

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

HEALTH MINISTRY of AZERBAIJAN REPUBLIC

SAĞLAMLIQ



ЗДОРОВЬЕ



HEALTH

Elmi-praktik jurnal

Научно-практический журнал

Scientific-practical journal

№ 2

1995-ci ildən nəşr olunur.

Основан в 1995-году.

Established by 1995.

BAKİ *BAKY*BAKU

2010

* MÜNDƏRİCAT * OGLAVLENIE * CONTENTS *

* ƏDƏBİYYAT İSMALLARI * ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ *
* LITERARY SURVEYES ***1. Алиев Д.А., Исаев И.Г., Кязимов К.И.**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НА СТАДИИ.....7

2. Салимов Т. Г., Шамхалов З. М., Асланова Л. С., Рустамли И. А., Гидаятов В. А., Салимова Р. Т., Мамедова Ш. С., Ибрагимов Р. Ю., Халилов В. М., Гасанова Х. Н., Ибрагимов М. Р., Гусейнова Х.Г. Магалова Н. С., Гасымова И. Н., Мансурова Л. Р.

ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.....12

3. Jabbarova Z.A., Qurbanova F.A.

GƏNC İLK DOĞAN QADINLARDA HAMİLƏLİYİN VƏ DOĞUŞLARIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....16

* ORCİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS ***4. Амирасланов А.Т., Ибрагимов Э.Э., Тагиев Ш.Д.**

ОРГАНОСБЕРЕГАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА.....22

5. Hədiyev S. İ., Quliyeva N. N., Osmanov Ş. Ş., Qafarov İ. A.

ƏMƏLİYYATDAN SONRAKİ VENTRAL YIRTIQLARIN PROFİLAKTİKASI.....25

6. Исмаилова Д.А., Насиров М.Я.

ВЛИЯНИЕ РЕФЛЕКТОРНО-СЕКМЕНТАРНОГО БАЛЬНЕО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕБНОГО КОМПЛЕКСА (РСБФЛК) НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС).....31

7. Абдуллаев А.А. Бабабейли Э.Ю.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕКВЕНЦИАЛЬНЫХ КОНДУИТОВ ДЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС.....36

8. Балакишиев А., Джейранлы Ф., Арчвадзе Б.

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МЕТОДОМ ГЕМИКОЛИЭКТОМИИ И НАЛОЖЕНИЕМ АНАСТОМОЗА, ОТСРОЧЕННЫМ СПОСОБОМ.....41

9. Этибарлы С.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....43

10. Керимов А.Х., Велибекова М. Ч.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....47

11. Zeynalov R.M.

BUD SÜMÜYÜ BOYNU SINIQLARINDA İTERNAL FİKSASIYA GÜCÜNÜN ARTIRILMASI.....49

12. Багирова Х.Ф., Асадова Н.О.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ 1-го ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ.....53

13. Мамед-заде Г.Т., Абдуллаева Н.А.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ II КЛАССА ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ.....57

14. Əhməd-zadə V.Ə.

ANTİFOSFOLİPİD SİNDROMU ZAMANI KOMBİNƏDİLMİŞ VƏ ƏNƏNƏVİ MÜALİCƏ NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAIŞƏLİ ANALİZİ.....61

- 15. Алиев Н.Н., Багирова Х.Ф., Зейналова Х.П., Алиева Н.Н.**
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ СЕЛЕЗЕНКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....67
- 16. Абдуллаева Н.А.**
ЗНАЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД.....70
- 17. İsmaylova A.C., Əliyeva E.M.**
AĞIL ZƏİFLİYİ OLAN QIZLARDA CİNSİ İNKİŞAFIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....74
- 18. Малюгин Б.Э., Гаджиева-Азизова С.А., Керимов К.Т., Мамедзаде А.Н., Ахмедова А.Дж., Аббасова У.А.**
РЕЗУЛЬТАТЫ ДУПЛЕКСНЫХ И ТРИПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГЛАЗНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ НА ФОНЕ ОПЕРИРОВАННОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ.....77
- 19. Mehdiyev H¹., Dursun Gürsel², Gökcan M.Kürşat², Demirtaş Mahmut²**
TRANSGLOTTİK OLARAQ YAYILMIŞ QIRTLAQ XƏRÇƏNGİNDƏ BOYUN DİSEKSİYASI VƏ RADYOTERAPİYANIN MÜALİCƏVİ ƏHƏMİYYƏTİ.....81
- 20. Həmidov İ.M., Qədirov A.H., Ağayev H.A.**
BÖYRƏKLƏRİN KƏSKİN SİDİK TURŞUSU BLOKADASININ MÜALİCƏ TƏCRÜBƏSİ.....83
- 21. Məmmədli N.M.**
METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ AĞRISIZ İŞEMİYANIN AŞKAR OLUNMASI VƏ BİSOPROLOLLA MÜALİCƏNİN EFFEKTİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....86
- 22. İbrahimov Ə.Z.**
ŞƏKƏRLİ DIABETİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ PİY HEPATOZUNUN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ HEPTRALIN TƏTBİQİ.....90
- 23. Ağayev B.A., Ağayev R.M., Cəfərli Z.E.**
KƏSKİN PANKREATİTİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ OZONOTERAPİYANIN TƏTBİQİ.....94
- 24. Xəlilova U.A., Orucova R.İ., Məcidova S.A.**
HELİBOAJTER PYLORİ İNFEKSİYASINA AİLƏ DAXİLİ YOLUXMA RİSKİNİN ƏSASLANDIRILMASI.....98
- 25. Kərimova S. M. , Məmmədova M. M. , Qaqiyeva J. İ.**
ENDOKRİN XƏSTƏLİKLƏRİ FONUNDA OCAQLI ALOPESİYALI XƏSTƏLƏRDƏ HORMONAL STATUS VƏ PSİXOEMOSİONAL VƏZİYYƏTİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....101
- 26. Рустамова Ш.М.**
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО И ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....105
- 27. Бабаев МЭ.С.**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО СФЕРОЦИТОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ.....110
- 28. Seyidbəyov O.S., Kərimov R.A.**
ŞƏKƏRLİ DİABETLİ XƏSTƏLƏRDƏ ORTOPEDİK STOMATOLOJİ MÜALİCƏ.....114
- 29. Пашаев А.Ч.**
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНА И РАЗРАБОТКА ЭФФЕКТИВНЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.....117
- 30. Əliyev M.M., Məmmədova A.M.**
AĞIZ BOŞLUĞU SELİKLİ QIŞASINDA LEYKOPLAKİYANIN KLİNİKO-MORFOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ.....122
- 31. Şirəliyev H.Ö., Əhmədov S.İ.**
MÜXTƏLİF KONSTRUKSİYALI PROTEZLƏRİN YARARLILIQ DƏRƏCƏSİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ126
- 32. Байрамов Г.Р.**

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....130

33. Ağayev M. M., Qabulova R. I.

ARTERIAL HİPERTONİYALI XƏSTƏLƏRDƏ BÖYRƏK ZƏDƏLƏNMƏSİNİN AŞKAR EDİLMƏSİNDƏ MİKROALBUMİNURİYANIN ROLU.....135

34. Эминов В.Л.

ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....137

* EKSPERİMENTAL TƏVABƏT *

* EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA *

* EKSPERİMENTAL MEDİCİNE *

35. Qarayev Q.Ş., Vəliyeva Z.Y. İsmayılov Y.B.

PERİTONİT ZAMANI İMMUN SİSTEMİN POZULMUŞ FUNKSİYALARINA VAZAPROSTANIN TƏSİRİ.....140

* SƏNİYYƏNİN TƏŞKİLİ *

* ORGANİZACİYA ZDRAVOOXRANENİYA *

* HEALTH ORGANİZACİON *

36. Talibova B.V., İsayev İ.İ.

NAXÇIVAN ŞƏHƏR MƏKTƏB YAŞLI UŞAQLARIN SOMATOTİPLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....145

37. Гасанов Н.А., Сычев Д.А., Кукес В.Г.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА КАК ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....150

38. Агасиев А.Р.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБЪЕМА И СТРУКТУРЫ ЗАТРАТ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....157

39. Шукюрова Э.Д.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ.....161

40. Eyvazov R.Q

PENSİYAÇILARIN PENSİON TƏMİNATIN NÖVLƏRİNƏ GÖRƏ STRUKTURUNUN REQİONAL XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....164

* TİVBİN TARİXİ * İSTORİYA MEDİCİNİYA *

* HISTORY of MEDİCİNE *

41. Шамсадинская Н.М.

К 90- летию ОРГАНИЗАЦИИ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ !!!

АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....167

* PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK *

* ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ *

* HELP to PRACTICAL DOCTOR *

42. Əliyev Ş.H., Abasov H.M.

KƏSKİN DAŞLI XOLƏSİTİT VƏ ŞƏKƏRLİ DİABET.....172

43. Керимов В.Н., Мамедов М.М., Ахмедов Б.В.

ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ С ЛИФТИНГОВЫМ ВСПОМОЖЕНИЕМ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА.....173

44. Əbiyev Q.Ş., Najiyev Ə.M.

MÜXTƏLİF ŞİDDƏTLİ FİZİKİ YÜKLƏNMƏLƏR ZAMANI SKELET ƏZƏLƏLƏRİNDƏ OKSİGENİN UDULMA KİNETİKASININ TƏDQIQI.....	177
45. Бахшалиев Б.Р., Султанов А.П., Назаров А.И. ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН	182
46. Архмамедов А.А., Сафаров А.М. ПРОБЛЕМА ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	185
47. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. ПАЦИЕНТЫ, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ КАК ГРУППА ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С.....	187
48. Имамова Л.Э., Бахшалиев А.Б. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.....	191
49. Şahpələngov Ə.Ş., Hüseynova G.K., Hüseynova L.Ə., Qarayeva K.Q., Aslanova Ü.K., Namazov F.D., Əzimova G.A. QADINLARDA HİPERANDROGEN HALLARA DİAQNOSTİK YANAŞMA.....	196
50. Магалов Ш.И., Халилова Д.М. ПСИХО - ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	198

✳ ЭДӘВІҮҮАТ ІСМАЛІ ✳ ОБЗОР ЛИТЕРАТУР ✳

✳ THE REVIEW OF LITERATURES ✳

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО ПИА СТАДИИ

Алиев Д.А., Исаев И.Г., Кязимов К.И.

Национальный центр онкологии г.Баку.

Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) органов грудной клетки во всём мире достаточно высок и наблюдается устойчивая тенденция роста. По общемировым показателям в структуре заболеваемости ЗН больных рака легкого (РЛ) занимает первое место у мужчин (интенсивный показатель- 22,1) и второе место у женщин (интенсивный показатель– 2,9). Смертности от данной патологии также высоки, так как в 2007 году для мужчин составили 51,8, а для женщин – 5,6 (6).

В Азербайджане, также как и в других странах, данная патология в последние годы занимает ведущее место среди онкологических заболеваний. В 2007 году было выявлено 884 больных с впервые установленным диагнозом РЛ. Интенсивный показатель заболеваемости РЛ в нашей стране в 2007 году для обоих полов оказался 10,3 на 100 тыс. населения. У мужчин данный показатель составил 17,8, при среднем возрасте больных 60,6 года. У женщин этот показатель составил 3,1, при среднем возрасте больных 65,2 года (1,2). При этом с 2002 года отмечается неуклонный рост заболеваемости – прирост за данный период в процентном соотношении составил 28,1%. Данный показатель является шестым по величине прироста среди всех злокачественных опухолей в Азербайджане. Летальность от РЛ в 2007 году Азербайджане составила 63,7%, при этом смертность на первом году после постановки диагноза наблюдалась у 53,9% больных (1,2).

Классификация ВОЗ выделяет два основных гистологических типа РЛ: немелкоклеточный (80-85% случаев) и мелкоклеточный рак (15-20%). Они характеризуются разным биологическим поведением, лечением и прогнозом и поэтому в клинических исследованиях они анализируются отдельно (5).

Несмотря на развитие клинической онкологии, прогресс в диагностической технике большинство больных РЛ обращаются в специализированные клинические учреждения в поздних стадиях заболевания. При анализе распределения вновь выявленных больных по стадиям заболевания I-II стадии заболевания отмечены у 31,3% больных, III стадия - у 32,5% больных, а IV стадия - у 36,2% больных (10).

На момент установления диагноза, всех пациентов немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) можно условно разделить на 3 группы, что отражает распространённость заболевания и подходы к лечению (4).

Первая группа - это операбельные больные (около 35%) с I-II стадиями. Они имеют наилучший прогноз, зависящий от биологических особенностей опухоли и других факторов. Больные с операбельной опухолью, но имеющие противопоказания к операции, могут быть подвергнуты консервативному лечению.

Вторая группа (10-15% больных) - включает пациентов либо с местно-распространённым процессом (Т3-4), либо с метастазами в регионарные лимфоузлы (N2-3). Большая часть больных в этой группе обычно получает консервативное лечение (ЛТ или ХЛТ), лишь немногие больные с Т3 или N2 могут эффективно лечиться хирургическим методом.

Третья группа больных (примерно 50%) имеет клинически определяемые отдалённые метастазы (M1) при постановке диагноза. Они могут получать ХТ или ЛТ для облегчения симптомов болезни.

В настоящее время не существует единого, общепринятого метода лечения РЛ. По данным ракового регистра секции радиационной медицины ВОЗ (2003 г.), охватывающего

21327 больных злокачественными опухолями трахеи, бронхов, легких, процент пациентов в зависимости от первичного метода лечения был следующим: операция – 19%, ЛТ – 34%, ХТ – 10%, операция + ЛТ – 8%, операция + ХТ – 4%, ЛТ + ХТ – 15%, операция + ХТ + ЛТ – 4%, метод неизвестен – 6%. Таким образом, большинство больных РЛ (59%) получили консервативное лечение: лучевую терапию, химиотерапию, химиолучевое лечение (10).

Основным методом лечения РЛ в ранних стадиях в настоящее время является хирургический. Распространённость опухоли и возможность её хирургического удаления являются определяющими условиями успешного лечения больных НМРЛ. Если позволяют функциональные резервы системы дыхания, выполняют лобэктомия или пневмонэктомию. Если функциональные резервы системы дыхания недостаточны, выполняют резекцию легкого. При РЛ выполняется торакоскопическое вмешательство при условии, что опухоль резектабельна, а операция соответствует всем принципам онкологических вмешательств (5,8).

Несмотря на это, более чем у половины пациентов после радикально выполненных операций возникает либо местный рецидив, либо отдалённые метастазы, а это значит, что около 75% больных НМРЛ являются потенциальными кандидатами для проведения консервативной терапии на различных этапах лечения (10).

В наше время лекарственная терапия НМРЛ – один из наиболее динамично развивающихся разделов клинической онкологии. До 80-х годов возможности ХТ НМРЛ были настолько ограничены, что использование ее не имело практического значения, то с введением в практику новых препаратов, в частности, производных платины и разработкой платиносодержащих режимов комбинированной ХТ появились реальные основания для включения ХТ в схему лечения больных НМРЛ.

Однако, в 90-е годы в практику вошел ряд новых высокоэффективных противоопухолевых препаратов при НМРЛ, – навельбин (винорельбин), таксаны – таксол (паклитаксел), таксотер (доцетаксел), гемзар (гемцитабин), ингибиторы топоизомеразы I– иринотекан, топотекан.

В 1994 г. в рандомизированном исследовании T. Le Chevalie и соавт. показано преимущество комбинации цисплатина с винорельбином по сравнению с одним винорельбином и виндезином с цисплатином при НМРЛ. Комбинация винорельбина с цисплатином оказалась не только статистически достоверно более эффективной (30% эффективности по сравнению с 14% и 19%), но и обеспечивала большую выживаемость (медиана выживаемости 40 нед по сравнению с 32 и 31 нед).

Следует отметить, что на сегодняшний день можно считать доказанной эффективность при НМРЛ комбинаций таксол – карбоплатин, таксол – цисплатин, навельбин – цисплатин, гемцитабин – цисплатин (7).

В лечение больных РЛ широко применяется радиотерапия. Например, в РФ в 2006 году лучевой компонент (как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с хирургическим лечением или полихимиотерапией) применялся у 51,2% больных (6).

Следует отметить, что НМРЛ характеризуется невысокой радиочувствительностью, особенно в поздних стадиях, поэтому с помощью ЛТ удастся добиться излечения лишь у 7–12% больных (3). На протяжении нескольких десятилетий стремление к повышению эффективности ЛТ вообще, и РЛ в частности, заключается в поиске методов и средств (разработка аппаратов и применение новых режимов фракционирования дозы, радиосенсибилизаторов), обеспечивающих селективное усиление повреждения опухолевой ткани и снижение радиопоражаемости нормальных тканей, т. е. в расширении так называемого терапевтического интервала. Сегодня техническое усовершенствование радиотерапевтической аппаратуры, развитие клинической дозиметрии, разработка предлучевой топометрии с использованием компьютерной техники служат основой повышения эффективности ЛТ при лечении опухолей грудной полости (11).

Традиционно, при ЛТ РЛ применяют режим так называемого *классического фракционирования*, заключающийся в подведении разовых доз 1,8–2,5 Гр ежедневно 5–6 раз в неделю до суммарных доз 65±5 Гр. Подобный вариант фракционирования обеспечивает

достаточно хорошее восстановление нормальной соединительной ткани. Однако, результаты стандартной методики облучения при наиболее частой, III-й стадии, низки: 3-летняя выживаемость, по сводным литературным данным, варьирует от 0 до 10% (14).

К настоящему времени накоплен значительный опыт применения при НМРЛ, наряду с классическим режимом фракционирования дозы, укрупненных (3–5 Гр) и крупных (более 6 Гр) фракций дозы при ежедневном облучении, с интервалом 48 ч и более, а также при динамическом фракционировании дозы, когда подведение укрупненных фракций сочетается с последовательным применением более мелкого фракционирования. Наряду с результатами гипофракционирования и динамического фракционирования изучается эффективность гипер- или мультифракционирования, когда ежедневную дозу делят на 2–3 фракции, которые подводят в течение дня с интервалом 4–5 часов (14).

В большинстве случаев в лечение больных РЛ используется фотонное излучение с энергией 4-10 МэВ. Высокоэнергетическое фотонное излучение (например, 15 или 18 МэВ) предпочтительно при крупных опухолях, окруженных зоной обтурационной пневмонии или ателектаза, расположенных рядом с крупными сосудами и лимфоузлами. Это позволяет улучшить распределение дозы и увеличить терапевтический диапазон (14).

В последние годы существенно усовершенствовалась техника в области радиотерапии. Достижения в компьютерных аппаратных средствах, программном обеспечении и медицинском отображении привели к развитию новой технологии для того, чтобы улучшить планирование внешнего облучения, поглощенную дозу и контроль качества радиотерапии. Трехмерные системы планирования облучения (3D RTP), многолепестковые коллиматоры и онлайн электронное портальное отображение - примеры этих технологий (9,12).

В последние годы в ведущих онкологических клиниках мира в лечение больных РЛ используется конформная радиотерапия (также известная как трехмерная конформная радиотерапия или 3D CRT). Указанный современной высокотехнологической метод лучевой терапии, который использует компьютерное планирование и систему облучения, чтобы создать соответствующую величину и форму области распределения дозы для идеального целевого объема, с максимальным исключением окружающей нормальной ткани от воздействия ионизирующего излучения (9,12).

Конформная радиотерапия (CRT) преследует две основные цели (11):

1. Улучшить распределение дозы, путем создания объем облучения высокой дозы для определенного целевого объема.

2. Уменьшить объем окружающих нормальных тканей, подвергнутых облучению В свою очередь, ожидается, что это уменьшит уровень поздних осложнений и позволит увеличить дозу облучения в опухоли.

Свидетельство высокой эффективности конформной радиотерапии основано на рандомизированных исследованиях, где конформную радиотерапию сравнивали со стандартным или конвенционным облучением (9,12).

Данная методика особенно подходит для злокачественных опухолей в участках со сложной анатомией, опухолей нерегулярной формы, опухолей, смежных с чувствительными к облучению структурами, такими как спинной мозг, кишечник и внутрибрюшные органы (13).

Литературные данные по эффективности 3D конформной ЛТ при НМРЛ не многочисленны. Так как сам метод является относительно новейшим методом ЛТ, требующий современного и дорогостоящего оборудования (13).

В Memorial Sloan-Kettering Cancer Center в США конформную радиотерапию провели 67 больным с местнораспространенным немелкоклеточным раком легкого. В первой группе 37 человек получили СОД на большой опухолевой объем менее 64 Гр (СОД от 50 до 63 Гр), во второй (35 больных) – больше 64 Гр (СОД от 64,8 до 84 Гр). Фракционирование было стандартным. До начала конформного облучения назначалось от 2 до 4 циклов платиносодержащих режимов химиотерапии. Радиационное воздействие начиналось через 4-6 недель после завершения химиотерапии. Двухлетняя выживаемость в первой группе

составила 47%, во второй – 76% ($P=0,024$), медиана выживаемости — 15 и 20 месяцев ($P=0,068$) соответственно (18).

При СОД 70 Гр или выше на большой опухолевой объем, составляющий 100 см^3 , 2-летняя частота локальных рецидивов достигла 64%; при СОД менее 70 Гр – 75% ($P=0,01$). Если большой опухолевой объем достигал 200 см^3 , то 2-летняя частота локальных рецидивов следующая: при СОД 70 Гр и более – 49%, при СОД ниже 70 Гр – 92% ($P<0,02$) (18).

С.С. Ling и др. из Memorial Sloan-Kettering Cancer Center произвели радиобиологические расчеты, которые свидетельствуют о том, что 2-летняя вероятность локального контроля при СОД 80 Гр для немелкоклеточного рака легких Т1-2 – 76%, Т3 – 40%; при СОД 90 Гр – 86% и 57% соответственно. (18). По данным R.Rengan и др. повышение СОД на 10% уменьшает частоту локальных рецидивов на 36,4% (15).

В указанном центре было проведено исследование с увеличенным СОД при 3D конформной ЛТ для улучшения локального контроля. В исследование входили 82 больных с неоперабельным НМРЛ I-III стадии (I и II стадии 55, III стадия 27 больных) получавшие 3D конформную ЛТ в СОД $>$ или $=80$ Гр. Результаты оказались таковы: 5-летний локальный контроль и общая выживаемость для больных с I и II стадиями составило 67 % и 36 %, с медиана выживаемостью 41 месяц соответственно. Для пациентов с НМРЛ III стадии 5-летний локальный контроль и общая выживаемость наблюдалось у 39 % и 31 %, соответственно, с медиана выживаемостью 32 месяца. Из полученных данных, авторы утверждают что высокодозная 3D конформная ЛТ приводит к увеличению общей выживаемости и улучшению локального контроля (18).

Анализ неудач при ЛТ неоперабельного НМРЛ свидетельствует о том, что наиболее частой причиной смерти больных служит локорегионарное прогрессирование опухолевого процесса или сочетания его с отдаленными метастазами (65-88% случаев). Поэтому перспективным представляется химиолучевое лечение с использованием нетрадиционных курсов облучения и лекарственных препаратов последнего поколения: цисплатин, ифосфамид, этопозид, паклитаксел, доцетаксел, винорельбин, гемцитабин, каждый из которых вызывает объективный лечебный эффект более чем у 20% пациентов. Основными задачами ХЛТ являются не только профилактика и уменьшение количества отдаленных микрометастазов, но и усиление лечебного действия на первичный очаг и регионарные зоны посредством использования двух противоопухолевых факторов - лучевого и лекарственного (16).

Еще в 1999 году на 35-й сессии ASCO W. Cunnан четко сформулировал положение, что при местно-распространенном НМРЛ (стадия IIIA и IIIB) у больных в хорошем общем состоянии без выраженного падения массы тела использование комбинированной платиносодержащей ХТ в сочетании с облучением имеет преимущество перед чисто ЛТ. К настоящему времени это подтверждено пятью крупными мультицентровыми рандомизированными исследованиями, показавшими статистически достоверное улучшение выживаемости при использовании ХЛТ по сравнению с одной лишь ЛТ (17).

Rosell et. al. на 60 больных с IIIA стадией осуществили рандомизированное исследование. В первой группе больные до операции получали 2 цикла ХТ по схеме МИС (митомидин + ифосфамид + цисплатин), затем им выполнялась радикальная операция и в послеоперационном периоде больные подвергались ЛТ (50 Гр). Во второй группе пациенты радикально оперировались и в послеоперационном периоде они облучались (50 Гр). Медиана выживаемости составила соответственно 26 месяцев и 8 месяцев. 2 года в первой группе выжили 25% больных, во второй группе – никто (16).

Во французском исследовании, опубликованном в 1999 г. (373 больных из 38 Центров), также получены интересные, хотя и скромные, результаты. Использовался режим МIP (митомидин 6 мг/м^2 д. 1, ифосфамид $1,5 \text{ г/м}^2$ 1-3 дни, цисплатин 30 мг/м^2 1-3 дни, каждые 3 недели). В контрольной группе больные сразу подвергались операции. Послеоперационная ЛТ проводилась в обеих группах. Медиана выживаемости составила 26 месяцев в контроле и 36 месяцев в группе с неоадьювантной ХТ. 1, 2 и 3 года выжили в

контроле 73, 52 и 41%, в химиотерапевтической группе - 77, 59 и 49% больных, соответственно. Непосредственный полный гистологически доказанный эффект ХТ составил 11%, частичный эффект - 53% (16).

У аналогичных больных комбинация цисплатина и фторурацила с предоперационным облучением и затем операцией дала следующие результаты:

Taylor et. al. у 64 больных добились объективного эффекта в 56% случаев, 60% удалось радикально прооперировать, медиана выживаемости составила 15 месяцев (16).

Weiden et. al. из 85 больных зарегистрировали объективное улучшение у 56%, медиана выживаемости в их серии была 13 месяцев (16).

Furuse с коллегами показали превосходство конкурентной ХЛТ над последовательной, удлинив медиану выживаемости с 14 до 17 месяцев (16).

Таким образом, анализируя многочисленные данные литературы, следует признать, что комбинация лучевой и лекарственной терапии является перспективным направлением при лечении РЛ. В то же время, нерешенным остается ряд основных вопросов, касающихся рациональных методов радиотерапии РЛ и ее комбинация с химиотерапией, оптимальной последовательности лекарственного и лучевого компонента. Проблема выбора максимально эффективного и минимально токсичного режима лечения до настоящего момента остается актуальной и нуждается в дальнейшем изучении.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Əliyev C.Ə., İsayev İ.H., Bədxassəli şişlərin müalicəsinin nəticələri, onların fəsadları, xəstələrin həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi kriteriyalarının müasir klassifikasiyaları və onların praktikada tətbiqi. Metodik tövsiyyələr. Bakı, 2009.
2. Солтанов А.А., Современные аспекты клиники, диагностики и лечения рака легкого, Баку, Элм 2008, Монография. стр. 6-20.
3. Артёмова Н.А., Зависимость результатов лечения больных раком легкого от дозы лучевой терапии, [Журнал «Медицинские новости» №12, 2007](#)
4. Барчук А.С. Стандарты лечения немелкоклеточного рака легкого, Вестник РОНЦ, 2003, № 1, стр. 3 – 7.
5. Давыдов М.И., Волков С.М., Полоцкий Б.Е. Совершенствование хирургического лечения больных немелкоклеточным раком легкого, Рос. онкол. журн., 2001, № 5, стр. 14-17
6. Лактионов К.К., Рак легкого. Эпидемиология и этиология заболевания. 16.03.2008г. http://raklegkogo.ru/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=2
7. Маренич А. Ф., Горбунова В. А., Современные противоопухолевые препараты в лечении немелкоклеточного рака легкого, [Новое в терапии рака легкого](#). Москва, 2003, стр.16
8. Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Колбанов К.И. и др. Комбинированные операции при немелкоклеточном раке легкого III стадии, Вестник РОНЦ, 2003, № 1, стр. 50-54.
9. Armstrong J, Raben A, Zelefsky M, et al. Promising survival with three-dimensional conformal radiation therapy for non-small cell lung cancer. *Radiother Oncol* 1997;44:17ppg22.
10. David S. Ettinger, The NCCN 2.2006 Non-Small Cell Lung Cancer Guideline, <http://www.nccn.org>
11. Edward C.H., Carlos A.P., Luther W.B. Principles and Practice of Radiation Oncology, fifth edition, Philadelphia, 2008, pp. 218 – 239.
12. Horwitz, E. M., Hanlon, A. L., Pinover, W. H., & Hanks, G. E. 1999, "The cost effectiveness of 3D conformal radiation therapy compared with conventional techniques for patients with localized non small cell lung cancer :”*International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, vol. 45, no. 5, pp. 1219-1225.
13. Jeremic B. *Advances in Radiation Oncology in Lung Cancer*, Springer, 2005, pp. 211 – 217.
14. Levit S.H., Purdy J.A., Perez C.A. etc. all. *Technical Basis of Radiation Therapy*, 4th revised edition, Springer, 2008, pp. 532-533.
15. Rengan R., Rosenzweig K.E., Venkatraman E. et al. // *Intern. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 2004. – V. 60. – P. 741—747.
16. Schump D.S., Altorki N.K., Henschke C.L. et al. *Non-Small-Cell Lung Cancer // In.: Principles & Practice in Oncology /Ed. By DeVita V., Hellman S., Rosenberg S. 7th edition, Lippincott Williams&Wilkins, 2005.*
17. Sederholm C. Gemcitabine compared with gemcitabine plus carboplatin in advanced NSCLC: A Phase III study by the Swedish Lung Cancer Study Group //Program and abstracts of the American Society of Clinical Oncology 38th Annual Meeting, Orlando, Florida, May 18-21, 2002, abstr.1162.
18. [Sura S, Yorke E, Jackson A, Rosenzweig KE](#). High-dose radiotherapy for the treatment of inoperable non-small cell lung cancer. [/Cancer Journal](#). 2007 Jul-Aug;13(4):238-42.

ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Салимов Т. Г., Шамхалов З. М., Асланова Л. С., Рустамли И. А., Гидаятов В. А., Салимова Р. Т., Мамедова Ш. С., Ибрагимова Р. Ю., Халилов В. М., Гасанова Х. Н., Ибрагимов М. Р., Гусейнова Х.Г.
Магалова Н. С., Гасымова И. Н., Мансурова Л. Р.

Научный центр хирургии им. Академика М.Топчибашева.

Атеросклеротическое поражение сосудов, кровоснабжающие органы пищеварения и развивающиеся при этом клинические проявления поражений желудка, поджелудочной железы, печени и кишечника недостаточно известны гастроэнтерологам, несмотря на то, что в 75,5% случаев, по данным аутопсийных исследований, у лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ), атеросклерозом церебральных артерий, атеросклерозом артерий нижних конечностей, выявляется атеросклероз брюшного отдела аорты и её непарных висцеральных ветвей (чревного ствола - ЧС, верхней брыжеечной артерии – ВБА, нижней брыжеечной артерии – НБА, селезёночной артерии – СА, печёночной артерии – ПА). Атеросклеротическое поражение брюшного отдела аорты и её непарных висцеральных ветвей клинически проявляется синдромом хронической абдоминальной ишемии (ХАИ). В 50-70% случаев абдоминальная ишемия проявляется развитием острого нарушения мезентериального кровообращения.

А.В. Покровский и Б.И. Брагин разделяли причины поражения висцеральных артерий, вызывающие хронические нарушения висцерального кровообращения на две группы: I - внутрисосудистые, II – внесосудистые.

I группа - атеросклероз, неспецифический аорто-артериит, фибромускулярную дисплазию, аневризмы висцеральных артерий, врожденные аномалии развития висцеральных артерий.

II группа – различные экстравазальные факторы, вызывающие компрессию висцеральных ветвей.

Интравазальные поражения встречаются чаще (62-90%), чем экстравазальные (10-38%) (16, 19).

Среди различных интравазальных причин поражений висцеральных артерий ведущее место принадлежит атеросклерозу (52,2-88,3%) и неспецифическому аорто-артерииту (22-31%) (8, 9, 14).

В последние годы появилось много сообщений об экстравазальной компрессии ЧС (реже ВБА), приводящей к нарушению висцерального кровообращения (10, 15, 8, 11).

Больные с хроническими нарушениями висцерального кровообращения в клинической практике встречаются значительно чаще, чем диагностируется эта патология. Частое бессимптомное течение (32,2-98,0%) абдоминальной ишемии, неопределенная клиническая картина затрудняют изучение этого заболевания (19, 16, 15).

Клиническая картина нарушений мезентериального кровообращения проявляется в виде двух основных форм – острой и хронической. Острая форма, ведущая к развитию инфаркта кишечника, имеет более или менее отчетливую симптоматику и в значительном числе случаев правильно диагностируется (3), что касается клинической картины хронических расстройств кровоснабжения органов пищеварения, то она менее очерчена.

Большинство авторов (2, 3, 8, 18, 19, 9, 21) указывают на 3 основных симптома хронических нарушений висцерального кровоснабжения: боли в животе, связанные с приёмом пищи, дисфункция кишечника и прогрессирующее похудание. В большинстве статей, посвященных данной проблеме, внимание обращается на развитие болевого абдоминального синдрома после приёма пищи, этот факт объясняется недостаточным притоком крови к органам пищеварения в период их максимальной активности – пищеварительного акта (3, 19).

При поражении ЧС преимущественно страдают органы верхнего этажа брюшной полости: печень, ПЖ, желудок, ДПК и селезёнка. Стеноз или окклюзия ВБА проявляются различными нарушениями функций тонкого кишечника, а поражение НБА чаще обуславливает ишемию толстого кишечника. В то же время, развитая коллатеральная сеть между висцеральными артериями способствует длительной функциональной компенсации в условиях нарушенного магистрального кровотока .

Частым признаком хронической ишемии органов пищеварения является дисфункция кишечника, которая проявляется нарушением секреторной и абсорбционной функций тонкого кишечника (метеоризм, неустойчивый стул, частый жидкий стул), и нарушением эвакуаторной функции толстой кишки с упорными запорами (19).

