat qabiliyyətinin yüksəldilməsi məqsədilə tərəfimizdən aparılmış tədqiqatda isə baldır nevrал ada diliminin tətbiq edildiyi distal 1/3 aşağı ətraf nahiyəsinin rekonstruksiyasında dilimi donor sahəsini qapatmaq üçün istifadə ediləcək transplantat miqdarını azaldaraq, transplantatın itirilməsi, dilim donor sahəsindəki çöküklük kimi əlamətləri ən aşağı səviyyəyə endirmək üçün cərrahi proseduranın ilk seansında delay üçün hazırlanmış dilimin altına toxuma genişləndiricisi yerləşdiriləbiləcəyi fikri irəli sürülmüş, bu fikrin isbat edilməsi üçün kliniki tədqiqat planı hazırlanmışdır. Tədqiqata 12 xəstə daxil edilmişdir və xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupa daxil edilən 6 nəfər xəstə, 2005-2008 illər arasında klinikada əməliyyat edilmiş və onların xəstəlik tarixləri öyrənilmişdir. Bu qrupdakı xəstələrin ortalama yaşı 45,16 olub, 4-ü kişi, 2-si qadın olmuşdur. Bu qrupda cərrahi proseduranın ilk seansında cərrahi delay üçün hazırlanmış dilimin altına toxuma genişləndiricisi yerləşdirilməmişdir, cərrahi müdaxilənin ikinci mərhələsində dilim donor sahəsi transplantatla qapadılmışdır. İkinci qrup daxil edilən 6 xəstə 2008-2011 illər arasında əməliyyat edilmişlər, ortalama yaşları 56,33 olmaqla, onlardan 4-ü kişi, 2-si qadın olmuşdur. Bu qrupdakı xəstələrə cərrahi müdaxilənin ilk seansında delay üçün hazırlanmış dilimin altına 600 ml-lik toxuma genişləndiricisi yerləşdirilib, cərrahi müdaxilənin ikinci mərhələsində dilim donor sahəsi transplantata ehtiyac olmadan birincili qapadılmışdır. Bu tədqiqatdan əldə edilən göstəricilərə görə baldır nevrал ada diliminin, distal 1/3 aşağı ətraf nahiyəsinin rekonstruksiyasında müvəffəqiyyətlə istifadə edilə biləcəyi və 6x6 – 9x10 sm (ortalama 8x8,66 sm) ölçülərdə qaldırılan dilimin donor sahəsinin 600 ml-lik toxuma genişləndiricisi istifadə olunmaqla birincili qapadıla biləcəyi nəticəsi əldə edilmişdir [22].

ƏDƏBİYYAT- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Cherry GW, Austad E, Paysk K, al. e. Increased survival and vascularity of random pattern skin flaps elevated in controlled, expanded skin. *Plast Reconstr Surg* 1983;72:680.
- 2.Casanova D, Bali D, Bardot J, al e. Tissue expansion of the lower limb: complications in a cohort of 103 cases. *Br J Plast Surg* 2001;54:310-6.
- 3.Myers MB, Cherry G. Mechanism of the delay phenomenon. *Plast Reconstr Surg* 1969;44:52.
- 4.Myers MB, Cherry G. Differences in the delay phenomenon in the rabbit, rat, and pig. *Plast Reconstr Surg* 1971;47:73.
- 5.Myers MB, Cherry G. Augmentation of tissue survival by delay: An experimental study in rabbits. *Plast Reconstr Surg* 1967;39:397.
- 6.Cormack GC, Lamberty BGH. The Microcirculation. In: *The Arterial Anatomy of Skin Flaps*. 2 ed. New York: Churchill Livingstone; 1994:15.
- 7.Prince D. A new classification and brief exposition of plastic surgery. In: *Grabb' s Encyclopedia of Flaps*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
- 8.Gillies HD. The tubed pedicle in plastic surgery. *N Y J Med* 1920;111:1.
- 9.Milton S. The effects of delay on the survival of experimental studies on pedicled skin flaps. *Br J Plast Surg* 1965;22:244.

10. Ghali S, Butler PE, Tepper OM, Gurtner GC. Vascular delay revisited. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:1735-44.
11. Pearl RM. A unifying theory of the delay phenomenon: Recovery from the hyperadrenergic state. *Ann Plast Surg* 1981;7:102.
12. Sasaki GH, Pang CY. Pathophysiology of skin flaps raised on expanded pig skin. *Plast Reconstr Surg* 1984;74:59.
13. Haughey BH, Panje WR. Extension of the musculocutaneous flap by surgical delay. *Arch Otolaryngol* 1985;111:234.
14. Dhar SC, Taylor GI. The delay phenomenon: The story unfolds. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:2079.
15. Morris SF, Taylor GI. The time sequence of the delay phenomenon: When a surgical delay effective? An experimental study. *Plast Reconstr Surg* 1995;95:526.
16. Callegari PR, Taylor GI, Caddy CM, Minabe T. An anatomical review of the delay phenomenon: I. Experimental studies. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:397.
17. Taylor GI, Corlett RJ, Caddy CM, Zelt RG. An anatomical review of the delay phenomenon: II. Clinical applications. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:408.
18. Barker JH, Frank J, Bidiwala SB, al. E. An animal model to study microcirculatory changes associated with vascular delay. *Br J Plast Surg* 1999;52:133.
19. Strange FG. Case report on pedicled nerve graft. *Br J Surg* 1950;53:91.
20. Quenu J, Lejars F. Les arteres et les veines des nerfs. *C R Acad Sci* 1890;111:608.
21. Online Feller A. Recovery and Repair in the Nerves and Spinal Cord. [www.backpainguide.com /Chapter_Fig_folders/Ch10_Recover_Folder/Ch10_Images/10-1_Nerve_Structjpg](http://www.backpainguide.com/Chapter_Fig_folders/Ch10_Recover_Folder/Ch10_Images/10-1_Nerve_Structjpg) Giriş 30/11/2009.
22. Abdullayev E., Sural nöral ada flebinde doku genişleticisi kullanılarak donör saha morbiditesinin azaltılması. Tez., Ankara, Hacettepe U. 2011.

Daxil olub: 10.07.2018.

ENDODONTİK MÜALİCƏ ZAMANI KÖK KANALLARININ MÜVƏQQƏTİ DOLDURULMASINA DAİR

Səlimov R.İ., Alkişiyev K.S.

ATU, Terpevtik Stomatologiya kafedrası

Müvəqqəti kanal dolurma materialının instrumentasiyadan sonra kök kanalında qalan bakteriyaları aradan qaldırmaq, periapikal toxumalarda endotoksin əmələ gətirən iltihabi prosesi azaltmaq yaxud da aradan qaldırmaq, kök kanalındakı qalıqları əritmək və yeni bakteriya koloniyalarını təşkil edə biləcək koronal sızıntının (leakage) qarşısını almaq məqsədilə, infeksiyaya məruz qalmış və nekrotik kök kanallarında tətbiq edilməsi tövsiyə edilir [1, 2].

Kanal doldurulmadan saxlanılarsa instrumentasiya və yuma zamanı aradan qaldırılmamış bakteriyalar birinci və ikinci müalicə seansları arasında sürətlə çoxalırlar. Güclü aseptika və effektiv kök kanalı dezinfeksiyası periapikal zədələnmələrin effektiv şəkildə yaxşılaşmasının əsasını təşkil edir. İnfeksiyalaşmış kök kanalında kanalın içərisində hər millimetrdə təxminən 10^8 miqdarda bakteriya olur və bu bakteriyaların bir çoxu identifikasiyası çətin olan anaerob mikroorqanizmlərdir. Kök kanalının yalnızca mexaniki yolla instrumentasiyası bakteriya sayını 1000 dəfə, NaOCl ilə icra edilən yuma isə 50% səviyyəsində azaldır [2].

Dərman tərkibli müvəqqəti doldurucu materialların tətbiqi diqqətli şəkildə icra edilən instrumentasiya və yumadan sonra geridə qalan mikroorqanizmlərin aradan qaldırılması və təkrari infeksiyaların qarşısının alınmasında mühüm rol oynayır [1].

Hətta müasir dövrümüzdə kök kanalı daxilinə müvəqqəti olaraq tətbiq edilən dərman maddələrinin antibakterial effektləri ziddiyətli bir sıra müzakirələrə mövzu olmuşdur. Buna baxmayaraq, kök kanalının müvəqqəti doldurulması zamanı antibakterial təsirlər sitotoksiki təsirlərdən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu qəbul edilir. Effektiv ola bilməsi üçün dərman vasitələrinin bakteriyalarla birbaşa təmas

etməsi lazımdır. Mayeşəkili maddələr kağız şiftlər istifadə edilməklə, pasta şəklində olanlar isə kanaldoldurucu istifadə edilməklə kanal daxilinə yeridilirlər. Dentin kanalcıqlarında da bakteriyalar olduğundan tətbiq edilən müvəqqəti kanaldoldurucu materialın kanal divarı ilə birbaşa təmas etməsi lazımdır [3].

İnfeksiyalaşmış kök kanalı ilə əlaqədar aparılmış bir tədqiqatda dərman tərkibli müvəqqəti kanaldoldurucu materiallar kök kanallarından 1, 3, 7 və 45 gün sonra çıxarılmış və antibakterial təsir göstərdikləri müəyyənləşdirilmişdir. Maye şəklindəki materiallar isə ancaq bir gün müddətində antibakterial effekt göstərə bilmişdir [2].

Krezol, timol və xlorfenol kimi fenol preparatları mikrobları azaltmaları və bir qədər ağrıkəsici olmaları səbəbindən uzun dövr onlara üstünlük verilməsinə səbəb olmuşdur. Bununla bərabər, bu tərkibli vasitələrdə fayda/risk müqayisəsi bakteriyaların sayının azalmasına səbəb olan qısa müddətli effektlə bərabər, uzun müddətli sitotoksiki xüsusiyyətində mövcudluğu ortaya çıxmışdır. Formaldehid və törəmələri mutagen və kanserogen effektlə malik olub, bütün orqanizmə yayıla bilər. Qlutaraldehyddə də oxşar effekt vardır. Fenol törəmələri orqanizm mayeləri ilə təmas etdikdən qısa müddət sonra təsirlərini tamamilə itirirlər [4, 5].

Diş simptomsuz olduqda, kortizon/antibiotik tərkibli müvəqqəti doldurucu materialların tətbiqinə heç bir göstəriş yoxdur. Kortizon preparatları orqanizmin öz immun mexanizminə arzuolunmaz təsir göstərir və bir sıra sistem xarakterli arzuolunmaz yan təsirlərə malikdir. Kök kanalının daxilinə tətbiq edilən kortikosteroidlərlə əlaqədar kliniki tədqiqatda kortikosteroidlərin canlı pulpaya malik dişlərdə postoperativ ağrını azaltdığı ancaq nekrotik pulpaya malik olanlarda təsirsiz olduğu müəyyən edilmişdir. Tətbiq edilən dərman vasitələri müqayisə edildikdə formokrezol, Ledermix və təmiz kalsium hidroksid arasında kəskin alovlanma baxımından hər hansı fərq aşkar edilməmişdir. Kalsium hidroksid və kortikoid qarışığının antimikrob effektinin *Streptococcus sanguis* və *S.aureus* qarşısında əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı müşahidə edilmişdir [6].

İnfeksiyalaşmış kök kanallarının antibakterial məqsədlə müvəqqəti olaraq doldurulması mütləq şəkildə ətraflı antispetiki müalicə proqramının içərisində tətbiq edilməlidir. Əgər mexaniki instrumentasiya ilə bol miqdarda yuyulma icra edilməzsə antibakterial məqsədli müvəqqəti olaraq dərmanların tətbiq edildiyi halda da aseptika təmin edilmir. Hər nə qədər bütün bakteriyaları aradan qaldıra bilməsə də kalsium – hidroksid istifadəsi tövsiyə edilən ən yaxşı müvəqqəti kanal doldurucu materialdır [7].