А.В. Покровский и соавт. выделяют 3 стадии в течении хронической ишемии органов пищеварения :

1-я – стадия компенсации или доклиническая, при которой отсутствуют симптомы заболевания;

2-я – стадия субкомпенсации, клинические симптомы появляются лишь при приёме большого количества пищи;

3-я – стадия декомпенсаций. В этой стадии боли и нарушения функций кишечника носят постоянный характер, усиливаясь после приёма небольшого количества пищи.

Основную роль в верификации диагноза ХИБОП играют методы, непосредственно выявляющие окклюзионно-стенозические изменения в висцеральных артериях, и в первую очередь, рентгеноконтрастная аорто-артериография (19).

Большинство авторов (8, 7, 11) отмечают, что ангиография не только является ценным методом диагностики ХИБОП, но и позволяет определить оптимальную тактику лечения.

В последнее время широко используются возможности ультразвуковой доплерографии в диагностике ХИБОП и отмечают высокую корреляцию полученных результатов с данными ангиографии.

Большинство авторов (9,15) считают, что оперативное лечение показано лишь при II, III и IV стадиях заболевания, то есть при наличии явных клинических симптомов, а I (доклиническая) стадия требует лишь консервативной терапии и динамического наблюдения.

При лечении ХИБОП необходимо использовать комплексную консервативную терапию, включающую в себя диетический режим, назначение противовоспалительных препаратов, препаратов улучшающих микроциркуляцию и липидный спектр крови, а также антихолинергические средства и антиоксиданты.

Ишемические поражения кишечника обусловлены нарушением кровообращения в тонкой и толстой кишках. Ишемические поражения кишечника занимают 3 место среди других форм АИБ и составляют 22% случаев. Эта форма ХИБОП наиболее изучена, при ней наблюдается наибольший процент острых абдоминальных ситуаций. Правая половина ее до селезёночного изгиба снабжается кровью из ветвей ВБА. Левая половина толстой кишки, включая прямую кишку, обеспечивается кровью из НБА. Наиболее уязвимым местом толстой кишки является селезёночный изгиб, расположенный в зоне смежного кровоснабжения бассейнов двух брыжеечных артерий. По данным L.M. Thomas (1972), эта часть кишечника вовлекается в процесс при ишемических нарушениях чаще других отделов и встречается в 80% случаев. Для кровоснабжения толстой кишки, также как и для тонкой кишки характерно наличие «параллельного» (краевого) сосуда, являющегося основной сосудистой магистралью.

В микроциркуляторном русле кишок выделяют 5 основных звеньев: артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены.

Особая роль, которую играет микроциркуляторное русло кишок, обусловлена как важностью обменных процессов, происходящих на его уровне, так и относительной автономностью этого отдела сосудистой системы.

Кишечная микроциркуляция играет значительную роль в поддержании гидроинного, кислотно-основного и других видов гомеостаза. Нарушение проходимости экстраорганных

сосудов кишок в 27,2% наблюдений (по данным Ойноткиновой О.Ш., 2001) было обусловлено сужением просвета атеросклеротической бляшкой.

По данным В.С. Савельева (1979) тяжесть поражения сердечно-сосудистой системы, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний определяют степень ишемических поражений толстой кишки.

Так для транзиторной формы ишемического колита характерно появление внезапных схваткообразных болей в животе, сопровождающихся тенезмами, нередко появляется диарея с примесью крови. При транзиторной форме возможны 2 исхода: разрешение или развитие стриктуры.

При первом варианте в СО толстой кишки возникают поверхностные некротические изменения в виде эрозий, мелких кровоизлияний. Чаще эти изменения проходят через несколько дней и больные выздоравливают или появляются вновь при нарушении кровоснабжения стенки толстой кишки (Какуллер Л.Л., 1980).

Нередко клиническую картину ишемического колита может вызывать спаечный процесс в бассейне НБА после перенесенных хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

Наиболее частым симптомом при ишемическом поражении толстой кишки является боль. Чаще боль локализуется в области пупка, в нижних отделах живота, сопровождается выраженным метеоризмом, задержкой стула, чередованием запоров и поносов, в кале нередко присутствует примесь крови.

В некоторых случаях болевой синдром менее выражен, а преобладает дисфункция толстой кишки: метеоризм, аэроколия, запор, неустойчивый стул.(13)

При поражении НБА отмечается нарушение двигательной функции толстой кишки, нередко присоединяется недостаточность сфинктеров заднего прохода, а также ослабление мышц мочевого пузыря. Наиболее часто этот симптом выражен у женщин с сахарным диабетом, избыточной массой тела(21).

Рентгенологические симптомы ишемических поражений толстой кишки:

1. Дефекты наполнения различной величины, напоминающие «отпечатки пальцев» (Boney) (наиболее ранний признак) или так называемый симптом «дымящей трубы», или картину псевдополипоза.

2. Наличие щелевидных участков просветления между контрастным веществом и стенкой кишки.

3. Сегментарные стенозы.

Наиболее часто эти изменения локализуются в селезеночном изгибе и нисходящем отделе кишки.

При проведении колоноскопии отмечается наличие сине-багровых, неправильной формы, участков СО с отеком и контактной кровоточивостью. СО толстой кишки имеет пестрый вид, нередко выявляются эрозии и геморрагии.

Важнейшими диагностическими признаками ишемических колитов являются следующие:

1) частая локализация в селезеночном изгибе;

2) поверхностный некроз СО с сохранением эпителия крипт на большом протяжении;

3) наличие тромбов или сгустков фибрина в мелких артериях;

4) макрофаги, нагруженные гемосидерином;

5) замещение собственной мышечной пластинки соединительной тканью.

Алгоритмы программы лечения АИБ должны выстраиваться так же, как и алгоритмы лечения атеросклероза в целом с учетом основных звеньев патогенеза (2 13 15).

1. Воздействие на процессы, стабилизирующие эндотелиальную дисфункцию (приём препаратов группы статинов и фибратов, обладающих кроме холестерина-нормализующего и противовоспалительного действия, ещё и цитопротективным) в плане эндотелия сосудов.

2. Воздействие на процессы ПОЛ с применением средств антиоксидантной защиты.

3. Воздействие на процессы свертывающей системы крови – антиагрегантная терапия низкомолекулярными гепаринами.

4. Гемодинамическая разгрузка органов пищеварения с применением ингибиторов АПФ.

5. Воздействие на показатели вязкости крови, нормализации углеводного обмена.

6. Воздействие на факторы, улучшающие функциональное состояние печени (мембраностабилизирующие препараты, гепатопротекторы, препараты урсодезоксихолевой кислоты, регулирующие жирные кислоты).

7. Системная энзимотерапия. Нормализация функциональных ферментных систем желудка, поджелудочной железы, кишечника, печени.

8. Симптоматическая терапия.

9. Лечение осложнений.

Существующие национальные программы по профилактике атеросклероза независимо от формы проявления предусматривает проведение интенсивной гиполипидемической терапии.

Перед проведением медикаментозной гиполипидемической терапии необходима немедикаментозная диетотерапия. Содержание жиров в рационе больных не должно превышать 20-25%.

Медикаментозное лечение гиперлипидемий включает различные группы препаратов.

1. Секвестранты желчных кислот:

2. Статины:

3. Фибраты:

Симптоматическая терапия ХИБОП зависит от клинического поражения органов-мишеней. Общим для всех форм ХАИ является купирование болевого синдрома. Назначают спазмолитики и анальгетики в обычных дозировках внутримышечно.

При неэффективности консервативного лечения больных направляли в отделения сосудистой хирургии, где им проводили реконструктивные оперативные вмешательства: эндартерэктомию, различные виды шунтирующих операций, а также использовали рентгеноэндоваскулярные методы лечения (ангиопластику и стентирование суженных участков пораженных артерий).

Если скопить данные, накопленные за 150 лет исследования АИБ – этого тяжелого и распространенного заболевания, то возникает много вопросов, не решенных до сих пор и требующих дальнейшего изучения.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Абулов М.Х., Клименко М.Н. Некоторые аспекты развития окклюзии мезентериальных артерий при атеросклерозе // Тер. архив. 1980. № 5. С. 129-132.
2. Абулов М.Х., Мурашко В.В. Клинические варианты хронической абдоминальной ишемии при мезентериальном атеросклерозе // Там же. 1986. №11. С. 119-122.
3. Беньяковская Е.Я. Возрастные особенности селезеночной артерии ее ветвей у человека // Мат. 7-й научн. конф. по вопросам возрастной морфологии, физиологии и биохимии. – М., 1965. С. 21.
4. Брагин Б.И. Окклюзия брюшной аорты и ее ветвей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 1970.
5. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. – М.: Медицина, 1989. С. 662-670.
6. Гавриленко А.В. Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения окклюзионных поражений непарных висцеральных ветвей брюшной аорты // Вестн. АМН СССР. 1987. №5. С. 45-49.
7. Дмитриева И.В. Особенности гемодинамики непарных ветвей брюшной аорты, вызывающие ишемию поджелудочной железы // Там же. 1997. №3. С. 35-38.
8. Игнашов Ю.И. Клиника, диагностика и хирургическое лечение стеноза чревного ствола / Дисс. ...докт. мед. наук. – Л., 1980.
9. Казанчян П.О. Клиника, диагностика и хирургическое лечение хронических окклюзирующих поражений висцеральных ветвей брюшной аорты / Дисс. ...докт. мед. наук. – Л., 1980.
10. Князев М.Д., Евдокимов А.Г., Урушадзе Т.Ю. Нарушения висцерального кровообращения при стенозе чревного ствола // Хирургия. 1984. №5. С. 42-45.
11. Ковальчук Л.А. Роль кровотока в возникновении язвенных болей и их прекращение после ваготомии // Там же. 1989. №4. С. 45-48.
12. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия артерий человека. – М.: Медицина, 1974. С. 360
13. Козлов В.И., Пильман Е.Н. И др. Гистофизиология капилляров. – СПб.: Наука, 1994.

14. Кузнецов М.Р., Краюшкин А.В., Федоров В.С. Блокада энтерогепатической циркуляции желчных кислот при лечении дислиппротеидемии // Грудн. И сердечно-сосудист. хирургия. 1995. №4. С. 71-75.
15. Кузнецов М.Р., Краюшкин А.В., Федоров В.С. Консервативные методы лечения дислиппротеидемии у больных облитерирующим атеросклерозом // Материалы международной конференции «Новые направления в ангиологии и сосудистой хирургии» - М., 1995. С. 119.
16. Логинов А.С., Звенигородская Л.А., Салексатова Н.Г. и др. Хроническая ишемия: клинические проявления, диагностические возможности и тактика лечения // Там же. 2000. № 2. С. 32-36.
17. Логинов А.С. и др. Состояние инкреторной функции поджелудочной железы при хронических панкреатитах // Там же. 1985. № 12. С. 7-10.
18. Лэпедат П. Инфаркт кишечника. – Бухарест, 1975.
19. Мадьяр И. Поражения мезорентериальных сосудов // В кн.: Дифференциальная диагностика заболеваний внутренних органов. Т. 1. – Будапешт, 1987. С. 548-549.
20. Малов Г.А., Сабиров Б.У. Радионуклидная аорто-артериография. – М.: Медицина, 1989. С. 304.
21. Орлов В.А., Шамхалов З.М. Влияние блокаторов кальциевых каналов на функционально-морфологическое состояние желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. мед. 1989. №3. С. 24-26.

Daxil olub: 4.03.2009. Rəyə göndərilib: 11.03.2009.

GƏNC İLK DOĞAN QADINLARDA HAMİLƏLİYİN VƏ DOĞUŞLARIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Cabbarova Z.A., Qurbanova F.A.

ET Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu.

Gənc qadınların hamiləlikləri hal-hazırda mamalıq və ginekologiyanın ciddi problemlərindəndir (2, 4, 11). Çünki gənc anaların və onların gələcək yenidoğulmuşlarının sağlamlıq problemləri nəinki gənc orqanizmin fizioloji yetişməməzliyi ilə, həm də adaptasiya mexanizmlərinin qeyri-adekvatlığı ilə şərtlənir ki, bütün bunların hamısı hamiləliyin gedişinə, doğuş aktına və nəticə etibarlı ilə yenidoğulmuşun vəziyyətinə pis təsir göstərir (8, 11).

Əksər müəlliflər gənc ilkdoğan qadınlarda hamiləliyin və doğuşların fəsadlaşmaları yüksək tezlikdə olduğunu göstərilər (14, 16). Bəzi müəlliflərin (8) verdiyi məlumatlara görə hestasiyanın vaxtından əvvəl pozulması halları istisna olmaqla yaşla əlaqədar ciddi fərqlər aşkar olunmur.

Başqa müəlliflər bir çox hallarda gənc ilk hamilələrdə ana və döl (yenidoğulmuş) üçün hamiləliyin və doğuşun nəticələrini əsasən yaşla əlaqələndirirlər. Mənbələrdə göstərilir ki, bu kateqoriyalı qadınlarda doğuşun fəsadlaşma halları 30%-dən 81%-ə qədər tərəddüd edir (9, 19). Belə qadınlarda doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları, doğuşdan sonrakı və erkən zahılıq dövrlərində qanaxmalar, doğuş yollarının yumşaq toxumalarının travmaları daha çox müşahidə olunur. Eləcə də göstərilir ki, abdominal doğuşların xüsusi çəkisi yüksək olur; həm də bu əməliyyatların əksər hissəsi doğuş vaxtı aparılmalı olur. Bu zaman əməliyyata göstərişlər içərisində ən çox dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması zamanı doğuş fəaliyyətinin olmaması (45,9%), doğuş fəaliyyətinin davamlı zəifliyi (31,3%), anatomik və kliniki dar çanaq (27,4%) olmuşdur (26).

Digər müəlliflər isə qeyd edirlər ki, yeniyetmə və gənc yaşlarda hamiləlik orqanizmin əsas sistemlərinin yaşla bağlı funksional yetişməməzliyi, adaptasiya mexanizmlərinin qeyri-adekvatlığı ilə əlaqədar çox mürəkkəb şəraitdə keçir ki, bunlar da öz növbəsində hamiləliyin, doğuşun və zahılıq dövrünün gedişinə mənfi təsir göstərir (3,16,20). Onların verdikləri məlumatlara görə yeniyetmələrdə hamiləlik vaxtı və doğuşlar zamanı fəsadlaşmaların tezliyi 22-59% təşkil edir. Müəlliflərin verdikləri məlumata görə hestozun preeklampsiya və eklampsiya kimi ağır formaları cinsi yetgin ilkdoğan qadınlarla müqayisədə yeniyetmə və gənc qadınlarda 3 dəfə çox müşahidə edilir (23).

Hestasion dominantın kifayət qədər formalaşmadığından çox vaxt belə vəziyyət dölnün bətdaxili vəziyyətinə pis təsir göstərir və sonradan doğuş dominantının formalaşmasının pozulması

və doğuş fəaliyyətinin anomaliyasının inkişafı meydana çıxır (1,7). Hestasion və doğuş dominantının natamamlığı ilə yanaşı hamiləliyin və doğuşun gedişinin pozulmasının meydana çıxmasında uşaqlığın hipoplaziyasının da böyük rolu vardır. Uşaqlığın hipoplaziyası yeniyetmələrdə yumurtalıq hormonlarının (estrogenlər və progesteron) qatılıqlarının daha aşağı olmasından neyroendokrin tənzimləmə sisteminin təkmil olmaması ilə əlaqədardır (1, 14). Bu pozulmalar da öz növbəsində cift çatmamazlığının formalaşmasını müəyyənləşdirir və nəticədə də dölün hipoksiyasını və hipotrofiyasını törədir.

Homeostatik reaksiyaların dayanıqsızlığı və gərginliyi ilə müştərəkləşdikdə bu mexanizmlər doğuş fəaliyyətinin anomaliyalarının inkişafında və doğuşdan sonrakı qanaxmalarda mühüm əhəmiyyət kəsb edir; xüsusən uşaqlığın infantilizmi olduqda onun yığılma funksiyasının daha dərin pozulmaları meydana çıxır (1, 7). Ədəbiyyat məlumatlarına görə gənc ilkdoğan qadınlarda son və doğuşdansonrakı dövrlərdə uşaqlıq qanaxmalarının rastgəlmə tezliyi 4,0-27,3% təşkil edir.

Hamiləliyin və doğuşun pozulmalarının formalaşmasında çanağın quruluşunun da mühüm rolu vardır. Müasir dövrdə akselerasiya prosesinin getməsinə baxmayaraq, 15 yaşına qədər yeniyetmələrdə çanağın və dölün başının kliniki uyğunsuzluğu doğuşun tez-tez ağırlaşmalarına gətirib çıxarır (1, 7). Bu səbəblərdən də doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları, doğuş yollarının travması, dölün mayenin vaxtından əvvəl axması hallarının tezliklərinin kifayət qədər yüksək olmaları müşahidə edilir. Eyni zamanda 16-18 yaşında doğan qadınlarda fəsadlaşmalar nisbətən başqa strukturda olur. Belə ki, müəlliflərin məlumatlarına görə bu yaş qrupunda tez doğuşlar, ya da doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, uşaqlığın və aralığın cırılmaları, habelə hipotonik qanaxmalar üstünlük təşkil edir.

Yeniyetmələrdə müxtəlif formalı fəsadlaşmaların genezində psixoemosional mühit amillərini mütləq nəzərə almaq lazımdır. Müəyyən olunmuşdur ki, gənc ilk hamilələrdə qadının psixiko-emosional sferasının vəziyyəti mühüm əhəmiyyətə malikdir. Bu sferanın müvazinətsizliyi və zəifliyi çox hallarda doğuşların fəsadlaşmalarına zəmin yaradır (13).

Reprduksiyanın anomaliyalarının patogenezində mərkəzi pozulmalar əhəmiyyətli rola malikdir. Bu məsələlər V.N. Serov və həmmüəlliflərinin (12) işlərində qeyd edilmişdir; onlar müəyyən etmişlər ki, ətraf mühit amillərinin orqanizmin tənzimləyici sisteminə təsirlərinin artması nəticəsində bu pozulmaların tezliyi və ağırlığı çoxalır.

Gənc ilkdoğan qadınlarda orqanizmin hestasiya prosesinə lazımi səviyyədə hazır olmadığı üçün ekoloji, sosial və digər təsirlərin xüsusi əhəmiyyəti vardır; çünki ətraf mühitin əlverişsiz şəraiti və hər bir stress hipofizin qonadotrop hormonlarının sekresiyasına və ifrazına tormozlayıcı effekt göstərir ki, bu da öz növbəsində yumurtalıqların hormonal funksiyasına təsirsiz ötürür. Tədqiqatlardan alınan məlumatlara görə yaşdan asılı olaraq müxtəlif stresslərə məruz qalan qadın orqanizmində hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sistemindəki pozulmalar spesifik və ya reproduktiv funksiyaların pozulmaları ilə meydana çıxır.

Bununla əlaqədar olaraq ətraf mühitin ekoloji əlverişsiz amillərinin gənc qadın orqanizminin sağlamlıq vəziyyətinə və reproduktiv funksiyasına, dölə və yenidoğulmuşu təsirlərinin öyrənilməsi problemi xüsusi kəskinliyi və əhəmiyyəti ilə gündəmə gəlir (5).

Hamiləlikdən kənar vəziyyətdə mübadilə prosesləri və tsikliki dəyişikliklər hipotalamo-hipofizar sistemin və periferik endokrin vəzlərin hormonları vasitəsi ilə həyata keçirilir. Hamiləlik vaxtı isə vahid ana-jift-döl funksional sistemi ön plana keçir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu sistemin hər bir həlqəsinin endokrin funksiyası müstəqildir və eyni zamanda bir-biri ilə sıx qarşılıqlı əlaqədədirlər. Həlqələrin hər hansında meydana çıxan normadan kənarlaşmalar ümumilikdə hestasiya prosesinin patoloji istiqamətlənməsinə gətirib çıxarır. Bu zaman hestasion proseslərin tənzimlənməsi üçün ən vacib həlqəsi cift və onun endokrin funksiyasıdır. Dölün özü də homeostatik mexanizmlərdə iştirak edir və hormonların əmələ gəlməsini tənzimləyir (11). Fetoplasentar sistemin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, bir qayda olaraq, hestasiya dövründə cift tərəfindən hasil olan və ya ciftə metabolizmə uğrayan hormonların təyin edilməsinə əsaslanır (10, 15).

Gənc və yeniyetmə qadınlarda ilk hamiləlik orqanizmin əsas sistemlərinin yaşla bağlı cinsi funksional yetişməməzliyi, adaptasiya mexanizmlərinin qeyri-adekvatlığı ilə əlaqədar çox mürəkkəb bir şəraitdə keçdiyi üçün bu zaman fetoplasentar kompleksin funksiyasında çatmamazlıq meydana çıxır. Fetoplasentar kompleksin çatmamazlığı nəinki bu kateqoriyalı hamilələrdə, eləcə də

müasir mamalıqda öz aktuallığını saxlayan problemdir, çünki bu, perinatal xəstənləmələrin və ölümünün baş verməsində meydana çıxan səbəblərindən ən vacibidir. Həmin məsələ ilə əlaqədar çoxsaylı tədqiqatların olmasına baxmayaraq, bu problem hal-hazırda öz həllini tapmamışdır (2, 7).

Fetoplasentar çatmamazlığın inkişafı etioloji səbəblərinin spektri çox genişdir və hal-hazırda ilk növbədə ekoloji və sosial amillər hesabına genişlənməkdədir. Bu zaman həmin amillərin təsirləri daha çox qarşılıqlı səbəb-nəticə xarakterində olur. Ədəbiyyat məlumatlarına görə gənc ilkdöğənlərdə fetoplasentar çatmamazlığın (FPC) inkişafında neyroendokrin sisteminin tənzimlənməsinin yaşla əlaqədar qeyri-təkmilliyindən cinsi infantilizm və bunun nəticəsində də uşaqlıq və fetoplasentar qan cərəyanının azalması mühüm rol oynayır. Belə vəziyyətlərdə isə dölün bətdaxili hipoksiyası və inkişafının ləngiməsi meydana çıxır (6, 8).

Fetoplasentar kompleksin çatmamazlığının mürəkkəbliyi etioloji amillərin çoxsaylı olması ilə, habelə profilaktik və terapevtik tədbirlərin təkmil olmaması ilə, həm də FPC-in müalicəsi üçün istifadə edilən bir sıra dərman preparatlarının teratogen təsirləri ilə bağlıdır (11). Son illərdə gənc qadınlarda hamiləliyin, doğuşun zahılıq dövrünün gedişi, dölün və yenidoğulmuşun vəziyyəti haqqında əldə olan ümumi məlumatlardan ətraf mühitin əlverişsiz şəraitində yaşayan bu qadınlarda fetoplasentar sisteminin hormonal funksiyasının nə vəziyyətdə olduğunu təsəvvür etmək çətin deyil (11).

Müasir təsəvvürə görə fetoplasentar kompleks özünün və dölün böyüməsinə, inkişafına və funksiyasına, sonradan isə onların doğulmasına, habelə dölün yaşayıb qalmasına məsuldur (15). Bu funksiyaların endokrin tənzimlənməsi dölün böyrək-üstü vəzlərinin, cinsi vəzlərin (qonadaların) və jiftin steroid hormonlarının hasil etmələri ilə həyata keçirilir (dölün hipotalamo-hipofizar kompleksin və ciftin neuropeptidlər və polipeptid hormonlarının hasil etməsi, dölün qalxanvari və mədəaltı vəzlərinin hasil etdikləri hormonlarla).

Son illər belə fikir təsdiq olunmuşdur ki, cift tam şəkildə biosintez tsiklini həyata keçirməklə steroid hasil edən orqan deyil. Bu hormonların sintezinin tam başa çatdırılması üçün onların sələflərinin döl qanından ana qanına keçməsi lazımdır (12).

Döl orqanizmində hasil olan androgen sələflərindən ciftə estrogenlərin sintezinin asılı olması prinsipi əsasında fetoplasentar sistem anlayışı formalaşmışdır (11). Müəlliflər göstərir ki, ciftədən dəyişkənliyə uğramış hormonlar da keçə bilər. Cift hormonlarının sintez olduğu yer sinsitio-, sitotrofoblast və habelə desidual toxumadır. Ciftə xorion qonadotropini, plasentar laktogen və prolaktin, həmçinin immunreaktiv 0-endorfini, α -melanstimulyasiya edən hormon və propriomelanokortin hasil olunur (21, 22). Beləliklə, cift prinsip etibarlı ilə yeni hormon hasil etmir, qadın orqanizminin hamiləlikdən kənar vaxtlarda endokrin vəzlərinin nisbətən az miqdarda sintez etdiyi və ya onlara oxşar hormonlar hasil edir. Onu qeyd etmək lazımdır ki, trofoblastın sinsitial hüceyrələri steroid və eləcə də zülal təbiətli hormonlar hasil edir. Lakin hipofizdə yalnız zülal təbiətli, yumurtalıqlarda və böyrəküstü vəzin qabıq maddəsində yalnız steroid hormonlar sintez olunur. Ana-cift hormonal kompleks sisteminin əmələ gəlməsində vasitəçi olan cift daxili sekresiya vəziyyətini oynayır və döl ilə birlikdə vahid endokrin sistemini formalaşdırır.

Qeyd etmək lazımdır ki, cift yüksək endokrin fəallığa malikdir. Digər endokrin orqanlardan fərqli olaraq ciftə hasil olan hormonal birləşmələrin miqdarı həddən artıq çoxdur. Hamiləlik vaxtı hormonlar artıq implantasiyaözü dövrdə blastosit mərhələdə hasil olmağa başlayır. Bu dövrdə embrion hüceyrələri progesteron, estradiol və xorion qonadotropini sekresiya edir ki, bunların döl yumurtasının nidasiyası üçün böyük əhəmiyyəti vardır (7).

Hesab edirlər ki, integral fetoplasentar kompleks reproduktiv orqanlarda spesifik dəyişikliklərin meydana çıxmasını təmin edir, hamiləlik vaxtı dölün antinatal inkişafını və maddələr mübadiləsini tənzimləyir, habelə sonradan dölün doğulmasını və yeni mühitdə onun yaşamaq qabiliyyətini müəyyənləşdirir (14, 28, 29).

Trofoblastın hasil etdiyi hormonların təsiri hestasiyanın müxtəlif dövrlərində müxtəlif xarakterdə olur: hamiləliyin lap əvvəllərində bu təsirlər başlıca olaraq uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin tormozlanmasına və dölün inkişafına yönəlir, sonradan isə hamiləlik progressivləşdikcə ana orqanizmində doğuş aktının reallaşmasına və ana orqanizminin doğuşdansonrakı dövrdə bərpasına istiqamətlənən kompleks adaptasiya reaksiyalarının inkişafını təmin edir.

Beləliklə, ciftin hormonhasilediji funksiyası ana və döl arasında qarşılıqlı əlaqəni müəyyən edir. Buna görə də fizioloji yetginliyə çatmamış yeniyetmə və gənc qadınlarda hestasion prosesin hormonal tənzimlənmə mexanizmi qeyri-təkmil olduğundan hamiləliyin gedişində, doğuş zamanı müəyyən fəsadlaşmalar, habelə dölün və yenidoğulmuşun sağlamlıq göstəricilərində problemlər meydana çıxır.

Gənc yeniyetmə ilkhamilələr çox yüksək risk qrupuna daxil olan kontingentlər hesab edilməlidir. Bu səbəbdən də yeniyetmələrdə hamiləliyin fəsadlaşmalarının əksər hissəsi lazımınca tibbi müşahidənin olmaması ilə əlaqədardır (96, 62). Belə ki, P. Evans-ın məlumatlarına görə hestasiya dövründə yeniyetmə hamilələrin yalnız beşdən biri həkimə müntəzəm olaraq müraciət edir. Müşahidələrin keyfiyyətinin və tibbi xidmətin əhatəliliyi yeniyetmə hamilələrdə hamiləliyin və doğuşun fəsadlaşmalarının inkişafında həlledici amildir (25). Gənc hamilələrə müalicə-profilaktik yardımın prinsiplərini təkmilləşdirmək istiqamətində tədqiqatlar apararkən G.B.Əkovleva (18) belə faktı göstərir ki, şəhərdə yaşayan 20 yaşına qədər hamilə qadınların dördü birində, kənd yerlərində yaşayan həmin yaşda olan hamilə qadınlarda isə yüzə birində hamiləlik süni abortla sonlanır. Müəllif göstərir ki, 14-19 yaşında qızların yarısında kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin kəskinləşməsi ilə abortdansonrakı fəsadlaşmaların faizi yüksək olur.

Tuxvatullina L.M. və Çeçulina O.V. (1995) təklif etmişlər ki, gənc hamilələrdə doğuşların və doğuşdansonrakı fəsadlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə bu qadınların gündüz və ya bir günlük stasionarlarda hospitalizasiyasını təşkil etmək və bunun üçün göstərişləri genişləndirmək lazımdır. Müəlliflər gənc qadınların somatik vəziyyətini qiymətləndirmək üçün birinci hospitalizasiyanı hamiləliyin I trimestrində, dölün inkişaf anomaliyalarının aşkarlanması üçün ikinci hospitalizasiyanı hamiləliyin 18-20 həftəliyində, hestozun və anemiyanın profilaktikası üçün üçüncü hospitalizasiyanı 26-28 həftəliyində, feioplantar kompleksin vəziyyətini və dölün hipoksiya əlamətlərini müəyyən etmək üçün dördüncü hospitalizasiyanı 32-34 həftəliyində aparmağı təklif etmişlər. Onlar qeyd edirlər ki, hamiləliyin gedişinin normadan kənarlaşmaları hallarında istənilən müddətdə hospitalizasiyaya göstəriş qoymaq lazımdır (14).

Müəlliflər həmçinin təklif edirlər ki, sosial-bioloji və perinatal risk amillərinin qiymətləndirilməsi sisteminə yenidən baxılsın və 16 yaşına qədər olan analar üçün 4 bal qiymətləndirmə ilə ayrılınsın. 16 yaşından yuxarı gənc hamilələri II dərəcəli risk qrupuna, 16 yaşdan aşağı və ekstragenital patologiyası olan hamilələri isə III dərəcəli, yəni yüksək və çox yüksək risk qrupuna daxil edilmələrini məsləhət görürlər.

Nigahdan kənar hamiləliklər zamanı aşağı çəkili və asfiksiya ilə doğuşlarda perinatal ölümlər arasında paralel müqayisələr aparmışlar. Bu zaman məlum olmuşdur ki, hestasiya dövründə nigaha daxil olan qadınlarda belə fəsadlaşmaların tezliyinin azalması məlum olmuşdur (26). Digər müəlliflərin verdikləri məlumatlara görə gənc ilk doğan qadınlar arasında yarımçıq və normal müddətdə doğulan uşaqların sayı eynidir; lakin hər iki halda dölün bətdaxili inkişafdan qalma əlamətləri müşahidə olunmuşdur. Onlar qeyd edirlər ki, yeniyetmə və gənc ilk doğan qadınlarda dölün yarımçıqlığı və yetgin olmaması müştərəkləşdiyi hallar uşaq ölümünün birinci səbəblərindəndir (27).

Gənc analardan olan yenidoğulmuşlarda daha çox patologiyalar aşkar olunur. Belə ki, R.K. İqnatgeva-nın və D.A. İnqamovun məlumatlarına görə (50) 15-17 yaşlı anaların yenidoğulmuşlarının perinatal dövründə daha çox asfiksiyalar müşahidə edilir, ikinci yerdə pnevmoniya və digər respirator pozulmalar durur; bunlar ümumilikdə 23,8% təşkil edir. 19-20 yaşlı analardan doğulanlar arasında isə müvafiq patologiyaların tezliyi isə 7% olmuşdur. Müəlliflər qeyd edirlər ki, həmin qruplar arasında sümükəzələ sisteminin anomaliyaları (anadangəlmə əyriboyunluq, yastıyaxlıq) ilə doğulanların rastlaşma tezliyi statistik dürüstlüklə fərqli olmuşdur. Həmin uşaqların vəziyyətinin sonrakı dinamiki müşahidəsi zamanı müəyyən olunmuşdur ki, nisbətən yaşlı qadınlarla müqayisədə gənc anadan doğulan uşaqlarda həyatlarının birinci ilində xəstələnmələrin ümumi səviyyəsi dürüstlüklə yüksəkdir. Həmin uşaqlarda başqa infeksiyon etiologiyalı pnevmoniya, salmanelyoz, qastroenterit və enterokolit kimi xəstəliklər daha çox rastlaşır; II-III dərəcəli hipotrofiyalı uşaqlar isə daha çox müşahidə edilir. Gənc anaların uşaqlarında həmçinin ağır formalı raxitlər (11,6%) aşkar olunur ki, yaşlı anaların uşaqlarında bu patologiya rastlaşmır.

Müəlliflər uşaqların travmalarına və zəhərlənmələrinə, xüsusən baş beyin silkələnməsinə və I-II dərəcəli yanıqlara diqqət vermişlər və aydın olmuşdur ki, yeniyetmə anaların uşaqları

arasında xəstələnmələrin strukturunda bunlar 8-ci yeri tutduğu halda yaşlı analar qrupunda bu sıra sonuncu 12-ci yerdə müəyyən olunmuşdur. Buradan belə nəticə çıxarılmışdır ki, gənc anaların uşaqlarının sağlamlıq səviyyələrinin aşağı düşməsinə müəyyənləşdirən mühüm risk amillərinə belə qadınlarda dölnün inkişafına hamiləlik və doğuş patologiyalarının daha təzahürlü mənfi təsirləri, yeniyetmə anaların yarısından çoxunda körpələrinin həyatının 1-ci ilində göstərdikləri qulluğun keyfiyyətsiz olması, habelə hamiləlik dövründə özlərinə və sonradan körpələrinə dispanser müşahidənin qeyri-adekvatlığı daxildir.