Kalsium hidroksid stomatologiyaya 1920-ci ildə daxil edilmişdir (Herrman). Bu maddə saf və mütləq qələvi olub, pH göstəricisi 12,5-dir. Axıcı qarışıq konsistensiyada olan Ca(OH)_2 , kalsium və hidrosil ionlarına dissosiasiya olunur. Nəticədə, kalsium hidroksid antimikrob, toxuma əridici, kök rezorbsiyasının qarşısını alan və sərt toxumaların təmiredici mexanizmləri hərəkətə keçirmək kimi müxtəlif bioloji xüsusiyyətlərə malikdir. Endodontiya ilə əlaqədar olan mikroorqanizmlərin əksəriyyəti (*E.faecalis* istisna edilməklə) güclü qələvi mühitdə həyat qabiliyyətini saxlaya bilmir, kalsium hidroksidlə birbaşa təmas nəticəsində məhv olurlar. Sundquist tərəfindən aparılan tədqiqatda fenol tərkibli vasitələrlə kök kanallarının işlənməsi zamanı kök kanallarının 66%-i bakteriyalardan təmizləndiyi halda, kalsium hidroksidin tətbiq edilməsindən sonra kanalların 97%-i bakteriyasız hala gəlmişdir [8].

Kalsium-hidroksidin antimikrob təsirləri su olan mühitdə hidrosil ionlarının sərbəstləşməsinə əsaslanır; bu ionlar yüksək oksidativ radikallar olub, çoxsaylı üzvi maddələrlə reaksiyaya girir. Meydana gələn bu reaksiyalar qeyri-spesifik və intensivdir, bu səbəbdən qeyd edilən radikallar malik olduqları sürətli rabitəyə girmə xüsusiyyətləri sayəsində onlar aplikasiya edildikləri yerdən kənara nadir hallarda çıxırlar. Kalsium-hidroksidin mikroorqanizmlərə qarşı məhvedici təsiri hüceyrə zarını, struktur proteinlərini və fermentlərini destruksiyaya uğratması və DNT-ə təsir göstərməsilə baş verir [8].

Mikroorqanizmlərin hüceyrə membranları, hüceyrənin sağ qalmasında əhəmiyyətli rol oynayır. Hidrosil ionları lipoksidasiyanı və fosfolipidlərin destruksiyasını başladır. Oksigenlə reaksiyaya girən sərbəst yağ turşuları radikalları zəncirvari avtokatalitik reaksiyanı başlادaraq geniş yayılmış membran destruksiyasına səbəb olan lipid-peroksid radikallarını əmələ gətirirlər [8, 9].

Bundan başqa, kalsium hidroksid antimikrob effekti dolayı yolla da baş verir. Kök kanalı kanalını tamamilə dolduran kalsium-hidroksid pastası effektiv diffuziya maneəsi yaradaraq qalan bakteriyaların çoxalmasını və ağız boşluğundakı mikroorqanizmlərin təkrarən yaradacağı infeksiyunun qarşısını alır. Kök kanalının müvəqqəti olaraq, kalsium-hidroksidlə doldurulması yerdə qalan mikroorqanizmlərin qidalanmaları üçün lazım olan maddələrin daxil olmasının qarşısını almaqla fiziki olaraq da mikroorqanizmlərin koloniyalaşması və çoxalmaları üçün lazım olan sahəni daraldaraq onların məhvinə səbəb olur [4, 8].

Kalsium hidroksid tozunu daşıyan maddə və həlledicisinin seçimi antimikrob və periapikal regenerativ effekt baxımından xüsusi əhəmiyyət daşıyır. Fenol preparatı olan CMCP (Camphor Mono-Chlorophenol) və qliserinlə təşkil edilmiş qarışıqları daha effektivdir. Belə qarışıq daxilində CMCP-in toksik təsirinin az olması diqqəti cəlb edir. Su istisna olmaqla digər kalsium-hidroksid daşıyıcıları, OH^- və Ca^{2+} ionlarının uzunmüddət sərbəst qalmasını təmin edən və eyni zamanda hər hansı bir pH dəyişikliyi tənzim edə bilən propilen-qlikoldan ibarət ibarət olurlar [5, 7].

Kalsium-hidroksid tozunun təkbaşına ifrat dərəcədə əyilmiş kök kanallarına yerləşdirilməsi çətinidir. Bu səbəbdən o, maye daşıyıcı ilə qarışdırılmalıdır. Sintetik qliserində əridilən sulu kalsium-hidroksid pastası əyri kök kanalına kanaldoldurucu ilə yerləşdirilərsə bu steril su qarışdırılmış kalsium-hidroksidlə müqayisədə daha tam və homogen olur. Heç bir kanalı doldura bilməyən su ilə qarışıq halındakı kalsium-hidroksid pastasından fərqli olaraq, bu qliserinli pastanın istifadəsilə kanalların 50%-ində kanalın apikalın 1/3 hissəsinin sıx şəkildə qapadılması mümkün olmuşdur. Həm 25 ölçüyə qədər instrumentasiya edilmiş, həm də ifrat dərəcədə əyri olan kök kanallarında əyilə bilən McSpadden sıxışdırıcısının (kompaktorun) və ya kanaldoldurucudan istifadə olunması tövsiyə edilir; bu alətlərin istifadəsilə xəstələrin 87%-ində müvəqqəti kanal doldurucu materiallar kanalın apikal hissəsinə “çatdırılmasına” nail olunmuşdur. Müvəqqəti kanal doldurucu materiallar xəstələrin ancaq 48%-ində Calasept inyeksiyası texnikası istifadə edilərək, kök kanalına tam olaraq yerləşdirilmiş və xəstələrin yalnız 22%-ində K-faylın sol tərəfə fırladılmaqla istifadəsilə qənaətbəxş nəticələr əldə edilmişdir [10].

Periapikal zədələnmənin genişliyi ilə bakteriya ştammlarının və kök kanalındakı bakteriyaların sayı arasında düz mütənəsb əlaqə var; böyük periapikal zədələnmələri olan dişlərdə fərqli növlərə mənsub çoxsaylı bakteriyalar olur [3].

Periapikal zədələnmə qeyri-spesifik infeksiyon proses nəticəsində meydana gəlir. Mikrobioloji eksperimentlər müxtəlif bakteriyaların müxtəlif yollarla periapikal

zədələnmə törədə biləcəyini göstərmişdir. Bundan başqa, eksperimentlər bakteriya kombinasiyalarının və ya spesifik bəzi bakteriyaların periapikal absesin inkişafında oynadıqları rolu göstərmişdir ki, bunların da arasında qara piqmentli qram-mənfi anaerob bakteriyalar da vardır [6].

Bu bakteriyalar ən effektiv şəkildə necə aradan qaldırıla bilər? Cavab aydındır: mexaniki instrumentasiya ilə təmin edilən təmizlik, antibakterial məhlullarla icra edilən irriqasiya və antibakterial xüsusiyyəti olan müvəqqəti doldurucu materialların tətbiqi.

Kəskin apikal periodontit müalicəsi zamanı ən səhv addımlardan biri də kanaldan boşaldılan irinin yaxud axınının miqdarı nə qədər olmasından asılı olmayaraq, trepanasiyadan sonrakı 2 seans arasında dişin açıq saxlanmasıdır. Kök kanalının açıq saxlanması əleyhinə deyiləcək bir çox həqiqətlər vardır: belə ki bu halda, kanal yenidən infeksiyalaşacaq, yemək qalıqları kanalı tıxayacaq və dişin müalicəsi üçün yeni müalicə seanslarının icra edilməsinə ehtiyac yaranacaqdır. Dişin açıq saxlanması müddəti ilə, diş tam simptomuz hala gətirmək üçün icra edilən müdaxilələrin sayı arasında düz mütənasib əlaqə vardır [7].

Hər uğurlu endodontik müalicənin məqsədi periapikal zədələnmələrə səbəb olan bakteriyaları və onların metabolik əlavə məhsullarının aradan qaldırılması və təkrari infeksiyon prosesin inkişafının qarşısının alan mühitin yaradılmasıdır. Bu məqsədə mexaniki instrumentasiya (təmizlik), antibakterial yuma və həm effektiv, həm də toxumalara uyğun müvəqqəti kanal doldurucularının seanslar arasında tətbiq edilməsilə çatılır [10].

Kəskin apikal periodontitlər zamanı zədələnmə ocağındakı möhtəviyyət kök kanalı yolu ilə boşaldılmalıdır. Bu müdaxilə əksər xəstələrdə uğurla həyata keçirilir. Buna baxmayaraq, kök kanalının tıxanması və orqanizmin müalicəyə cavab reaksiyası azalması kimi hallarda ağızdakı yumşaq toxumalarda kəsik aparılmalı olur. Əgər kanal/dişin açıq saxlanılmasına qərar verilmişdirsə işləmə uzunluğu müəyyənləşdirilməklə kanal bütövlükdə instrumentasiya edilməlidir. Xəstə trepanasiya yolunun açıq qalması və yolun tıxanmaması üçün ağızını tez-tez duzlu su ilə yaxalamalı və yemək yeyərkən dişin boşluğuna təmiz əllə pambıq qoymalı, yeməkdən sonra onu çıxarmalıdır. Ən çoxu 48 saat sonra xəstə təkrarən çağrılaraq tacdakı açıqlıq qapadılmalıdır [9].

Kök kanalı yolu ilə drenaj mümkündürsə trepanasiyadan sonra tac pulpası kənarlaşdırılaraq, kanal girəcəyi yaxşıca genişləndirilməli və bol miqdarda NaOCl məhlulu ilə yuyularaq, #15 ölçülü H-faylin yardımı ilə apikal hissəyə girənə qədər kök kanalı instrumentasiya edilməlidir. Möhtəviyyət axmırsa kök kanalları apeksi 1 mm keçənə qədər instrumentasiya edilə bilər. Kanal təkrarən yuyulduqdan sonra diş təxminən 20 dəqiqə açıq saxlanılır, #25 ölçüyə qədər instrumentasiya edilir və ən son olaraq, limon turşusu ilə yuyulur. Kanaldoldurucu ilə kanal kalsium-hidroksidlə doldurulur və xəstəyə instrumentasiyanı tamamlamaq üçün 5 gün sonra gəliş təyin edilir. Bu gəliş (seans) zamanı kök kanalı #30 (və ya daha böyük) ölçülü faylla apikal daralmaya çatıncaya qədər instrumentasiya edilir və kök-kanal sistemi yaxşıca sıxlaşdırılmış (kanalda 4-12 həftə qala biləcək) kalsium-hidroksid suspenziyası ilə qapadılır. Əgər xəstədə simptomlar yoxdursa, kök kanalı 3-cü seansda daimi olaraq doldurula bilər [11].

Ağızdaxili uyğun yumşaq toxumada şişkinlik azdırsa, bu müalicə adətən kifayət edir. Ancaq, diş ətrafındakı şişkinlik böyükdürsə və flüktuasiya verirsə əlavə

olaraq yumşaq toxumada kəsiyin aparılmasına ehtiyac yaranır. Əksər hallarda sistem xarakterli antibiotiklərin təyin edilməsinə ehtiyac olmur [12].

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Dumani A, Yoldas O, Isci A, et al., Disinfection of artificially contaminated Resilon cones with chlorhexidine and sodium hypochlorite at different time exposures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. Endod 103:e82, 2007.
2. Economides N, Liolios E, Kolokuris I, Beltes P: Long-term evaluation of the influence of smear layer removal on the sealing ability of different sealers. J Endod 25:123, 2010.
3. Esposito M, Grusovin M, Kakisis I, et al., Interventions for replacing missing teeth: treatment of perimplantitis. Cochrane Database Syst Rev.16:CD004970, 2008.
4. Evanov C, Liewehr F, Buxton TB, Joyce AP: Antibacterial efficacy of calcium hydroxide and chlorhexidine gluconate irrigants at 37 degrees C and 46 degrees C. J Endod 30:653, 2004.
5. Fairbourn DR, McWalter GM, Montgomery S: The effect of four preparation techniques on the amount of apically extruded debris. J Endod 13:102, 2007.
6. Grigoratos D, Knowles J, Ng YL, Gulabivala K: Effect of exposing dentine to sodium hypochlorite and calcium hydroxide on its flexural strength and elastic modulus. Int. Endod J 34:113, 2001.
7. Gulabivala K, Stock CJ, Lewsey JD, et al., Effectiveness of electrochemically activated water as an irrigant in an infected tooth model. Int Endod J 37:624, 2014.
8. Gutiérrez JH, Brizuela C, Villota E: Human teeth with periapical pathosis after overinstrumentation and overfilling of the root canals: a scanning electron microscopic study. Int Endod J 32:40, 2009.
9. Haapasalo M, Endal U, Zandi H, Coil J: Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. Endod Topics 10:77, 2005.
10. Haikel Y, Serfaty R, Bateman G, et al., Dynamic and cyclic fatigue of engine-driven rotary nickel-titanium endodontic instruments. J Endod 25:434, 2009.
11. Hancock HH, Sigurdsson A, Trope M, Moiseiwitsch J: Bacteria isolated after unsuccessful endodontic treatment in a North American population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Oral Radiol Endod 91:579, 2011.
12. Huque J, Kota K, Yamaga M, et al., Bacterial eradication from root dentine by ultrasonic irrigation with sodium hypochlorite. Int Endod J 31:242, 2008.

Daxil olub: 19.10.2018.

BLASTOSİSTOZUN MÜASİR PROBLEMLƏRİ

Şıxəliyeva Ə.V.

Azərbaycan Tibb Universiteti, epidemiologiya kafedrası, Bakı

İnsanın bağırsağı insan orqanizmi ilə qarşılıqlı təsirdə olan mürəkkəb ekoloji sistemdir. İnsan bağırsağının özünün nadir, bütün həyat boyu dəyişən bakteriyaların növ kolleksiyası, həmçinin ibtidailərin geniş spektri vardır ki, onların da fiziologiya və biokimyası xeyli dərəcədə parazitizmə əsaslanır.

Hazırki dövrdə dünyanın bir çox ölkələrində bağırsaq infeksiyası və invazyalarına görə gərgin vəziyyət qalmaqdadır ki, onların da arasında yeni, etiologiyası müəyyən edilməmiş və az öyrənilmiş xəstəliklərin faizi xeyli çoxdur (1,2)

Az öyrənilmiş patogenlərdən biri də Blastocystis spp.- blastosistozun törədicisidir. Bu törədici uzun illər ərzində tibbi əhəmiyyəti olmayan kommensal kimi nəzərdən keçirilmiş, çox vaxt o göbələklərə, hətta Trichomonas spp.- sistalarına, həmçinin ibtidailərin müxtəlif siniflərinə aid edilmişdir.

Bu mikroorqanizm XX əsrin əvvəllərindən, ilk dəfə 1911-ci ildə Alexilf tərəfindən təsvir edilən vaxtdan məlumdur. 1912-ci ildə Brumpt (3) insandan götürülmüş materialda blastosistaları ayırmış və identifikasiya etmişdir. Sonradan 1967-ci ildə Zierd C.H. elektron mikroskopiyaya əsasən törədiciyi Protozoa tipinə aid

etmiş və bu ibtidailərin immun çatışmazlığı olan şəxslərdə bağırsağ patologiyasının yaranmasında mühüm etioloji rol oynadığını müəyyənləşdirmişdir (4).

Blastosistalar hər yerdə yayılmışdır və parazitoloji müayinələr zamanı ən çox rast gələn orqanizmlərdən biridir (5). Blastosistozun törədiciyi təkhüceyrəlilər cinsinə, insanın və heyvanların yoğun bağırsağında parazitlik edən eukariotik mikroorqanizmlərə aiddir (1). Blastocystis spp. cinsinə antropoz blastosistozun törədiciləri – insandan alınan Blastocystis hominis, həmçinin zoonoz blastosistozun törədiciləri-donuzlardan alınan Bl.suis, ördəklərdən alınan Bl.anatis, toyuqlardan alınan Bl.galli aiddir. Törədicilərin bu növlərinin mühüm morfoloji fərqləri yoxdur (6). Blastocystis spp.-nin 4 morfoloji forması mövcuddur: vakuolyar, qranulyar, sista və amöbvari. İnsanın yolxması sistalarla baş verir ki, onlar da yoğun bağırsağda vakuolyar formaya çevrilir, onlardan isə amöbvari, ya da qranulyar formalar inkişaf edir. Vakuolyar formadan sistalar da formalaşır ki, onlar da ətraf mühitə düşərək yeni sahibi infeksiyalaşdırır (1,4).

Molekulyar-bioloji tədqiqatlar Blastocystis spp. nümayəndələrinin olduqca geniş genetik müxtəlifliyi olduğunu göstərmişdir. Bugünkü günə blastosistaların 17 genetik yarım tipi məlumdur (7,8). İnsan orqanizmində 1-dən 9-a qədər yarım tiplər rast gəlir, bu zaman yarım tip-3 daha çox antropoz, qalanları isə zoonoz hesab olunur. Banqladeş, Almaniya, Yaponiya və Pakistanda ştammların genetik tipləşdirilməsi yarım tip 3-ün üstünlük təşkil etdiyini göstərmişdir (92,3%), onun ardınca yarım tip-1 (7.7%-dən 25%-ə qədər) və yarım tip-6 (10%-dən 22,9%-ə qədər) gəlir (7,9). Blastosistozun növdaxili strukturunun öyrənilməsi zamanı Çində yarım tip-3 60.4%, yarım tip-1 24.5% hallarda, Almaniyada yarım tip-3 54%, yarım tip-1 21%, Türkiyədə yarım tip-3 75,9% hallarda aşkar edilmişdir (7).

Beləliklə, Blastocystis spp. üstünlük edən yarım tipi törədicinin global strukturunda 1 və 3 yarım tipləridir.

1996-cı ildə törədicinin geninin analizi əsasında onun Blastocystis spp. cinsinə mənsub olması təsdiq olundu. Parazitin biologiyasının, həmçinin xəstəliyin epidemiologiyasının, klinikasının, laborator diaqnostikasının öyrənilməsi blastosistaların makroorqanizmin rezistentliyinin azalması fonunda inkişaf edən insan patologiyasında potensial, həmçinin real rolu olduğunu təsdiq etdi (4,10).

Hazırkı dövrdə blastosista invaziyasının kəskin və xronik bağırsağ pozğunluqlarının, qıcıqlanmış bağırsağ sindromunun, həmçinin bağırsağdankənar xəstəliklərin (ekzema, psoriaz, atopik dermatit) inkişafında etioloji rolü müəyyən edilmişdir (11,3). Blastosistalar tərəfindən törədilən xəstəliyə ekzotik, tranzitor və protozo xəstəlik kimi baxılır, belə ki, blastosistoz diaqnozu çox vaxt tropik ölkələrdə olmuş turistlərdə, həmçinin isti iqlimə malik ölkələrdən gəlmiş şəxslərdə müəyyən edilir (8). Dünyada təqribən bir milyarda yaxın insan blastosistalarla invazyalaşmışdır. Blastosistozla xəstələnmə ubikvitar xarakter daşıyır, lakin o müxtəlif ölkələrdə və populyasiyalarda dəyişir (12,5). İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə prevalentlik inkişaf etmiş ölkələrdən yüksəkdir ki, burada daha aşağı sanitar-gigiyenik səviyyə, yoluxmuş heyvanlarla təmas, yoluxmuş su və qidadan istifadə etməklə əlaqələndirirlər (13).

Yaponiya (0,5-1,0%), Sinqapur (3,3%) kimi ölkələrdə blastosistozla xəstələnmənin aşağı səviyyəsi müəyyən edilmişdir. Bununla yanaşı Yaponiyada bir qədər əvvəl Hindistana, Afrikaya, həmçinin Cənub-Şərqi Asiya ölkələrinə getmiş turistlərin 77%-də blastosistalar aşkar edilmişdir. Əhalinin blastosistozla yoluxması İndoneziyada (60%), Braziliyada (40,9%), Kubada (39,5%), Misirdə (33,3%)

yüksəkdir (13). Blastosistaların müvəqqəti olaraq Asiya və Afrika ölkələrində olmuş avropalılarda və ya amerikalılarda aşkar olunma tezliyi qeyri-qənaətbəxş sanitar-gigiyenik şəraitdə olmanın müddətindən asılıdır (5). Kanadada mədə-bağirsaq xəstəlikləri olan 130 xəstənin 52%-də blastosistalar aşkar edilmişdir ki, onlar da isti ölkələrə getmiş şəxslər olmuşdur (8). Mülayim iqlimə malik ölkələrdə Blastocystis spp. tərəfindən törədilən bağırsağ zədələnmələri o qədər də nadir hadisə deyil. Blastosistalar Avropa, Şimali və Cənubi Amerika, Avstraliya ölkələrində də aşkar edilir (6,14,15).

Yuqoslaviyada aparılmış məqsədyönlü parazitoloji müayinə diareya sindromlu xronik xəstəliklər zamanı blastosistaların yüksək tezliklə aşkar olunduğunu göstərmişdir. İnsanda blastosistalar Fransa, Rusiya (1,16), ABŞ, Yaponiya, İtaliya, Tailand, Türkiyə (1,17) kimi ölkələrdə aşkar edilmişdir.

Rusiyada Kozə H.M. və başqaları (2002) tədqiqatları ilə Permdə blastosista invaziyası 13,3%, Omskda sağlam şəxslərdə blastosistalar 0,9%-dən 2,3%-ə qədər hallarda aşkar edilmişdir (12). Peterburqda xronik viruslu hepatiti və mədə-bağirsaq xəstəlikləri olan şəxslərin müayinəsi zamanı 5,5% hallarda blastosistalar aşkar edilmişdir (19). Blastosistozla görə tədqiqatlar Tula vilayətində də aparılmışdır.

Blastosistozun epidemik prosesinin təzahürləri barədə az miqdarda tədqiqatlara istinad edərək fikir yürütmək olar. Blastosistoz çox vaxt sporadik hallar şəklində qeydə alınır (12). Bu xəstəliyin alovlanmaları, həmçinin ABŞ-da, İtaliyada, Böyük Britaniyada, Zairdə homoseksualistlərin blastosistalarla infeksiyalaşması barədə məlumatlar vardır. Blastosistalarla infeksiyalaşmanın “ekzotik” yoluxma yolu da təsvir edilmişdir (20,21).