Bu səbəblərdən də yeniyetmə və gənc ilkhamilələrin sağlamlıq durumu xüsusi diqqət mərkəzində olmalıdır. Belə ki, qeyd edildiyi kimi, onların reproduktiv sistemi fizioloji əlaqələrin formalaşması mərhələsindədir; bu zaman xarici mühitin istənilən təsirləri həm anada və həm də bətdaxili döldə, sonradan isə yenidoğulmuşda tənzimləmə proseslərinin pozulmasına və patologiyaların inkişafına səbəb ola bilər. Yeniyetmə anaların və gələcək yenidoğulmuşların sağlamlıq problemləri nəinki gənc orqanizmin fizioloji yetişməməzliyi ilə, həm də adaptasiya mexanizmlərinin qeyri-adekvatlığı ilə şərtlənir ki, bütün bunların hamısı hamiləliyin gedişinə, doğuş aktına və nəticə etibarlı ilə yenidoğulmuşun vəziyyətinə pis təsir göstərir (11).

Beləliklə, yuxarıda şərh olunanların əsasında belə nəticəyə gəlmək olar ki, yeniyetmə və gənc hamilələr probleminə həsr olunmuş tədqiqat işlərinin aparılmasına baxmayaraq, hal-hazırda bu qadınlarda hamiləliyin, doğuşların, zahılıq dövrünün gedişinin yaşla əlaqədar xüsusiyyətləri və yenidoğulmuşlarının vəziyyəti haqqında vahid fikir yoxdur. Yeniyetmə orqanizminin hamiləliyə qarşı adaptasiya imkanları ilə əlaqədar məsələlər mübahisəli qalmışdır; ana-cift-döl sisteminin vəziyyətinə ətraf mühitin əlverişsiz təsirləri ətraflı öyrənilməmişdir; belə yaşda olan kontingentlərdə perinatal və ana itgiləri müqayisəli şəkildə qiymətləndirilməmişdir. Hərçənd ki, əksər tədqiqatçıların fikrinə görə yeniyetmə hamiləlikləri mamalıq və perinataloji patologiyaların meydana çıxmasına görə yüksək və çox yüksək risk qrupuna aiddir. Ədəbiyyat məlumatlarının analizi göstərir ki, yeniyetmələrin hamiləlik və onların gələcək uşaqlarının tibbi problemləri bu kontingent hamilələrinin mama-ginekoloji və sosial xidmətin düzgün təşkil olunması ilə həll oluna bilər. Buna görə də gənc qadınlarda hamiləliklərin, doğuşların və zahılıq dövrünün gedişinin fəsadlaşmasının qarşısının alınması üçün tədbirlər kompleksinin təklif edilməsi, həmçinin onların yenidoğulmuşlarının reproduktiv sağlamlıqlarının pozulmasının və patologiyalarının profilaktikası proqramının işlənilib hazırlanması müasir mamalıqın aktual problemlərindən biri hesab edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Активное ведение родов – СПб.: Специальная литература.– 1996.– с. 42-44.
2. Брюхина Е.В. Беременность и роды девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация: Автореф. дис...докт.мед.наук. – Челябинск. 1996.– 40 С.
3. Веселов Н.Г. Орел В.И. Влияние социально-гигиенических факторов на беременность в подростковом возрасте / Тез. докл. первой Всерос. Науч. – практ. конф. дет. и подростковых гинекологов «Современные проблемы детской и подростковой гинекологии» (29 июня – 2 июля 1993) – СПб. – 1993. –с. 194-196.
4. Гедгафов Г.А. Кесарово сечение у юных женщин: Автореф. дис... канд. мед.наук. – М., 2000.– 23 С.
5. Гросс К.Я., Кюютс Р.А. Каск В.А. О течении родов у несовершеннолетних матерей / Актуальные вопросы специализированной гинекологической помощи девочкам-подросткам: Тез. Докл. – Тарту. – 1981. – с.16-18.
6. Гуркин Ю.А. Беременность у несовершеннолетних // Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология: Пособие для врачей.– СПб.– 1993.– ч.1.- с.25-30.
7. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. Мн.: В. Шк.- 1997.- 604 с.
8. Игнатъева Р.К., Инагамов Д.А. Беременность и роды в подростковом возрасте // Сов. Здравоохранение. – 1989. - № 5. – с.38-42.
9. Комиссарова Л.М., Токова З.З., Мекша Ю.В. Абдоминальное родораз-решение первобеременных женщин // Акушерство и гинекология. – 2006.- №2.- с. 18-21.
10. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинова Л.Г. Плацентарная недостаточность // М. «Медицина». – 1991. – 272 С.
11. Саловарова М.В. Особенности репродуктивной функции у юных первородящих женщин и состояние их новорожденных в зависимости от техногенной нагрузки среды проживания. Дисс. канд. мед.наук. – Самара– 2006. – С. 170.

12. Серов В.Н., Кожин А.А., Прилепская В.Н. Клинико-физиологические основы гинекологической эндокринологии. Ростов н/Д. – 1998. – 367 С.
13. Сулейманова Т.Г. Особенности беременности и родов у юных первородящих: Автореф. дис... канд. мед.наук. – Самара, 2000.– 22 С.
14. Тухватуллина Л.М., Чечулина О.В. Профилактика осложнений беременности и родов у юных женщин // Казанский мед. журнал. – 1995. – № 2. - с. 156-160.
15. Шарапова О.В., Дмитриев Д.А. Экологические аспекты репродуктивного здоровья женщины – Чебоксары – 1996.- 117 С.
16. Уразаева Л.И. Течение беременности и родов у юных первородящих // Казанский мед. журнал. – 1978. – Т. 9 - № 3.- с. 26-28.
17. Юрьев В.К. Основные медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья девочек /Тез. докл. Первой Всерос. науч.-практ. конф. дет. и подростковых гинекологов «Современные проблемы детской и подростковой гинекологии» (29 июня – 2 июля 1993) – Спб. – 1993. –с. 6–8.
18. Яковлева Э.Б. Принципы лечебно-профилактической помощи юным беременным // Советская медицина – 1991. - № 3. – с. 46-49.
19. Яковлева Э.Б. Юные беременные как группа риска акушерской и перинатальной патологии: Автореф. дис...канд.мед.наук.– Киев, 1991.–21 с.
20. Бендова М. Тще роле оф тще жлинижал псйжцолоэист ин эйнежолоэй анд обстетрижс // Жеск. Эйнеж. – 1989.- № 54. – р. 391-392.
21. Диеэуез Ж., Паэе М.Д., Сжанлон М.Ф. Эрөвтц щормоне неурорезулатион анд итс алтератион ин дисеасе статес. // Жлин. Ендожринол. – 1988 – В.28. -№ 1.- п. 109-143.
22. Куближкас М., Эриневалд Ж., Ниселл Щ. ет алл. Интерпретатион оф пулсатилийт индех ин студиенс он ренал жиржулатион оф нормал анд преежламптиж презнанжис. // Еуроп. Ж. Ултрасоунд – 1994 -№1- П. 137-142.
23. Жартот В.Э., Клерман Л.В. Парентал жонжерт фор абортион импакт оф тще Массажшусеттс лав // Амер. Ж. Пуб. Щеалтц. – 1986.- В. 76(4). – р. 397-400.
24. Сибай Б.М., Эордон Т. ет алл. Риск фажторс фор преежлампсиа ин щеалтцй нуллипароус вомен: А проспективе мултижаеньер студй. // Ам. Ж. Обстет. Жйнежол. – 1995. - В. 172. –п. 642-464.
25. Еванс П., Жлов А., Щужклебридэ Ф. Стресс анд тще иммуне сйстем // Псйжцолоэист. – 1997. – В. 10. - № 7. – П. 303-307.
26. Вентура С.Ж., Щендерсцот Э.Е. Инфант Щеалтц жонсеэуенже оф жцилдбеаринэ бй теенаэерс анд олдер мотшерс // Публ. Щеалтц Реп. – 1984. – В. 99. - №2. – р. 138-146.
27. Жларк А.М., Тщомсон Щ.Д., Мантел Ж.Д., Мутон Ж.Д. Жомпрещенсиве антенатал Жаре анд едужатион оф йоунэ адолесжент: бенефижал еффежтс он презнанжй анд оутжоме // Н.З. Мед. Ж. – 1986. – В. 12. - № 99 (795). – п. 59-62.
28. МсДоналд Щ.М., О'Лоуэшлин Ж.А., Жоллей П. Жщанэес ин ваинал флора дуринэ презнанжй анд ассожиатион витц претерм биртц // Ж. Инфежт. Дис. – 1994. – в. 170. - № 3. – П.724-728.
29. Роуссеау П. Деуил пендант ла эроссесе ет инжиденжес сур ла депрессион постнатале // Неуропсйжциат енфанже ет адолесженже. –1999. –В. 47. -№1-2. –п. 31-35.

Daxil olub: 6.03.2009.



* ORIGINAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *

* ORIGINALS *

ОРГАНОСБЕРЕГАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

Амирасланов А.Т., Ибрагимов Э.Э., Тагиев Ш.Д.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Онкологии.

Введение: На опухоли проксимального отдела плечевой кости приходится относительно небольшая доля в структуре всех первичных опухолей костей, но в связи с локализацией процесса и вытекающими отсюда методами сберегательно-восстановительного лечения и получаемыми при этом неудовлетворительными функциональными результатами, они занимают в костной онкологии весьма важное место [1]. Для большинства больных первичными злокачественными опухолями проксимального отдела плечевой кости хирургический метод остается ведущим, а при доброкачественных опухолях – единственно эффективным.

При планировании объема оперативного вмешательства хирург всегда стоит перед выбором онкологической адекватности, с одной стороны, и сохранении функции оперированной конечности с другой [2]. При достижении хорошего онкологического результата хирургическое вмешательство при опухолях проксимального отдела плечевой кости, к сожалению, приводит к нарушению функции плечевого сустава.

Значительная распространенность процесса, и сложность нарушений функции, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности ставят реабилитацию таких больных в ряд важнейших медико-социальных проблем [3].

Существуют два направления хирургического лечения опухолей проксимального отдела плечевой кости – проведение калечащих и сберегательно-восстановительных оперативных вмешательств. До недавнего времени при лечении таких опухолей применялись в основном калечащие операции.

Успехи х/терапии, диагностики костных опухолей, внедрение и использование различных костных трансплантатов и ортопедических цементов, эндопротезов позволили расширить показания к сберегательно-восстановительным операциям у данной категории больных [4].

Тем не менее, в этой области существует целый ряд проблем: в первую очередь, это отсутствие единого мнения о выборе тактики и объема хирургического вмешательства в зависимости от гистологической формы, степени морфологической зрелости, локализации, распространенности опухоли, что неизбежно ведет к значительному количеству осложнений после выполнения сохраняющих операций.

Характеристика клинических наблюдений и лечения больных:

В основу настоящей работы положены наблюдения за 103 больными с первичными опухолями костей плечевого пояса, которым в ходе лечения были произведены межлопаточно-грудная резекция или резекция проксимального отдела плечевой кости и замещения образовавшегося дефекта различного рода имплантатами и ортопедическим цементом или без них – 57 мужчин и 34 женщины в возрасте от 14 до 68 лет, средний возраст – 35,7 года. Преобладали больные в возрасте от 14 до 30 лет. Выбор метода хирургического лечения зависит от строения опухоли, ее размеров, характера течения заболевания и возраста пациента. Нами применялись следующие виды оперативных вмешательств: проксимальная резекция плечевой кости с эндопротезированием плечевого сустава – 6 бх.; межлопаточно-грудная резекция – 24 бх.; сегментарная резекция кости с замещением дефекта аутокостью (как правило, малоберцовой) – 7 бх.; сегментарная резекция с замещением дефекта аллокостью – 5 бх.; экскохлеация опухоли (кюретаж) с замещением ауто-, аллокостью или ортопедическим цементом или их комбинация – 61 бх.

Показанием для резекции проксимального суставного конца плечевой кости служили наличие злокачественной опухоли, поражающей этот отдел; обширная деструкция, вызванная быстро растущими доброкачественными опухолями.

Показаниями для экскохлеации опухоли служили наличие доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов; ограниченная или краевая деструкция кости; торпидно текущие опухолевые процессы. Проведен анализ вовлечения в опухоль процесс проксимального отдела плечевой кости у больных, которым выполнены сохраняющие операции. В основном, это были опухоли, размер которых не превышал 10 см по длине кости. В целом, среди наших наблюдений опухолевое поражение плечевой кости занимало

от 2 до 17 см по длиннику (в среднем 7,5+3,1см). Больным с поражением плечевой кости более 10 см по длиннику, как правило, проводилась межлопаточно-грудная резекция.

МЛГР является одним из видов сберегательно-восстановительных операций (Рис.1). Она соответствует всем принципам хирургического лечения опухолей и включает в себя удаление едиными блоком костей плечевого пояса (лопатки, части ключицы и плечевой кости) вместе с прилегающими тканями, сохраняя при этом сосудисто-нервный пучок, питающий и иннервирующий верхнюю конечность. Межлопаточно-грудная резекция в нашем исследовании выполнена 24 пациенту в возрасте от 11 до 43 лет во всех случаях по поводу злокачественных опухолей. Ни в одном случае проведенной МЛГР послеоперационной летальности не наблюдалась. Нагноение послеоперационной раны отмечалась у 2 больных.

МЛГР до настоящего времени остается операций выбора в тех случаях, когда имеется большой мягкотканый опухолевый компонент и выполнение резекции с замещением дефекта алло-, ауто трансплантатом или эндопротезом не представляется возможным.

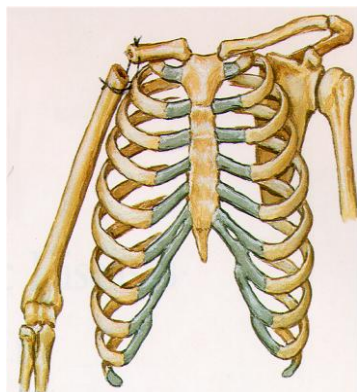


Рис.1. Межлопаточно-грудная резекция.

У 5 больных в возрасте от 16 до 56 лет использовались массивные, как правило, аллотрансплантаты проксимального суставного конца плечевой кости (Рис.2). Аллотрансплантаты подбирают по длине (протяженность планируемой резекция+4-5 см для обеспечения прочной фиксации), размерами головки плеча (не больше, чем у реципиента)

Рис.2. Аллопластика проксимального суставного конца плечевой кости.

У 2-х пациентов лечение заболевания осложнилось патологическим переломом. Перелом был обусловлен лизисом аллотрансплантата и происходил в период от 2 до 5 лет .

Аутопластика была выполнена в нашем исследовании у 7 больных (Рис.3.). Длина замещаемого дефекта составляла от 7 до 14 см. В качестве ауто трансплантата во всех случаях использовалась малоберцовая кость оперируемого больного. Длина ее определялась величиной резецируемой части плечевой кости+4-5 см для фиксации в костномозговом канале плечевой кости.



Использование х/терапии в лечении больных злокачественными опухолями костей привело к кардинальному пересмотру сложившихся представлений о лечении этих больных. Благодаря применению этого метода значительно улучшилось выживаемость и возросла продолжительность жизни пациентов. Использование неoadьювантной х/терапии позволило в предоперационном периоде уменьшить размеры опухоли и следовательно, создать оптимальные условия для выполнения органосохраняющей операций.

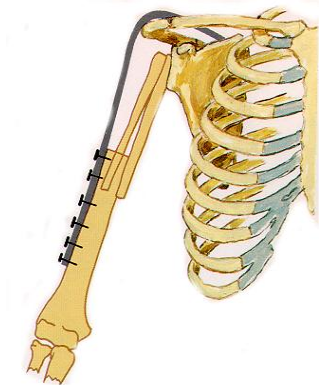


Рис.3. Аутопластика плечевой кости.

Аллопластическое замещение суставных концов не оправдываемого себя, хотя до настоящего времени находит своих сторонников. Многолетний опыт мировой ортопедии и данные нашей клиники показывают, что крупные аллотрансплантаты через 3-7 лет рассасываются. Как следствие-частые переломы в области трансплантата, что требует повторной операции.

На смену этому типу операций активно внедряется эндопротезирование суставов и костей при опухолевой поражении костей конечностей, что создало новое направление в развитии сохраняющих операций (Рис.4). В нашем случае оперативные вмешательства с применением

эндопротезов осуществлены у 6 больных в возрасте от 16 до 44 лет. Длина резецируемой части плечевой кости составляла от 6 до 15 см.

Рис.4. Эндопротезирование плечевого сустава (рентгенограмма, передняя проекция).



Эксхолеации опухоли (кюретаж) произведена у 61 больных. При производстве данной операции чаще всего использовались в качестве трансплантата аутокость из гребня подвздошной кости или применялся ортопедический цемент, или их комбинация. Размеры дефекта варьировали от 2 см до 9 см в наибольшем измерении. У 6 больных заболевание сопровождалось патологическим переломом и одновременно этим больным производилось фиксация отломков путем экстрамедулярного остеосинтеза. Эти экономные операции проводились у больных с доброкачественными и опухолеподобными поражениями костей.

Результаты и обсуждения: В нашем исследовании был проведен анализ рецидивирования опухоли в послеоперационном периоде у больных с первичными опухолями проксимального отдела плечевой кости, которым выполнены вышеуказанные сберегательно-восстановительные операции. Наибольшее количество рецидивов наблюдалось при гигантоклеточной опухоли-8, при хондросаркоме-4, при остеогенной саркоме-2, при паростальной саркоме-1 случаев. Полученные данные подтверждают, что в нашем исследовании наиболее часто рецидивирующей опухолью является гигантоклеточная опухоль.

Не менее интересным представляется анализ зависимости возникновения рецидива опухоли от вида проведенной органосберегательной операции. Мы определили, что больших различий возникновения рецидива в зависимости от типа проведенной операции нет. Следовательно, предпочтение при первичных злокачественных опухолях костей, следует отдавать эндопротезированию резецируемой части плечевой кости.

Проведен анализ влияния нозологической формы опухоли и вида проведенного хирургического лечения на выживаемость больных с первичной злокачественной опухолью проксимального отдела плечевой кости. Наилучшие результаты наблюдались у больных с паростальной саркомой: 5-летняя выживаемость составила 83,3%; при хондросаркоме-74,1%; при злокачественной фиброзной гистиоцитоме кости-50%. Наиболее неблагоприятный результаты наблюдались при остеогенной саркоме 45,5%.

Проведен анализ выживаемости больных, перенесших сберегательно-восстановительные операции в зависимости от вида выполненной операции. Получены следующие результаты: выживаемость больных, которым выполнено эндопротезирование плечевого сустава, составила на уровне 3 лет наблюдения 69,2%, на уровне 5 лет-60,5%. Выживаемость больных после межлопаточно-грудной резекции на уровне 3 лет наблюдения-64,9% и на уровне 5 лет-55,1%

Таким образом выполненного хирургического вмешательства не оказывает существенного влияния на отдаленный прогноз. Поэтому при операбельной опухоли предпочтение следует отдавать органосберегательным операциям в объеме эндопротезирования плечевого сустава.

Выводы:

1. эндопротезирование плечевого сустава является методом выбора для лечения больных со злокачественными опухоли проксимального отдела плечевой кости.

2. экономные операции является методом выбора при доброкачественных и опухолеподобных поражениях кости.

3. использование эндопротеза позволит получить лучшие функциональные результаты и избежать осложнений, которые возникают при ауто- или аллопластике.

4. 5-летняя выживаемость больных с первичными опухолями костей после межлопаточно-грудной резекции составляет 57,1%. данная операция является альтернативой межлопаточно-грудной ампутации.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Cross A.C., Wilson J.N., Scales J.T. Endoprosthetic replacement of the proximal humerus. // J. Bone and Joint Surgery. -1987. - 69B:656-661.
2. Eckardt J.J., Eilber F.R., Jinahh R.H. Treatment of scapulohumeral malignancy with en bloc resection and total joint arthroplasty. Surg. Forum. -1984. -35:543-545.
3. Uzel M., Hiz M., Aydingoz O. Syntetic mesh capsuloplasty for the stabilization of proximal humeral resection prosthesis. In Campanacci L., Gasbarrini A. (eds). The 8-th International Symposium on Limb Salvage. Firenze, Italy. -1995. -P. 87.
4. Quill G., Gitelis S., Morton T. et al. Complications associated with limb-salvage for extremity sarcomas and their management. // Clin. Orthop. -1990. -260:242-250.

Daxil olub: 13.05.2009.

ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIQLARIN PROFİLAKTİKASI.

Hadiyev S.İ., Quliyeva N.H., Osmanov Ş.Ş., Qafarov İ.A.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin İcərraəhi xəstəliklər kafedrası
5 sayılı ŞKX-sı; Milli Onkoloji Mərkəz, ATU-nun İnformatika və HT kursu, Bakı,
Azərbaycan*

Qarnın ön divarının əməliyyatdan sonrakı ventral (ƏSVY) yırtıqları geniş yayılmış xəstəliklərdən biri olub, ümumilikdə yırtıqların 20-22%-ni təşkil edir (4,10). Abdominal əməliyyatların sayının artması postoperasion ventral yırtıqların profilaktikası məsələsini aktual etmişdir (1).

Bu məqsədlə postoperasion dövrdə əməliyyat yarasının irinləməsinin və eventrasiyanın qarşısını alan profilaktika tədbirlərindən, qarnın ön divarını möhkəmlədən müxtəlif texniki metodlardan (aponevrozun yerli toxumalarla preventiv plastikası, yaraya səkkizvari tikişlərin qoyulması, retension tikişlər) istifadə olunurdu (1,3,9). Lakin bu üsullar toxumaların gərilməsinə və qarın divarında mövjud distrofik dəyişikliklərin daha da artmasına gətirib çıxarmışdı.

Göstərilən profilaktika üsulları əməliyyatdan sonra yırtıqların inkişafının qarşısını tam almır. Belə ki, ədəbiyyat məlumatlarına görə laparotomiya və lyumbotomiyaların 5%-dən çoxu postoperasion yırtıqların əmələ gəlməsi ilə nəticələnir (1,8).

Postoperasion yırtıqların inkişafına təsir edən risk faktorlarını kəmiyyətə qiymətləndirərək qarnın ön divarının sintetik torla preventiv plastikasına göstərişləri müəyyən etmək təqdim olunan işin məqsədi olmuşdur.

Material və metodlar: Bakı şəhəri 5 sayılı şəhər klinik xəstəxanasında 2004- 2009-cu illər ərzində postoperasion yırtığa görə müalicə alan 63 xəstənin (əsas qrup) müayinəsi və araşdırdığımız ədəbiyyat məlumatları (1,2) əsasında əməliyyatdan sonrakı yırtıqların əmələ gəlməsinə təsir edən biləjak əsas risk faktorları öyrənilmişdir. Bunlara qarnın ön divar əzələlərinin vəziyyəti, qarnın konstusional quruluşu, keçirilmiş əməliyyatların sayı, artıq çəki, xəstənin yaşı və cinsi, tənəffüs, həzm və sidik-ifrazat sistemlərinin funksional vəziyyətləri aid edilmişdir.

Müqayisə məqsədilə yanaşı olaraq nəzarət qrupu kimi daxili orqanların müxtəlif patologiyalarına görə klinikamızda 2005-2007-ci illər ərzində əməliyyat olunmuş 34 xəstə seçilmişdir. Qeyd olunan xəstələrdə əməliyyatların uzaq nəticələri 1,5-2 il ərzində yoxlanılmış və postoperasion yırtıq qeyd olunmamışdır.

Qarnın divarının anatomik-funksional vəziyyəti iki mərhələdə öyrənilmişdir. İlk növbədə klinik parametrlər - qarnın ön divarının sallanması, düz əzələlərin diastazı, göbək yırtığının olması təyin edilmişdir. Qarnın ön divarı əzələlərinin funksional vəziyyəti sakit və yığıldıqdan sonra qarın dairəsinin göbək səviyyəsində ölçülməsi ilə öyrənilmişdir. Ultrasəs müayinəsində (USM) qarnın dərialtı piy qatının qalınlığı, ağ xəttin eni, düz əzələlərin qalınlığı və eni qiymətləndirilmişdir. Qarnın ön divarının vəziyyəti normal, mötədil zəif, zəif olmaqla 3 qrupa bölünmüşdür.

Xəstələrdə qarının formasını təyin etmək məqsədilə laparometrik parametrlər-onuncu qabırğaların aşağı kənarları (dist. jostarum) və ön yuxarı qalça qabarıları arasındakı məsafə (dist. spinarum) ölçülmüşdür. Sonra V.M. Jukov (1971) tərəfindən təklif olunan düstura əsasən qarının köndələn indeksi (QKI) hesablanmışdır (2).

$$FKI = \frac{dist.costarum}{dist.spinarum} \times 100$$

Qarının köndələn indeksi 97.5-102.5 arası olduqda ovoid, 97.5-dən az olduqda aşağıya doğru genişlənən, 102.5-dən çox olduqda isə yuxarıya doğru genişlənən qarın forması kimi qiymətləndirilmişdir.

ƏSVY-i olan 63 xəstənin (əsas qrup) müayinəsinə əsasən normal ön qarın divarı $6,3 \pm 3,1\%$, mötədil zəif $17,5 \pm 4,8\%$, zəif $76,2 \pm 5,4\%$ hallarda qeyd edilmişdir. Nəzarət qrupuna aid olan 34 xəstədən $38,2 \pm 8,3\%$ -də normal, $32,4 \pm 8,0\%$ -də mötədil zəif, $29,4 \pm 7,8\%$ -də zəif qarın divarı olmuşdur. ƏSVY-i olan 8 ($12,7 \pm 4,2\%$) xəstədə aşağıya genişlənən, 19-da ($30,2 \pm 5,8\%$) ovoid, 36-da ($57,1 \pm 6,2\%$) yuxarıya genişlənən qarın formasına rast gəlinmişdir. Nəzarət qrupunda müvafiq olaraq: 17 ($50,0 \pm 8,6\%$) nəfərdə aşağıya genişlənən, 11-də ($32,4 \pm 8,0\%$) ovoid, 6-da ($17,6 \pm 6,5\%$) yuxarıya genişlənən qarın forması təyin edilmişdir. Öyrənilmişdir ki, nəzarət və əsas qruplarda anamnezində bir əməliyyat 16 ($47,1 \pm 8,6\%$) və 10 ($15,9 \pm 4,6\%$) xəstədə, iki əməliyyat 13 ($38,2 \pm 8,3\%$) və 20 ($31,7 \pm 5,9\%$), ikidən çox – 5 ($14,7 \pm 6,1\%$) və 33 ($52,4 \pm 6,3\%$) nəfərdə olmuşdur. Əsas qrupda 50 yaşa qədər 39 ($61,9 \pm 6,1\%$), 50-dən yuxarı 24 xəstədə ($38,1 \pm 6,1\%$) ƏSVY qeyd edilmişdir. Nəzarət qrupunda müvafiq olaraq: 31 ($91,2 \pm 4,9\%$) və 3 ($8,8 \pm 4,9\%$) olmuşdur. Normal və ya I dərəcəli piylənmə nəzarət və əsas qruplarda müvafiq olaraq 11 ($32,4 \pm 8,0\%$) və 8 ($12,7 \pm 4,2\%$) xəstədə, II dərəcəli – 10 ($29,4 \pm 7,8\%$) və 13 ($20,6 \pm 5,1\%$), III dərəcəli – 8 ($23,5 \pm 7,3\%$) və 17 ($27,0 \pm 5,6\%$), IV dərəcəli – 5 ($14,7 \pm 6,1\%$) və 25 ($39,7 \pm 6,2\%$) nəfərdə olmuşdur. Postoperasion yırtığı olan 63 xəstənin 24-ü ($38,1 \pm 6,1\%$) kişi, 39-u ($61,9 \pm 6,1\%$) qadın, nəzarət qrupunda $67,6 \pm 8,0\%$ (23 nəfər) kişilərə, $32,4 \pm 8,0\%$ (11 nəfər) qadınlara rast gəlinmişdir. Nəzarət qrupunda 9 ($26,5 \pm 7,6\%$), əsas qrupda isə 34 ($54,0 \pm 6,3\%$) xəstədə yanaşı gedən xəstəliklər olmuşdur.

Bütün risk faktorları (göstəricilər-i) ümumi qəbul olunmuş dərəcələrə (qradasiyalara-c) bölünmüşlər. Hər bir risk faktorlarının qradasiyalarının postoperasion yırtığın inkişafında rast gəlmə ehtimallarını (p-verilən qradasiyayı bu göstəricidə olan xəstələrin ümumi sayına bölməklə tapılır) hesabladıqdan sonra proqnostik ballar aşağıdakı düsturla hesablanmışdır:

$$B_{i,c} = -100 \times \ln [P(N) / P(\Theta)]$$

Beləliklə proqnostik ballar cədvəli tərtib edilmişdir (cədvəl 1).

Proqnostik cədvəl formaləşdirildiyədən sonra hər bir xəstə üçün yeddi göstərici üzrə proqnostik cəm hesablanır. Ballar müxtəlif işarələrdə olduğu üçün cəm həm müsbət, həm də mənfi qiymətlərlə ola bilər. Alınan ballar cəmi mənfi olarsa əməliyyatdan sonrakı yırtığın əmələ gəlmə ehtimalı yüksək olduğu üçün preventiv alloplastikanın aparılması məqsəduyğundur.

Postoperasion yırtığı olan və preventiv alloplastika aparılması nəzərdə tutulan xəstələrdə əzələlərdə baş verən oxşar və fərqli cəhətləri öyrənmək məqsədilə histoloji müayinələr aparılmışdır (MOM, patomorfoloq t.e.n. Ş.Ş. Osmanov). Bunun üçün yırtığı olan xəstələrin bir qismindən (15 nəfər) əzələ-aponevroz defekti ətrafından, qarının düz və yan əzələlərindən, preventiv alloplastika aparılan (11 nəfər) və normal qarın presi olan 10 xəstədən (nəzarət qrupu) histoloji müayinələr üçün qarın divarı əzələlərindən biopsatlar götürülmüşdür.

Normal ön qarın divarının toxumalarının mikroskopik müayinəsində görmə sahəsinin çox hissəsini əzələ lifləri – miofibrill dəstələri tuturdu. Ayrı-ayrı əzələ liflərinin arasında kövşən lifli birləşdirici toxuma atmaları (endomiziy) yerləşmişdir. Əzələ liflərinin diametri orta hesabla $53,1 \pm 0,7$ mkm olmuşdur. Bu liflər çox vaxt enli və eyni qalınlıqda olmuş, eninə zolaqlı strukturu yaxşı inkişaf etmişdir, patoloji zulal və ya piy hissəcikləri qeyd edilməmişdir. Çubuqşəkilli nüvələr sarkolemmanın altında yerləşmiş və orta diametrləri $16,3 \pm 0,3$ mkm olmuşdur. Əzələarası kövşək birləşdirici toxumada fibroblastlar, fuksinofil kollagen liflər təyin edilmişdir. Birləşdirici toxumada

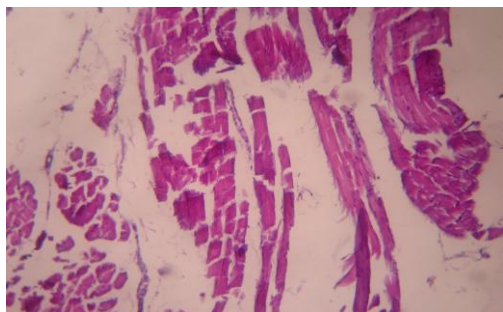
olan qan kapillyarlarının mənəzinin diametri $34,4 \pm 0,6$ mkm arası olmuş və ətrafında az sayda piy hüceyrələri yerləşmişdir.

Cədvəl 1.

ƏSVY-in əmələ gəlməsinə təsir edən risk faktorlarının proqnostik balları

HH	Göstərici	Qradasiya	Nəzarət qrupu	Əsas qrup	p(N)	p(Ə)	PB
n					34	63	
1	Qarın ön divarının vəziyyəti	Normal	13	4	0,382	0,063	18
		Mötədil zəif	11	11	0,324	0,175	6
		Zəif	10	48	0,294	0,762	-10
2	Qarın formaları	Aşağıya genişlənən	17	8	0,500	0,127	14
		Ovoid	11	19	0,324	0,302	1
		Yuxarıya genişlənən	6	36	0,176	0,571	-12
3	Keçirilmiş əməliyyatların sayı	1	16	10	0,471	0,159	11
		2	13	20	0,382	0,317	2
		>2	5	33	0,147	0,524	-13
4	Xəstənin yaşı	<=50	31	39	0,912	0,619	4
		>50	3	24	0,088	0,381	-15
5	Artıq çəki	Yoxdur / I dər	11	8	0,324	0,127	9
		II dərəcə	10	13	0,294	0,206	4
		III dərəcə	8	17	0,235	0,270	-1
		IV dərəcə	5	25	0,147	0,397	-10
6	Xəstənin jinsi	Kişi	23	24	0,676	0,381	6
		Qadın	11	39	0,324	0,619	-6
7	Yanaşı xəstəliklər	Yox	25	29	0,735	0,460	5
			9	34	0,265	0,540	-7

ƏSVY-i olan xəstələrdən götürülmüş toxumaların mikroskopik müayinəsində yayılmış sıx birləşdirici toxuma fonunda tək-tək atrofiya olunmuş, diametri $34,7 \pm 1,5$ mkm, ($p < 0,001$) olan əzələ dəstələrinə rast gəlinirdi. Götürülmüş tikələrdə əzələ toxuması demək olar ki, yox idi. Saxlanmış əzələ lifləri nazılmış, onları əhatə edən birləşdirici toxuma qatı-perimiziy və ondan əzələ liflərinə keçən atmalar-endomiziy qalınlaşmışdır. Tək-tək sahələrdə hipertrofiya olunmuş miofibrillərə rast gəlinirdi. Eninə-zolaqlı əzələ strukturu çətin təyin olunurdu və ancaq hipertrofiya olunmuş liflərdə aydın görünürdü. Atrofiya olunmuş bir çox əzələ liflərində piy və zülal dənəjlikləri təyin edilirdi. Oval şəkilli nüvələr çoxluq təşkil etmiş və diametrləri təxminən $13,0 \pm 0,7$ mkm, ($p < 0,001$) arası olmuşdur. Əzələarası birləşdirici toxumada kollagen liflər çoxalaraq fibroblastlara və amorf hüceyrəarası əsas maddəyə nisbətən üstünlük təşkil etmişlər. Onların əsas hissəsi yetişməmiş fibrillərdən ibarət olmuşdur. Fibroblastlarda çoxlu vakuol və boşluqlar qeyd edilirdi. Qan damarlarının divarları qalınlaşmış, mənəfi daralmış və $27,7 \pm 0,3$ mkm, ($p < 0,001$) idi. Eritrositlərin damar divarında yığılması nəticəsində bir çox yerlərdə kapillyarların mənəzinin obliterasiyası müşahidə olunurdu. Qan damarlarının ətrafında və onlara yaxın yerlərdə şar şəkilli çox miqdarda lipositlərə rast gəlinirdi (şəkil 1).