İngilis tədqiqatçılarının məlumatına görə, seksual meyillə blastosistaların aşkar olunma tezliyi arasında asılılıq mövcuddur. İnsan nəcisində blastosistaların aşkar edilməsinin illik dinamikasında zirvəsi iyul və avqusta düşməklə yay dövründə yüksəliş müşahidə olunur ki, bu da məzuniyyət dövrü, miqrasiya proseslərinin güclənməsi, meyvə və tərəvəzdən istifadənin artması, həmçinin bağ sahələrində iş zamanı torpaqla təmasda olmaqla əlaqədardır (5,22). Blastosistalar ən çox 30-45 yaşlı, 97,5% hallarda xronik mədə-bağirsaq xəstəlikləri olan şəxslərdə aşkar edilir (4,15,2). Kubada blastosista invaziyası uşaqlarda 5% hallarda aşkar edilmişdir. İtaliyada çox vaxt kişilər xəstələnir, Suriya və Tailandda isə cinsə görə mühüm fərqlər aşkar edilməmişdir. Blastosistaların təbii rezervuarı məməli heyvanlar və quşlar, insanabənzər meymunlardır. Ədəbiyyat məlumatlarının təhlili göstərir ki, blastosistalar bir çox sahiblərdə -buğumayaqlılarda (Arthropoda), həlqəvi qurdlar (Annelida), xordalılarda (Chordeta), həmçinin amfibiyalarda, sürünənlərdə, həşəratlarda və zəlilərdə məskunlaşırlar (19,2). Heyvanlarla təmas insanlarda blastosistoz törədir ki, bu da xəstəliyin zoonoz təbiətini sübut edir. Blastosistozla yüksək xəstələnmə dərəcəsi zooparklarda heyvanlara qulluq edən işçilərdə və sallaqxana işçilərində müəyyən edilmişdir. İctimai iaşə işçiləri də risk qrupları ola bilər. Blastosistoz zamanı aşağıdakılar potensial risk amilinin səbəbləri ola bilər: sosial-iqtisadi vəziyyətin qeyri-qənaətbəxş olması, heyvanlarla təmas, infeksiyalaşmış sudan və qidadan istifadə edilməsi, tropik ölkələrə immiqrasiya və səyahət. Blastosistoz zamanı yoluxma yolları su, alimentar və təmasdır (20,12). Qaynadılmamış, filtdən keçirilməmiş sudan istifadə edilməsi Tay ordusunun əsgərləri arasında blastosistoz alovlanmasına gətirib çıxarmışdır. Çində qaynadılmamış bulaq suyundan istifadə edilməsi də 32,6% insanın infeksiyalaşmasına gətirib çıxarmışdır (23). Törədici su ilə yayılma ehtimalı

sistaların xarici mühitin əlverişsiz amillərinə qarşı davamlılığı ilə əlaqədardır. Blastosistalar suda 19 günə qədər sağ qalır, onlar donmaya, qızmaya və dezinfektantlara qarşı həssasdır (1,2,23). Sistalar suda bəzən 25 dərəcə temperaturda 1 aya qədər 4 dərəcə temperaturda 2 aya qədər sağ qala bilər (1,2).

Blastosistoz klinik cəhətdən 3 formaya bölünür: bağırsaq, dəri və qarışıq (2,3). Xəstəliyin gedişi simptomsuz törədicigəzdirənlikdən kəkin profuz diareyaya qədər hüdudlarda dəyişə bilər. Blastosistozun əlamətləri ürəkbulanma, qusma, qarında ağrı, iştahanın kəsilməsi, köpmə, meteorizmdir. Xəstəlik həm kəskin, həm də diareyalı xronik keçə bilər. Qaşınma, qanaxma, eozinofiliya, splenomeqaliya və hepatomeqaliya da müşahidə oluna bilər. Çox vaxt blastosistozlar mədə-bağırsaq yolu tərəfdən heç bir şikayəti olmayan şəxslərdə aşkar olunur. Blastosista invaziyasının kəskin və xronik pozğunluqlarla, qıcıqlanmış bağırsaq sindromu ilə, bağırsaqdankənar xəstəliklərlə, o cümlədən dermatozlar və allergik xəstəliklərlə əlaqəsi müəyyən edilmişdir (4,24,13). Çoxsaylı tədqiqatlar blastosistaların dəri xəstəlikləri, kəskin və xronik örə (10), Kvinke ödemi olan şəxslərdə aşkar edildiyini göstərir. Xəstəlikdən sonra ağırlaşmalar qeyd olunmur. Xəstəliyin müalicəsi antiparazitar və immunstimulyasiyaedici preparatlar, həmçinin enterosorbentlərdən ibarət dərmanlarla aparılır ki, onlar da invaziyanın yox olmasına, dəri zədələnmələri olduqda isə onların da yox olmasına gətirib çıxarır.

Xronik dermatozları olan xəstələrdə parazitlərin, o cümlədən də, Blastocystis spp. yüksək rast gəlmə tezliyi aşkar edilmişdir. Atopik dermatitli pasientlərin blastosistalarla invazyalığmaya görə aparılmış müayinələri zamanı müsbət nəticə-89,5%, psoriazlı xəstələrdə-81,5%, ekzermalı-71,7%, dəmrovlu-67,7% və xronik ekzermalı pasientlərdə-62,3% təşkil etmişdir (11,24). Bu xəstələrin invazyalığma dərəcəsi xəstələrin yaşı və xəstəliyin müddəti artdıqca çoxalmışdır.

Blastosistozun laborator diaqnostika metodları diaqnozun qoyulmasında olduqca mühüm əhəmiyyət kəsb edir. O, nativ yaxmanın mikroskopiyası ilə aparılan parazitoloji müayinənin müsbət nəticələrinə əsaslanır. Etibarlı nəticələr almaq üçün müayinələr materialın parazitoloji və bakterioloji üsullarla öyrənilməsi ilə ən azı 3 dəfə aparılmalıdır (19,21,7). Çöküntüdə blastosistaların toplanmasına yönəldilmiş zənginləşdirmə metodu təsvir edilmişdir. Molekulyar-genetik diaqnostika metodundan da istifadə edilir. Bu infeksiyanın diaqnostikası üçün seroloji müayinələrdən istifadə edilmir. Kifayət qədər tədqiqatların olmaması blastosistozu görə epidemioloji şəraiti qiymətləndirməyə, risk qruplarını və yoluxma yollarını, həmçinin xəstəliyin profilaktikasına dair tədbirləri öyrənməyə mane olur (7).

Əhəmiyyətli dərəcədə iqlim, sosial-iqtisadi və sanitariya-gigiyenik xüsusiyyətləri olan ərazilərdə yaşayan müxtəlif populyasiyaların tədqiqi xəstəliyin epidemiologiyasında bəzi qanunauyğunluqları aşkara çıxarmağa kömək edəcəkdir. Parazitin klinik əhəmiyyəti, onun epidemiologiyası, dəri xəstəlikləri (atopik dermatit, örə), mədə yarası, xronik bağırsaq xəstəlikləri ilə əlaqəsi kifayət qədər nəzərdən keçirilməmişdir (11,24,25). Bir sıra alimlər blastosistaların iltihabi xəstəliklərə (Kron xəstəliyi, qeyri-spesifik yaralı kolit) münasibətdə profilaktik rolunu qiymətləndirir, həmçinin Blastocystis spp. kulturasından probiotik preparat kimi istifadə barədə məsələni nəzərdən keçirirlər.

Alınmış məlumatlar blastosistozun dünyanın bir çox ölkələrində geniş yayıldığını göstərir, lakin İndiyə qədər əhalinin bu parazitə olmasına görə sistemik müayinəsi aparılmır. Bununla əlaqədar olaraq blastosistoz problemi daha böyük aktualıq kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATUVA – REFERENCES:

1. Бронштейн А. М., Токмалев А. К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы // Москва, 2002.
2. Ивелин А. А. Блостоцистоз – нераспознанный паразитоз // Монография.- 2010.
3. Brumpt E. Colite a Tetramitus Mesnili (Wenyon 1910) et colite a Trichomonas intestinalis Zeuckart 1879 - Blastocystis hominis n. sp. et formes voisines // Bull. Soc. Pathol. Exot.- 1912.- Vol.5.- № 9.- p.725- 730.
4. Крылов А. А. Определитель паразитических простейших // Москва, 2004.- с.150.
5. Козлов С. С., Жоголев Д. Т. Актуальные вопросы медицинской паразитологии // Вестник Росс. Воен. Мед. Академии.- 2002 №2.- с. 38-44.
6. Белова Л. М. Мирровая фауна и морфофункциональная организация блостоцист // Труды ЗИН РАН.- 1992.- с.53.
7. Hameed D. M. Assasiation of Blastocystis hominis genetic subtypes with urticaria // Parasitology research .- 2011.- T.108.- №3.- p.553-560.
8. Таамасри Р. Transmission of infestinal Blastocystosis related to the quality of drinking water// Southeast Asian Journal of tropical medicine and public health.- 2000.- Vol.31.- № 1.- p. 112 – 117.
9. Katsarou – Katsari A. Acute urticaria associated with amoeboid forms of Blastocystis spp. Subtype 3 // Acta dermatovenerologica .- 2008.- Vol.85.- № 1.- p.80-81.
10. Nourrisson C. Blastocystis is associated with decrease of fekal microbiota protective bacteria: comparative analysis between patients with iirritable bowel syndrome and control subjects // PloS one.- 2014.- T.9.- 11.868
11. Волкова Н. Н. Клинические проявления блостоцистоза //Монография.- Москва, 2012.
12. Коза Н. М. Распространение кишечных протозоозов среди населения крупного города // Материалы VIII Всероссийского съезда Э. М. и П.- Москва, 2002.-Т.1-6.- с. 339-340.
13. Lukes J. Are human infestinal eukaryotes beneficial or commensals // Plos. Pathog.- 2015.- T.11.- № 8.
14. Parkar U. Direct characterization of Blastocystis faeces by PCR and evidence of zoonotic potential // Parasitology.- 2007.- Vol.134.- № 3.- p. 359 -367.
15. Guighard S. Prevalence of enteroparasites in a residence for children in the Cordoba Province, Argentina // European journal of epidemiology.- 2000.- T.16.- № 3.- p.287- 293.
16. Boorom K. T. Oh my aching gui irritable bowel syndrome. Blastocystis and asymptomatic infection // Parasites Vectors.- 2008.- Vol.1.- № 1.- p.1-16.
17. Yoshikawa H. Ultrastuctural and phylogenetic studies on Blastocystis isolates from cockroaches// journal of Eukaryotic Microbiology.- 2007.- T.54.- № 1.- p.33 – 37.
18. Danchaivijitr S. Prevalence and effectiveness of an education program on intestinal pathogenes in food handlers // Journal Med. Assoc Thai.- 2005.- T.88.- supl.10.- cs.31- s.35
19. Сигадаев А. С. Лабораторная характеристика блостоцистной инвазии у больных с хроническим вирусным гепатитом // Журнал инфектология.- 2011.- T.3.- № 4.- с.62 -66.
20. Домбровская Д. А. Факторы риска заражения Blastocystis spp.// Автореферат диссертации канд.мед.наук.- Санкт – Петербург, 2016.
21. Тихонова В. Д. Разработка метода верификации диагноза блостоцистоза при диарее неясной этиологии // Автореферат дис.канд.мед.наук.- Москва, 2011.
22. Старостина О. Н. Распространенность паразитарных инвазий у городских жителей // Материалы VIII Всероссийского съезда Э. М. и П.- 2002.- T.1.- с.403-404.
23. Li L. H. Cross- sectional surveys and subtype classification of human Blastocystis isolates from four epidemiological settings in China // Parasitology research .- 2007.- T.102.- № 1.- p.83-90.
24. Сафронова М. А. Паразитофауна кишечника детей с аллергодерматозом // Автореферат дис. канд. мед. науч.- Москва, 2000.
25. Amin O. M. Seasonal prevalence of intestinal parasites in the United States during // Journal Trop. Med. Hug.- 2002.- Vol. 66.- № 6.- p.799 – 803.

Daxil olub: 21.10.2018.

AŞIQ SÜMÜYÜNÜN SINIQLARININ MÜALİCƏSİ

İsayev İ.A., Mirzəyev M.İ., Kazım E.M., Cəfərov M.A., Mətiyev İ.İ.

ATU-nun travmatologiya və ortopediya kafedrası

Ayağın travmaları ilə müşayiət olunan xəstələrin sayı intensiv artmaqdadır və ixtisaslaşmış tibbi yardıma ehtiyacı olan zədələnmələr çoxluq təşkil edir(1,2,3,7,8,9). Bu cür travmalar cavan və iş qabiliyyətli insanlar arasında daha çox müşahidə olunur(1,3,5).Ayaq sümükləri içərisində aşıq sümüyünün travmaları 3,08-15% müşahidə olunur(2,4,6,10) və bu zaman aseptik nekroz yaranma riski 5-90% arasındadır (6,8,9,10).

Aşiq sümüyünün 20% açıq sınıqları müəyyən edilir ki, bu travmaların müalicəsində infeksiyaləşmə kimi fəsadların payına 40% düşür (5,9). Aşiq sümüyünün sınıqları 15-26% hallarda topuqların sınıqları ilə eyni anda baş verir. 60% hallarda isə digər sümüklərin sınıqları ilə birlikdə rast gəlinir(9). Aşiq sümüyünün sınıqlarının 17-50% hallarda bitişməməsi mümkündür (1,2,3,4). Sınıqlardan sonra 70% hallarda aşiq oynaqının artrozu inkişaf edir (10). Aşiq sümüyünün sınıqlarının ənənəvi müayinə üsulları ilə diaqnostikasını zamanı 4% hallarda aşiq sümüyünün osteoxondral sınıqları təyin edilir (5,6,7,9). Bu kimi hallarda müalicənin qeyri-adekvat aparılması artrozların inkişafına şərait yaradır.

Travmalar zamanı zədələnmənin xarakterinin tam aşkar edilməməsi, müalicənin qeyri-düzgün seçilməsi, əməliyyatdan sonrakı fəsadların çox olması aşiq sümüyü travmaları zamanı müşahidə olunan əsas problemlərdəndir. Bu kimi çatışmazlıqlar çoxlu sayda xəstələrin əlilliyinə səbəb olur.

Tədqiqatın məqsədi. Aşiq sümüyü sınıqları zamanı xəstələrin müayinə və müalicəsinin optimal variantlarının aşkar edilməsi və praktikaya tətbiqi.

Material və metodlar. Tədqiqat aşiq sümüyü sınıqları ilə müşahidə olunan 56 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr əsasən 1 saylı təcili yardım xəstəxanasına və tədris-cərrahi klinikaya müraciət edən pasientlərdir. Xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: tədqiqat qrupu və nəzarət qrupu. Tədqiqat qrupunda 36 xəstə, nəzarət qrupunda isə 20 xəstə yer almışdır. Tədqiqat qrupunda xəstələrin 41,6%-i (23 nəfər) kişi, 17,7%-i (13 nəfər) qadındır. Nəzarət qrupunda isə 28,1% (15 nəfər) kişi, 12,5%-i (5 nəfər) qadındır.

Xəstələrin müayinəsi zamanı hər bir xəstəyə mütləq 3 proyeksiyada düz, yan və rotasion proyeksiyalarda rentgen müayinəsi aparılmışdır. Xəstələr arasında aşiq sümüyünün zədələnməsinin kliniki əlamətləri aydın müəyyən edilən, lakin rentgenoloji olaraq aşkar edilməyən hallarda KT və NMRT müayinələri aparılmışdır. Əməliyyata planlaşdırılan xəstələr arasında aşiq sümüyünün boynunun 1 və 2-ci tip sınıqlarında KT müayinəsi təyin edilmişdir. NMRT müayinəsi kəskin ağrı sindromu olan, lakin rentgenoloji müayinədə sümük patologiyası aşkar edilməyən xəstələrə təyin edilmişdir. Bu zaman aşiq sümüyünün qığırdaq və qığırdaqaltı zədələnmələri aşkar edilmişdir (7,1%).

Aşiq sümüyü sınıqlarının yer dəyişməyən hallarında ətraf gips sarğısı ilə immobilizasiya edilmişdir. Əsas qrupda gips sarğısı ilə immobilizasiya 16 (44,4%) xəstədə, nəzarət qrupunda isə 13 (65%) xəstədə aparılmışdır. Aşiq sümüyünün yerdəyişmiş sınıqlarında isə anatomik repozisiya və fiksasiya icra edilmiş, müasir osteosin-tezlər tətbiq edilmişdir. Əsas qrupda 11 (30,5%) xəstədə, nəzarət qrupunda 4 (20%) xəstədə operativ müdaxilə aparılmışdır. Aşiq sümüyünün açıq sınıqlarında xarici fiksasiya aparatları tətbiq edilmişdir. Əsas qrupda 3 (8,3%) xəstədə, nəzarət qrupunda isə 1 (5%) xəstədə İlizarov aparatı montaj edilmişdir. Osteosin-tezlər əsasən elektron optik çevirici altında aparılmışdır. Halbuki nəzarət qrupu xəstələrinin müalicəsində konservativ müalicə üstünlük təşkil etmiş, həmçinin əməliyyatlar rentgensiz şəraitdə aparılmışdır. Nəzarət qrupu xəstələri əsasən skelet dartması altında müalicə alan xəstələrdir.

Xəstələrin həm əsas, həm də nəzarət qrupunda yaşa və cinsə görə ümumi qəbul olunmuş təsnifatı cədvəl 1-də əks etdirilmişdir.

Hər iki qrupda sınıqların tipinə görə xarakteristikası cədvəl 2-də əks etdirilmişdir.

Bütün xəstələr sınığın xarakterindən asılı olaraq konservativ və operativ yolla müalicə almış və alqoritm nəzərə alınmışdır. Alqoritmə görə yerdəyişməyən sınıqlar

Cədvəl № 1.

konservativ yolla, yerdəyişən və açıq sınıqlar operativ yolla müalicə edilmişdir.

Operativ müdaxilə zamanı metal yivlərdən və plastin lövhələrdən istifadə edilmişdir. Açıq sınıqlar zamanı xarici fiksasiya aparatları tətbiq edilmişdir.

yaş	əsas qrup		nəzarət qrupu	
	kişi	qadın	kişi	qadın
<20	3	1	2	1
21-40	12	8	7	2
41-60	8	3	5	2
>61	0	1	1	0
cəmi	23	13	15	5

Cədvəl № 2.

sınığın tipi		əsas qrup	Nəzarət qrupu
aşiq sümüyü başının sınığı		1	1
2. aşiq sümüyü boynunun sınığı i	2.1. Yerdəyişməsiz (tip I)	4	2
	2.2. yerdəyişmə ilə, çıxıqsız (tip II)	12	7
	2.3. yerdəyişmə və çıxıqla (tip III)	8	4
	2.4. aşiq oynaqında tam dis-lokasiya ilə (tip IV)	1	1
3. aşiq sümüyü cisminin sınığı		3	2
4. aşiq sümüyü arxa çıxıntısının sınığı		2	1
5. aşiq sümüyü lateral çıxıntısının sınığı		2	1
6. osteoxondrol sınıq	6.1. sümük-qığırdaq fraqmentli sınıq (4-cü dərəcə)	3	1
Cəmi		36	20

Tədqiqatın nəticələri: Aşiq oynaqı və ayağın vəziyyətini kriteriyasına uyğun müalicənin nəticələrini 100 ballıq sistemlə qiymətləndirmişik. Qiymətləndirmədə aşiq oynaqı və ayağın Amerika Ortopedik Cəmiyyətinin təşkil etdiyi bal-qiymətləndirmə cədvəlindən istifadə etmişik (ADFaŞ).

Xəstədə aşiq oynaqında ağrı müəyyən edilmirsə, hərəkətlər tam həcmdə mümkündürsə, aşiq oynaqı stabilliyini saxlayaraq xəstə 3 mərtəbəni çıxa bilirsə, 100 balla qiymətləndirilmişdir. Daimi olmayan ağrılar, hərəkətlər bir qədər məhdudlaşmış, nahamar yerdə gəzintidə çətinliklər, 2 mərtəbəni sərbəst qalxmaq yaxşı nəticə hesab edilir. Xəstənin yerində pozğunluq, əlavə dəstəkdən istifadə, 1-2-ci mərtəbəyə çətinliklə qalxma, ayağın dayaq xüsusiyyətinin zəifləməsi kafi qiymətləndirilmişdir. Daimi ağrılar, yerinin kobud pozulması, fiziki aktivliyin məhdudlaşması qeyri-kafi qiymətləndirilmişdir.

Nəticələr cədvəl 3-dəki kimi qiymətləndirilmişdir.

Cədvəl № 3.

Müalicənin nəticəsi	Ağrı	Funksiya	Səthə adaptasiya	Cəmi
Əla	40	50	10	100-95
Yaxşı	30	37,5	3,5	75-94
Kafi	20	25	5	51-74
Qeyri-kafi	0	12,5	2,5	0-50

Müalicənin nəticələri müqayisəli qiymətləndirilmişdir. Əsas qrupda 38,59% xəstədə əla nəticə, nəzarət qrupunda isə 23,08% əla nəticə alınmışdır. Yaxşı nəticə əsas qrupda 33,34%, nəzarət qrupunda 23,08% xəstədə təyin edilmişdir. Kafi nəticə əsas

qrupda nəzarət qrupuna nisbətən 13,9% çox olmuşdur. Qeyri-kafi nəticə əsas qrupda 3,51%, nəzarət qrupunda 15,36% təşkil etmişdir.

Əməliyyatdan 8-12 ay sonra xəstələrin vəziyyətinin analizi zamanı əsas qrupda əla və yaxşı nəticə 71% xəstədə, nəzarət qrupunda isə 46,14% xəstədə təyin edilmişdir. Kafi və pis nəticələr əsas qrupda 78%, nəzarət qrupunda isə 41,02% təşkil etmişdir.

Yekun Aşırıq sümüyü sınıqları ilə müalicə almış xəstələrin retrospektiv analizi göstərdi ki, xəstələrin müayinə və müalicəsində alqoritmin olmaması qeyri-kafi nəticələrin çoxluğuna səbəb olmuşdur. Sınıqların xarakterinə görə müayinə və müalicənin konkret seçilməsi səhvlərdən uzaqlaşmağa imkan verir. Müalicələrin müqayisəli analizi xəstələrin anatomo-funksional nəticələrinin əsas qrupda əla və yaxşı nəticə 68,42%, nəzarət qrupunda 56,41% olduğunu müəyyən etmişdir. Kafi nəticələr müvafiq olaraq 28,07% və 30,77%, qeyri-kafi nəticələr isə, müvafiq olaraq, 12,82% və 20,51% olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Науменко М.В. Диагностика и лечение переломов таранной кости/Материалы I Международной Конференции по хирургии стопы и голеностопного сустава, г. Москва, 31 март—1 апрель. 2006 г. с.44
2. Науменко М.В., Скорогляднов А.В. Ошибки диагностики при лечении повреждения таранной кости Научно-практический журнал “Травматология и ортопедия России” СПб-2008 с.133
3. Науменко М.В. Лечение переломов отростков таранной кости.//Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф.—М, 2008 С.75
4. Науменко М.В. Оценка исходов лечения переломов таранной кости/Вест-ник 2007, С.20
5. Науменко М.В. Анализ результатов лечения повреждения таранной кости/ Рос.Мед.журнал—2012 С.22
6. Исакова Т.М., Гюлназарова С.В., Дьячкова Г.В., Налесник М.В. Ранняя диагностика аваскулярного некроза блока таранной кости/Гений ортопедии 2011, с.66,70
7. Корышков Н.А. Рациональные методы диагностики и лечения повреждения стопы: дисс... д-ра мед.наук.—Ярославль 2005—360с.
8. Евсеев В.И., Кункенов И.Э. Биотехника повреждений голеностопного сустава. Чевоксары. “Изд. Чувашского университета” 2009—232с
9. Галухин В.В. Оперативное лечение переломов лодыжек с надсиндесмозными повреждениями
10. Prasad M.L., Miller A.N., Dyke J.P. Arterial anatomy of the talus: a cadaver and gadolinium-enhanced MR study/Foot Ankle int. 2010 с.987-993

Daxil olub: 19.09.2018.