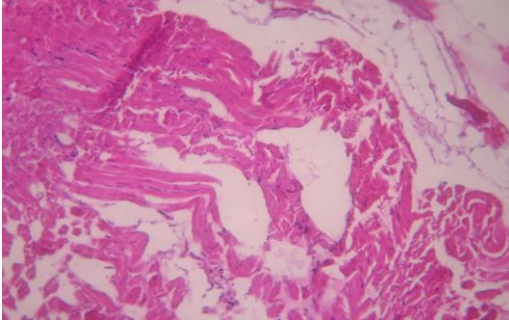


Şək. 1 Ventral yırtıqlarda ön qarın divarının əzələləri

Preventiv alloplastika aparılmış xəstələrdən götürülmüş tikələrin mikroskopik müayinəsində görmə sahəsinin çox hissəsini birləşdirici və piy toxuması tutmuşdur. Əzələ dəstələrinin nazılması, eninə-zolaqlı strukturun çox yerlərdə itməsi qeyd edilmişdir. Bu liflərin orta diametri $39,9 \pm 2,4$ mkm, ($p < 0,001$) olmuşdur. Miofibrilləri əhatə edən perimiziy və endomiziy qişaları

qalınlaşmışdır. Atrofiya olan miofibrillərdə tək-tək və bəzi yerlərdə topa şəklində piy və zülal dənəcikləri qeyd edilmişdir. Nüvələr çox yerdə çubuqşəkilli formasını saxlamışlar və diametri $15,1 \pm 0,5$ mkm, ($p < 0,001$) olmuşdur. Əzələarası sahədə kövşən deyil, sıx birləşdirici toxumaya rast gəlinirdi. Kollagen liflərin çoxalması və nazilməsi, tərkibində yetişməmiş fibrillərin üstünlük təşkil etməsi qeyd olunurdu. Fibroblastların səthi kələ-kötür olub, tərkibində tək-tək vakuol və boşluqlar müşahidə edilirdi.

Atrofiya sahələrində damarların intim qatının hiperplaziyası, əzələ qatının hipertrofiyası və kapillyarların reduksiyası nəticəsində xırda arteriya və venaların divarlarının qalınlaşması qeyd olunurdu. Qan damarlarının diametri $29,5 \pm 1,0$ mkm, ($p < 0,001$) idi. Atrofiyaya uğrayan əzələ liflərini əhatə edən birləşdirici toxumada çox sayda lipositlərə rast gəlinirdi (şəkil 2).



Şəkil 2 Preventiv alloplastika aparılan ön qarın divarının əzələləri.

Klinikada 2006-2009-cü illər ərzində qarın boşluğu orqanlarında müxtəlif cərrahi əməliyyatlar planlaşdırılan 22 xəstəyə preventiv alloplastika aparılmışdır. Xəstələrin 4-ü kişi, 18-si qadın və yaşları 35-76 arası olmuşdur.

Xəstələrdə qarının ön divarının klinik-ultrasəs xarakteristikası və digər risk faktorları öyrənilmiş və təklif olunan hesablama sistemi üzrə preventiv alloplastikaya göstərişlər təyin edilmişdir.

Nəticələr: Müayinə olunan 22 xəstənin 9-da (35-65 yaş arası) ümumi baxışda qarının ölçüləri mötədil dərəcədə böyümüş, dərialtı piy qatı kafi inkişaf etmiş, bel xətti bir qədər saxlanılmışdır. Hipogastral nahiyə çox qabarmış, epigastral nahiyədə çökəklik qeyd olunmurdu. Düz əzələlər arasında orta şırım təyin edilmirdi. Qadınlarda qarın doğuşdan sonrakı boşalması və mülayim sallanması (ptoz), kişilərdə isə daha çox gümbəz şəkilli qarın müşahidə olunurdu. Dəri-piy büküşünün qalınlığı 10 sm-ə qədər idi. Dərin nəfəs aldıqda bel xətti boyunca qarın diametrinin $6,3 \pm 0,1\%$ -ə qədər azalması müşahidə edilirdi. İki xəstədə kiçik ölçülü göbək yırtığı vardı.

Qarın ön divarının USM-də bütün qatlarda dəyişikliklərə rast gəlinmişdir. Dərialtı piy qatı kafi inkişaf edərək $4,8 \pm 0,2$ sm enində olmuş və çoxsaylı birləşdirici toxuma atmaları qeyd edilmişdir. Ağ xəttin, düz əzələlərin nazilməsi və bir qədər genəlməsi təyin olunmuşdur. Əzələ qatının strukturu qeyri-həmcins və piy toxuması ilə hissəvi əvəz olunduğu üçün exogenliyi aşağı idi. Qeyd olunan klinik-ultrasəs parametrlər mötədil zəif ön qarın divarına uyğun gəlmişdir.

Xəstələrin 13-də (45-76 yaş arası) vizual müayinədə qarın ölçüləri dərialtı piy toxumasının hesabına kəskin böyümüş, yan səthində piy büküşləri qeyd olunmuş, bel xətti itmişdir. Qadınlarda dəridə striyalar təyin edilirdi. Dəri-piy büküşünün eni 10 sm-dən çox olub, bütün qasıqüstü nahiyəni tuturdu. Xəstələrin 4-də balaja göbək yırtığı vardır. Dərin nəfəs aldıqda qarın dairəsi $2,5 \pm 0,2\%$ azalır.

USM-də qarın ön divarının bütün qatlarında əhəmiyyətli dəyişikliklər müəyyən edilmişdir. Dərialtı piy qatı çox inkişaf etmiş, qalınlığı $6,7 \pm 0,8$ sm olmuşdur. Strukturu çoxsaylı birləşdirici toxuma atmalarının hesabına arakəsməli idi. Ağ xəttin eni $3,5 \pm 0,2$ sm-dən çox olmuşdur. Düz əzələlər kəskin nazılmış qalınlığı $1,01 \pm 0,08$ sm-ə qədər, eni isə $12,1 \pm 0,8$ sm-dən artıq idi. Əzələ qatın strukturu qeyri-həmjins olub, kobud lifli birləşdirici və piy toxuması ilə əvəz olunması hesabına exogenliyi çoxalmışdır. Bu klinik-ultrasəs parametrlər zəif ön qarın divarına uyğun gəlmişdir.

Xəstələrin 12-də (54,5%) yuxarıya doğru genişlənən, 6-da (27,3%) ovoid, 4-də (18,2%) aşağıya doğru genişlənən qarın forması ayırd edilmişdir.

Qarın preventiv alloplastikası xolesistektomiya və öd yollarında (6), exinakok-kektomiya (5), kəskin nazik bağırsağ keçməməzliyi (2), mədə (1) və yoğun bağırsağ (8) əməliyyatlarında aparılmışdır.

Əməliyyatın əsas mərhələsi aparıldıqdan sonra əzələ-aponevroz qatı tikilirdi. Sonra tikiş xəttindən hər tərəfə 3-4 sm olmaqla dərialtı toxuma aponevrozdan ayrılırdı. Sintetik tor müvafiq ölçüdə kəsilib aponevroza atravmatik monoplen saplarla fasiləsiz və ya düyünlü tikişlərlə tikilirdi. Dərialtı sahə bütün yara boyunca yerləşdirilən drenac boru ilə drenləşdirilirdi. Sonra dərialtı toxuma, dəri tikilirdi.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 3 (13,6%) xəstədə yerli ağırlaşmalar olmuşdur. İki nəfərdə 10-12 gün ərzində yaranan ekssudasiya qeyd edilmişdir. Bir xəstədə bağırsağ fistulası formalaşmışdır. Xəstədə xaric olan möhtəviyyatın adekvat sanasiyası məqsədilə tor fistula ətrafında təxminən 2 sm radiusda kəsilmişdir. Bağırsağ fistulası 5 aydan sonra bağlanmışdır. Bir (4,5%) xəstədə ümumi ağırlaşma – 13 gün ərzində subfebril hərarət qeyd edilmişdir.

Əməliyyatdan sonra 6 ay ilə 2 il arasında 17 xəstə müayinə olunmuşdur. Xəstələr vəziyyətlərini «kafi» qiymətləndirmişlər. Yalnız 1(5,9%) xəstə fiziki iş zamanı əməliyyat çarığı nahiyyəsində zəif ağırlar hiss etdiyini qeyd etmişdir.

Müzakirə: ƏSVY-in profilaktikası məqsədilə son dövrlərdə geniş tətbiq olunan sintetik endoprotezlərin əməliyyat yarasının bağlanması üçün istifadəsi məsələsi prespektiv görünür. Üsul az öyrənilsə də artıq bu istiqamətdə bəzi tədqiqatlar aparılmışdır. B.Godquin (6) eventrasiya zamanı 38 xəstədə mersilen torundan qarın divarının plastikası üçün istifadə etmiş və yaxşı nəticələr almışdır. M. Rogers et all. (7), C. Brandt et all. (5) planlı və təjili əməliyyatlarda laparotom yarası tikiləndə endoprotezdən istifadə etmişlər və metodun sadə, təhlükəsiz olduğunu, intraabdominal infeksiya ağırlaşmalarda belə istifadəsinin mümkünlüyünü qeyd etmişlər.

Aparadığımız histoloji tədqiqatların nəticələrini analiz etdikdə ventral yırtığı olan və preventiv alloplastika aparılan xəstələrdə əzələ toxumasında gedən distrofik və sklerotik proseslər arasında elə bir əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir. Belə ki, preventiv alloplastika olunan xəstələrdə əzələ toxumasının həcmninə normaya nisbətən təxminən 3 dəfə azalması, onların eninə zolaqlı strukturunun pozulması, birləşdirici və piy toxuması ilə əvəz olunması, qan damarlarının mənfəzinin daralması və obliterasiyası nəticəsində degenerasiya proseslərinin zəifləməsi gələcəkdə ventral yırtığın əmələ gəlmə ehtimalının yüksək olduğunu göstərmişdir.

Qeyd olunanlardan belə qənaətə gəlmək olar ki, qarın divarının anatomik-funksional çatışmazlığı olduqda preventiv alloplastikanın icrası məqsədəuyğundur və apardığımız histoloji müayinələrin nəticələri bunu bir daha təsdiq edir.

Beləliklə, hər bir xəstə üçün təklif etdiyimiz hesablama sistemi üzrə postoperasion yırtıqların əmələ gəlməsinə təsir edən risk faktorlarının proqnostik ballarının cəmi mənfi olarsa, qarının ön divarının preventiv alloplastikasının aparılması məqsədəuyğun hesab olunur.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота // Москва, Медицинское Информационное Агентство 2005, 382 с.
2. Жуков В.М. Форма живота у людей разного возраста // Вопросы клинической анатомии: Матер. науч. конф., Краснодар, 1971, с. 68-70.
3. Савельев В.С., Савчук Б.Д. Хирургическая тактика при эвентрациях // Хирургия, 1976, № 3, с. 121-125.
4. Черепанин А.И., Доброшицкая Ю.А. и др. Тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в зависимости от степени операционно – анестезиологического риска // Хирургия, 2008, № 5, с. 46-51.
5. Brandt C.P., McHenry C.R., et al. Polypropylene mesh closure after emergency laparotomy: morbidity and outcome // Surgery, 1995, Vol. 118, № 4, p. 736-740.
6. Godquin B. Une technique sure de reparation des eventrations abdominales post – operatoires: plastie aponevrotique associee a une prothese. A propos de 38 observations // Chirurgie, 1979, Vol. 105, № 9, p. 721-724.
7. Rogers M., McCarthy R., Earnshaw J.J. Prevention of incisional hernia after Aortic Aneurysm Repair // Eur. J. Vascular and Endovascular Surg., 2003, Vol. 26, p. 519-522.
8. Liakakos T., Karanikas I., Panagiotidis H. Use of Marlex mesh in the repair of recurrent incisional hernia // Br. J. Surg., 1994, Vol. 81 № 2, p. 248-257.
9. Luijendijk R.W., Hop W.C. et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia // N. Engl. J. Med., 2000, Vol. 343, № 6, p. 392-398.
10. Zivanovic V., Vasin G., Zivanovic J. et al. Does the small bowel form adhesions to the panetex double raced mesh after laparoscopic incisional hernia repair? // Hernia recurrences. Book of Abstracts. 26 international congress of the European Hernia Society. Praga, 2004, p. 51.

Р Е З Ю М Е

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Гадиев С.И., Кулиева Н.Г., Османов Ш.Ш., Кафаров И.А.

Цель данной работы: дать оценку факторам риска способствующим развитию послеоперационных грыж и определить показания к превентивной аллопластике передней брюшной стенки. На основании обследования 63 больных, оперированных 2004-2009 г.г. по поводу послеоперационных грыж, были изучены факторы риска способствующие образованию грыж и составлена прогностическая карта.

У пациентов с послеоперационной грыжей, а также тем больным которым планировалась превентивная аллопластика, для выявления изменений в мышечной ткани было проведено гистологическое исследование. При этом не было выявлено значительной разницы имевших место дистрофических и склеротических изменений в мышечной ткани. 22 пациентом оперированных в 2006-2009 г.г., которым планировались различные абдоминальные операции была проведена превентивная аллопластика

S U M M A R Y

PROPHYLACTIC OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Hadiyev S.I., Guliyeva N.H., Osmanov Sh.Sh., Qafarov I.A.

The aim of this investigation is to define the indications for preventive plasty of abdominal wall with synthetic meshes with quantitative value of risk factors which influence to growth of postoperative hernia. With this purpose we investigated the main creative risk factors of postoperative hernia in base of treatment results of 63 patients with postoperative hernia who were operated in the municipal hospital № 5 during 2004-2009. So we maked prognosis card.

In patients who had postoperative hernia and planned preventive alloplasty we carried out histological investigations for defining of similar and different aspects which happened in muscles. And we noted that there weren't important difference in distrofic and sclerotic process in muscular tissue.

In 22 patients whom planned different abdominal surgical operations (during 2006-2009) after PC count we performed preventive alloplasty.

Daxil olub: 12.03.2009.

ВЛИЯНИЕ РЕФЛЕКТОРНО-СЕГМЕНТАРНОГО БАЛЬНЕО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕБНОГО КОМПЛЕКСА (РСБФЛК) НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС)

Исмаилова Д.А., Насиров М.Я.

Кафедра хирургических болезней АМУ, Баку.

СДС – это, главным образом, гнойно-деструктивные поражения нижних конечностей вследствие СД. Около 85% этих поражений составляют трофические язвы стоп, оставшуюся часть – абсцесс, флегмона, остеомиелит, тендовагинит, гнойный артрит и другие процессы, развивающиеся самостоятельно либо как осложнение трофической язвы [8].

Лечение таких больных представляет сложную задачу, характеризуется многокомпонентностью и прежде всего должно быть направлено на коррекцию углеводного обмена, нормализацию микро- и макрогемодициркуляции, воздействие на гнойно-некротические процессы. Несмотря на достигнутые успехи, многие аспекты этой сложной проблемы до настоящего времени остаются окончательно нерешенными. Результаты лечения таких больных не могут считаться удовлетворительными, поскольку летальность среди больных страдающих ангиопатией, осложненной СДС, достигает 8 - 10% [11].

Бальнеофизиотерапия, используя лечебное действие природных физических факторов, благоприятно влияет на многие звенья патогенеза диабетических ангиопатий: гипергликемию, дислипидемию, микроциркуляцию (МЦ) и трофику тканей [3, 4, 6, 9, 12].

Обоснование использования природных факторов активно воздействующих на нормализацию и улучшение МЦ и периферического кровообращения в комплексной терапии больных СД, особенно осложненным СДС, является актуальной проблемой современной медицины [5, 7, 9].

Исходя из этих данных существует необходимость разработки дифференцированных, научно обоснованных методик применения пелоидотерапии в сочетании с др. физическими факторами, улучшающими обмен веществ и региональную трофику тканей у больных СД осложненным ангиопатиями нижних конечностей и СДС [1, 2, 5].

В конце 90-х годов на кафедре хирургических болезней АМУ под руководством з.д.н., проф. М.Я.Насирова совместно с НИИ курортологии и природных факторов МЗ Азерб. Республики для лечения больных СД, осложненным диабетической ангиопатией нижних конечностей (ДАНК) был разработан рефлекторно-сегментарный бальнеофизиотерапевтический лечебный комплекс (РСБФЛК), состоящий из пелоидо- и магнитотерапии, дарсонвализации и трентал-электрофореза, обладающий пролонгированным последствием [10].

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния этого комплекса на результаты хирургического лечения больных ДАНК 2-4 стадии, осложненной СДС.

Материал и методы. Исследования проведены у 109 больных с ДАНК 2-4 стадии и СДС, которые в соответствии с задачами исследования и примененными методами лечения были разделены на 2 группы:

I - контрольная группа из 60 больных, получившая традиционное лечение: диетотерапия, инсулинотерапия при тщательном контроле за уровнем глюкозы в крови и моче, антибактериальные препараты, антикоагулянты дезагреганты, сосудорасширяющие, антигистаминные и др. препараты и растворы, местное консервативное (перевязки) и оперативное (некрэктомии, резекции и ампутации нижних конечностей на разных уровнях), а также отдельные бальнеофизиотерапевтические методы, такие как пелоидотерапия, магнитотерапия, УФО или электрофорез и т.д.

II – основная группа, 49 больных, получивших, наряду с комплексом общепринятой медикаментозной терапии и оперативными вмешательствами, также РСБФЛК, состоящий из пелоидотерапии, трентал-электрофореза, дарсонвализации и магнитотерапии.

В контрольной группе СДС в виде гнойно-некротических поражений (трофические язвы) стопы отмечался у 30 больных (50%), влажная гангрена пальцев и дистальной части стопы наблюдалась у 15 (25%), флегмона стопы – у 5 (8,3%), сухая гангрена пальцев и дистальной части стопы – у 6 (10%), гангрена стопы, распространяющаяся на голень - у 15 больных (25%). Из них с ДАНК 2 стадии было 15 (25%) больных, 3 стадии – 24 (40%) и 4 стадии - 21 (35%) больной.

Гнойно-некротические поражения (трофические язвы) стопы во II группе отмечались у 23 больных (46,9%), влажная гангрена пальцев и дистальной части стопы наблюдалась у 12 (24,5%), флегмона стопы – у 6 (12,2%), сухая гангрена пальцев стопы – у 3 (6,1%), влажная гангрена стопы – у 12 (24,5%), гангрена стопы, распространяющаяся на голень – у 5 (10,5%) больных. Из них с ДАНК 2 стадии было 12 (24,5%) больных, 3 стадии – 23 (46,9%), 4 стадии – 14 (28,6%). (табл.1) Таким образом, обе группы больных были сопоставимы по стадиям ДАНК, клиническим формам и степени клинической тяжести СДС.

Для лечения 49 больных с ДАНК 2-4 стадии и СДС основной группы в клинике кафедры хирургии АМУ был применен немедика-ментозный РСБФЛК, включающий в себя пелоидотерапию, трентал-электрофорез, дарсонвализацию и магнитотерапию на нижние конечности

Для пелоидотерапии использовалась сопочная грязь вулканов Азербайджана (вернее грязевой препарат «Палчыг»). Одна грязевая аппликация накладывалась на заднюю поверхность шеи с охватом шейных симпатических узлов (положение больного на спине), 2-я - на область поясничных корешков, 3-я - на область голени, не затрагивая места

гангренозного участка. Температура гязи в пределах 39-40С, продолжительность одной процедуры 30 минут, на курс лечения 12-15 процедур. Дарсонвализация проводилась с охватом всей голени и близлежащих к зоне поражения участков. Продолжительность процедуры 8 - 10 минут, на курс лечения 10-15 сеансов.

Таблица №1

Клинические формы СДС у больных с ДАНК II – IV стадии в различных лечебных группах

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА	Число наблюдений (n)			
	I группа (n=60)		II группа (n=49)	
	Абс.	%	Абс.	%
Гнойно-некротическое поражение мягких тканей стопы (трофические язвы)	30	50	23	46,9
Флегмона стопы	5	8,3	6	12,2
Влажная гангрена пальцев и дистальной части стопы	15	25	12	24,5
Сухая гангрена пальцев и дистальной части стопы	6	10	3	6,1
Гангрена стопы, распространяющаяся на голень	4	6,7	5	10,2
ВСЕГО	60	100	49	100

Через день проводился трентал-электрофорез 2% раствором, вводимым с положительного полюса, с помощью аппарата «Полюс-1». Прокладки, смоченные раствором трентала, располагают по обе стороны голени (выше участка гангрены), а отрицательный электрод на пояснице. Сила гальванического тока до 10-12 Ма, с продолжительностью одной процедуры 20-30 мин. На курс лечения 10-15 процедур, чередуя с процедурами дарсонвализации. Магнитотерапия пораженной конечности проводилась аппаратом «Волна-2». Продолжительность процедуры 10-20 мин., ежедневно. Всего на курс лечения до 20 процедур при постоянном (индукция 10-30 мТ) или импульсном (индукция 10-50 мТ) режиме. Электролечебные процедуры проводились за полчаса до процедуры гязелечения с целью усилить и закрепить сосудорасширяющий эффект.

Результаты и их обсуждение При оценке клинических результатов лечения учитывали общее состояние больных, самочувствие, температуру тела, а со стороны раны - исчезновение отека, гиперемии окружающих тканей, сроков очищения от гнойно-некротических масс, времени появления грануляций, начала эпителизации и сроков заживления ран.

Клиническое наблюдение за больными с ДАНК 2-4 стадии и СДС, которым проводился РСБФЛК по разработанной методике, показало, что клинический эффект проявлялся с самого начала лечения. К концу первой недели у больных при наличии тяжёлых трофических расстройств с гангреной, выраженным болевым синдромом наблюдалось улучшение общего состояния, уменьшение гипостатического отека и исчезновение явлений эндогенной интоксикации со снижением выраженности болей в конечности, ограничением распространённости гнойно-некротического очага. Продолжение комплексного лечения до 16-18 суток, в котором одним из основных компонентов являлся РСБФЛК, способствовало значительному улучшению общего состояния больных, состояния тканей местно, очищению трофических язв на стопе и голени, переходу влажной гангрены в сухую и таким образом выполнению сохраняющей конечность операции.

У больных при применении РСБФЛК на 4-5 дней раньше очищались раны от гнойно-некротических масс с одновременным исчезновением признаков местного воспаления и общей интоксикации. На 3-4 дня раньше чем в контрольной группе у них нормализовались температура тела и показатели крови.

Таким образом, РСБФЛК в составе комплексного лечения обеспечивал улучшение МЦ, снижение толерантности глюкозы к инсулину и оказывал детоксицирующее действие.

Таблица 2

Виды первичных оперативных вмешательств и их результаты у больных с ДАНК 2-4 стадии и СДС основной группы (n=49)

Характер операции	Число оперированных		Число умерших	
	абс.	%	абс.	%
Некрэктомия	29	58,2	-	-
Экзартикуляция пальцев стопы	10	20,4	-	-
Трансметатарзальная ампутация стопы	4	8,2	-	-
Ампутация голени	3	6,1	1	33,3-
Ампутация бедра	3	6,1	1	33,3
ИТОГО	49	100	2	4,1

В результате, у 40 (81,6%) из 49 больных основной группы удалось выполнить так называемые малые оперативные вмешательства на пальцах и стопе (ампутация пальцев, резекция дистальной части стопы) и снизить уровень предполагаемой ампутации конечности (табл.2). Результаты лечения 9 (18,4%) больных с выраженным болевым синдромом с обширным гнойно-некротическим поражением конечности и нарастающей интоксикацией оказались неэффективными. По жизненным показаниям этим больным была выполнена ампутация конечности на уровне в/3 голени (4 больных – 8,2%) и бедра (5 больных – 10,2%).

Результаты, представленные в таблице 3, свидетельствуют, что из 9 больных с гнойно-некротическими поражениями стопы улучшение достигнуто у 6. Однако у 3 пациентов с выраженными трофическими нарушениями и некротическими изменениями наблюдалось прогрессирование восходящей инфекции, нарастание интоксикации, появление признаков печеночно-почечной недостаточности, в связи с чем 2 больным по жизненным показаниям произведены ампутации на уровне с/3 бедра и 1 - на уровне в/3 голени. Частота высоких ампутаций конечности составила 18,4%.

Из 23 пациентов с ДАНК 2-4 стадии и СДС в виде трофических язв на н/к у 17 (73,9%) получено значительное улучшение - язвы либо полностью зажили, либо очистились от некротических тканей и уменьшились в размерах. У 6 (26,1%) больных после проведенного курса консервативного лечения положительных изменений в клинической картине заболевания не было отмечено, хотя и имелись небольшие изменения в положительную сторону данных инструментальных методов исследования. Двое из них были с ДАНК 4 стадии и трофическими язвами на стопах. 4 пришлось выполнить трансметатарзальную ампутацию стопы, 1 – ампутацию в/3 голени и 1 – ампутацию бедра.

Больным с трофическими язвами после очищения язвы и появления хорошо гранулирующей чистой раны производили пересадку кожных лоскутов по Тиршу- Во 2 лечебной группе, состоящей из 49 больных, хорошие результаты получены у 20 (40,8%), удовлетворительные также у 20 (40,8%) и неудовлетворительные - у 9 (18,4%). Некрэктомии, малые ампутации в виде экзартикуляции пальцев или трансметатарзальной ампутации стопы выполнены у 40 (81,6%) пациентов, ампутации голени - у 4 (8,2%) и ампутации бедра - у 5 (10,2%). Летальность составила 6,1% (3 больных).

В контрольной группе (60 больных) хорошие результаты получены у 20 (33,3%) больного, удовлетворительные - у 17 (28,3%) и неудовлетворительные - у 23 (38,3%). Некрэктомии и малые ампутации выполнены у 37 (61,6%) пациентов, ампутации голени - у 6 (10%) и ампутации бедра - у 17 (28,3%). Летальность составила 6,7% (4 больных). (табл.4)

Разница в цифрах летальности 2 лечебной группы сравнения и контрольной статистически недостоверна, однако число хороших и удовлетворительных клинических результатов во 2 группе достоверно (на 20%) выше.

Таблица 3

Характер повторных оперативных вмешательств и их результаты у больных с ДАНК 2-4 стадии и СДС основной группы

Характер операции	Число Больных	Хороший исход	Удовлетворительный исход	Неудовлетворительный исход	Умерли
Некрэктомия, вскрытие гнойных затеков и подошвенного апоневроза	4	3	1	-	-
Трансметатарзальная ампутация стопы	3	2	1	-	-
Ампутация голени	1	-	-	1	-
Ампутация бедра	2	1	-	1	1
ИТОГО	10	6	2	2	1

Таблица 4

Результаты лечения больных в различных лечебных группах в ближайшем послеоперационном периоде

Группы больных	Стадия ДАНК	Число больных -п	Результаты			Ампутации	
			Хорошие	Удовлетворительные	Без перемен	Голени	Бедрa
1 контрольная группа	II	15	15	-	-	-	-
	III	24	5	12	7	2	5
	IV	21	-	5	16	4	12
Итого		60 100%	20 33,3%	17 28,3%	23 38,3%	6 10%	17 28,3%
2 группа сравнения	II	12	12	-	-	-	-
	III	23	8	12	2	2	1
	IV	14	-	8	6	2	4
Итого		49 100%	20 40,8%	20 40,8%	5 19,2%	4 8,2%	5 10,2%

Выводы: Применение в комплексном лечении больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей 2-4 стадии РСБФЛК, состоящего из пелоидотерапии, магнитотерапии, дарсонвализации, трентал-электрофореза способствует улучшению микроциркуляции и тканевого обмена, со снижением воспалительных и усилением репаративных процессов, приводит к ускорению заживления трофических язв и послеоперационных ран, достоверно улучшает результаты лечения.

Комплексное лечение больных ДАНК 2-4 стадии и СДС с применением РСБФЛК, включающего в себя пелоидотерапию, магнитотерапию, дарсонвализацию и трентал-электрофорез на нижние конечности является патогенетически обоснованным, эффективным и адекватным методом терапии.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Боранукова З.П. Влияние комплексного лечения в условиях курорта Ессентуки на состояние регионарного кровотока у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей: Дисс.канд.мед.наук. - С-Пб. - 1993. -14с.
2. Доборджинидзе Л.М., Грацианский Н.А. Особенности диабетической дислипидемии и пути ее коррекции: эффект статинов. // Пробл. эндокринологии. -2001. - Т.47. - №5. - С.35-40.
3. Казьмин В.Д. Грязелечение. - Ростов-н/Д, 2001.- 187 с.
4. Калинин С.В. Физиология грязелечения как частный случай неспецифической адаптации организма. // Вопр. курортол. - 2003. - №4. - С.52-54.
5. Карташова М.Ю. Физические факторы в лечении некоторых осложненных форм сахарного диабета: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва, 1994. - 19с.

6. Крашеница Г.М., Мозжерин Ю.А., Боранукова З.П. Применение грязелечения у больных сахарным диабетом с диабетическими ангиопатиями нижних конечностей. // Материалы IX Всесоюзного съезда курортологов и физиотерапевтов. – Ташкент, 1989. -Т.1. - С.219.
7. Крашеница Г.М., Ботвинева Л.А., Топурия Д.И., Самутин Н.М. Курортное лечение больных с нарушениями обмена веществ. - Пятигорск, 2000. -С.236.
8. Международная рабочая группа по диабетической стопе. Международное соглашение по диабетической стопе. – М.: Берг, 2000.
9. Мусаев А.В., Насруллаева С.Н., Намазов Д.З. Нафталанотерапия пациентов с диабетическими ангиопатиями нижних конечностей. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2002. - №1. - С.57-62.
10. Насиров М.Я., Эфендиева Ф.М., Исмаилова Д.А. Методы бальнеофизио- и энзимотерапии у больных сахарным диабетом, осложненным гнойно-некротическими поражениями.//Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – М.: Медицина, 2009. - №3. С.47-49.
11. Покровский А.В., Кошкин В.М., Коваленко В.И., Чупин А.В. Вазопростан в лечении критической ишемии нижних конечностей: Метод. рекомендации. -Москва, 1998. – 19 с.
12. Шинкаренко А.Л., Миленина Н.Г. Органические вещества лечебных грязей и их роль в механизме лечебного действия на организм: Метод. рекомендации.- Пятигорск, 1973.- 25 с.

X Ü L A S Ə

DİABETİK PƏNCƏ SİNDROMU XƏSTƏLƏRİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNƏ REFLEKTOR-SEQMENTAR BALNEO-FİZİOTERAPEVTİK MÜALİCƏVİ KOMPLEKSİNİN (RSBFMK) TƏSİRİ

İsmayılova D.A., Nəsirov M.Y.

ATU cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı

II-IV mərhələdəki aşağı ətrafların diabetic angiopatiyası (AƏDA) və diabetic pəncə sindromu (DPS) ilə olan 109 xəstədəki tədqiqat zamanı 2 qrup yaradılmışdır: I-kontrol ənənəvi cərrahi və konservativ üsulla müalicə edilmiş (60 xəstə), II- əsas, əlavə olaraq aşağı ətraflara Azərbaycan vulkanlarından alınmış palçıq-peloid terapiya, trental-elektroforez (“Polyus-1” aparatı), darsonvalizasiya və maqnitoterapiyadan (“Volna-2” aparatı) ibarət reflektor-seqmentar balneofizioterapevtik müalicəvi kompleksi almış (RSBFMK) (49 xəstə).

Müəyyən edilmişdir ki, II-IV mərhələdəki aşağı ətrafların diabetic angiopatiyası (AƏDA) və diabetic pəncə sindromu (DPS) ilə olan xəstələrdə peloid terapiya, trental elektroforez, darsonvalizasiya və maqnitoterapiyadan ibarət reflektor-seqmentar balneo-fizioterapevtik müalicəvi kompleksi (RSBFMK) periferik qan dövranının funksional göstəricilərinin, mikrosirkulyasiyanın və toxuma mübadiləsinin yaxşılaşmasına, iltihabi proseslərin ləngiməsinə, reparativ proseslərin güclənməsinə, trofiki xoraların və əməliyyatsonrakı yaraların sağalmasının tezləşməsinə, g\\müalicənin nəticələrinin əsaslı yaxşılaşmasına gətirib çıxarır.

S U M M A R Y

THE INFLUENCE OF REFLEX-SEGMENTAL BALNEO-PHISIOOTHERAPEUTIC TREATMENT COMPLEX (RSBPTC) ON THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME (DFS)

Ismailova D.A., Nasirov M.Y.

Department of surgical diseases of AMU, Baku

The research covers 109 patients with LEDA of II-IV stages and DFS divided into 2 groups according to the aims of research and used methods of treatment: I-control-60 patients treated with conventional surgical and conservative methods, II-main-49 treated with RSBPTC

consisting of peloid therapy with mud from Azerbaijan volcanoes, trental-electrophoresis with “Polyus-1”, darsonvalization and magnetotherapy with “Volna-2” to lower extremities.