К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Полухов Р.Ш., Алиева Г.М.

Азербайджанский Медицинский Университет Кафедра Детской хирургии

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, этиопатогенез, дети.

Параллельно с развитием абдоминальной хирургии и ростом числа оперативных вмешательств возникла проблема лечения и профилактики СКН, что остаётся наиболее актуальной и по сей день. (2,5,13,24).

В России среди работ, посвящённых абдоминальным спайкам, одной из первых является труд Добровольского П.Н. «О болезни, именуемой илеус», изданный в 1838 году. (4).

Впервые J. Hunter в 1973 году описал 3 случая спаек кишечника, развившихся после огнестрельного ранения органов брюшной полости.

Поскольку ни совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости, ни появление новых эндохирургических технологий не снижает частоту развития спаечных осложнений, то важным моментом является разработка комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, для реализации которых необходимо знание этиологии и патогенеза формирования спаек. (6,8,21).

В настоящее время СКН рассматривается как полиэтиологичное, но в тоже время монопатогенетическое заболевание.

R. Virchow в 1853 году впервые отметил связь воспалительного процесса в брюшной полости с образованием спаек, ошибочно считая фибрин продуктом соединительной ткани. (20).

E. Raug (1914) разделил спайки на физиологические и патологические. Физиологические спайки он считал, что возникают неизбежно после операционной травмы и вследствие воспаления, которые могут существовать бессимптомно или самопроизвольно исчезнуть. Патологические спайки продолжают развиваться, а после их рассечения наступает рецидив спаечного процесса (3).

Среди многочисленных этиологических факторов образования спаек выделяют следующие:

1. Механический фактор, возникающий в результате травмирования брюшины при рассечении, захвате и т.д.

2. Физический – высушивание брюшины воздухом, действие высокой температуры при использовании электрокаутера, горячих растворов и т.д.

3. Инфекционный фактор – проникновение инфекции в брюшную полость.

4. Имплантационный – тампоны, оставленные в брюшной полости, дренажные трубки, нерассасывающиеся или длительно рассасывающийся шовный материал, кусочки марли, тальк с перчаток и т.д.

5. Химический – использованные во время оперативного вмешательства химические вещества (спирт, йод и т.д.), вызывающие ожог и асептическое воспаление брюшины.

До последнего времени оставался невыясненным патогенез образования спаек. Важнейшим звеном всех теорий является воспалительная реакция, возникающая в ответ на травму брюшины, реализующаяся с активацией систем кининов, простагландинов, компонентов комплемента и систем свертывания крови. (18,23).

Воспалительный процесс, развивающийся в месте повреждения брюшины, независимо от воздействующего фактора в своём развитии проходит 3 стадии: альтерация, экссудация и пролиферация. Стадия альтерации связана с повреждением брюшины и характеризуется биохимическими (высвобождение вазоактивных и хемотаксических веществ) и морфологическими изменениями (дистрофия, некроз в зоне повреждения).

Микроворсинки мезотелиальных клеток стимулируют миграцию лейкоцитов в очаг воспаления, а интерлейкины (IL α 1, IL α 3), сосудистые ростовые факторы (VEGF), цитокины усиливают их адгезию и индуцируют воспалительную реакцию. (23).

Продукты, накапливающиеся в месте воспаления, способствуют повышению проницаемости сосудов, плазматической экссудации и клеточной инфильтрации лейкоцитами и макрофагами (Пауков В.С., 1995). Этот момент перехода альтерации в экссудацию. Выпотевание серозно-геморрагического экссудата, содержащего альбумины, глобулины и фибриноген, а также коагуляция белковых компонентов с переходом фибриногена в фибрин уже через 10 минут вызывают образование фибриновой сети, которое полностью формируется в течение 2 часов, спустя 3 часа после травмирования серозная поверхность слипается с окружающими тканями. Пролиферативная стадия начинается через несколько часов от начала воспаления, при которой в очаге воспаления происходит выход большого количества макрофагов и лимфоидных клеток, а также эритроцитов. Макрофаги выделяют монокины, которые притягивают фибробласты, стимулирующие их размножение, а также секретируют фактор роста сосудов. Наличие на раневой поверхности преимущественно макрофагов и фибробластов является признаком окончания острой фазы воспаления. Результатом стадии репарации является формирования грануляционной ткани (12,17).

В результате уменьшения тканевого активатора пламиногена угнетается естественная фибринолитическая активность брюшины. (23). При нормальной фибринолитической активности мезотелия, в течение 24-72 часов происходит лизис фибриновых сращений и через 8 дней после операции завершается нормальная регенерация брюшины. В 90 % случаев брюшина регенерирует с образованием спаек. (5,9).

По мнению многих авторов в процессе восстановления дефекта с образованием спаек участвует 5 систем – система свёртывания, фибринолиза, кинин-брадикининовая, метаболизма арахидоновой кислоты, комплимента (16,23). Активатором этих систем является коагуляция.

Воспаление регенерация разделены условно; пролиферация фибробластов начинается уже в первые сутки после операции, а экссудация и инфильтрация постепенно уменьшаясь, остаются до окончания заживления.

Существуют и другие теории патогенеза послеоперационных спаек. Повышенную склонность к спайкообразованию Р.А. Женчевский (1989) объясняет наличием аутоиммунного компонента при воспалении брюшины. На фоне гипоксии, воспаления происходит дистофия брюшины и изменение белка, которое приобретает свойство антигена.

Другие авторы, Р.Д. Магалашвили, С.П. Гладких (1991) и В.И. Лачинский (1995) связывают спайкообразование с наличием генетической предрасположенности у лиц с фенотипом «быстрого ацетилирования». Ацетилирование осуществляется посредством фермента N- ацетилтрансферазы. У людей с фенотипом быстрого ацетилирования биосинтез внеклеточного компонента соединительной ткани превалирует над её катаболизмом, т.е. процесс спайкообразования превалирует над их лизисом. На сегодняшний день это имеет большое значение для патогенетического воздействия на спайкообразование и её профилактику с помощью лекарственных препаратов.(16).

Подавляющее большинство авторов основной причиной образования внутрибрюшинных спаек в раннем послеоперационном периоде считают парез кишечника. Угнетение двигательной активности кишечника свыше 4-5 суток

должно расцениваться как механическая форма острой спаечной кишечной непроходимости.(6,14,15,19).

По мнению Гатаулина Н.Г. и Балащенко Д.Н. образование спаек в брюшной полости, возникающих вследствие оперативного вмешательства и воспаления брюшины в начальных этапах имеет важное значение, так как ограничивает очаг инфекции и предупреждает развитие разлитого перитонита.(18,21).

Таким образом, спаечная кишечная непроходимость у детей остаётся очень серьёзной медицинской и социальной проблемой. Наряду с множественными факторами, способствующими развитию спаечной кишечной непроходимости, особая роль принадлежит различным химическим и механическим травмам во время первичной операции. Исходя из основных этиопатогенетических моментов спайкообразования, одним из главных направлений поиска научно-обоснованных методов профилактики спаечных осложнений является уменьшение травматичности оперативного вмешательства посредством усовершенствования методов адгезиолиза.

ӘДӘБИҮҮАТ- ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Абрамов С.А. К вопросу о внутрибрюшинных сращениях. // Вест.хир.-1992 №4.-с.402-409.
- 2.Алиев С.А.Особенности диагностики и хирургической тактики при спаечной кишечной непроходимости. // Хирургия. 1994. №2, с.13-17.
- 3.Андрейцев И.Л. Острая спаечная кишечная непроходимость. Диагностика и лечение. Москва 2005. Док.диссертация с.24-27.
- 4.Баиров Г.А.Срочная хирургия у детей. Питер, 1997,с.189-201.
- 5.Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А. Малоинвазивные технологии хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Тезисы докладов первого конгресса московский хирургов. Москва, 19-21 май 2005 г., с. 42-43 .
- 6.Блинников О.И., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей. Лапароскопическая хирургия. - М.,1993,с.82-88.
- 7.Гончаров С.В. Диагностика и лечение послеоперационных интра-абдоминальных осложнений у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Автореф. канд. диссертации. Москва 2005 г.
- 8.Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Лапароскопические операции при кишечной непроходимости у детей. 1999 г. с.10-13.
9. Дронов А.Ф., Блинников О.И., Дедов К.А. Лапароскопия в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей. Эндоскопическая хирургия , 1997, №2, с.4-12.
10. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. Медицина, М., 1989г., с. 192
11. Жидкой С.А., Кузнецов Н.М., Долишний В.Н., Соболев В.И. Профилактики ранней спаечной непроходимости кишечника. Непроходимость кишечника. – Новосибирск, 1993, с.86-87.
12. Иванова М.Н., Коновалов А.К., Пеньков Л.Ю., Сергеев А.В. Современные методы профилактики. диагностики и хирургического лечения спаечных осложнений перитонита у детей. Вестн. Росс.АМН, 1993, №4,с.49-52.
- 13.Камаганцева А.Л. Лапароскопическая диагностика и лечение поздней спаечной непроходимости кишечника у детей. Канд. диссертация. Уфа,1999.
- 14.Кобилев Э.Э. Острая спаечная непроходимость у детей: диагностика, лечение и роль лапароскопии. Докт. диссертация. Москва, 2006
- 15.Котловский В.И., Дронов А.Ф. , Поддубный И.В. , Дженалаев Б.К. Сравнительная оценка изучения результатов лечения распространённых форм аппендикулярного перитонита у детей, оперированных лапароскопическим и традиционным способом. Хирургия, 2003,№7,с.32-37.
16. Магалашвили Р.Д. N –ацетилтрансфераза и процесс образования спаек в брюшной полости в эксперименте. Хирургия, 1985 г., №4, с. 64-67.
17. Овчинников В.А., Базаев А.В., Прышков В.В. Релапаротомия при ранней спаечной кишечной непроходимости. Непроходимость кишечника, Новосибирск, 1993, с. 94-95.
18. Рубцов О.Ю., Румянцев И.Г., Степанов Ю.Т. Механизмы спайкообразования брюшной полости при перитоните. Клинико-экспериментальные аспекты современной медицины, Материалы научной конференции, Саранск, 1999 г.
- 19.Степанов Э.А., Шумов Н.Д. Тактика при спаечной кишечной непроходимости у детей. Хирургия. 1984 г., № 12, с. 56-62.
- 20.Хунафин С.Н. Спаечная болезнь брюшины (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация). Автореф. докт. диссерт. Москва, 1986.
- 21.Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины. Москва. 2008. с.12-14.
- 22.Akgur F.M.,Tanyel F.C.,Buyukramakcu N.Adhesive small bowel obstruction in children.Ped.Surg.,1991 Jan.26(1) , p.37-41.
23. Hellebrekers B., Trimbo-Kemper T., Emeis J. Use of fibrinolytic agents in the prevention of postoperative adhesion formation. Fertil –Steril, 2000,Aug., 74(2), 203-12, USA.
24. Meziar P.,Ellis H., Catcill R.A., Intestinal obstruction from adhesions-how big is the problem ? Ann R.Coll Surg. Eng (England), 1990 Oct., 118 (10), p.1085-1089.