We found that the use of RSBPTC consisting of peloid therapy, trental-electrophoresis, darsonvalization and magnetotherapy in patients with LEDA of II-IV stages and DFS significantly improves microcirculation and microcirculation and tissue metabolism, reduce inflammation and builds up restoration, healing of trophical ulcers and postoperative wounds, reliably improves the results of treatment.

Daxil olub: 1.04.2009. Rəyə göndərib: 8.04.2009.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕКВЕНЦИАЛЬНЫХ КОНДУИТОВ ДЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС.

Абдуллаев А.А., Бабабейли Э.Ю.

Ишемическая болезнь сердца на сегодняшний день является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности во всем мире. Однако одной только консервативной терапией не всегда удается получить нужный эффект. Для решения данной проблемы в 1967 г. хирургами из Кливлендской клиники была предложена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) с использованием подкожной вены бедра [11]. В дальнейшем операции коронарного шунтирования получили широкое распространение и стали методом выбора при лечении больных с различными формами ИБС [1,5].

Начиная с середины 80-ых годов прошлого века, в клинической практике для шунтирования коронарных артерий стали широко использовать артериальные кондуиты [6]. Внедрение в клиническую практику методов артериальной реваскуляризации миокарда улучшило не только непосредственные, но и отдаленные результаты операции АКШ [8].

В тоже время наличие атеросклеротического поражения восходящей аорты в области наложения проксимальных анастомозов, а также атеросклеротическое поражение других артериальных бассейнов, часто ограничивает, а в ряде случаев делает невозможным использовать стандартные методики использования артериальных или венозных кондуитов для полной реваскуляризации коронарных артерий [2,3,4]. В связи с этим хирургами были предложены методики, позволяющие выполнять реваскуляризацию миокарда в полном объеме в условиях ограниченного количества кондуитов.

Секвенциальным или змеевидным (snake) называют вид коронарного шунтирования, при котором одним кондуитом можно реваскуляризовать 2 и более коронарные артерии. Эта методика позволяет минимизировать манипуляции на восходящей аорте и рационально использовать артериальные и венозные кондуиты. [12].

В связи с этим целью нашего исследования явилось: изучить непосредственные результаты использования секвенциального шунтирования у больных ИБС.

Материал и методы Материалом исследования послужили результаты операций АКШ с использованием секвенциального шунтирования у 30 пациентов (1 группа). В качестве контрольной группы были изучены результаты 40 стандартных операций АКШ у больных ИБС (2 группа). По своему исходному состоянию группы достоверно не отличались друг от друга (Таблица 1).

В обеих группах методы исследования включали в себя: электрокардиографию, эхокардиографию, велоэргометрию, ультразвуковую доплерографию различных артериальных бассейнов, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, селективную коронарографию, ангиографию и шунтографию.

Показания к применению секвенциального шунтирования у больных первой группы были следующие.

Таблица 1.*Клиническая характеристика*

	1 группа	2 группа
Средний возраст	58.4 г	56.7
Пол м/ж	36/4	34/6
ИМ в анамнезе	19(63.3%)	25(62.5%)
ФК по ССС	III-VI	III-VI
Средняя ФВ ЛЖ	50.2%	52.4%
Аневризма ЛЖ	2(6.6%)	3(7.5%)
Повторные операции	2(6.6%)	2(5%)

Таблица 2.*Показания к применению секвенциального шунтирования*

	n	%
Атеросклеротически измененная восходящая аорта	3	10
Дефицит кондуита (Гемодинамически значимые поражение подключичной артерии, невозможность использования ЛА, поражение артерий нижних конечностей, варикозная болезнь вен нижних конечностей, повторные операции АКШ)	14	46.7
Максимальная артериальная реваскуляризация	4	13.3
Экономия кондуита у молодых пациентов для последующих операций АКШ	5	16.7
Изменение интраоперационного плана	4	13.3
Всего	30	100

Как видно из приведенных данных, 46.7% случаев составляют больные, у которых причиной явился дефицит кондуита. У 13.3% больных секвенциальное шунтирование было использовано с целью добиться максимальной артериальной реваскуляризации миокарда. Больные с атеросклеротическим поражением восходящей аорты составили 10% от общего количества больных. У 5 (16.7%) пациентов в связи с молодым возрастом (42 - 44 года) было принято решение о выполнении секвенциального шунтирования с целью экономии кондуитов для последующих операций АКШ. У 4 (13.3%) пациентов причиной использования секвенциального шунтирования явились изменения интраоперационного плана.

У 10 (33.3%) больных из первой группы, кроме поражения коронарного русла, было выявлено сочетанное поражение одного или нескольких артериальных сосудистых бассейнов (Таблица 3).

У 3(%) пациентов имелось атеросклеротическое поражение восходящей аорты. Сочетанное поражение ветвей дуги аорты выявлено у 1(%) больных. У 2(%) пациентов имелось поражение брюшной аорты, ветвей брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Всем пациентам была выполнена операция реваскуляризации миокарда. У 17 больных 1 группы и 24 больных 2 группы операцию выполняли в условиях ИК с использованием умеренной гипотермии (30°C) и комбинированной фармакохолодовой кардиopleгии раствором Кустодиол (фирма Др. Франц Кёлер Хеми ГмбХ, Германия). У остальных пациентов выполнена минимально инвазивная реваскуляризация миокарда на работающем сердце (МИРМ) с использованием стабилизатора миокарда Octopus-3

(Фирма «Medtronic», США). Среднее количество дистальных анастомозов в 1 группе составило 3,4 на больного и во 2 группе - 3,3 на больного.

Таблица 3*Поражение других сосудистых бассейнов*

Пораженные бассейны	Количество пациентов(%)
Восходящей аорты	3 (10%)
Ветви дуги аорты	1 (3.3%)
Брюшной аорты	2 (6.7%)
Артерий нижних конечностей	4 (13.3%)

У всех 30 (100%) больных секвенциальный анастомоз был наложен между 2 коронарными артериями. Ниже в таблице 4 приводим количество кондуитов, использованных в качестве секвенциального анастомоза.

Таблица 4

Количество кондуитов, использованных в качестве секвенциального анастомоза.

У 16 пациента ЛВГА была использована в качестве секвенциального шунта, что составило 53.3%. Из них у 13(43.3%) при помощи левой внутренней грудной артерии были анастомозированы ПМЖВ и диагональная ветвь, а у 3 (10%) пациентов ПМЖВ была шунтирована при помощи ЛВГА на 2 уровнях. Лучевая артерия секвенциальным шунтом была использована у 2 (6.7%) больных, а большая подкожная вена - у 12 (40%) пациентов.

Название кондуита	кол-во (n)	%
ЛВГА	16	53.3
Лучевая артерия	2	6.7
Вена	12	40
Всего	30	100

В нашем исследовании ЛВГА была использована у 29 пациентов, что составило 96.7%. С ее помощью было выполнено 35 дистальных анастомоза.

Результаты и обсуждение Летальность в группе с секвенциальными кондуитами составила 3,3% (1 пациент) и достоверно не отличалась от летальности в контрольной группе, которая составила 2,5% ($p > 0.05$). Во всех случаях причина смерти пациентов не была обусловлена кардиальными причинами.

Осложнения ближайшего послеоперационного периода представлены в таблице 5.

Как видно из выше перечисленных данных характер осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных с секвенциальными кондуитами (1 группа) по сравнению с стандартными операциями АКШ (2 группа) существенно не отличались.

Всем больным 1 группы в сроки от 4 до 11 суток после операции было выполнено ЭхоКГ исследование. При анализе данных ЭхоКГ нами анализировались объемные показатели и динамика фракции выброса ЛЖ.

Таблица 5*Осложнения ближайшего послеоперационного периода*

Осложнения	Количество больных	
	1 группа	Контрольная группа
Кровотечения	2 (5%)	2 (5%) *
Сердечно сосудистые осложнения	1 (2,5%)	1 (2,5%) *
Дыхательные осложнения	3 (7,5%)	2 (5%) *
ЖКТ осложнения	1 (2,5%)	1 (2,5%) *
Инфекционные осложнения	2 (5%)	1 (2,5%) *
Неврологические осложнения	1 (2,5%)	1 (2,5%) *
Асептический диастаз кожи и грудины	2 (5%)	2 (5%) *

* - отличие статистически не достоверно ($p > 0,05$)

Значимой динамики объемных показателей ЛЖ в послеоперационном периоде мы не выявили (Рис 1). Исходные значения КСО составили $72,6 \pm 2,0$ мл, КДО- $155,2 \pm 3,3$ мл и $131,4 \pm 3,9$ мл соответственно. Фракция выброса ЛЖ в послеоперационном периоде ($52,8 \pm 4,14\%$) достоверно не отличались от дооперационных данных ($51,2 \pm 2,14\%$).

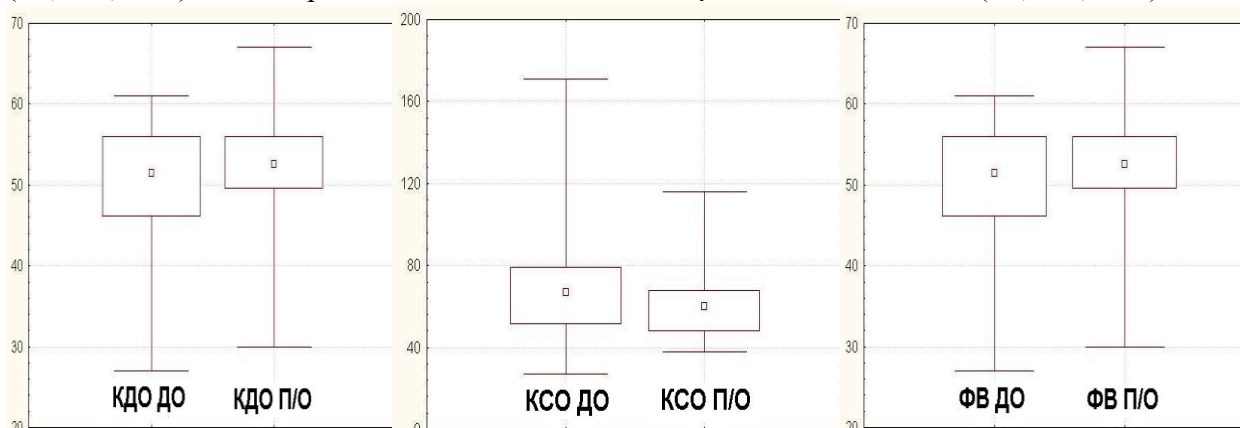


Рис 1. ЭХО КГ показатели до и после операции

По данным ВЭМ толерантность к физической нагрузке на госпитальном этапе в 1 группе больных достоверно улучшилась с исходных $56,8 \pm 22,3$ Вт до $75,6 \pm 16,4$ Вт ($p < 0,05$).

Из 30 оперированных пациентов 11 больным на госпитальном этапе, в сроки от 9 до 30 дней, были выполнены повторные коронарографии и шунтографии. При шунтографии было выявлено, что все секвенциальные шунты функционировали удовлетворительно.

Таким образом, полученные данные о течении послеоперационного периода у больных ИБС с сочетанным поражением других артериальных бассейнов, в том числе и с атеросклеротическим поражением восходящей аорты, позволяют нам предположить, что использование секвенциальной техники шунтирования при операциях реваскуляризации миокарда, не сопровождается достоверным увеличением количества осложнений в раннем послеоперационном периоде по сравнению со стандартными операциями АКШ. Использование секвенциальной техники шунтирования при операциях АКШ у больных ИБС позволяет выполнить полную и адекватную реваскуляризацию миокарда.

Так, по данным разных авторов, от 18 до 57% больных ИБС имеют сочетанное атеросклеротическое поражение одного или нескольких сосудистых бассейнов [5,8]. У больных данной группы одной из основных проблем хирургического лечения является не только выбор хирургической тактики, но и выбор хирургического метода для реваскуляризации миокарда. Это обусловлено, прежде всего, тем, что у больных ИБС с сочетанным поражением аорты и сосудов нижних конечностей забор трансплантатов из большой подкожной вены очень часто является проблематичным. Во-первых, в подкожных венах у больных с выраженной ишемией нижних конечностей выявляются специфические изменения, которые могут ограничивать возможность их использования для реваскуляризации миокарда [9]. Кроме того, при низком индексе лодыжечного давления (ИЛД $< 0,5$) вмешательство на нижних конечностях может привести к плохому заживлению послеоперационной раны [2,7]. И, наконец, большую подкожную вену бедра желательно сохранить для последующих реконструктивных операций на артериях нижних конечностей [9].

Особую группу представляют больные с атеросклеротическим поражением восходящей аорты [10]. В ряде случаев использование различных модификаций техники артериального шунтирования в виде секвенциального бимаммарного, и композитного артериального шунтирования является единственно возможной операцией для этих больных, поскольку наложение проксимальных анастомозов аортокоронарных

шунтов на восходящую аорту сопряжено с высоким риском развития кровотечений, неврологических, кардиальных и прочих осложнений [13,14].

Таким образом, оценивая результаты реваскуляризации миокарда с применением секвенциальных кондуитов у больных ИБС, можно сделать следующие выводы:

1. При реваскуляризации миокарда у больных с многососудистым поражением коронарных сосудов в частности с сочетанным поражением других артериальных бассейнов, оптимальным представляется использование техники артериального или венозного секвенциального шунтирования.

2. Секвенциальное шунтирование миокарда – эффективный способ реваскуляризации миокарда при ряде ситуаций, когда стандартная реваскуляризация не представляется возможной. При:

- Атеросклеротически измененной восходящей аорте
- Дефиците кондуита
- Повторные операции АКШ. и.т.д.

3. В ближайшем послеоперационном периоде комpositное и секвенциальное шунтирование не сопровождается статистически значимым увеличением числа осложнений и летальности по сравнению со стандартными операциями АКШ.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Акчурин Р. С., Ширяев А. А., Лепилин М. Г., и др. Современные тенденции развития коронарной хирургии // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1991.- № 6. - С. 3-6.
2. Амбатьемо С. Г. Диагностика и лечение больных мультифокальным атеросклерозом: Дис. д-ра мед. наук., 2002.
3. Беришвили И. И., Власов Г. П., Игнатов В. Н. и др. Кондуиты для реваскуляризации миокарда // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1997. – Т. 2. – С. 21-24.
4. Бокерия Л. А., Бурдули Н. М., Харитоновна Н. И., и др. Возможности эхокардиографического исследования в определении проходимости шунтов после операции аортокоронарного шунтирования // В сборнике “Материалы второй ежегодной научной сессии НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН”. Москва. - 1998. - С. 30.
5. Бокерия Л.А., Кацяя Г. В., Сигаев И. Ю., Беришвили И. И., Бузишвили Ю. И., Амбатьелло С. Г., Мерзляков В. Ю., Алекян Б. Г., Пискун А. В. Результаты полной артериальной реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца с мультифокальным атеросклерозом. Анналы хирургии. - 2002. - № 6. - С. 19-22.
6. Власов Г.П. Аорто коронарное шунтирование у больных ИБС с множественным атеросклеротическим поражением венечных артерий. Дисс... д-ра мед. наук.- М.-1999.
7. Карелидис И. К. Факторы риска хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца в сочетании с мультифокальным поражением других сосудистых бассейнов: Дис. канд. мед. наук. — М., 1993.
8. Пискун А.В. Результаты использования свободных артериальных кондуитов для реваскуляризации миокарда у больных ИБС. Дис. к.м.н.– М., 2002 г.
9. Сигаев И. Ю. Реваскуляризация миокарда у больных ишемической болезнью сердца с мультифокальным атеросклерозом: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000.
10. Cosgrove D. M. // Neurologic injury during cardiac surgery II: Abstr. - Brussel, 1998. - P. 58-60.
11. Effler D. B., Favoloro R. G., Groves L. K. Coronary artery surgery utilizing saphenous vein graft techniques // J. thorac. cardiovasc. Surg. - 1970. - Vol. 59. - P. 147-154.
12. Favoloro R.G. Saphenous vein graft in the surgical treatment of coronary artery disease // J. thorac. cardiovasc. Surg. - 1969. - Vol. 58. - P. 178-184
13. Flemma RJ, Johnson WD, Lopley D Jr. Triple aortocoronary vein bypass for coronary insufficiency. Arch Surg 1971;103:82–3
14. O'Neill MJ Jr, Wolf PD, O'Neill TK, Montesano RM, Waldhausen JA. A rationale for the use of sequential coronary artery bypass grafts. J Thorac Cardiovasc Surg 2002;81:686–90.

Daxil olub: 6.05.2009. Rəyə göndərib: 13.05.2009.

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МЕТОДОМ ГЕМИКОЛИЭКТОМИИ И НАЛОЖЕНИЕМ АНАСТОМОЗА, ОТСРОЧЕННЫМ СПОСОБОМ

Балакишиев А., Джейранлы Ф., Арчвадзе Б.

*Марнеульская региональная больница(Грузия),
Клиника «Lancet» г. Баку.*

Несмотря на все достижения науки и практической медицины XX века, лечение обтурационной непроходимости кишечника, по-прежнему представляет собой одну из сложнейших проблем современной хирургии (2,3,4). В настоящее время в неотложной хирургии, при лечении обтурационной непроходимости толстой кишки не редко применяются многоэтапные операции типа Цейдлера – Шлеффера. Однако, учитывая некоторые недостатки этих методов (1) нам потребовалось пересмотреть ряд прежних, и выработки более эффективных тактико-технических установок с использованием новых методов оперативных вмешательств.

Цель исследования: изучить ранние результаты лечения левосторонней обтурационной непроходимости толстой кишки с отсроченным открытием анастомоза.

Материал и метод исследования. Материалом исследования служит история болезни 75 больных, оперированных в Марнеульской региональной больнице(Грузия), Клиника «Lancet» г. Баку за период 1998 – 2008 г. Среди них женщин было 14, мужчин 61, возраст больных колебался от 22 до 82 лет. По локализации опухоли: левая половина ободочной кишки -у 2 больных(2,5%), селезеночный угол -у 8 (10,5%), нисходящая ободочная кишка -у 21 пациентов (28%), сигмовидная кишка -у 26 (34,5%), и ректосигмовидный отдел толстой кишки -у 18больных (24,5%).

Предложенный нами новая методика оперативного вмешательства сводилась к следующему: общепринятым способом после левосторонней мобилизации толстой кишки, проводится его резекция. Сначала зажим накладывается на ректосигмоидальную часть и производится выдавливание содержимого из правого отдела кишки в резекционную часть, затем второй зажим накладывается выше первого и между ними электроножом пересекается толстая кишка. Проксимальная часть резецированной кишки помещается в стерильный целлофановый пакет и длинными ножницами открывается просвет кишки выше опухоли. После этого поперечно-ободочная кишка резецируется электроножом и в ее просвет вводится полиэтиленовая трубка диаметром не менее 10 мм. Затем она фиксируется на кишке непрерывным циркулярным швом и погружается двумя кيسетными швами в просвет кишки. Проксимально от кисетного шва на расстоянии 2-3 мм, на свободной тени кишки, открывается серозно-мышечный слой кишки длиной соответственно диаметру будущего анастомоза. Операция завершается образованием «Г – образного анастомоза» между приводящей и отводящей кишки, без вскрытия просвета приводящей кишки и выведения колостомы наружу и ее надежная фиксация на стенке живота (2).

Результаты лечения. Одним из основных этапов лечения после операции является декомпрессия желудочно-кишечного тракта. Для этого во время операции, мы устанавливали назогастральный зонд. В первые сутки контролировали отделяемое по зонду. Спустя двое суток после операции, зонд извлекали и разрешали прием воды небольшими порциями до 500 мл в сутки. При отсутствии тошноты и рвоты через сутки прием жидкости увеличивали до одного литра.

Через 3 суток после операции, когда восстанавливалась перистальтика кишечника, разрешали прием пищи «О» - диета по Певзнеру, которая включали в себя слабый обезжиренный мясной бульон, просцеженный компот, кисель, отвар шиповника, желе, яйца всмятку, и т.д. За этот период наблюдали за декомпрессионной трубкой, которую интубировали в просвет толстой кишки. Периодически промывали ее содовым раствором.

С 6- 7 суток контролировали появления признаков стула. В случае появления признаков отторжения слизистой оболочки анастомоза, снимаем декомпрессионный дренаж после рентгенологического обследования. После удаления дренажа дефект заживал в течение 2-3 суток.

Таблица № 1.

Ранние послеоперационные осложнения после одномоментной левосторонней гемиколэктомии.

Характер осложнений	Количество осложнений	%	Летальность %
Расстройства эвакуации А) анастомозит	-		-
Б) длительная задержка, отторжения слизистой оболочки	1	1,3 %	-
Кровотечение А) в брюшную полость	-	-	-
Б) внутреннее, из линии швов анастомоза	-	-	-
Воспалительные осложнения. А) перитонит	-	-	-
Б) инфильтрат брюшной полости	1	1,3 %	-
Всего осложнений	2	2,6	-

Из представленной таблицы видно, что длительная задержка отторжения слизистой оболочки анастомоза встретилась у одного больного на 12 сутки.

Фиброэндоскопическое исследование в ранние сроки после операции левосторонней гемиколэктомии показало, что заживление происходит с невыраженной воспалительной реакцией. На 12 сутки анастомоз полностью сформирован, как в анатомическом, так и в функциональном плане, то есть имеет заданные размеры (4,0 - 4,5 см.), щелевидную форму, смыкается при прохождении

перистальтической волны. Губы анастомоза становятся эластичными, воспалительная реакция не выраженная.

Рентгенологическое исследование в ранние сроки после операции (7 – 12 сутки) показали, что у всех больных эвакуация содержимого кишки в зоне анастомоза нормальное.

Отторжение слизистой оболочки из зоны соустья при рентгенологическом контроле показало, что у 98,7% больных (отторжение слизистой) происходит на 7 – 9 сутки. У одного больного на 12 (1,3%) сутки. В то же время из-за уменьшения нагрузки по линии шва анастомоза за счет адекватной декомпрессии, между кишечным соустьем протекает без каких либо осложнений. Большинство больных выписаны из стационара на 8-10сутки.

Заключение.

Таким образом предложенный нами «Г» образный анастомоз закрытого типа с отсроченным открытием соустья отличается минимальным осложнением и летальностью. Сокращает сроки реабилитации больных и очень выгоден с экономической точки зрения.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Арчвадзе Б. К., Балакишиев А. Г. Тактические и технические подходы к лечению левосторонней обтурационной непроходимости толстой кишки. Медицинские новости Грузии. ст. 7-8. 2009.
2. Помазкин В. И., Мансуров Ю В. Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости. Хирургия 2008, № 9, с. 51-56.
3. Похомова Г. В., Подловченко Т. Г. Субтотальная колонэктомия: 20-летний опыт. Хирургия 2003, № 12, с. 63-65.
4. Шулуто А. М., Моисеев А. Ю., Зубцов В. Ю. Первично одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости. Рос. Медицинский журнал 2000; 2: 22-26.

Daxil olub: 2.04.2009. Rəyə göndərilib: 9.04.2009.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Этибарлы С.А.

*Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра Нейрохирургии.*

Стабильное внедрение в медицинскую практику достижений высокой технологии КТ и МРТ позволило, прежде всего, произвести революционный переворот в диагностике сложнейших заболеваний в человеческого организма. В частности, произошло оптимизация на гистологическом уровне энцефаловизуализационных КТ и МРТ - феноменов при множественных поражениях головного мозга. К ним также можно отнести множественные карциноматозные заболевания головного мозга (2,3,6). Это обстоятельство значительно расширило показания к хирургическому лечению множественных карциноматозных метастазов в головной мозг.

Материал и методы: в основу настоящего сообщения включены итоги оперативного лечения 42 больных, поступивших в нейрохирургическую клинику за период с 1985 по 2007гг. Из них женщин 22, 17 мужчин. Возраст больных составлял от 21 до 75 лет.

В структуру комплексного обследования больных на стационарном уровне входили неврологический и соматический статусы с производством необходимых методик обследований.

Показатели состояния мозговых структур у всех больных оценивались путем сопоставления общеклинической картины заболевания с приоритетными данными КТ и МРТ.

Из 42 больных у 36 диагностированы опухоли во внутренних органах (легкие-16, молочная железа-8, желудочно-кишечный тракт-7, щитовидная железа-2, лимфома-2 наблюдения). У 6 больных очагов новообразований во внутренних органах выявлено не было, поскольку эти очаги ничем себя не проявляли.

Метастатические опухоли у наших больных распределялись следующим образом: 2 очага поражения у 11, 3 у 19, 4 у 7, 5 очагов у 5 больных. Величина метастатических опухолей колебалась в широких пределах от 1 до 6 см в диаметре. При этом опухоли диагностированы в одном полушарии у 17, в двух у 21, одновременно суб и супратенториальное - у 4 больных.

Очаги поражения выявлены у 8 больных в лобных, у 10-в височных, у 17-в теменных, у 4- в затылочных долях и у 3-в структурах задней черепной ямки.

При этом нужно отметить преимущественно поражение левого полушария головного мозга, что вероятнее всего, связано с его доминантной функцией, а также особенностью кровообращения в варианте передней трифуркации.

Что касается комплекса неврологических симптомов при множественных метастазах в головной мозг, то в их формирование следует указать на преимущественно субкортикальную локализацию метастазов (31 из 42 наблюдений).

Другой особенностью, как правило, является наличие различной степени градации вазогенного или паренхиматозного отека, сопровождающего опухолевый процесс у всех наших пациентов. Например, у 5 наших при наличии компактно расположенных двух небольших по величина кистоподобных опухолей (до 2,5-3 см в диаметре) отмечался грубо выраженный отек, затрагивающий 2-3 доли мозга, что неврологически имитировало наличие крупных размеров объемное образование или тотальное поражение головного мозга.

К особенностям также следует добавить локализации и множественных характер поражения головного мозга. Именно эти характеристики в целом и обуславливали неврологические проявления процесса у наших больных.

Произведенный нами анализ картины заболевания показал, что большинству наших пациентов было свойственно короткая или непродолжительная манифестация неврологических симптомов по протяжении 2-6 месяцев.

Так, оценивая многообразную палитру неврологической симптоматики у наших больных, поступивших в стационар, мы условно констатировали три фазы развития заболевания:

I фаза относительной комплексации (11 больных);

II фаза, большинства больных (21 наблюдений) субкомпенсации;

III фаза декомпенсации (10 больных).

В фазе относительной компенсации заболевания в первые 3 месяца выявлялись ремитирующие очаговые симптомы, где превалировали эпизеквиваленты Джексоновского типа, легкие признаки двигательных, чувствительных и корковых нарушений, общемозговые и менингеальные знаки.

Во II фазе у больных углубились общемозговые и менингеальные симптомы. Очаговые проявления отошли на второй план. Причем, применение медикаментов не улучшало состояние больных.

В третьей фазе у всех пациентов в течение 3-5 недель выявлялся грубый гипертензионный синдром в сочетании с дислокационными симптомами со стороны орального и особенно каудального отделов ствола мозга, то есть нарушением витальных функций.

Согласно нашим наблюдениям и литературным данным, (4,1) неврологический диагноз больных с множественным метастатическим поражением головного мозга отражает лишь предположительный вариант заболевания, поскольку оно не имеет неврологических патогномических черт и практически ничем не отличается от множественных кистоподобных процессов головного мозга.

Обсуждения материала: Доказано гематогенное метастазирование карциноматоза из внутренних органов в головной мозг через интракраниальные артерии. При этом в 58% случаев метастазировании носит множественный характер.

Кардинальный прорыв, в диагностике множественных метастатических опухолей с помощью КТ и МРТ (соответственно 95 и 98%) касающийся всех их параметров, позволил применить хирургическую тактику их лечения.

Во всех наших наблюдениях метастатические опухоли, независимо от их величины, количество и локализации в головном мозге, выглядели как кистоподобные, округлой или овальной формы „агрессивные” объемные образования с плотной капсулой. Вокруг опухолей, как правило, имел место различной степени выраженности, паренхиматозный отек. Визуально эти опухоли напоминали синдром „корона-эффекта”.

При хирургическом лечении множественных метастатических опухолей головного мозга противопоказания ко всякому хирургическому вмешательству при любых опухолях мозга должны строиться только на одной основе отсутствии возможность продлить жизнь больному.

С этих позиций нами ставились две цели:

1.максимально продлить жизнь больному путем одномоментного удаления множественных метастатических опухолей головного мозга;

2.создать благоприятные условия для комплексного лечения первичного очага во внутренних органах. Всем нашим больным проводилось целенаправленная предоперационная подготовка, которая выражалось в комплексной терапии, предотвращающей различные варианты вклинений с ущемлением ствола мозга.

Туда входили пролонгированная, дегидратационная и противоотечная терапия, мероприятия по стабилизации показателей общей гемодинамики дыхания, нормализации сдвигов водно-солевого гомеостаза, улучшение реологических свойств крови, снижении интоксикации. Лишь при получении ожидаемого терапевтического эффекта, проявлявшегося улучшением соматического состояния и снижением выраженности общемозговой симптоматики, проводилось хирургическое лечение.

В хирургическом лечении мы придерживались общепринятого мнения (5) о целесообразности одномоментного удаления метастатических опухолей из одного или двух полушарий головного мозга, а также из структур задней черепной ямки.

Так в 11 наблюдениях мы использовали расширенный подковообразный или S-образный разрез мягких тканей, поскольку он позволял провести наиболее обширную костно-пластическую трепанацию размерами 6x12 см, что способствовало удалению от 3 до 5 кистоподобных метастатических опухолей из одного полушария.

В 8 случаях при расположении метастатических опухолей, находящихся на значительном удалении друг от друга в пределах одного полушария, мы провели хирургическое вмешательство, одномоментно применяли при этом линейные разрезы мягких тканей соответственно локализации опухоли, также с производством удлиненной лоскутной краниотомии 4 из 8 больных для удаления опухоли, находящейся вне операционного поля, добавили резекционную трепанацию около 3-4см.

Принимая во внимание относительно стабильный неврологический соматический статус, 13 больным произвели рациональную краниотомию и удалили 1 или 2 метастатические опухоли одномоментно из обеих полушарий головного мозга.

В то же время у 6 больных удалены по 2-3 опухоли из одного полушария, а из другого полушария, ввиду их глубокой локализации, удаление без травматизации отечного мозга не представлялось возможным. На этом полушарии операция закончилась декомпрессивной трепанацией с целью уменьшения внутричерепного давления. После максимально допустимой резекционной трепанации задней черепной ямки у 3 больных представилось возможность также удалить от 2 до 4 метастатических опухолей на конвексе обеих гемисфер мозжечке восстановлением оттока ликвора по водопроводу мозга и отверстия мажанди.

Поскольку большинство опухолей (22) локализовались субкортикально, то создавались условия для успешного их удаления.

Для улучшения доступа к метастатическим опухолям, локализующимся в глубинных отделах мозга и уменьшения тургора мозга во время операции применялись методы гипервентиляции и искусственной управляемой гипотонии.

Все без исключения опухоли удалялись микрохирургическими методиками (с использованием микроскопа и микроинструментария).

Таким образом, за последние десятилетия показания к лечению метастатических опухолей вышли за рамки шаблонного подхода, позволяющего удалить лишь солитарные метастазы головного мозга. Изученные катамнеза у наших больных на протяжении от 6 месяцев до 2 лет свидетельствуют об эффективности удаления нескольких метастатических опухолей через одно операционное поле.

В этом плане благоприятные исходы в комбинации с лучевой и поливариантной химиотерапией в указанные сроки констатировано у 26 больных.

В эту группу также входили больные, у которых одномоментно были удалены опухоли из обеих полушарий головного мозга и структур задней черепной ямки.

У остальных больных констатирован летальный исход в послеоперационном периоде от 2 до 18 недель. Тактика лечения наших больных совпадает с мнением ряда авторов.

Выводы:

1. Благоприятные исходы хирургического лечения множественных метастатических опухолей возможны на разных стадиях заболевания и при одномоментном удалении нескольких опухолей через одно операционное поле или из одного полушария, или такое одномоментное удаление из обеих полушарий головного мозга.

2. Крайне неблагоприятные исходы обуславливают наличие от 3 и более метастатических опухолей, расположенных во всех долях обеих полушариях головного мозга, поскольку неудаленные опухоли быстро вызывают отек и дислокацию мозга.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Гусев Е.И, Коновалов Г.С „Неврология и нейрохирургия”- Москва. - 2000-654с.
2. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н „Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии”, Москва, 1997, 460с.
3. Холин А.В „Магнитно-ядерная резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы”, „Гиппократ”, Санкт-Петербург, 2000г.
4. Хоркина М.В „Особенности дифференциальной диагностики при многоочаговом поражении головного мозга” //Клинической вестник- 1995-№2-с.64-65.
5. Armstrong Q.S, Gilbert M.R „Metastatic brain tumors: diagnosis treatment and nursing interventions”//Clin.Y.Oncol Nurs-2000.vol 4, №5-p.217-225.
6. Osborn A „Diagnostic neuroradiology” St.-Zonis Mosby.-Year Back, 1994, p 936.

X Ü L A S Ə**ÇOXSAYLI BEYİN ŞİŞLƏRİNİN DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKA VƏ CƏRRAHİ MÜDAXİLƏSİNİN BƏZİ ASPEKTLƏRİ**

Etibarlı S.A.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Neyrocərrahlıq Kafedrası

Məqalədə 1985-2007-ci illərdə Neyrocərrahlıq Klinikasında müalicə olunmuş 42 xəstənin xəstəlik tarixi təhlil edilmişdir: xəstələrin diaqnozu nevroloji, somatik statusların, KT və MRT-nin göstəricilərinin qiymətləndirilməsinə əsaslanmışdır.

Metastatik şişlər ən çox ağ ciyərlərdə, süd vəzilərində, mədə-bağırsaq sistemində olan şişlərdən əmələ gəlmişdir. 11 xəstədə 2; 19 xəstədə 3; 4 xəstədə 7; 5 xəstədə 5 metastatik şiş müşahidə edilmişdir.

Çoxsaylı metastatik şişlər zamanı xəstənin ömrünü uzatmaq naminə şişlərin böyük qismi cərrahi üsulla xaric edilmişdir. Operasiya zamanı eyni, müxtəlif yarımkürə və arxa kəllə çuxurundan şişlərin birmomentli çıxarılması üsulundan istifadə edilmişdir:

26 xəstədə cərrahi müdaxilədən sonra şüa və kimyəvi müalicədən istifadə etməklə onların vəziyyətlərinin yaxşılaşmasına, ömürlərinin 6 aydan 2 ilə qədər uzanmasına nail olunmuşdur.

Nəticə:

1. Çoxsaylı metastatik şişlərin cərrahi müdaxiləsi zamanı bütün şişlərin eynimomentli çıxarılması üsulu xoşagəlməz nəticələr vermişdir.
2. Baş beynin müxtəlif nahiyələrində olan 5 və daha çox metastatik şişin cərrahi müdaxiləsi əksər hallarda xoşagəlməz nəticələr verir.

Daxil olub: 13.03.2009. Rəyə göndərilib: 20.03.2009.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**Керимов А.Х., Велибекова М. Ч.***Национальный центр онкологии, г. Баку.*

Рак прямой кишки занимает 3-ье место среди опухолей желудочно-кишечного тракта, составляет 45% среди опухолей кишечника, 4-6% в структуре злокачественных новообразований всех локализаций [2,3].

Во всем мире, особенно в странах с развитой промышленностью, в связи с изменением экологической обстановки, характера питания населения, образа жизни отмечается непрерывный рост заболеваемости населения раком прямой кишки [1,8,10].

За последние годы повсеместно отмечается явная тенденция к увеличению заболеваемости раком прямой кишки: заболеваемость колеблется от 2,3 до 16,3 на 100000 населения [7,8].

Ежегодно в мире регистрируется 600000 случаев заболеваний, причем половина выявленных больных умирает. В структуре смертности от злокачественных новообразований на долю рака прямой кишки приходится 4,2 % у мужчин и 6% у женщин [1,9].

Проблема лечения рака прямой кишки с каждым годом становится все актуальнее, так как заболеваемость от этой патологии постоянно растет и выходит на одно из первых мест среди всех злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта [4,5,6].

В настоящее время повсеместно признается необходимость комплексного подхода к лечению рака прямой кишки. Химиолучевая терапия занимает прочное место в лечении рака прямой кишки, а в ряде случаев (плоскоклеточный рак анального канала) является ведущим методом лечения. Тем не менее, в основе лечения рака прямой кишки остается по-прежнему хирургический метод [7,9,10].

Цель и задачи: Правильный выбор характера и объема оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования: С 1999 по 2009 гг. в отделении абдоминальной хирургии Национального центра онкологии выполнено 290 операции по поводу рака прямой кишки. Мужчин было 149 (51,4%), женщин 141 (48,6%). Возраст больных колебался от 25 до 80 лет. Во всех случаях наличие раковой опухоли в прямой кишке было подтверждено морфологическим исследованием, в подавляющем большинстве преобладали аденокарциномы разной степени дифференцировки. Из 290 больных у 36 (12,4%) установлена стадия T1-2N0M0, а у преобладающего числа - 254 (87,6%) больных T3-4N0-2M0-1 стадия заболевания.

В диагностике рака прямой кишки важное значение придавалось не только обнаружению самой опухоли, но и оценке ее распространенности, консистенции, подвижности, формы роста и характера метастазирования. С этой целью использовались различные способы диагностики: клиничко-anamnestический, с учетом типичных симптомокомплексов ректального рака, рентгенологический, ультразвуковой, изотопный, эндоскопический, морфологический с цито- и гистологическим исследованием биопсийного материала. В последние годы при сомнении в резектабельности применяли КТ и МРТ. Это позволило более точно прогнозировать распространение опухоли за пределы фасциального футляра, заблаговременно подготовиться к предстоящей комбинированной операции, сократить число диагностических лапаротомий. В сомнительных случаях отсутствие резектабельности подтверждалось ревизией, проведенной через небольшой разрез в левой подвздошной области, который затем использовался для наложения сигмостомы.

Результаты и обсуждения: Характер проведенных оперативных вмешательств определялся локализацией опухоли, стадией заболевания и выраженностью сопутствующей патологии. Из сопутствующих заболеваний чаще преобладали сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, а также сахарный диабет.

Экстирпация прямой кишки выполнена 47 (16,3%) больным. Брюшно-анальные резекции прямой кишки выполнены 8 (2,8%) пациентам. В большинстве случаев низведенная сигмовидная кишка была проведена через демукозированный анальный канал с оставлением ее избытка, который отсекался через 5-7 дней после операции. Во всех случаях нами применялось первичное соединение низведенной сигмовидной кишки и анального канала, но из-за более частого развития несостоятельности швов, сопровождающегося гнойными осложнениями и формированием стриктуры, что имело место в 4 наблюдениях, оно не получило широкого распространения. Чрезбрюшная (передняя) резекция прямой кишки выполнялась при расположении дистального края опухоли на 9-15 см от заднего прохода при хорошей подготовке кишечника, благоприятном анатомическом соотношении органов и отсутствии ожирения. Всего выполнено 49 (16,9%) подобных операций с наложением анастомоза, как ручным способом, так и с применением сшивающих аппаратов. При ручном способе наложения анастомоза применялись 2-рядные узловые швы атравматическим абсорбирующимся материалом. При втором способе наложения анастомоза использовали

циркулярные сшивающие аппараты Ethicon фирмы «Johnson&Johnson» и АКА-2. Операция Гартмана выполнена 18 (6,2%) больным, операция Гартмана-Иноятова 19 (6,5%) больным. Причинами отказа от наложения анастомоза преимущественно являлись частичная кишечная непроходимость. Реже выполнялись сегментарные органосохраняющие резекции прямой кишки, их было сделано всего 6 (2,1%), что обусловлено малым числом обращений больных с начальными стадиями рака. Комбинированные и расширенные операции имели место у 19 (6,5%) больных, причем в последние годы они выполняются все чаще. Производились резекции мочевого пузыря, предстательной железы, матки и придатков. У 5 больных, наряду с вмешательством на прямой кишке, был одновременно резецирован один из сегментов печени с имеющимся в нем солитарным метастазом. Всего радикальных оперативных вмешательств выполнено 166 (57,3%), а паллиативных – 124 (42,7%).

Послеоперационные осложнения после радикальных операций возникли у 18 (9,6%) человек. Наиболее часто встречались гнойные осложнения в виде нагноения ран, абсцессов и флегмон малого таза и брюшной полости. Причиной их является эндогенное инфицирование при вскрытии просвета кишки. Наиболее асептичной считаем брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением, выполненную одной бригадой хирургов без интраоперационного вскрытия просвета полого органа. Некроз низведенной кишки наблюдался у 2 больных, основными его причинами являлись неправильный выбор показаний к низведению при неблагоприятной сосудистой архитектонике, нарушении микроциркуляции и малой длине кишки, технические погрешности при выполнении операции - избыточное натяжение, перекрут низведенной кишки, сдавление ее гематомой или тампоном, травмирование в результате грубых манипуляций. У 2 больных некроз распространился проксимальнее анального канала с развитием тазовой флегмоны, им была выполнена трансверзостомия и промывное дренирование малого таза. Наиболее грозное осложнение после чрезбрюшной (передней) резекции прямой кишки - несостоятельность сигморектального анастомоза - имело место в 7 наблюдениях. Основными причинами несостоятельности швов считаем нарушение кровоснабжения кишок в зоне анастомоза в результате технических погрешностей при мобилизации, сужение просвета в зоне анастомоза швами или в результате отека, натяжение сшиваемых тканей, вследствие недостаточной длины кишки. У 5 больных, перенесших операцию Гартмана, оказалась несостоятельной культи прямой кишки, что, вероятно, связано с нарушением кровоснабжения при мобилизации или носит вторичный характер, вследствие прорыва в культи абсцесса, возникшего при оставлении плохо дренируемой полости под брюшинной тазового дна. У двух больных гнойный процесс распространился выше тазовой брюшины, вызвав диффузный перитонит, оба они погибли.

В лечении гнойных осложнений важная роль отводилась интенсивной внутриаортальной инфузионной терапии с применением антибиотиков и антибактериальных средств, проводились промывание гнойных ран и полостей асептическими растворами, наложение перитониального диализа.

Летальность после всех операций на прямой кишке составила 4,29%. После экстирпаций прямой кишки умерло 4,73% больных, после брюшно-анальных резекций - 3,55%, чрезбрюшная (передняя) резекция прямой кишки закончилась летальным исходом у 3,4% пациентов, операция Гартмана - у 2,7%, операция Гартмана-Иноятова – 1,7%.

Таким образом, основными путями уменьшения послеоперационных осложнений и летальности являются правильный выбор характера и объема оперативного вмешательства, тщательное выполнение всех этапов операции, профилактика послеоперационных гнойных осложнений, своевременное и адекватное их лечение.

ЯДЯБИЙАТ - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Алиев Д.А., Абдуллаев А.А. Злокачественные опухоли ободочной кишки. Баку, 2008, с.126.
- 2.Ананьев В.С., Барсуков Ю.А., Голдобенко Г.В. и др.- В кн. Рак ободочной и прямой кишки./ Под ред. В.И. Кныша. Москва: Медицина, 1997.
- 3.Ганцев Ш.Х. Онкология. М.И.А., Москва, 2004, с.388, 396-398.

4. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. Хирургия, 1989, №5, с.59-62.
5. Мельников Р.А., Правосудов И.В. Возможности хирургического лечения рака толстой кишки у больных старше 70 лет. Вестник хирургии, 1983, №3, с.66-72.
6. Петров Г.В., Ерюхин И.А. - В кн. Кишечная непроходимость. Москва, 1989, с.162-200.
7. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак, подготовка толстой кишки к операции. Москва, 2003, с. 6-9.
8. Cast R. - In: Cancer of the rectum / C. Dukes eds., 2000, p. 5-17.
9. Corman M.L. Colon and rectal surgery. Lippincott, London, 1984, p. 765.
10. Nelson H., Petrelli N., Carlin A. et al. Guidelines 2000 for Colon and Rectal Cancer Surgery. J. of the National Cancer Institute, 2001, Vol.93, p. 583-596.

Daxil olub: 7.05.2009. Rəyə göndərilib: 14.05.2009.

BUD SÜMÜYÜ BOYNU SINIQLARINDA İTERNAL FİKSASIYA GÜCÜNÜN ARTIRILMASI

Zeynalov R.M.

*Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Klinik Xəstəxanası,
Bakı, Azərbaycan.*

Bud sümüyü boynu sınıqları daha çox yaşlı nəsildə görülən və müalicəsində kifayət qədər müvəffəqiyyət əldə olunmamış bir xəstəlikdir. Bu sınıqlar bəşəriyyətin hal hazırda ən ciddi sosial-iqtisadi problemlərindən birini təşkil edir. İnkişaf etmiş ölkələrdə yaşlı əhali getdikcə artmaqda və osteoparozun qabağının alınması üçün istifadə olunan dərmanlar da bu sınıqların miqdarını azaltmamaqdadır. Yaşlı nəsildə getdikcə artan osteoparoz bu sınıqların miqdarını artırmaqla bərabər, müalicəsini də çətinləşdirməkdədir. Bunun nəticəsidir ki, osteoparozla yanaşı olan bud sümüyü boynu sınıqlarının müalicəsində internal fiksasiya metodu ilə müalicə getdikcə azalmaqla və artroplastika əməliyyatları isə artmaqdadır. Artroplastika əməliyyatı xəstənin mobilizasiya edilməsini sürətləndirir, ancaq internal fiksasiyaya nəzərən daha böyük əməliyyatdır. Xəstənin bud sümüyü boynu və başı çıxardılaraq metal protezlə əvəz edilir. Digər tərəfdən, osteoparozlu xəstələrdə internal fiksasiya ilə müalicə metodunun nəticələri fiksasiya çatışmazlığı səbəbi ilə qənaətbəxş deyildir. Osteoparozlu xəstələrdə bud sümüyü başına tutunmayı gücləndirən müxtəlif vintlər dizayn edilmişdir. Dizayn etdiyimiz vintin PMMA(polimetil metakrilat) ilə tətbiqi bud sümüyü başına tutunmayı gücləndirəcəyini düşündük.(1,4,5,6,9,11).

Material və Metodlar. Təcrübədə cəmi 16 ədəd bud sümüyü boynu sınığı səbəbi ilə artroplastika əməliyyatı keçirmiş xəstələrə aid ən az 3 sm seqmenti olan bud sümüyü başları istifadə edildi. Xəstələrə alınan bud sümüyü başlarının nə məqsədlə istifadə ediləcəyi barədə məlumat verildi. İcazəsi alınmış bud sümüyü başları bu təcrübəyə daxil edildi. Əməliyyat vaxtı alınan bud sümüyü başları fizioloji məhlulla isladılmış tamponlara sarılaraq plastik qablara qoyuldu və (-20°) donduruculara yerləşdirildi. Təcrübədən 24 saat əvvəl bud sümüyü başları dondurucudan çıxarılaraq otaq temperaturunda əridildi. Əridilmiş materyallara iki proyeksiyada rentgen çəkilərək fokal patologiyası olanlar təcrübədən çıxarıldı. Bundan başqa, anamnezində sümüyə təsir edəcək endokrinoloji və bəd xassəli şiş xəstəlikləri olanlar təcrübəyə alınmadı.(2,3,8,12). Alınan bud sümüyü başlarının Q-KT(quantitative kompüter tomoqrafiya) vasitəsilə sümük mineral sıxlıqları (SMS) ölçüldü. Oxşar SMS-ları olanlar kontrol və təcrübə qruplarına bölünərək müqayisə edildi.(3,13).

Dizayn edilən 7 mm kanallı vintin xüsusiyyətləri

- 1) Kanallı vint ISIO 5832/1 standartlarına uyğun paslanmaz poladdan emal edilmişdir.
- 2) Kanallı vintin yivli qismi proksimalda 7 mm diametrində başlayır və distala tərəf getdikcə 5.5 mm-ə qədər kiçilir.
- 3) Cismnin diametri 4.5 mm, başının diametri isə 8 mm-dir.
- 4) Vint 3.5 mm altı bucaq kanallı çevirici və kanallı drel ilə tətbiq edilə bilər.

5) Vint boydan boya kanallıdır.

6) Vintin yivli qismi 16 mm uzunluğundadır.

7) Vintin yivli qismində fərqli istiqamətlərdə ölçüsü 2 mm olan 6 dəlik var.

Kontrol qrupunda 7 mm AO kanallı vintlər, təcrübə qrupunda isə yivli qismində dəlikləri olan 7 mm kanallı vintlər istifadə edildi. Vintlər mərkəzdən bud sümüyü başının 5 mm subxondral bölgəyə çatana qədər göndərildi. Təcrübə qrupundakılar əlavə olaraq kanal içindən bud sümüyü başına göndərilən PMMA (Cemfix 3) ilə gücləndirildi. Sementin kifayət qədər sərtliyə çatması üçün nümunələr 12 saat otaq hərəətində izotonik məhlulla isladılmış tamponlara sarılmış halda saxlandıqdan sonra biomexaniki təcrübələrə başlandı. (3,13). Təcrübədə SM 21 (Şəkil 1) cihazından istifadə edərək vintlərin sümüyü tutma gücü (Maksimum ekstraksiya torq-burma) müqayisə edildi. Torqmetr cihazı ilə 4°/san tərs istiqamətdə torq-burma (Nm) qüvvəti tətbiq edildi. Ekstraksiya vaxtı ən yüksək torq rəqəmləri müəyyən edildi. (5).

Hesablamalar M.U. Tibb Fakültəsi Biostatistika Kafedrasında həyata keçirildi. SMS-ları və qüvvət nəticələri qarşılaşdırılmasında Unpaired t-testi istifadə edildi. Əhəmiyyət dərəcəsi üçün $p < 0.05$ şərti qoyuldu.



Şəkil 1. SM 21 torqmetr cihazında qüvvət ölçümləri

Tədqiqatın nəticələri. 16 ədəd bud sümüyü başının Q-KT vasitəsilə SMS-ları ölçüldü. Ardından SMS-ları ən yaxın olan bud sümüyü başları 2 alt qrupa bölünərək müqayisə edildi (Cədvəl 1). Unpaired t-testi ilə qiymətləndirilərək müqayisə edilən bud sümüyü başları arasında SMS-ları cəhətdən əhəmiyyətli fərq qeyd olunmadı ($p = 0.979$).

Torqmetr ilə 4°/san tərs istiqamətdə torq-burma (Nm) qüvvəti tətbiq edildi. Ekstraksiya vaxtı ən yüksək torq ölçüsü təyin

edildi. Digər qüvvət hesablamalarında olduğu kimi statistiki analizlərdə Unpaired t-testi istifadə edildi. $p < 0.05$ olması əhəmiyyətli qəbul edildi. Qüvvət tətbiqi nəticəsində alınan rəqəmlər iki alt qrup arasında çox əhəmiyyətli fərq olduğunu göstərdi ($p < 0.0001$), (Cədvəl 2).

Müzakirələr. Bud sümüyü boynu sınıqları daha çox yaşlı insanlarda görülən bir patologiyadır və səhiyyə sistemində yüksək xərclərə səbəb olur. İmplant dizaynında, cərrahi metodlarda və xəstə qulluğundakı inkişafa baxmayaraq müalicə nəticələri kifayət qədər üz

Cədvəl 1.

Oxşar SMS-larına görə bud sümüyü başlarının müqayisəsi.

Müqayisə edilən başlar və SMS-ları	
2 - 0,717q/sm ²	11 - 0,735q/sm ²
4 - 0,278q/sm ²	13 - 0,277q/sm ²
6 - 0,518q/sm ²	1 - 0,527q/sm ²
8 - 0,517q/sm ²	16 - 0,517q/sm ²
10 - 0,717q/sm ²	7 - 0,719q/sm ²
12 - 0,279q/sm ²	3 - 0,281q/sm ²
14 - 0,735q/sm ²	5 - 0,737q/sm ²
15 - 0,275q/sm ²	9 - 0,276q/sm ²

güldürücü deyil. Bud sümüyü boynu sınıqlarında cərrahi müalicəni internal fiksasiya və ya artroplastika təşkil edir.

Lakin osteoparozlu xəstələrdə internal fiksasiya metodu etibarlı olmadığı üçün artroplastika daha çox tərcih edilir. İnternal fiksasiyada qoyulan vintlər osteoparozlu kövrək sümüklərə kifayət qədər tutuna bilmir. Bunun nəticəsində əməliyyatdan qısa müddət sonra sınıqların bir qismində fiksasiya çatışmazlığına bağlı olaraq reduksiyanın pozulması qeyd olunur. Digər tərəfdən yerini dəyişmiş bud sümüyü boynu sınıqlarında 12 saatdan gec tətbiq edilən əməliyyatların nəticələri qənaətbəxş deyildir. Çünkü yerini dəyişmiş sınıq sonrası bud

sümüyü başını qidalandıran oynaq içi damarlarda yırtılma və ya qatlanma olur. Erkən edilən əməliyyatla qatlanmış damarlar düzəlir və bud sümüyü başı qanlanması normala dönə bilər.(4,10).

Cədvəl 2.

Qarşılıqlı qruplar arasında qüvvət ölçü fərqləri.

Bəzən əməliyyat erkən edildiyinə baxmayaraq bud sümüyü başında osteonekroz və ya bitişməmə qeyd olunur. Bu ağırlaşma həm bud sümüyü başına gedən damarların çatışmazlığı, həm də lazımı fiksasiyanın olmaması nəticəsində əmələ gələ bilər. Lu-Yao və əməkdaşlarının dərc etdiyi metaanaliz yazıda yerini dəyişmiş sınıqlarda kumulyativ osteonekroz nisbəti 11%-19%, bitişməmə isə 23%-37% olmuşdur.(7). Xüsusilə gənc xəstələrdə erkən, uyğun reduksiya və rəqəd internal fiksasiyanın lazım olduğunu vurğulanmışdır. Onlar yerini dəyişmiş sınıqlarda anatomik reduksiya sonrasında bükülmüş və gərgin retinakulyar arteriyaların bir qisminin açıldığını və rigid internal fiksasiya ilə da vaskulyar davamlılığın qaytarıldığını bildirmişlər. Bununla əlaqədar vint dizaynında müxtəlif dəyişikliklər edilərək bud sümüyü başına tutunması artırılmaya çalışılmışdır. Vint dizaynı ilə yanaşı implant ətrafındakı sümüyün keyfiyyəti də önəmlidir. Bunun üçün müxtəlif sementlər (PMMA, kalsium fosfat) istifadə edilmişdir.(5).

Kontrol qrupu	Təcrübə qrupu
2 – 0,475 Nm	11 – 0,95 Nm
4 – 0,19 Nm	13 – 1,52 Nm
6 – 0,19 Nm	1 - 1,71 Nm
8 – 0,475 Nm	16 – 1,235 Nm
10 – 0,19 Nm	7 - 0,76 Nm
12 – 0,76 Nm	3 - 1,235 Nm
14 – 0,19 Nm	5 - 0,79 Nm
15 – 0,475 Nm	9 - 1,995 Nm

Dizayn etdiyimiz vintin yivli qismi arasında 6 ədəd 2 mm genişliyində dəliklər var. Kanal içindən bud sümüyü başına 1 ml sement(PMMA) verildi. Torqmetrə cihazı ilə antitorq qüvvət tətbiqi zamanı qeyd olunan rəqəmlər iki qrup arasında çox əhəmiyyətli fərq olduğunu göstərdi($p < 0.0001$).

Təcrübədə əldə etdiyimiz nəticələr dizayn etdiyimiz vintin standart vintə görə fiksasiyanı artırdığını göstərdi. Bu vint bud sümüyü boynu sınıqlarında sınıq stabilliyini daha çox artırdığı üçün xəstələrin daha erkən mobilizasiya oluna biləcəyi və reduksiyanın daha az pozulacağı düşünüldü.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Aitken JM: Relevance of osteoporosis in women with fracture of the femoral neck. *Br Med J Clin Res.* 1984 Feb 25;288(6417):597-601.
2. Aminian A, Gao F, Fedoriv WW, Zhang LQ, Kalainov DM, Merk BR: Vertically oriented femoral neck fractures: Mechanical analysis of four fixation techniques. *J Orthop Trauma.* 2007;21:544-548.
3. Augat P, Rapp S, Claes L: A modified hip screw incorporating injected cement for the fixation of osteoporotic trochanteric fractures. *J Orthop Trauma.* 16(5):311-6,2002.
4. Bucholz, Robert W.; Heckman, James D.; Court-Brown, Charles M. Rockwood & Green's Fractures in Adults, 6th Edition, 2006.
5. Eriksson F, Mattsson P, Larsson S: The effect of augmentation with resorbable or conventional bone cement on the holding strength for femoral neck fracture devices. *J Orthop Trauma.* 16(5):302-10,2002.
6. J. Manniger, Ulrich Bosch, Peter Cserhati, Karoly Fekete, György Kazar: Internal fixation of femoral neck fractures. SpringerWienNewYork, 2007.
7. Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE: Outcomes after displaced fractures of the femoral neck. A meta-analysis of one hundred and six published reports. *J Bone Joint Surg Am.* 76(1):15-25,1994.
8. Moore DC, Frankenburg EP, Goulet JA, Goldstein SA: Hip screw augmentation with an in situ-setting calcium phosphate cement: an in vitro biomechanical analysis. *J Orthop Trauma* 11(8):577-83,1997.
9. Rehnberg L, Olerud C: The stability of femoral neck fractures and its influence on healing. *J Bone Joint Surg Br.* 1989 Mar;71(2):173-7.
10. S.Terry Canale MD: Campbell's Operative Orthopaedics. Mosby, 11th edition, 2007.
11. Stankewich CJ, Swiontkowski MF, Tencer AF, Yetkinler DN, Poser RD: Augmentation of femoral neck fracture fixation with an injectable calcium-phosphate bone mineral cement. *J Orthop Res.* 14(5):786-93,1996.

12. Stoffel KK, Leys T, Damen N, Nicholls RL, Kuster MS: A new technique for cement augmentation of the sliding hip screw in proximal femur fractures. *Clinical Biomechanics*. 23 (2008) 45-51.
13. Von der Linden P, Gisep A, Boner V, Windolf M, Appelt A, Auhm N: Biomechanical evaluation of a new augmentation method for enhanced screw fixation in osteoporotic proximal femoral fractures. *J Orthop Res*. 24(12):2230-7,2006.

РЕЗЮМЕ

ПОВЫШЕНИЕ СИЛЫ ВНУТРЕННЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.

Зейналов Р.М.

Лечение и последствие переломов шейки бедренной кости для травматологов и ортопедов и в наше время остается нерешенной проблемой. В связи с остеопорозом, при внутренней фиксации у пожилых больных, может развиваться ее расслабление. Корреляция между стабилизацией и сращением переломов описана на разных статьях. После измерения минеральной плотности 16 штук головок бедренных костей с помощью Q-КТ, выделили на две группы. В контрольной группе, использовали 7 мм винты с каналами, а в группе опыта укрепленные цементом (PMMA) 7 мм винты с каналами, у которых между прорезами имеются отверстия. В каждой группе сравнивали максимальные силы сворачивания костей схожие по минеральными плотностями. С помощью Торгметра в противоположном направлении 4°/сек., определили силу сворачивания (Nm). При экстракции определилось самая высокая величина силы сворачивания и полученные цифры показали значительную разницу между двумя группами ($p < 0.0001$). Результаты дизайна нашего винта, укрепленный с PMMA, позволили использовать эту методику у пациентов.

SUMMARY

INCREASING THE INTERNAL FIXATION STRENGTH IN FEMORAL NECK FRACTURES.

Zeynalov R.M.

Femoral neck fractures have always presented great challenges to orthopaedic surgeons and remain in many ways as the unsolved fracture as far as treatment and results are concerned. Failure of the internal fixation may develop, because most of the patients are aged and osteoporotic. The correlation between fracture stability and union has been shown in many studies. In our study 16 human femoral heads divided into two groups after measuring bone mineral densities by Q-CT. In the control group 7 mm cannulated AO screws and in the study group 7 mm cannulated screws with holes between the threads augmented by cement (PMMA) were used. Maximum extraction torque values were compared after mating these groups by similar bone mineral densities. 4°/sec. torque force (Nm) was applied in reverse direction by torquemeter. During the extraction highest torque was determined and difference between the measured values of two subgroups was found very significant ($p < 0.0001$). The designed screw augmented by PMMA has found to be worth in this experimental study to be further studied in the clinical application of the femoral neck fractures.

Daxil olub: 28.03.2009. Rəyə göndərilib: 4.04.2009.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ 1-го ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Багирова Х.Ф., Асадова Н.О.

Кафедра акушерства и гинекологии II Азербайджанского медицинского университета; род. дом №7 .г. Баку.

Миома матки - это доброкачественная опухоль, развивающаяся в миометрии. Распространенность миомы матки колеблется в широких пределах. По данным зарубежных авторов средняя распространенность миомы матки составляет около 30% [1, 2].

Заболеваемость миомой матки повышается с возрастом. Ее пик приходится на период пременопаузы, достигая максимального значения в 45 - 50 лет [2]. По данным Е.М. Вихляевой и соавт. (1997) средний возраст выявления миомы матки составляет 32,8±0,47 года, а показания к активному хирургическому лечению возникают в возрасте 44,4±0,29 года [3]. Следовательно, тенденция к росту опухоли возрастает в период, предшествующий и совпадающий с началом климактерия. В настоящее время известны отдельные случаи возникновения миомы матки у 20-летних [4]. При маточных кровотечениях у подростков миома матки обнаруживается в 5 - 7% случаев [3].

Целью настоящей работы было изучение особенностей течения 1-го триместра беременности у женщин с миомой матки

Материалы и методы исследований. Исследование проводили на базе кафедры акушерства и гинекологии II Азербайджанского медицинского университета - род. доме №7 г. Баку. Было обследовано 172 беременных. Изучение клинико-лабораторных показателей гестационного процесса, родоразрешения, послеродового периода проводилось в сравниваемых группах: 1 группа - 46 женщин, не имеющих миомы матки (группа контроля); 2 группа – 57 женщин, которым была произведена миомэктомия до наступления настоящей беременности; 3 группа – 69 женщин с миомой матки.

Методы обследования пациенток включали в себя: сбор и анализ анамнестических и клинических данных, инструментальные и лабораторные исследования. Эхографическое и доплерометрическое исследование проводилось с помощью ультразвуковых диагностических приборов "Toshiba-SSH 140A" (Япония) и "Acuson 128 XP" (Япония) с использованием датчиков - 3,75 МГц (конвексного) и 6,5 МГц (вагинального).

Полученные данные обрабатывали на ПК в программе «Статистика» с применением параметрических критериев.

Результаты исследования. Первый триместр беременности является наиболее сложным и ответственным за закладку внутренних органов и систем плода, формирование плаценты. Как правило, весьма частыми осложнениями в этот период являются ранний гестоз и угроза прерывания беременности.

Исследование особенностей течения первой половины беременности при миоме матки показало, что ранний гестоз отмечается примерно с одинаковой частотой во всех группах обследованных женщин. Как видно из табл. 1, в контроле частота его составила 23,9 %, у пациенток с миомэктомией в анамнезе – 22,8 %, а у беременных с миомой – в 24,6 % случаев. Однако в последней группе довольно часто наблюдалась угроза прерывания беременности – в 43,5 % случаев, что было достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в контрольной группе, где у пациенток угроза прерывания беременности была отмечена только в 19,6 % случаев.

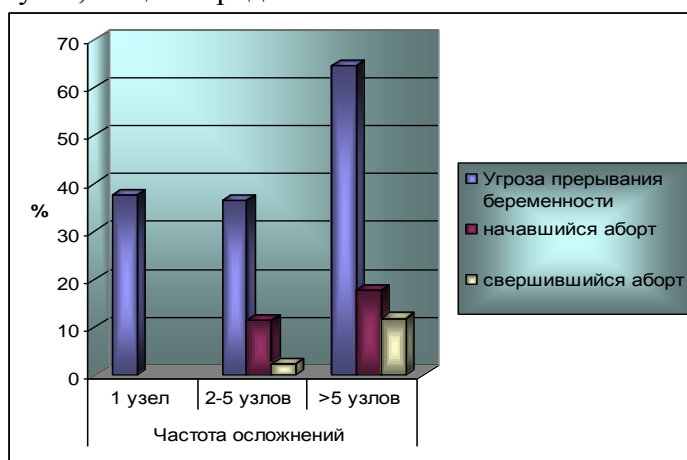
Таблица 1*Частота и структура осложнений течения беременности в первом триместре (абс /%)*

Осложнения	Группа 1 контроль (n=46)		Группа 2 Миомэктомия (n=57)		Группа 3 Миома (n=69)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ранний гестоз	11	23,9	13	22,8	17	24,6
Угроза прерывания беременности	9	19,6	19	33,3	30	43,5*
- начавшийся аборт	-	-	5	8,8	8	11,6
- свершившийся аборт	-	-	2	3,5	3	4,3
Клинические признаки нарушения питания	-	-	-	-	3	4,3
УЗИ признаки нарушения питания	-	-	-	-	5	7,3
Увеличение миоматозных узлов						
- на 10 %					48	69,6
- на 20-30 %					21	30,4

* - различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой «контроль»

Ранний гестоз проявлялся в виде тошноты и рвоты беременных легкой и средней степени тяжести, эти проявления не потребовали стационарного лечения.

Наиболее частым осложнением у пациенток с миомой матки была угроза прерывания беременности, которая клинически проявлялась в виде болей внизу живота и пояснице. При начавшемся выкидыше кроме болей наблюдались кровянистые выделения из половых путей, чаще непродолжительные.

**Рис.1** частота и характер осложнений беременности в 1 триместре при разной интенсивности роста миоматозных узлов

Несколько большей была частота данного осложнения у женщин с миомэктомией в анамнезе – 33,3 % случаев, хотя достоверных отличий от других групп выявлено не было. Следует отметить, что если в контрольной группе угроза прерывания беременности не переходила в начавшийся или свершившийся аборт, то у пациенток других групп такие случаи были отмечены.

Начавшийся и свершившийся аборт были зафиксированы соответственно в 5 случаев (8,8 %) и у 2 женщин (3,5 %) из группы с миомэктомией в анамнезе. У пациенток с миомой эти осложнения выявлялись несколько чаще – начавшийся аборт в 11,6% случаев, свершившийся – в 4,3 % случаев, однако достоверных отличий между группами выявлено не было. У беременных с миомой в 1-м триместре беременности были выявлены клинические признаки нарушения питания миоматозных узлов у 3 пациенток (4,3 % случаев), а у 5 женщин (7,3 %) – УЗИ-признаки нарушения питания миоматозных узлов.

Была установлена определенная зависимость между осложненным течением беременности, количеством, размерами и расположением миоматозных узлов, а также локализацией плаценты по отношению к миоматозным узлам. Частота и характер осложнений течения беременности у женщин с миомой матки в первом триместре в зависимости от количества миоматозных узлов представлена в Рис 1. Как видно, осложненное течение беременности в виде угрозы прерывания и начавшегося выкидыша

наблюдались более чем в 1,5 раза чаще у беременных с множественными миоматозными изменениями матки (>5 узлов), чем у женщин с одиночными узлами и небольшим количеством миоматозных узлов 2-5 узлов. Однако выявленные изменения не были статистически значимыми.