X Ü L A S Ə

UŞAQLARDA BİTİŞMƏ MƏNŞƏLİ BAĞIRSAQ KEÇMƏZLİYİNİN ETİOPATOGENEZİNƏ DAİR

Poluxov R.Ş., Əliyeva G.M.

Məqalə uşaqlarda bitişmə mənşəli bağırsağ keçməzliyinin etiopatogenezinə həsr olunub. Məqalədə bitişmələrin yaranmasına səbəb olan etioloji faktorlar, bitişmələrin əmələgəlmə mexanizmi və bitişmə fəsadlarının səbəbləri ətraflı təqdim olunmuşdur. Dəbiyyat materiallarının təhlillərindən aydın olur ki, bitişmə mənşəli bağırsağ keçməzliyinin yaranma mexanizmi olduqca mürəkkəb prosesdir. Bitişmələrin yaranmasında çoxlu sayda faktorların rolu vardır. Bu baxımdan bitişmələrin əmələgəlməsində etiopatogenetik amillərin öyrənilməsi, bitişmə fəsadlarının müalicə və profilaktikasında böyük rol oynayır.

Açar sözlər: bitişmə mənşəli bağırsağ keçməzliyi, etiopatogenez, uşaq.

S U M M A R Y

TO THE QUESTION OF ETHIOPATHOGENESIS OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Poluxov R.Sh., Aliyeva G.M.

The article is dedicated to the question of ethiopathogenesis of adhesive intestinal obstruction in children. The article gives detailed information about etiological factors to the formation of adhesions, mechanism formation adhesion and causes of adhesion in children. Based on the analysis of literary materials, established that the mechanism of formation of adhesive intestinal obstruction is the most complex process. There are many factors in the formation of adhesions. From this point of view, ethiopatogenetik units of adhesions formation is essential to improve the results of treatment and prevention of adhesive complications.

Key words: adhesive intestinal obstruction, pathogenesis, child.

Daxil olub: 12.12.2018.

APLASTİK ANEMİYA

Qasımova Y.A., Quliyeva G.M.

K.Y.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu

Açar sözlər: aplastik anemiya, pansitopeniya, sümük iliği.

Qan-bədənin sümük iliğində istehsal edilən maye toxumasıdır. Hemopoetik kök hüceyrələri (“gələcək qan hüceyrələri”) sümük iliğində istehsal edilir ki, onlar bundan sonra qana keçir və orada zəruri olan yetkinliyə çatırlar. Onların sayı daimidir, lakin zərurət yarandıqda onlar müstəqil şəkildə istehsal edilə və ya yeni, yetkin qan hüceyrələri istehsal edə bilirlər. Qanın bütün formalı elementləri - eritrositlər, trombositlər və leykositlər sümük iliğində ümumi sələf hüceyrələrindən yaranırlar.[1,3] Sümük iliğində qanyaradıcı toxumalar venoz sinusoidlərlə əhdudlaşmış hüceyrələr yığımindan təşkil olunmuşdur. Onlar radial şəkildə yerləşmişlər və mərkəzi sinusoidə açılırlar. Müxtəlif tipli hüceyrələr bu toxumalarda

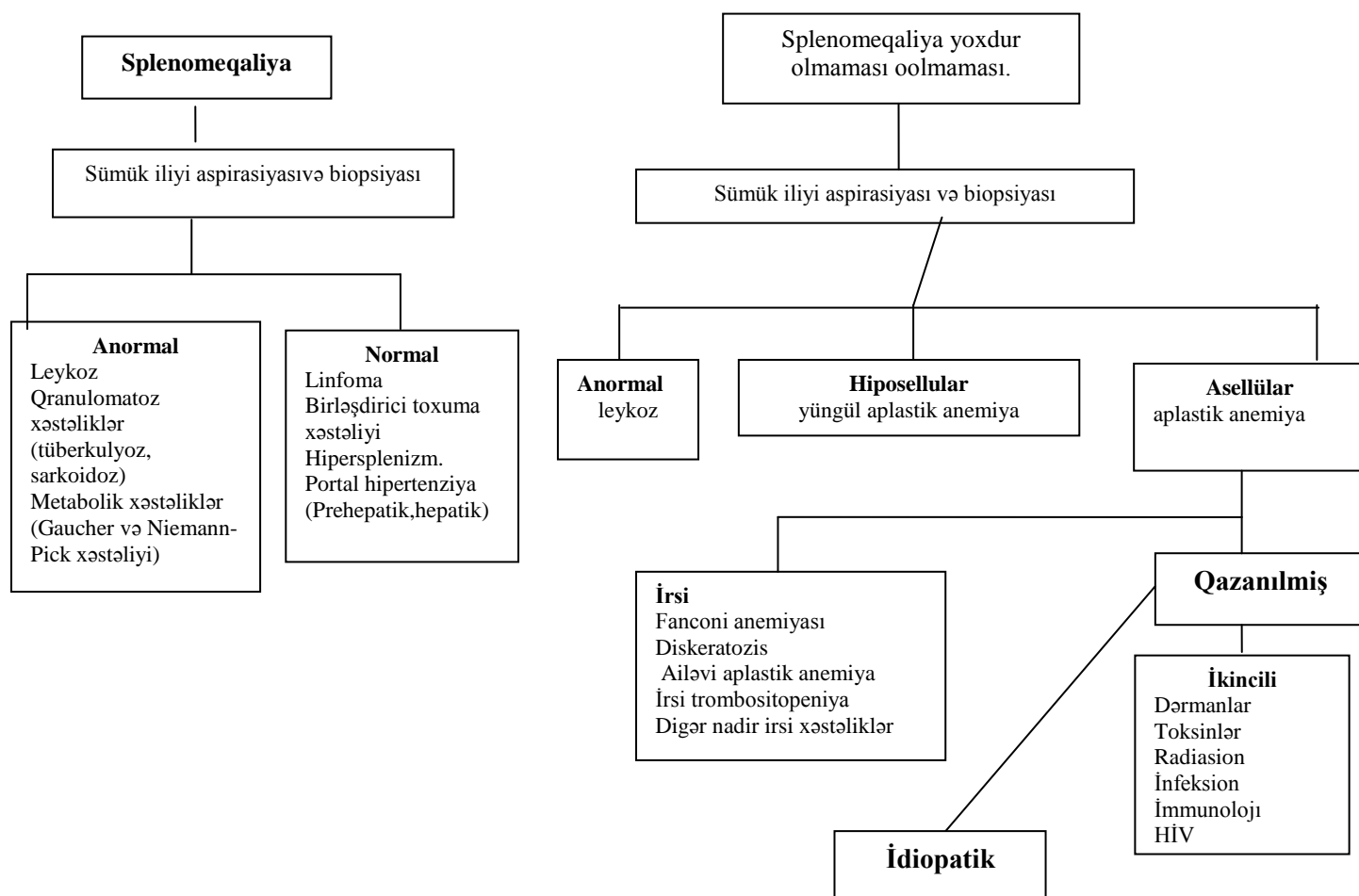
adacıqlar əmələ gətirirlər. Plüripotent kötük hüceyrələrinin əksəriyyəti sümük iliği kanalı boşluğunun periferik təbəqəsində toplaşmışdır. Hüceyrələr yetişdikcə periferik sahədən kanal boşluğuna doğru hərəkət edərək sinusoidlərə keçir, oradan isə qan dövrəsinə keçirlər. İnsanın sümük iliğinin kariositlərinin təxminən 60-65%-i mieloid, 10-15 % -i isə limfoid tipli hüceyrələrin payına düşür. Limfoid hüceyrələrin təxminən 60%-i yetişməkdə olan, qalanları isə miqrasiyaya hazır və ya əksinə qandan sümük iliğinə miqrasiya etmiş hüceyrələrdirlər. [2] Bir gün ərzində 100 milyonlarla yetişmiş limfoid hüceyrələri qana ötürülür. Qandan sümük iliğinə keçən limfositlərin sayı isə təxminən 10 dəfə azdır. Sümük iliğindəki B limfositlərin sayı T limfositlərindən xeyli miqdarda artıqdır. Sümük iliğində həmçinin 1-2% miqdarında immunoloji reaksiyalara cəlb edilmiş plazmatik hüceyrələr də mövcuddur.

Aplastik **anemiya** periferik qanda pansitopeniya (anemiya, leykopeniya, trombositopeniya) və sümük iliğinin hipoplaziyası (hüceyrələrin az olması) və ya aplaziyası (hüceyrələrin olmaması) ile səciylənən ciddi bir qan xəstəliyidir.

İlk dəfə bu xəstəlik 1888-ci ildə Paulem Erlix tərəfindən 21 yaşlı xəstədə müşahidə olunmuşdur. “Aplastik anemiya” termini isə ilk dəfə 1904-ü ildə Çauford tərəfindən təklif olunmuşdur. [2,3]

Pansitopeniya

(Hemoglobin, hematokrit, leykosit və trombosit sayında azalma)



Etiologiya. Aplastik anemiyanın əmələ gəlmə səbəbləri demək olar ki, bir çox halda idiopatikdir. Bu xəstəlik anadangəlmə və ya sonradan qazanılmış ola bilər. Belə

hesab olunur ki, şüalanma, kanserogenlər (bəzi dərman preparatları, kimyəvi maddələr və s.), bəzi viruslar, irsiyyət bu xəstəliyin inkişafına təkan verə bilər.[4]

Klinika. Aplastik anemiya zamanı xəstələrdə dəri və görünən selikli qişaların solğunlaşması, ümumi zəiflik, süslük, baş ağrısı, baş gicələnmə, tənginəfəslik, taxikardiya, qulaqlarda küy, ürək damar tənəffüs çatışmazlığı kimi əlamətlər qeyd oluna bilər. Beynin və həyati vacib orqanların oksigenlə kifayət qədər təchiz olunmaması tənginəfəslik, ürək döyünmə kimi əlamətlərin yaranmasına səbəb olur. Anemiya yavaş - yavaş inkişaf etdikdə simptomlar, əsasən qeyri müəyyən olur. Anemiya sürətlə inkişaf etdikdə isə simptomlar, əsasən ağır olur və daha çox özünü biruzə verir. Aplastik anemiyanın ağırlaşması kimi anemik koma, hemorragik sindrom, infeksiya, daxili orqanların funksiyasının pozulmasını qeyd etmək olar [1,4].

Ağırlığına görə aplastik anemiyanın formaları

	Periferik qanda sitopeniya	Sümükiliyi
Ağır AA	Aşağıdakıların ən az ikisinin olması Neytrofil $0.5 \times 10^9/L$ Trombosit $20 \times 10^9/L$ Retikulosit 20×10^9	<25% və ya <25 – 50% və hematopoetik hüceyrələr <30%
Çox ağır AA	Yuxarıdakıların eynisi ,sadəcə neytrofillər $0,2 \times 10^9/L$	
Yüngül AA	Yuxarıdakı kriterlərə uyğun olmayan pansitopeniya.	