Таблица 2

Зависимость, частота и характер осложнений беременности в первом триместре от размеров миоматозных узлов (n=69)

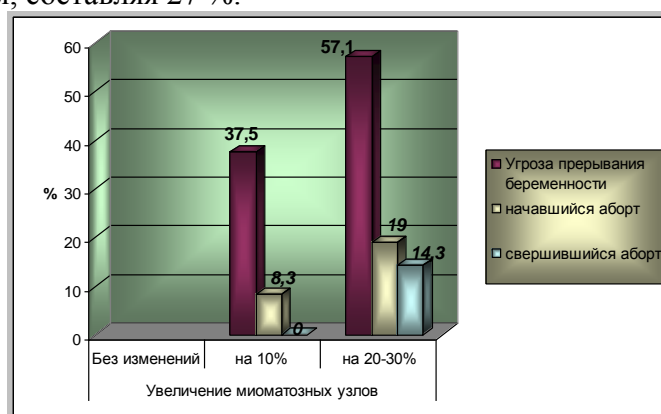
Осложнения	Частота осложнений (абс., %)			Всего
	< 5 см (n=19)	5,1- 9,9 см (n=40)	> 10 см (n=10)	
Угроза прерывания беременности, из них:	5(27%)	21(52,5 %)	4 (40 %)	30 (43,5 %)
- начавшийся аборт	-	5 (12,5 %)	3 (30 %)	8 (11,6 %)
- свершившийся аборт	-	3 (7,5 %)	-	3 (4,3 %)
Клинические признаки нарушения питания в м/узлах	-	1 (2,5 %)	2(20 %)	3 (4,3 %)
УЗИ признаки нарушения питания в м/узлах	-	3 (7,5 %)	2 (20%)	5 (7,3 %)
Увеличение м/узлов:				
на 10%	13(68,4%)	28 (70,0 %)	7(70%)	48 (69,6 %)
на 20-30%	6(31,6%)	12 (30,0 %)	3(30%)	21 (30,4 %)

В зависимости от исходных размеров миоматозных узлов выделяли три подгруппы беременных: с узлами до 5 см в диаметре, от 5,1 до 9,9 см и более 10 см в диаметре. Влияние исходных размеров миоматозных узлов табл. 2 и их расположения по отношению плаценты на частоту и характер осложнений беременности в первом триместре показало, при небольших размерах миоматозных узлов (до 5 см) частота возникновения угрозы прерывания беременности в 1 триместре была в 2 раза меньше, чем у женщин с миоматозными узлами, превышающими 5 см, составляя 27 %.

Рис. 2. Зависимость частоты и характера осложнений беременности в 1 триместре от интенсивности роста миоматозных узлов

В то же время, при локализации плаценты в проекции крупных миоматозных узлов (>5см) угроза прерывания беременности наблюдалась чаще, составляя 52,5%, а проявления начавшегося аборта - в 12,5 %, при этом симптомы начавшегося выкидыша отмечались почти в 2 раза чаще у женщин с миоматозными узлами >10см, чем при наличии узлов размерами 5,1-9,9см - соответственно у 30,0 % и 40,0% пациенток. С помощью УЗИ была изучена динамика изменения размеров узлов у беременных с миомой, Рис.2. Узел считался увеличенным или уменьшенным, если изменения превышали 10 % и более (20-30 %) от первоначального. На протяжении 1 триместра не было зафиксировано ни одного случая уменьшения миоматозных узлов.

В тоже время рост узлов наблюдался у всех женщин. Наиболее часто рост отмечен в первые 6-8 недель, при этом активность роста миоматозных узлов в 1 триместре зависела от их исходных размеров и срока беременности: так небольшие миоматозные узлы (<5см) и



средних размеров (5,1-9,9см) наиболее интенсивно увеличивались в первые 6-8 недель беременности, в дальнейшем их активность роста снижалась, а у беременных с очень крупными миоматозными узлами (>10см), наоборот, интенсивный рост отмечался только в конце 1 триместра.

При анализе частоты угрозы прерывания беременности, Рис 2, было установлено, что у женщин с интенсивным ростом узлов угроза прерывания беременности наблюдалась более часто (57,1 %), чем при умеренном росте (37,5 %). Проявления начавшегося выкидыша при интенсивном росте узлов, по сравнению с пациентками с умеренным ростом, отмечались более чем в 2 раза чаще — соответственно у 19 % и у 8,3 %. Следует однако отметить, что выявленные изменения оказались статистически не достоверными.

Таким образом, у пациенток с миомой матки осложненное течение беременности в 1 триместре наблюдалось чаще, чем в контрольной группе, по ряду осложнений в 1,5- 2 раза. Наиболее частым осложнением течения беременности являлась угроза прерывания беременности, а также проявления начавшегося абортa. Наиболее часто осложненное течение беременности имело место в первые 6-8 недель беременности у женщин с множественной миомой матки, с крупными миоматозными узлами. Отмечено также влияние на частоту угрозы прерывания беременности интенсивности роста миоматозных узлов. Так, частота проявлений начавшегося выкидыша у пациенток с интенсивным ростом узлов была более чем в 2 раза выше, чем при умеренном их росте, хотя данное различие не было статистически достоверным.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. De Leo V., Morgante G. Uterine fibromas and the hormonal pattern: the therapeutic considerations. // *Minerva Ginecol.* - 1996. - Vol. 48. - № 12. - P. 533 - 538.
2. Velebil P., Wingo P.A., Xia Z. et al. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. // *Obstet. Gynecol.* - 1995. - Vol. 86. - № 5. - P. 764 - 769.
3. Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. и др. Руководство по эндокринной гинекологии. - М.: Медицинское информационное агентство. - 1997. - 768 с.
4. Fields K.R., Neinstein L.S. Uterine myomas in adolescents: case reports and a review of literature. // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* - 1996. - Vol. 9. - № 4. - P. 195 – 198
1. De Leo V., Morgante G. Uterine fibromas and the hormonal pattern: the therapeutic considerations. // *Minerva Ginecol.* - 1996. - Vol. 48. - № 12. - P. 533 - 538.
2. Velebil P., Wingo P.A., Xia Z. et al. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. // *Obstet. Gynecol.* - 1995. - Vol. 86. - № 5. - P. 764 - 769.
3. Vixlaeva E.M., Jeleznov B.İ., Zaporozhan V.N. i dr. Rukovodstvo po gndokrinnoy qinekoloqii. - M.: Meditiinskoe informatiionnoe aqentstvo. - 1997. - 768 s.
4. Fields K.R., Neinstein L.S. Uterine myomas in adolescents: case reports and a review of literature. // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* - 1996. - Vol. 9. - № 4. - P. 195 – 198

S U M M A R Y

THE FEATURE OF 1-ST PART OF PREGNANCY IN WOMEN WITH UTERINE FIBROMYOMA

Bagirova H.F., Asadova N.O.

Department of Obstetric and Gynecology II of Azerbaijan Medical University,
Maternity hospital №7, Baku.

The purpose of present work is to investigate of features of 1-st period of pregnancy in women with uterine fibromyoma.

There was 172 women under the investigation; 46 of them without uterine fibromyoma -1 groups (control), 2 groups - 57 women with fibromyomectomy before the present pregnancy; 3 groups - 69 women with uterine fibromyoma.

In patients with uterine fibromyoma a complicated pregnancy in first period of pregnancy was observed more often, than in control group (1,5- 2 times more). The most often complication of pregnancy was the threat of interruption of pregnancy. Most frequently complicated pregnancy took place per first 6-8 weeks of pregnancy in women with multiple uterine fibromyoma, with large fibromyomas nodules.

Daxil olub: 14.03.2009. Rəyə göndərilib: 24.03.2009.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ II КЛАССА ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Мамед-заде Г.Т., Абдуллаева Н.А.

НИИ Акушерства и гинекологии

На связь антигенов главного комплекса гистосовместимости (HLA) и репродуктивные проблемы было обращено внимание исследователей ещё в 80-е годы прошлого столетия [3,4]. Целый ряд работ был посвящен изучению совпадений по HLA-антигенам среди пар с необъяснимым бесплодием [2,3]. В 90-х годах группа датских исследователей во главе с Christiansen O.B. нашла взаимосвязь антигенов HLA класса II с репродуктивными потерями у женщин [8,9]. С тех пор продолжается накопление фактов о роли HLA в процессах репродукции.

Несовместимость супругов по HLA-антигенам и отличие зародыша от материнского организма является важным моментом, необходимым для сохранения и вынашивания беременности, а также риска развития врожденных пороков. Сходство супругов по антигенам тканевой совместимости приводит к "похожести" зародыша на организм матери, что становится причиной недостаточной антигенной стимуляции иммунной системы женщины, и необходимые для сохранения беременности реакции не запускаются. При нормальном развитии беременности "блокирующие" антитела к отцовским антигенам появляются с самых ранних сроков беременности. Причем, самыми ранними являются антитела к антигенам II класса гистосовместимости [4,11].

Прогрессу в области исследований популяционного полиморфизма способствовало открытие К. Mullis в 1983г. полимеразной цепной реакции и развитие на ее основе новых методов и технологий HLA типирования [2,3].

В Азербайджане, проводившиеся исследования полиморфизма системы HLA, касались главным образом антигенов I класса и поэтому имеющиеся отечественные публикации посвящены изучению распределения антигенов этого класса и в основном у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий [1,6,7].

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты распределения локуса HLA-антигенов II класса у супружеских пар с различными осложнениями беременности в азербайджанской популяции.

Материал и методы. Обследовано 152 семейные пары с различными осложнениями беременности и рождением ребенка с ВПР (основная группа) и 22 семейные пары без осложнений, составивших контрольную группу.

Из осложнений беременности в анамнезе у женщин отмечались выкидыши, не менее 3-х выкидышей в анамнезе у 60 (39,5±6,3%, p≤0,001), неразвивающаяся беременность – у 35 (23,0±5,1%, p≤0,001), ВПР плода у 29 (19,1±6,3%, p≤0,001), гибель плода внутриутробно и сразу после рождения - у 21 (13,8±3,5%, p≤0,001), преждевременные роды в анамнезе – у 7 (4,6±1,3%, p≤0,001) пар. Пациентки были в возрасте от 20 до 32 лет, средний возраст – 25,7±4,3 лет. Контрольная группа была сопоставима по возрасту с основной группой, средний возраст составил – 26,1±2,8 лет.

Все супруги были протипированы по локусу HLA-DR и HLA-DQ.

Геномную ДНК выделяли из периферической крови методом высаливания по стандартной процедуре [10]. HLA генотипирование образцов ДНК проводили методом мультипраймерной ПЦР. Для типирования генов HLA класса II (DRB1, DQA1, DQB1) использовали наборы HLA-ДНК-Тех (фирма «НПФ ДНК-Технология», Россия). Амплификацию проводили на многоканальном термоциклере типа MC2 «Герцик» («НПФ ДНК-Технология», Москва).

Статистическая обработка данных включала определение частот гена DRB1 и гаплотипов DRB1-DQA1-DQB1, относительного риска (RR), вычисленного по формуле В. Woolf [5]. Достоверность значений определяли по точному двустороннему критерию Фишера без корректировки на количество аллелей.

Результаты и обсуждение. В целом, генотипирование вариантов HLA II класса у всех обследованных выявило 38 аллелей по трем локусам (DRB1-14, DQA1-11, DQB1-13).

При анализе полиморфизма групп аллелей гена DRB1* в сравнении с контрольной группой установлены различия в частоте встречаемости ряда специфичностей локуса DRB1* как в сторону увеличения, так и в сторону снижения, что оценивалось, соответственно, как фактор предрасположенности и резистентности (рис.1).

В основной группе чаще всего встречались аллели DRB1*11 (23,85%, RR=2,1), DRB1*04 (15,46%, RR=1,28), DRB1*13 (11,68%, RR=0,76) и DRB1*15 (11,51%, RR=1,30). В контрольной группе наиболее часто встречаемые аллели DRB1* распределились следующим образом: DRB1*13 встречался в 14,77%, DRB1*11* - в 13,64%, DRB1*04 – в 12,50% и DRB1*07- в 12,50% случаев. В тоже время в основной группе реже, по сравнению с контролем типировались варианты HLA-DRB1*01 - 7,40% (контроль- 11,36%), HLA-DRB1*07 – 6,74% случаев (контроль – 12,5%). Фенотип HLA-DRB1*18 определялся лишь в основной группе, причем у женщин, но очень редко, составив всего лишь 0,16% .



Рис.1. Частота встречаемости фенотипов HLA DRB1 в супружеских парах (в %)

Встречаемость локуса HLA-DRB1 была наибольшей в группе пар, где женщины имели выкидыши в анамнезе. В этой группе сравнительный анализ позволил выявить частую встречаемость аллеля DRB1*11. Так, из общего выявленного числа (145) доля этого аллеля, а также аллелей DRB1*13 и DRB1*15 в группе пар с

выкидышами составила соответственно 25,52% (RR=1,15, $p<0,001$), 32,39% (RR=0,61, $p<0,05$) и 34,28% (RR=1,11, $p<0,001$). В группе пар с гибелью плода в анамнезе аллель DRB1*11 выявлялся в 23,44% случаев (RR=4,27, $p<0,001$), с неразвивающейся беременностью – в 27,59% (RR=5,47, $p<0,001$), с ВПР плода – 15,86% (RR=1,57, $p<0,001$), в группе с преждевременными родами – 7,57% (RR=4,10, $p<0,001$). Аллель DRB1*04 с одинаковой частотой – 26,59%, но с различным относительным риском встречался в группе с выкидышами и ВПР плода, соответственно RR=0,81 ($p<0,001$) и RR=1,92 ($p<0,001$). Отметим сравнительно высокую частоту аллеля DRB1*13 в группе с неразвивающейся беременностью – 35,21% (RR=2,51, $p<0,001$) и минимальную - в группе с преждевременными родами – 4,22% (RR=0,69, $p<0,001$). Аллель DRB1*15, помимо группы с выкидышами, также часто выявлялся в группе с ВПР – 32,86% (RR=2,47, $p<0,001$).

Из числа вариантов HLA локуса DQA1* в основной группе значительно чаще встречались варианты DQA1*0501 - 35,03%, RR=1,15 (контроль – 31,82%), DQA1*0301 – 17,43%, RR=1,05 (контроль – 12,50%), DQA1*0101 - 13,16%, RR=0,80 (контроль – 15,91%)

(рис.2). Тенденцию к повышению частоты встречаемости имел вариант DQA1*0102 – 12,50%, RR=0,14 (контроль- 6,82%). В основной группе встречались варианты, не выявленные в контрольной группе. Так, вариант DQA1*0301/4 встречался лишь у мужчин в 0,16% случаев, а вариант DQA1*0406 – лишь у женщин в 0,33% случаев, вариант DQA1*0401 одинаково часто типировался и у мужчин (0,16%), и у женщин (0,16%). Вариант DQA1*01 в контрольной группе выявлялся лишь у мужчин – 3,41%.

Рис.2. Частота встречаемости фенотипов HLA DQA1 в супружеских парах (в %)

Выявлена частая встречаемость аллеля DQA1*0501 локуса HLA-DQA1, в группе с выкидышами – 42,72% (RR=1,31, $p<0,001$) и в группе с

неразвивающейся беременностью – 24,88% (RR=3,22, $p<0,001$). В группе пар с преждевременными родами в анамнезе отмечался невысокий процент встречаемости – 9,39%, но высокий относительный риск – 5,36 ($p<0,001$). Аллели DQA1*0101 и DQA1*0301 в группе с выкидышами составили 45,0% (RR=0,93, $p<0,001$) и 42,42% (RR=1,85, $p<0,001$) соответственно. Также часто и с одинаковой частотой эти варианты определялись в группе с неразвивающейся беременностью в 22,64% (RR=2,83, $p<0,001$) случаев соответственно. Минимальная частота аллелей DQA1*0101 (2,50%, RR=0,41, $p<0,001$) и DQA1*0301 (3,77%, RR=1,14, $p<0,001$) отмечалась в группе пар с наличием преждевременных родов в анамнезе.

В локусе HLA-DQB1* значимое повышение частоты встречаемости отмечалось для аллеля DQB1*0301 - 27,14%, RR=1,68 (контроль – 18,18%), DQB1*0201 - 14,80%, RR=1,10 (контроль – 13,64%), DQB1*0602-8 - 13,49%, RR= 1,00 (контроль – 13,64%) (рис.3). В то же время значимое снижение частоты зарегистрировано для аллеля DQB1*0501 – 10,53%, RR=0,65 (контроль – 14,77%). Более часто с высоким относительным риском вариант DQB1*0301 выявлялся в группе с выкидышами (42,42%, RR=1,85, $p<0,001$) и неразвивающейся беременностью (24,24%, RR=1,80, $p<0,001$). В группе с преждевременными родами при относительно невысокой частоте (7,88%) этого аллеля отмечался значительный относительный риск (RR=3,90, $p<0,001$). В этой же группе выявлялась высокая встречаемость DQB1*0201 – 51,11% (RR=3,90, $p<0,001$) и DQB1*0602-8 – 41,46% (RR=1,04, $p<0,001$). В других группах частота этих аллелей и относительный риск были невысокими.

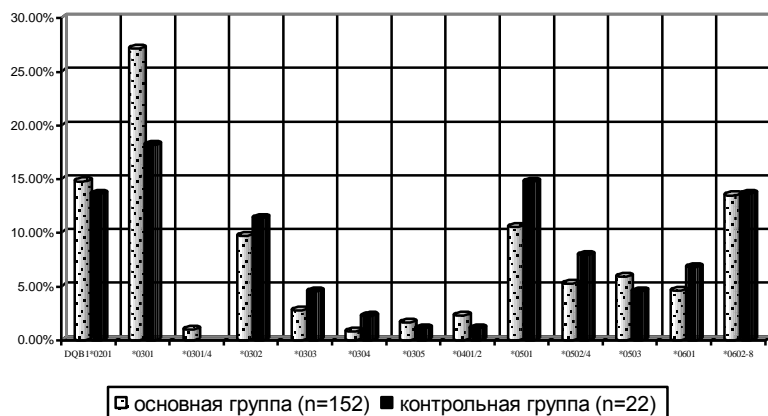


Рис.3. Частота встречаемости фенотипов HLA DQB1 в супружеских парах (в %)

При анализе двух-локусных гаплотипов у обследованных пар как основной, так и контрольной групп выявилась частая встречаемость DQA1*0501/DQB1*0301 – 25,5%,

RR=1,66 (контроль - 17,0%), DRB1*11/DQA1*0501 – 23,2%, RR=2,11 (контроль – 12,5%), DRB1*04/ DQA1*0301 – 14,6%, RR=1,50 (контроль – 10,2%). При этом большую долю гаплотипа DQA1*0501/DQB1*0301 имела группа с выкидышами – 38,06% (RR=3,26, $p<0,001$), неразвивающейся беременностью – 24,52% (RR=4,43, $p<0,001$) и ВПП плода – 12,90% (RR=2,08, $p<0,001$). В группе с преждевременными родами этот вариант отмечался в 9,03% случаев (RR=10,00). Двухлокусный гаплотип DRB1*11/DQA1*0501 чаще выявлялся в группе с выкидышами – 38,30% (RR=2,03, $p<0,001$) и с гибелью плода - 22,69% (RR=4,31, $p<0,001$). В группе с преждевременными родами его частота составила 7,80% (RR=4,53, $p<0,001$).

Из трехлокусных гаплотипов чаще встречалась ассоциация DRB1*11/DQA1*0501/DQB1*0301 – 21,5%, RR=2,14 (контроль – 11,3%), DRB1*04/DQA1*0301/DQB1*0302 – 8,0%, RR=1,20 (контроль – 6,8%), DRB1*17/ DQA1*0501/DQB1*0201 – 6,9%, RR=0,95 (контроль – 7,9%). Доля DRB1*11/ DQA1*0501/DQB1*0301 была наибольшая в группе с выкидышами и неразвивающейся беременностью– 41,22% (RR=3,35, $p<0,001$) и 24,43% (RR=2,31, $p<0,001$) соответственно, а относительный риск – в группе с преждевременными родами (RR=7,49, $p<0,001$).

Как видно, наиболее достоверно высокая величина относительного риска отмечалась при двух- и трехлокусных гаплотипах. Известно, что RR означает, во сколько раз чаще встречается заболевание при наличии в генотипе индивидуумов какого-либо варианта HLA генов по сравнению с частотой заболевания у индивидуумов без этого HLA варианта. Значения RR большие, чем 1, свидетельствуют о том, что конкретный вариант гена ассоциирован с развитием заболевания, причем, чем больше величина относительного риска, тем ассоциация более выражена. Значения RR, меньшие, чем 1, свидетельствуют об ассоциации вариантов HLA генов с устойчивостью к развитию заболевания, причем, чем меньше величина относительного риска, тем ассоциация того или иного варианта гена DRB1 или DQA1 с устойчивостью к развитию заболевания более выражена. Значения RR, близкие к 1, свидетельствует об отсутствии ассоциаций.

Таким образом, с выкидышами были ассоциированы трех- DRB1*11/DQA1*0501/DQB1*0301 и двухлокусные ассоциации DQA1*0501/ DQB1*0301 и DRB1*11/DQA1*0501, а также аллели DQB1*0301 и DQA1*0301, с неразвивающейся беременностью – DQA1*0501/DQB1*0301, DRB1*11/ DQA1*0501/DQB1*0301, DRB1*11/DQA1*0501, DQB1*0301, DQA1*0501, с ВПП - DRB1*15, DRB1*04, DQA1*0501/DQB1*0301 и DRB1*11/ DQA1*0501/DQB1*0301, с гибелью плода - DRB1*11, DRB1*04, DQA1*0501/ DQB1*0301, DRB1*11/ DQA1*0501/DQB1*0301. Преждевременные роды были связаны сильной ассоциативной связью с гаплотипами DQA1*0501/ DQB1*0301, DRB1*11/DQA1*0501, DRB1*11/ DQA1*0501/DQB1*0301, DQA1*0501 DRB1*11, DQB1*0301. Следовательно, сила ассоциативных связей для выкидышей, неразвивающейся беременности, ВПП, гибелью плода была более высокой с гаплотипами, а преждевременные роды были связаны и с гаплотипами и с отдельными специфичностями HLA.

В целом же для пар, где женщина имела отягощенный по осложнениям беременности анамнез превалировали аллели DRB1*11 (23,85%, RR=2,1), DQA1*0501 (35,03%, RR=1,15), DRB1*11 (23,85%, RR=2,1), а также локусы DRB1*11/DQA1*0501 (23,2%, RR=2,11), DRB1*11/ DQA1*0501/ DQB1*0301 (21,5%, RR=2,14).

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Аббасова З.Ф. Особенности диагностики и клиники туберкулеза гениталий у женщин в современных условиях / Дисс... канд. мед. наук. Баку, 1996, 157 с.
2. Антонова И.В., Антонов О.В. Проблемы и перспективы развития пренатальной диагностики // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2009, №8, Т1, с. 76-83
3. Баранов В.С. Молекулярная медицина: молекулярная диагностика, превентивная медицина и генная терапия // Мол. биология, 2000, а 34, N4, с. 684
4. Бочков Н.П., Лазюк Г.И. Вклад генетических факторов в перинатальную патологию и детскую смертность // Вестн АМН СССР, 1991, №5, с.11-13

5. Гланц Ст. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. под ред. Н.Е.Бузикашвили и Д.В.Самойлова. М.: Практика, 1999, 200 с.
6. Казиева Н.Х., Меликова Л.А., Смирнова Е.Е., Мамед-заде Г.Т. Практические аспекты врожденной патологии у новорожденных от матерей групп высокого риска / Актуальн. вопр. здравоохранения Азербайджана. Сб. науч. трудов. Баку, 1998, с. 81-82
7. Тагиева Ф.А. Воспалительные заболевания женских половых органов: иммунологический аспект проблемы // Азерб. мед. журнал, 1999, №3, с.80-83
8. Christiansen O.B., Christiansen B.S., Huth M. et al. Prospective study of anticardiolipin antibodies in immunized and untreated women with recurrent spontaneous abortion // Fertil Steril., 1992, v.58, N2, p.328-334
9. Christiansen O.B., Mathiesen O., Riisom K., Lauritsen J.G. et al. HLA or HLA-linked genes reduce birthweight in families affected by idiopathic recurrent abortion // Tissue Antigens, 1990, v.36, p.156–163
10. Miller S.A., Dykes D.D., Polesky H.F. A simple salting out procedure for extracting DNA from human nucleated cells // Nucleic Acids Res., 1988, v.16, p.1215–1218
11. Rasmussen S.A., Lammer E.J., Shaw G.M. et al. Integration of DNA sample collection into a multi-site birth defects case-control study // Teratology, 2002, v.66, p.177-184
12. Abbasova Z.F. Osobennosti diaqnostiki i kliniki tuberkuleza qenitaliy u jehnin v sovremennix usloviyax / Diss... kand. med. nauk. Baku, 1996, 157 s.
13. Antonova İ.V., Antonov O.V. Problemi i perspektivi razvitiya prenatalnoy diaqnostiki // Voprosi qinekologii, akuşerstva i perinatologii, 2009, №8, T1, s. 76-83
14. Baranov V.S. Molekulərnaə mediüina: molekulərnaə diaqnostika, preventivnaə mediüina i qennaə terapiə // Mol. biologiya, 2000, a 34, N4, s. 684
15. Boçkov N.P., Lazök Q.İ. Vklad qenetiçeskix faktorov v perinatalnoy patologiyö i detskuö smertnostg // Vestn AMN SSSR, 1991, №5, s.11-13
16. Qlanü St. Mediko-bioloqıçeskaə statistika / Per. s anql. pod red. N.E.Buzikaşvili i D.V.Samoylova. M.: Praktika, 1999, 200 s.
17. Kazieva N.X., Melikova L.A., Smirnova E.E., Mamed-zade Q.T. Praktiçeskie aspekti vrojdennoy patologii u novorojdennix ot materey qrupp visokoqo riska / Aktualgn. vopr. zdravooxraneniya Azerbaydjana. Sb. nauç. trudov. Baku, 1998, s. 81-82
18. Taçieva F.A. Vospalitelgne zabolevaniya jenskix polovix orqanov: immunoloqıçeskiy aspekt problemı // Azerb. med. jurnal, 1999, №3, s.80-83
19. Christiansen O.B., Christiansen B.S., Huth M. et al. Prospective study of anticardiolipin antibodies in immunized and untreated women with recurrent spontaneous abortion // Fertil Steril., 1992, v.58, N2, p.328-334
20. Christiansen O.B., Mathiesen O., Riisom K., Lauritsen J.G. et al. HLA or HLA-linked genes reduce birthweight in families affected by idiopathic recurrent abortion // Tissue Antigens, 1990, v.36, p.156–163
21. Miller S.A., Dykes D.D., Polesky H.F. A simple salting out procedure for extracting DNA from human nucleated cells // Nucleic Acids Res., 1988, v.16, p.1215–1218
22. Rasmussen S.A., Lammer E.J., Shaw G.M. et al. Integration of DNA sample collection into a multi-site birth defects case-control study // Teratology, 2002, v.66, p.177-184

Daxil olub: 8.05.2009. Rəyə göndərilib: 15.05.2009.

ANTİFOSFOLİPID SİNDROMU ZAMANI KOMBİNƏDİLMİŞ VƏ ƏNƏNƏVİ MÜALİCƏ NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAIŞƏLİ ANALİZİ.

Əhməd-zadə V.Ə.

ATU, «I Mamalıq- ginekologiya» kafedrası

Praktik mamalıqın qarşısında duran ən vacib problemlərdən biri vərdişi düşüklərdir (7,8,9,12,14,18,20).

Vərdişi düşüklər mürəkkəb və çoxplanlı problemdir. Hamiləliyin iki və daha artıq qəfləti pozulması halları baş verdikdən sonra, hamiləliyi itirmə riski 36-38% artır. VD- in əsas səbəblərindən biri AFS- dir (8,17,21).

Antifosfolipid sindromu- klinik- laborator simptomlar kompleksi olub, residivləşən venoz- arterial trombozlarla, mamalıq patologiyası, trombositopeniya və antifosfolipid anticisimlərin hiperproduksiyası ilə xarakterizə olunur. AFS vərdişi düşükləri içərisində

liderlik edir və ümumi olaraq vəziyyətin 27-42%- ni təşkil edir. Müalicə aparılmadıqda isə 90% hallarda dölün ölməsi ilə nəticələrin. Lakin müasir üsullarla müalicə nəticəsində effektivlik 80-90%-ə çatır(1,2,5,10,14,16,19).

AFS- dən əziyyət çəkən qadınların və yeni doğmuş qadınların müalicəsi zamanı autoimmün prosesinin və qan laxtalanması sisteminin korreksiyası, yaranan pozuntuların profilaktika və müalicəsini dəqiqliklə aparmaq lazımdır (3,4,6,11,15).

AFS- in terapiyasında tətbiq olunan preparatların geniş spektrinə baxmayaraq, ənənəvi müalicə metodları müəyyən çətinliklərə malikdir. Bu vəziyyət immunitetin və hemostaz sisteminin vahid korreksiyası üçün əlavə metodların axtarışı zərurətini şərtləndirir.

Bizim tədqiqatın məqsədi kombinəedilmiş müalicə metodlarından (KMM)- qanın intensiv plazmaferizi ilə ultrabənövşəyi şüalanmadan istifadə etməklə immün və hemostaz sistemləri göstəricilərinin təhlili əsasında hamilə və yeni doğmuş qadınlarda AFS- in korreksiyasının təkmilləşdirilməsindən ibarətdir.

Bizim üçün plazmaferezin müalicəvi effektlərindən detoksikasiya, qanın reoloji xüsusiyyətlərinin korreksiyası, immunkorreksiya, medikamentoz preparatlara həssaslığın artırılması effektləri vacibdir. AFS- in müalicəsi zamanı prosedurlar prosesində antifosfolipid autoancisimlərinin, immün komplekslərinin, autoantigenlərin kənarlaşdırılması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu autoimmün proseslərin aktivliyinin azaldılmasına imkan verir.

Plazmaferezin (PF) sadalanan müsbət effektlərinə baxmayaraq bu metodun hamiləlik zamanı tətbiq edilməsində bir sıra problemlər də yaradır. Birincisi, qandan patoloji maddələrlə birgə orqanizm üçün zəruri olan komponentlər də (albumin, mikroelement, vitaminlər və s.) kənar edilir ki, bu da hamilələr üçün mənasız deyildir. İkincisi, plazmaferezi hamiləlik vaxtı tam həcmdə üçün aparmaq mümkün deyildir, çünki bu zaman döldə hipoksiya təhlükəsi baş verə bilər.

Qanın ultrabənövşəyi şüalanması (QUBŞ) son zamanlar daxili xəstəliklər klinikasında tətbiq olunan başqa bir effektiv metoddur. Qanın ultrabənövşəyi şüalandırması ənənəvi işıqla müalicənin ekspress- variantıdır. UBSŞ-in müalicəvi effekti onun çoxşaxəli təsirinə əsaslanır: desensibilizasiyaedici, iltihab əleyhinə, metabolik, stimulyasiyaedici.

Qanın ultrabənövşəyi şüalandırılması nəticəsində immunitet möhkəmlənir, xəstəliktörədən mikroorqanizmlər məhv olur, maddələr mübadiləsi tənzimlənir və oksidləşmə prosesləri aktivləşir. Ultrabənövşəyi şüalanma qanın laxtalanmasını 30%-ə qədər azaldır, bu zaman hüceyrələrin yapışqanlığı və trombozların yaranması kəskin surətdə aşağı düşür, əmələ gəlmiş trombozlar isə tezliklə sovrulur.

Qanın ultrabənövşəyi şüalandırılması hemoqlobinin oksigenlə zənginləşməsi prosesini sürətləndirir, həmin effekt 4 həftəyə qədər davam edir, qanın laxtalanmasını azaldır. Bunun nəticəsində qan dövranı sürətlənir, trombositlərin və eritrositlərin aqreqasiya xüsusiyyətləri isə azalır, toxumalar özlərinin oksigenə utilizasiya qabiliyyətini artırır. Bu isə energetik balansın normal həddə çatması deməkdir.

Bir sıra müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə qanın UBSŞ- sı bir çox zülalların- hemoqlobin, albumin, M və G immunoqlobulinin, kompliment sistemin, laxtalanma sisteminin struktur dəyişikliklərinə səbəb olur.

Tədqiqatın məqsədi kombinəedilmiş müalicə metodlarından (KMM)- qanın intensiv plazmaferizi ilə ultrabənövşəyi şüalanmadan istifadə etməklə immün və hemostaz sistemləri göstəricilərinin təhlili əsasında hamilə və yeni doğmuş qadınlarda AFS- in korreksiyasının təkmilləşdirilməsindən ibarətdir.

İşin məqsədini aşağıdakı vəzifələr şərtləndirir:

1. Antifosfolipid sindromlu qadınlarda hamiləliyin gedişatı, doğuş və doğuşdan sonrakı dövrü müəyyən etmək;

2. KMM və ənənəvi metodlarla müalicə olunan AFS-li qadınlarda immün sisteminin ayrı- ayrı komponentlərinin göstəricilərini müəyyən etmək;

3. AFS olan hamilə qadınlarda aparılan müalicədən asılı olaraq hemostaz sisteminin vəziyyətini tədqiq etmək;

4. AFS zamanı hemostazioloji, immunoloji göstəricilər üzrə KMM- in təsirinin

dinamik təhlilini aparmaq;

5.AFS olan hamilələrin patogenetik müalicəsi üçün optimal dövrü müəyyən etmək.

İş ATU- nin «I mamalıq və ginekologiya» kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Klinik materiallar 2001- ci ildən 2007- ci ilə qədər kompleks şəkildə toplanmışdır. Tərəfimizdən ağır genetik vərdişi düşükdən əziyyət çəkən 250 qadının kompleks müayinəsi aparılmışdır.