Diaqnostika. Bildiyimiz kimi, qanda olan ana hüceyrələri və onların yaranması sümük iliyində olur. Ona görə də sümük iliyində nə baş verdiyini bilmək üçün sümük iliyini “biopsiya” və ya “aspirasiya” deyilən müayinələrlə yoxlamaq lazımdır. Bu müayinə vasitəsi ilə sümük ili hüceyrələrin sayı, ölçüsü və quruluşu barəsində məlumat əldə etmək mümkündür və xəstənin diaqnozunun düzgün qoyulması sümük iliyinin dəqiqliklə müayinəsindən birbaşa asılıdır.[3,5] Bundan əlavə aşağıda sadalanan müayinələrin aparılması da olduqca vacibdir:

1. Anamnez - xəstənin da
2. Dərman qəbul etməsi, toksin, radiasiyaya məruz qalması, ailədə irsi xəstəliklərin, aplastik anemiyanın, leykozun olması.
2. Hemoqram (qanın ümumi analizi 19 parametrlilik.), periferik yaxma (qanın mikroskop altında incələnməsi)
3. Hemoqlobin elektroforezi (Hemoqlobin növlərini öyrənmək üçün)
4. Qanyaranma üçün lazım olan dəmir, ferritin, eritropoetin, vitamin B12, Fol turşusunu qanda müəyyən etmək.
5. Qanın laxtalanma faktorlarının yoxlanılması.
6. Limfa düyünün punksiyası və biopsiyası; histomorfoloji, immuno - histokimyəvi və sitogenetik müayinələr.
7. Axın sitometriyası (FLOW sitometry) hüceyrə növünü təyin etmək üçündür.
8. Sitogenetik müayinə.
9. Qanın seroloji analizi; HIV, TORCH, parvovirus, hepatit A B, C.

Müalicə. Aplastik anemiyanın müalicəsi praktik olaraq mümkün deyil, lakin bir sıra tədbirlər aparıla bilər, bunlardan aşağıdakıları qeyd etmək olar:

1. Zərərli dərman və toksinlərə məruz qalmanın aradan götürülməsi (bu sümük iliği hüceyrələrin məhv olmasını azaldır, amma bərpa olmasına kömək etmir.)

2. Aspirin kimi trombosit funksiyasını azaldan dərmanlardan istifadə etməmək.

3. Mümkün qədər infeksiyon xəstələrdən uzaq durmaq.

4. İmmunsupresif müalicə - antitimosit qlobulit - ATG və siklosporin A-CSA preparatları istifadə olunur. (Bu müalicə metodu sümük iliği transplantasiyası mümkün olmadıqda istifadə olunur).

5. Qranulositar makrofaqal kolonistimullaşdırıcı faktor (leykositlərin əmələ gəlməsini stimullaşdırır)

6. Kortikosteroidlər.

7. Simptomatik: a) qan köçürmə (yuyulmuş eritrositar kütlə, trombositar kütlə); b) hemostatik; c) İnfeksiyon ağırlaşmaların müalicəsi.

Ağır formalı aplastik anemiyada sümük iliği transplantasiyası istifadə olunur.[2,5,6]

Proqnoz. Müalicə olunmayan xəstələrdə, xəstəlik 90% hallarda ölümlə nəticələnir. Ən effektiv müalicə sümük iliği

transplantasiyasıdır. Transplantasiya mümkün olmadıqda müasir dərmanlarla terapiya fonunda 50% xəstələr 40 yaşına qədər yaşayır.[1,6]

Aplastik anemiyanın ağır qan xəstəliklərindən biri olduğunu nəzərə alaraq müşahidəmizdə olan xəstənin xəstəlik rətişindən nümunə veririk.

Xəstə X. (xəstəlik tarixi № 7809) Anamnezdən məlum olur ki, ananın 20, atanın 30 yaşı var, 3 ildir ki, nıqahdadırlar, qohum deyillər. Uşaq ananın I hamiləlik I doğuşundandır. Hamiləlik normal keçib, doğuş hamiləliyin 39-cu həftəsində, təbii yolla baş verib, uşaq 3100 qr. cəki ilə doğulub. Həyatının ilk 10 günündə uşaqda fizioloji sarılıq olub, müalicə olunmadan keçib. İlk üç aya qədər uşağın fiziki inkişafı kafi qiymətləndirilib, sahə həkiminin nəzarətində olub. Ana südü ilə qidalandırılıb. Son bir ayda uşaq kəskin respirator virus infeksiyasına yoluxub, hərarət yüksəlib, antibakterial terapiya başlanılıb və qızdırma əleyhinə paracetamol istifadə olunub. Ana və uşaq eyni qrup A_β (II) və rezus (Rh-) mənsubiyyətliyərlər. Xəstə 4 aylığında K.Y.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutuna gətirilib, anesteziologiya - reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə qəbul olunub. Xəstə daxil olarkən huşu aydın, süst olub, dəri və görünən selikli qişaları kəskin solğun, uşaqda taxikardiya, tənginəfəslik qeyd olunurdu. Auskultasiya zamanı ağciyərlər üzərində sərtləşmiş tənəffüs ötürülür, ürək tonları kardır. Müayinə zamanı uşaqda ağır anemiya aşkar olunub. Müşahidəmizdə olan xəstədə aşağıdakı müayinələr aparılmışdır: Qanın ümumi analizi: HGB - 42q/l; HCT - 12,4%; RBC - 1,61x10⁶μL; WBC- 4,3 x10⁹μL; MCV - 77,0 fL; MCH - 26,1pg ; MCHC - 33,9 g/dL; PLT 7x10³/ μ L.

Qanın biokimyəvi analizi: Ca - 0,98 mmol/l, Mg-0.57 mmol/l, K-4.72 mmol/l, Na-132.4 mmol/l, qlükoza-3.9 mmol/l.

Koaquloqramma: Qanın laxtalanma müddəti (Li Uayt)-7dəq.30s., qan laxtasının reaksiyası-40%(QLR), rekalsifikasiya müddəti-123san(RM), Protrombin müddəti (PT)-19san, Protrombin indeksi (PTİ)- 64%, Trombin müddəti (TT) -21san, Etanol testi “mənfi”, Fibrinogen (Fb)-120mq/dL. Bu xəstədə qlükoza - 6 fosfat dehidrogenaza fermentinin defisiti aşkarlanmamışdı.

Sidiyin ümumi analizi: patoloji dəyişiklik qeyd olunmur.

Daxili orqanlarının USM-də: qaraciyər və dalaqda böyümə qeyd olunur; digər daxili üzviərdə patoloji dəyişiklik izlənmədi.

EXO kardiografiyada: patoloji axıntılar izlənmədi.

Neyrosonografik müayinə zamanı: patologiya qeyd olunmur.

Rentgenoloji müayinədə patoloji qeyd olunmur.

Uşaq hematoloq tərəfindən konsultasiya olunub. Sümük iliği punktatının müayinəsi: Təqdim olunan yaxmalarda sümük iliği elementləri tətəmmi ilə azlıq təşkil edir. Uşaq onkoloq tərəfindən müayinə olunub.

Aparılan klinik-laborator müayinələrə əsasən aşağıdakı klinik diaqnoz qoyulmuşdur: Yuxarı tənəffüs yollarının infeksiyası. Pansitopeniya. Aplastik anemiya.

Xəstəyə aparılan müalicə: eyni qrup eritrositar kütlə (15ml/kq), trombositar kütlə (10ml/kq) köçürülmüşdür. İmmunoglobulin və hormonlar təyin olunmuşdur. Antibakterial müalicə aparılmışdır. Aparılan müalicə fonunda uşaqda nisbi stabillik əldə olunmuşdu və uşaq müalicəni davam etdirmək üçün şöbəyə köçürülmüşdür. 12.12.2017-ci il tarixində şöbədən hematoloqun nəzarəti altında evə yazılmışdır.

Uşaq bizim tövsiyəmizə müvafiq olaraq hal-hazırda da hematoloqun nəzarətindədir və vəziyyətində nisbi stabillik əldə olunub.

Beləliklə, təqdim olunan klinik müşahidə bir daha aplastik anemiyanın ciddi bir qan xəstəlik olduğunu sübut edir və bu xəstəliyin vaxtında aşkarlanması xəstələrin ümumi vəziyyətlərində nisbi stabilliyin əldə olunmasına imkan yaradır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Waters J. Trauma surgery and transfusion options // International Trauma Care. 2008. Vol. 18, N1. P. 66–69.
2. Даваасамбуу Б., Грицаев С. В., Глазнова Т. В. и др. Эффективность трансфузий тромбоцитного концентрата и интерлейкин-6 у больных острым миелоидным лейкозом // Трансфузиология. 2014. № 2. С. 60–61.
3. Yang S., Lee J. Role of NKT cells in allogenic islet graft survival // Clin. immunol. 2007. Vol. 124. P. 258–266.
4. Nikolova M., Lelievre J.D., Carriere M., et al. Treg modulate CD8 subsets through pd-1/pdl1 pathway // Blood. 2009. Vol. 113, N19. P. 4556–4565.
5. Terabe M., Berzofsky J. NKT cells in immunomodulation of tumor immunity: a new immunoregulatory axis. // Trends in Immunol. 2007. Vol. 28, N11. P. 491–496.
6. Даваасамбуу Б., Грицаев С. В., Глазнова Т. В. и др. // Клиническая онкогематология. 2014. Т. 7, № 2. С. 213–219

РЕЗЮМЕ

АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

Гасымова Е.А., Гулиева Г.М.

Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я.Фараджевой

Апластическая анемия тяжелое заболевание системы крови, в основе которого лежит нарушение кроветворной функции костного мозга, что сопровождается уменьшением количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Апластическая анемия, являясь тяжелым гематологическим заболеванием при позднем выявлении и лечении может привести к смерти больного.

Ключевые слова: апластическая анемия, панцитопения, костный мозг

SUMMARY

APLASTIC ANEMIA

Gasimova Y.A, Guliyeva G.M.

Scientific Research Institute of Pediatrics named after K.Y.Farajova.

Aplastic anemia is a potentially fatal bone marrow failure disorder that is characterized by pancytopenia and a hypocellular bone marrow. Aplastic anemia is one of the most severe bleeding disorders that can be detected in a timely manner and may result in death in a short time.

Keywords: aplastic anemia, pancytopenia, bone marrow.

РЕЗЮМЕ

Исаев И.А., Мирзоев М.И., Казым Е.М., Джафаров М.А., Матиев И.И.

АТУ, кафедра травматологии и ортопедии

Проведенный ретроспективный анализ лечения пациентов группы сравнения показал отсутствие единого алгоритма диагностики и лечения переломов таранной кости, что обусловило значительный процент неудовлетворительных результатов лечения. Предложенный алгоритм обследования пациентов с повреждениями таранной кости позволяет избегать ошибок в диагностике и лечении переломов таранной кости. Сравнительный анализ результатов лечения пациентов с повреждениями таранной кости показал что отличные и хорошие анатомо-функциональные исходы в группе исследования получены в 68,42%, а в группе сравнения 56,41% через год. Удовлетворительные результаты соответственно составили 28,07% спустя год в группе исследования, и 30,77% через год в группе сравнения. Неудовлетворительно результаты лечения больных с последствиями повреждении таранной кости в группе сравнения составили 12,82% спустя год, в группе исследования процент неудовлетворительных результатов составил 3,51%.

SUMMARY

Isayev I.A., Mirzoyev M.I., Kazim E.M., Jafarov M.A., Matiyev I.I.

Azerbaijan Medical University Department of Traumatology and Orthopedici

A retrospective analysis of the treatment of patients in the comparison group showed the absence of a single algorithm for the diagnosis and treatment of talus fractures which resulted in a significant percentage of unsatisfactory treatment outcomes. The proposed algorithm for examining patients with injured talus bones. A comparative analysis of the results of treatment of patients with injured talus bones showed that excellent and good anatomical and functional outcomes in the study group were obtained in 68,42%, and in the comparison group 56,41% after one year. Satisfactory results were respectively 28,07%, a year later in the study group, and 30,77% in a year in the comparison group. Unsatisfactory results of treatment of patients with consequences of damage to the talus in the comparison group amounted to 12,82% a year later, in the study group, the percentage of unsatisfactory results was 3,5%.

Daxil olub: 18.09.2018.