Vərdişi düşüklə müayinəyə cəlb olunan bütün hamilə qadınlarda antifosfolipid sindrom diaqnozunu qoymaq məqsədilə qanda qurdeşənəyi antikoagulyant (GA) və kardiolipin anticisimlər (KAC) təyin edilmişdir.

Cədvəl № 1.

AFS- in diaqnostikasi meyarları

Klinik	Laborator
Venoz tromboz	IgG AKL (mülayim/ yüksək titr)
Arterial tromboz	Ig M AKL (mülayim/ yüksək titr)
Vərdişi düşük	Müsbət VA – test
Trombositopeniya	

Hamilələrdə AFS- in diaqnostikasi meyarları həm klinik, həm də laborator göstəricilərdən ibarətdir (cədv.1).

Bir klinik və bir seroloji meyar zamanı AFS- in diaqnozu bərabər hüquqludur.

Hamilələrin müayinəsi nəticəsində 70 qadında antifosfolipid sindromu aşkar edilmişdir ki, (GA və KAC ilə IgG izotipi) naməlum genetik vərdişi düşüklərdən əziyyət çəkən ümumi qadınların 28%- ni

təşkil etmişdir. Onlar «II» qrupa daxil edilmişlər. Birinci qrup nəzarət qrupu olub 70 praktik sağlam qadınlardan ibarət olmuşdur.

AFS-in aşkar olunluğu 70 qadınlardan 35-i kombinə edilmiş müalicə metodu, qalan 35 nəfəri ənənəvi metodla müalicə olunmuşlar.

AFS- lə nəzarət altında olan (II) bütün qadınlar müalicənin nəticələrinə görə iki qrupa bölünmüşlər: II_B qrup- hamiləliyi sağlam uşaqların doğulması ilə sona yetən qadınlar, II_B qrupa hamiləliyi qəfləti pozulma və ya antenatal patologiyalı dölün doğulması ilə (21 qadın) sona yetən qadınlar daxil edilmişdir.

II_A qrupda AFS- li hamilə qadınların əksəriyyəti 26- 35 yaş arasında olmuşlar, 25 yaşına qədər olan qadınlar nisbətən az idi, başqa sözlə hamiləlik daha əlverişli reproduktiv vaxtda baş vermişdir. II_B qrupda olan qadınlar 30 yaşından böyük olmuşlar. Yaşı 25-ə çatan hamilələr ümumi sayın 4,7%- ni təşkil etmişdir (1 hadisə). Bu onu göstərir ki, AFS zamanı böyük yaş dövrü mənfi rol oynayır. Nəzarət qrupunda (I qrup) hamilələrin əsas hissəsi 26-35 yaş arasında olmuşdur, yəni II_A qrupla eynilik təşkil etmişdir(cədv.2).

Cədvəl 2

Qadınlarn yaş qrupuna görə yerləşdirilməsi

Qadınlar qrupu	Qadınlarn sayı	Yaş qrupları/ il							
		21-25		26-30		31-35		36-43	
		abs.s	%	Abs.s	%	Abs.s	%	abs.s	%
I qrupp (nəzarət)	70	11	15.7	38	54.2	14	20%	7	10%
II qrup (AFS olan hamilələr)	70	4	5.7	26	37.1	21	30	19	27.1
II _A	49	3	6.1	22	44.9	15	30.6	9	18.3
II _B	21	1	4.7	4	19	6	28.5	10	47.6

Nəzərə alsaq ki, ekstragenital xəstəliklər hamiləliyin və doğuşun gedişatı üçün mənfi faktordur, bizim tədqiqatlarda bütün qruplarda ekstragenital patologiyaların strukturu öyrənilmişdir.

AFS olan qadınlarn anamnezində infeksiya xəstəliklərin (45,7%), aşağı ətraflarn varikoz xəstəliyi (44,3%), yağlar mübadiləsinin pozulması (40%), ürək- damar sistemi (31,4%)

xəstəliklərinin yüksək tezliyi aşkar edilmişdir, ikinci qrup hamilələr üçün mama- ginekoloji xəstəliklərdən uşaqlıq artımlarının xronik iltihabı, yumurtalıqların hipofunksiyası xarakterik olmuşdur; hamiləlik ağırlaşmalarından plasental çatışmazlıq, eləcə də hestoz xarakterik olmuşdur; əvvəlki hamiləliklərin sonluğu ilə bağlı anamnezdə daha tez- tez rast gəlinən ağırlaşma inkişafdan qalan hamiləlik tipinə uyğun qəfləti düşüklər olmuşdur.

Hamiləlik düşüklərinin inkişafında infeksiyon genezi istisna etmək üçün bütün hamilələrə infeksiyon profilili müayinələr tətbiq edilmişdir. Əksər hamilələr hazırki hamiləliyə hazırlıq prosesində müayinə olunmuşlar və xlamidium, mikoplazma və ureaplazma infeksiyası üzrə müalicə almışlar.

Bütün hamilələr immun status pozuntularının korreksiyası üsulundan asılı olaraq iki sinfə bölünmüşlər:

I yarım sinif- kombinəedilmiş müalicə metodu tətbiq olunmuş AFS- li qadınlar- az dozalı dərman preparatları ilə yanaşı qanın ultrabənövşəyi şüalanması ilə birgə plazmaferez metodu tətbiq olunmuşdur.

II yarım sinifə müalicəsində yalnız medikamentlər (ənənəvi metod) tətbiq olunan AFS- li qadınlar daxil edilmişdir.

Müalicə 2-3 dəfə, yəni hər trimestrdə bir dəfədən çox olmayaraq aparılmışdır.

Müalicələrin hamiləliyin 10-12, 20-22 və 32-34- ci həftələrində aparılması daha məqsədəuyğundur, bunu labortar müayinələr zamanı alınmış göstəricilər də sübut edir.

Tədqiq olunan yarım siniflərdə hamilələrin immun statusunun müqayisəsi zamanı (KMM ilə aparılan müalicə və ənənəvi metod) CD3+DR+ üçün dürüst fərqlər aşkar olunmuşdur. Məlum olmuşdur ki, AFS- in səviyyəsi KMM ilə korreksiya olunan qadınlarda nisbətən aşağı olmuşdur (6,8, P<0.05).

II trimestrdə AFS- li hamilələrin immun sisteminin müayinəsi zamanı immunitetin həm hüceyrə bəndi, həm də humoral bəndi üçün xarakterik olan dəyişikliklər aşkar edilmişdir.

Həmin trimestrdə olan sağlam qadınlarda müqayisədə KMM ilə müalicə zamanı aktivləşmiş T- limfositlərin cD3+DR+, (7,3, P<0.05) faiz tərkibinin dürüst artması və immun tənzimləyici indeksin (İTİ) səviyyəsinin (1,37, P<0.05) dürüst enməsi müəyyən olmuşdur. Həmçinin humoral göstəricilər üçün də dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Sağlam qadınlarda müqayisədə uyğun trimestrlərdə IgM (0,87%) və IgA (1,35%) tərkibinin statistik enməsi qeydə alınmışdır (uyğun olaraq 0,87 və 1,35, p<0.05). B- hüceyrələrin (CD 19+) faiz tərkibində fərqlər aşkar edilməmişdir (cə.3).

Cədvəl 3

Hamiləliyin I trimestrində AFS- li hamilələrdə immunitet göstəricilərinə kombinəedilmiş müalicə metodunun təsiri

İmmunoloji göstəricilər	Sağlam hamilələr nəzarət qr. p=50	AFS- li hamilələr	
		ənənəvi metodlar p=35	KMM p=35
CD3+ %	64.5 (60.1-65.6)	60.8 (59.2-63.1)	59.8 (59.1-62.7)
CD4+ %	39.4 (32.9-43.3)	33.5 (31.4-35.8)	32.4 (31.1-34.9)
CD8+ %	22.3 (20.2-26.3)	26.4 (24.6-27.2)	25.3 (27.4-23.9)
CD4/CD8	1.77	1.27	1.28
CD 16+ %	5.3 (4.8-6.2))	4.1 (2.7-5.1)	3.8 (3.4-4.1)#
CD3+DR+ %	5.2 (4.2-8.4)	11.8 (10.6-12.2)#	6.8 (6.1-8.9)*
CD19+ %	12.4 (9.2-13.6)	9.8 (9.3-10.6)	10.2 (9.4-12.2)
IgG q/l	8.9 (7.7-10.1)	12.9 (11.5-14.9)#	10.2 (8.7-12.8)
IgM q/l	1.22 (0.79-1.4)	0.98 (0.94-10.2)	0.89 (0.84-0.94)
IgA q/l	3.6 (3.0-3.9)	1.92 (1.74-2.04)0	1.83 (1.73-1.90)#

II trimestrdə immunsistemdə sağlam qadınlara nisbətən ənənəvi metodlarla müalicə alan AFS- li qadınlarda daha qabarıq dəyişikliklər baş vermişdir. Nəzarət qrupu ilə müqayisədə T- hüceyrələrin (CD3+) (69,2, $P < 0.05$) ümumi tərkibinin artması, eləcə də İTİ- in azalması müəyyən olunmuşdur. Nəzarət qrupu ilə müqayisədə immunitetin humoral bəndi üçün IgG (13,6, $p < 0.05$) konsentrasiyasının artması və IgA (1,6, $p < 0.01$) konsentrasiyasının enməsi qeydə alınmışdır.

Hər iki yarım sinif üçün sağlam qadınlarla müqayisədə CD3+DR1+ faiz tərkibinin qabarıq artması nəticəsində AFS- in inkişafında T- hüceyrələr sinfinin patogenetik rolu təsdiq olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, həmin fenotipli limfositlər qabarıq antigen stimulyasiya və antigenə aktiv immuns cavab baş verdikdə meydana gəlir.

AFS olan qadınlarda immunsistem üçün xarakterik olan dəyişikliklər III trimestrdə ənənəvi müalicə zamanı ümumi CD3+ və aktiv T- limfositlər hesabına T- limfositlərin CD3+DR1+tərkibinin artması (həmin trimestrə uyğun olaraq hamilə qadınlarla müqayisədə 72,4, $p < 0.05$ və 12,6, $p < 0.01$) və təbii killerlərin (CD 16+) və İTİ azalması ilə həmin trimestrə uyğun olaraq hamilə qadınlarla müqayisədə (3,2 və 1,53, $p < 0.05$) immunitetin hüceyrə bəndinin zədələnməsi xarakterikdir .

KMM üçün dəyişikliklər yalnız IgA- ya aiddir. Bu göstərici sağlam qadınlara nisbətən aşağı olmuşdur (1,47, $p < 0.05$), ənənəvi metod üçün isə IgG tərkibinin artması və IgA səviyyəsinin enməsi (uyğun olaraq 12,9 və 1,71 $p < 0.05$) qeydə alınmışdır.

Uyğun olaraq, tədqiq olunan qruplar arasında hamilələrdə immunitetin həm hüceyrə, həm də humoral bəndinə aid immunoloji göstəricilərdə nəzərəcərpacaq fərqlər aşkar edilmişdir.

AFS- in təsdiqi üçün immunoloji müayinələrlə yanaşı əsas göstərici hesab olunan hemostazioloji müayinələr də aparılmışdır.

Plazmafarez və qanın ultrabənövşəyi şüalanması ilə- KMM alan və ənənəvi müalicə (medikamentoz) keçən AFS- li 70 qadında I trimestrdə 5-12- ci həftələrdə; II trimestrdə 14-28 həftələrdə və üçüncü trimestrdə 31-36, eləcə də doğuşdan bir həftə sonra hemostaz sistemin müayinəsi aparılmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, I trimestrdə müayinələr həm müalicədən əvvəl, həm də müalicənin gedişatında aparılmışdır.

Beləliklə, demək olar ki, AFS zamanı qadınlarda müalicə aparılana qədər hemostazın plazma bəndində hiperkoagulyasiya aşkar edilmişdir ki, bu da özünü tromboelastoqramın xronometrik koagulyasiyasının qısalması (r+k), antitrombinin (AT III) aktivliyinin enməsi, TPI- in trombodinamik potensial indeksinin enməsi, trombin-antitrombin və fibrinogen kompleksinin tərkibinin artması ilə göstərmişdir (cədv.4)

Cədvəldən görüldüyü kimi KMM- dən sonra AFS- li hamilələrdə I trimestrdə fibrinogen səviyyəsinin dürüst enməsi 2,4, ənənəvi müalicə metod zamanı isə 2,7 olmuşdur, həmçinin qanın tromboelastoqrafiya göstəricilərində, antitrombinlərdə 0,30% qabarıq dəyişikliklər qeydə alınmışdır:

- xronometrik koagulyasiya göstəricisinin (r+k) uzanması 17,7,
- trombodinamik potensial indeksinin (TPI) enməsi 12,3,
- tromboelastoqramlar,
- FDM konsentrasiyasının azalması,
- trombin-antitrombin (TAT) kompleksi konsentrasiyasının artması 6,8,
- trombositlərin sayının azalması 195 (nəzarət qrupunda 234).

Beləliklə, birinci trimestrdə KMM və ənənəvi metodla korreksiya zamanı hemostaz sistemi göstəricilərini təhlil edərkən KMM- in tədqiq olunan sistemə effektiv təsiri aşkar olunmuşdur. Bu özünü fibrinogen sayının azalması, qanın tromboelastoqram göstəricisinin yaxşılaşması və hemostazın trombositar sisteminin mülayim stabilizasiyasında göstərmişdir.

Cədvəl 4

AFS olan hamilələrdə hemostaz sisteminin plazma bəndinin göstəriciləri

Qadınlar qrupu	Hemostazioloji göstəricilər			
	Fibrinogen (q/l)	AHTV (s)	ARV (s)	Pİ (%)
Sağlam hamilələr Nəzarət qrupu p=70	2.4 (2.1-2.7)	31.2 (29.2-31.8)	60.1 (58.5-60.9)	95.8 (94.4-98.6)
AFS- li hamilələr p=70	2.94 # (2.8-3.06)	29.8 (28.4-31.6) 1	57.3 (56.9-59.1)	100.2 (97.5-101.4)
Qadınlar qrupu	Qanın tromboelastoqrafiya göstəricidəri			
	* r+ k" (mm)	Ma (mm)	TPI (U-e.)	
Sağlam hamilələr (nəzarət qrupu) p=70	17.5 (16.5-18.2)	52.3 (51.7-52.9)	13.2 (12.9-13.5)	
AFS- li hamilələr p-70	14.7 # (13.7-15.8)	50.2 (49.3-52.8)	18.5 # (17.9-19.1)	
Qadınlar qrupu	Hemostazioloji göstəricilər			
	AT-III konsentrasiyası (q/l)	AT-III Aktivliyi (%)	FDM (1xÖ ³ q/l)	TAT (1x10 ⁶ * q/l)
Sağlam hamilələr (nəzarət qrupu) p=70	0.310 (0.305-0.316)	92 (86-93)	do 2	3.1 (2.9- 3.3)
AFS- li hamilələr p-70	0.318 (0.315-0.320)	83.8# (80.4-87.6)	do 2	6.2# (5.5-7.1)

Nəticələrin müqayisəsi zamanı KMM zamanı 2,2 fibrinogen konsentrasiyasının dürüst enməsində təzahür edən dəyişikliklərin hipokoagulyasiya istiqaməti aşkar olunmuşdur.

Aktivləşmiş hissəli tromboelastın vaxt (AHTV) 30,8, aktivləşmiş rekalsifikasiya vaxtının (ARV) artması-59,9. Antitrombin aktivliyinin (AT III) artması- 65,4. Trombin-antitrombin (TAT) kompleksi səviyyəsinin 14,2-ə və fibrinogen deqradasiyası məhsullarının (FDM) 2-yə qədər enməsi.

Trombositlərin sayının II_A-də 210 və nəzarət qrupunda 252 azalması.

III trimestrdə KMM ilə müalicə və ənənəvi müalicə gedişatında AFS olan hamilələrdə hemostaz sistemi göstəricilərinin müayinəsi zamanı plazma bəndi üçün II trimestrə xarakterik olan tendensiya saxlanmaqdadır, yəni fibrinogenin tərkibinin azalması (2,4, P<0.05) və AHTV göstəricisinin artması (30,9, P<0.05) baş vermişdir. Bundan əlavə üçüncü trimestrdə Pİ- nin ənənəvi müalicə metodu və nəzarət qrupu ilə müqayisədə dürüst azalması (96,4, P<0.05) qeydə alınmışdır. Üçüncü trimestrdə antikoagulyant və fibrinolitik göstəricilərin müayinəsi ikinci trimestr üçün xarakterik olan bənzər dəyişikliklər baş vermişdir. Bu dəyişikliklər AKT-III aktivliyinin artması və FDM, TAT səviyyəsinin azalmasından ibarət olmuşdur. Trombosit bənddə trombositlərin konsentrasiyasının azalması qeydə alınmışdır (235/255). Doğuşdan bir həftə sonra hemostaz sisteminin göstəricilərinin təhlili hər iki müalicə metodu zamanı bu göstəricilərdə nəzərəcarpacaq dəyişikliklərin olmadığını göstərmişdir. Lakin hemostazın trombosit bəndinin doğuşdan sonrakı dövrdə müayinəsi zamanı KMM korreksiyası nəticəsində ənənəvi metodla müqayisədə trombositlər aqreqasiyasının azalması müəyyən olunmuşdur (49,4, P<0.05).

AFS olan hamilələrin hemostaz sisteminin təklif olunan KMM ilə (plazmafarez+QUBŞ+az dozalı medikamentozlar) və ənənəvi metodla (medikamentlər vasitəsilə) korreksiyası zamanı həmin metodların təsir göstəricilərində bir sıra nəzərəcarpacaq dəyişikliklər aşkar olunmuşdur. Bu dəyişikliklər KMM korreksiya zamanı hemostazın həm plazma bəndində, həm də trombosit bəndində bütün hamiləlik boyunca və doğuşdan bir həftə sonra müsbət cəhətlərə malik olmuşdur.

Materialın təhlili nəticəsində hamiləliyin erkən mərhələlərində KMM müalicə-profilaktika tədbirlərinin daha çox effektivliyə malik olduğu məlum olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləlik ağırlaşmalarının və onun ağır nəticələrinin rastgəlmə tezliyi kifayət qədər azalmışdır ($P < 0,05$). Hestozun, hamiləliyin pozulması təhlükəsinin, plasental çatışmazlığın və vaxtından əvvəl doğuşun nisbətən aşağı tezliyi aşkar edilmişdir. Bunun nəticəsində yaxşı göstəricilərə- yüksək bədən çəkisi və boyu, Apqar şkalası üzrə vəziyyətin yaxşı göstəricisinə malik uşaqlar doğulmuşlar.

Uyğun olaraq AFS- li qadınların iki metodla- KMM- in tətbiqi və ənənəvi metodla aparılmasının məqayisəli təhlili nəticəsində KMM- in nəzərəcarpacaq üstünlükləri aşkar olunmuşdur. Bu metodun tətbiqi nəticəsində hamiləliyin öz vaxtına çatması və sağlam uşağın doğulması ilə bitməsi 91,4% olduğu halda, ənənəvi metodlar zamanı bu göstərici 48,6%-ə bərabər olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Aqadjanova A.A. Osnovnie podxodi k kompleksnoy terapii AFS v klinike nevinəşivaniə. Akuş i qin 1999; 3: 6-11.
2. Barqaqan Z.S., Momot A.P. Osnovi diaqnostiki naruşeniy qemostaza. M: Nğodiamed 1999; 224.
3. Barqaqan Z.S. Obhie prinüipi issledovaniə sistemi qemostaza i analiz novix metodov vıvleniə vnutrisosudistoqo svertivaniə. Ter arx 1988; 60: 5: 99-106.
4. Vixlæva E.M. Rossiyskiy opit profilaktičeskoqo primeneniə malıx doz aspirina u beremennıx qruppi riska razvitiə perinatalğnoy patoloqii. Vestn Ros. Ass. akuş-qin 1997; 2: 85-88.
5. Qenievskæ M.Q., Makaiariə A.D. Antitela k fosfolipidam i nevinəşivanie. Vestn Ros ass akuş-qin 2000; 1: 44-46.
6. Kulakov V.İ., Serov V.N., Abubakirova A.M., Çernuxa E.A. i dr. Anestezia i reanimatiüv v akuşerstve i qinekoloqii. M: Triada-X 2000; 384.
7. Kulakov V.İ. K voprosu o patoqenezе privičnoqo vıkidışa. Akuş i qin 1996; 4: 3-6.
8. Makaiariə A.D. i dr. Antifosfolipidny sindrom v akuşerskoj praktike. Nauçnoe izdanie. Pod red. A.D. Makaiariə. M: RUSSO 2001; 304.
9. Makaiariə A.D., Biüadze V.O. Voprosı patoqenezı trombofilii i trombozov u beremennıx s AFS. Akuş i qin 1999; 2: 13-18.
10. Mihenko A.L., Makaiariə A.D. Kliničeskaə laboratornaə diaqnostika sindroma disseminirovannoqo vnutrisosu distoqo svertivaniə krovi. Vestn Ros ass akuş-qin 2000; 3: 101—107.
11. Mihenko A.L. Protivotrombotičeskaə terapiə pri razliçnix formax DVS-sindroma v akuşerstve. Akuş i qin 1999; 2: 41.
12. Nasonov E.L. Antifosfolipidny sindrom. Kliničeskaə i immunoloqičeskaə xarakteristika. Ter arx 1989; 7: 5—13.
13. Pañçenko V., Toqoev A. Antifosfolipidny sindrom. Vraç 1999; 2: 22—23.
14. Ponomareva İ.V. Antifosfolipidnie antitela pri oslojnenom teçenii beremennosti. Akuş i qin 2000; 2: 12—15.
15. Sapina T.E., Mihenko A.L. Kliničeskoe znaçenie ranneqo vıvleniə antikoaqulenta volçanoçnoqo tipa v protivotrombotičeskoj terapii u beremennıx s poterəmi ploda v anamneze. Akuş i qin 1999; 2: 30—33.
16. Çernuxa E.A. Teçenie poslerodovoqo perioda u rodilğniü s AFS. Akuş i qin 1996; 4: 11—15.
17. Şextman M.M., Burduli Q.M. Bolezni orqanov pihevareniə i krovi u beremennıx. M: Triada-X 1997; 304.
18. Alarson-Sergovia D., Cabral A.R. The concept and classification of antiphospholipid/cofactor syndromes. Lupus 1996; 5(5): 364—367.
19. Branch D.W., Silver R.M. Criteria for antiphospholipid syndrome: Early pregnancy loss, fetal loss, or recurrent pregnancy loss? Lupus 1996; 5(5): 409—413.
20. Hughes G.R.V. The antiphospholipid syndrome. Lupus 1996; 5(5): 345—346.
21. Hughes G.R.V. (ed) Special Issue, New Orleans 7th International Symposium Antiphospholipid Antibodies. Lupus 1996; 5(5): 343—558.

S U M M A R Y

THE ROLE OF THE ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME (AFS) DURING PREGNANCY INTERRUPTION AND COMBINED METHODS OF ITS TREATMENT

Ahmadzada V.A.

Azerbaijan medical university, department 'obstetric and gynecology, Baku

Pregnancy interruption is the complicated and multilateral problem in Praktikal Obstetrics. Being the widespread cause of the pregnancy interruption Antiphospholipid syndrome forms 27-42% of cases.

For presenting pathogenetically grounded treatment of the pregnant with AFS during pregnancy interruption the complex check up of the patients has been done. It included collecting the material on anamnestik results as well as on the pregnancy duration and termination, immunological and hemostasiological findings.

Examination of hemostasis system has obviously revealed the preference of the combined treatment methods. This has been proved by decrease of the fibrinogen concentration, improvement of trombelastogramm indicators and reduce of trombocyte aggregation.

By using this method we can get pregnancy to terminate in the delivery of the healthy baby in 91,4% of cases prevailing the results of the traditional treatment 42,8%.

Daxil olub: 17.03.2009. Rəyə göndərilib: 24.03.2009.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ СЕЛЕЗЕНКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Алиев Н.Н., Багирова Х.Ф., Зейналова Х.П., Алиева Н.Н.

*Национальный Научно-Исследовательский Институт Медицинской
Профилактики им. В.Ахундова, Кафедра акушерства-гинекологии II
Азербайджанского Медицинского Университета*

Одной из самых распространенных вирусных инфекций человека является простой герпес, представляющий собой серьезную медико-социальную проблему (6, 7)

Роль герпесвирусной инфекции в поражении печени в настоящее время недостаточно ясна. По некоторым публикациям сочетания вирусного гепатита С с герпесвирусной инфекцией встречается в 10,5% - 35,5% (3, 4, 10).

У больных с ХГС в ассоциации с герпес-вирусной инфекцией наблюдаются более яркая клиническая картина, большая выраженность цитолиза и начальные признаки портальной гипертензии (2, 5, 9).

Поражение печени проявляется желтухой, гепатоспленомегалией, иногда кровотечениями. У недоношенных детей летальность достигает 90-95% (8, 11).

Вопрос поражения печени и селезенки при герпесвирусных инфекциях у беременных все еще остается дискуссионным. Исходя из вышесказанного была избрана цель настоящего исследования.

Материалы и методы Работа выполнялась в 2006-2008 гг. в рамках плана научно-исследовательских работ Национального НИИ Медицинской Профилактики им. В.Ахундова. Методом двойного слепого отбора были сформированы 2 группы больных с подозрением на герпетическую инфекцию, поступившие в клинику инфекционных болезней Национального НИИ Медицинской Профилактики им. В.Ахундова. Больные в этих группах количественно равные соответственно 24 и 25 формировались с учетом максимального приближения друг другу по полу, возрасту, форме и степени тяжести герпетической инфекции.

Всем больным из контрольной и исследуемой групп, наряду с общепринятыми клиническими обследованиями исследовалась периферическая кровь для определения иммуноглобулинов класса М и G, Т- и В-лимфоцитов. Иммунологические исследования проводились во всех группах больных герпетической инфекцией на следующий день после поступления в стационар.

Для достижения цели были обследованы 140 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет), которые обследовались на смешанные вирусные инфекции (ГИ-1, ГИ-2, ЦМВИ) по обращаемости в женконсультации. Проведено 389 исследований серологическим методом и методом генодиагностики. Все обследуемые были разбиты на три группы по годам: I – 18-29 лет; II – 30-39 лет; III – 40-49 лет.

Серологические исследования по определению в сыворотке крови пациентов уровня специфических иммуноглобулинов классов М и G к герпес вирусам осуществляли

твердофазным иммуноферментным анализом. Для этого использовали коммерческие наборы тест-систем фирмы ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия) и анализаторы фирмы «БИО-ТЕХ» и «ELISYS» UNO, «NUMAN» (DRG).

Результаты и их обсуждение Данные об исследовании размеров печени и селезенки у беременных с различными формами и герпетической инфекцией весьма немногочисленные (1,4, 5). Потому результаты проведенных ультразвукового исследований печени и селезенки у больных герпетической инфекцией представляется на наш взгляд интересным. Так, из 25 беременных из контрольной группы у 7 больных печень была на следующий день после поступления в стационар на $3,0 \pm 0,36$ см увеличена, а селезенка выступала из-под левого подреберья на $4,5 \pm 0,48$ см (табл. 1).

Таблица 1

Средние размеры печени и селезенки у беременных герпетической инфекцией (данные УЗИ, в см.)

Орган	Герпетическая инфекция (ВПГ-1)	Генитальный герпес (ВПГ-2)	Герпетический гепатит
Печень	$1,8 \pm 0,32$	$2,0 \pm 0,98$	$2,5 \pm 0,6$
Селезенка	$1,0 \pm 0,29$	$1,0 \pm 0,24$	$1,2 \pm 0,24$

У 10 из этой же контрольной группы беременных печень выступала из под правого подреберья на $3,5 \pm 0,48$ см, тогда как селезенка увеличилась в среднем на

$4,1 \pm 0,52$ см. У остальных 8 беременных печень была увеличена в среднем на $3,0 \pm 0,48$ см, а селезенка - на $4,6 \pm 0,86$ см.

Значительная разница размеров печени и селезенки отмечалась у беременных герпетической инфекцией в контрольной группе. Так, у 5 больных простым герпесом печень выступала из под правого подреберья в среднем на $1,8 \pm 0,32$ см, а селезенка была увеличена на $1,0 \pm 0,29$ см.

В этой же группе у 10 беременных генитальным герпесом печень была увеличена на $2,0 \pm 0,98$ см, а селезенка выступала из под левого подреберья на $1,0 \pm 0,24$ см.

У 9 беременных герпетическим гепатитом из этой группы, которым проводили ультразвуковое исследование до лечения печень была увеличена в среднем на $2,5 \pm 0,62$ см, в селезенка выступала из-под левого подреберья на $1,2 \pm 0,24$ см (табл. 1).

На наш взгляд заслуживает пристального внимания то, что при сравнительном анализе цифровых данных ультразвукового исследования и количественных изменений показателей гуморального и клеточного иммунитета беременных с различными формами герпетической инфекции вырисовывается явная совпадаемость (табл.2).

Таблица 2

Иммунологические показатели у беременных герпетическим гепатитом в целях совершенствования ранней диагностики

В свою очередь устанавливаемая корреляция может послужить дополнительным аргументом при уточнении диагноза и прогнозировании вышеуказанных инфекций у беременных с внутриутробным инфицированием.

Нами были изучены особенности клинико-параclinical показателей при хроническом вирусном гепатите С (ХГС) в ассоциации с герпесвирусной инфекцией.

В исследование включено 35 женщин с ХГС в возрасте от 20 до 48 лет. Диагноз ХГС был установлен на основании клинических и лабораторных данных с определением РНК-ВГС (в полимеразной) в сыворотке крови. У всех больных с ХГС для выявления герпес-вирусной инфекции, были определены вирусспецифические антитела класса IgM, IgG. По этому принципу всех больных разделили на 2 группы: I группа – больные с ХГС без

Беременные	IgM (г/л)	IgG (г/л)	T-лимфоциты (%)	B-лимфоциты (%)
Герпетическая инфекция, вызванная SMV (n=15)	$1,87 \pm 0,68$	$19,2 \pm 0,14$	$29,1 \pm 1,02$	$15,6 \pm 0,084$
Контрольная группа (n=14)	$2,1 \pm 0,2$	$20,4 \pm 0,12$	$36,5 \pm 1,4$	$29,8 \pm 0,6$

герпесвирусной инфекцией – 26 (74,2%), II – женщины с ХГС в сочетании с герпесной инфекции – 9 (25,8%).

В результате обследования больных выявлено наличие астеноневротического синдрома в 78% в I-ой группе и в 93% во II-ой группе, гепатомегалия в 67% - в I-ой группе и в 72% во II-ой группе, спленомегалия в 53,7% в I группе и в 66,5% во II группе. В I-ой и II-ой группе были обнаружены различия между выраженностью цитолиза: активность АЛТ в I-ой группе было в пределах $1,8 \pm 0,6$, во II-ой группе – $2,46 \pm 0,43$ мкмол/л. По данным УЗИ выявлено: в I-ой группе – портальная вена = $1,0 \pm 0,05$, во II-ой группе $1,2 \pm 0,14$, в в I-ой группе лиенальная вена = $0,6 \pm 0,01$; во II-ой группе = $0,9 \pm 0,06$.

Таким образом, установлено, что у больных с ХГС в ассоциации с герпесвирусной инфекции наблюдается более яркая клиническая картина, большая выраженность цитолиза и начальные признаки портальной гипертензии.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Алиева Н.Н. Эффективность модификации методов диагностики и лечения висцерального лейшманиоза и герпетической инфекции: Автореф. дисс. канд.мед.наук, Баку, 2007, 21 с.
2. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребеньюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). – М., 1986.
3. Бондаренко А.Л., Барамзина С.В., Роянов В.В., Таунова З.С. Клинико-иммуногенетические аспекты хронической HCV-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2002, № 2, с.37-40.
4. Думбрава В., Цуркану А. Особенности клинико-параклинических показателей при хроническом вирусном гепатите С в ассоциации с герпес-вирусной инфекцией // Мерамед, 2003.
5. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. Руководство для врачей – СПб: СпецЛит, 2006. – 301 с.
6. Нецаев В.В., Сологуб Т.В. / Матер. VIII Всероссийского съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. – М., 2002. – т.3. – с.81.
7. Носов Н.Н., Тарасов В.К. // Журн. микробиол. – 1999. - № 1. – с.96-97.
8. Kaufman B., Gaundhi S., Zouil E., Rizzi R. et al. Herpes simplex virus hepatitis case report and review // Clinical Infections Diseases, 1997, Mar., N 24(3), p.334-338.
9. Spruance S., Tyring S. De Gregorio B. et al. // Arch. Intern. Med. – 1996. – Vol. 156. – p.1729.
10. Wheels M. // Emerg. Infect/ Dis. – 2000. – vol. 6, N 6. – p.595-600.
11. Yaziji H., Hill T., Pitman T., Cook C. Gestational herpes simplex virus hepatitis // Southern Medical Journal, 1997, Mar., N 90(3),.347-353.
12. Alieva N.N. Gffektivnostğ modifikasiıii metodov diaqnostiki i leçeniä visüeralğnoqo leyşmanioza i qerpetičeskoıy infekciıi: Avtoref. diss. kand.med.nauk, Baku, 2007, 21 s.
13. Barinskiy İ.F., Şublazde A.K., Kasparov A.A., Qrebenğök V.N. Qerpes (gtioloqiä, diaqnostika, leçenie). – M., 1986.
14. Bondarenko A.L., Baramzina S.V., Roənov V.V., Taunova Z.S. Kliniko-immunoqenetičeskie aspekti xroničeskoıy HCV-infekciıi // Gpidemioloqiä i infekciionnie bolezni, 2002, № 2, s.37-40.
15. Dumbrava V., Üurkanu A. Osobennosti kliniko-parakliničeskih pokazateley pri xroničeskom virusnom qepatite S v assoüiaüii s qerpes-virusnoıy infekciıey // Meramed, 2003.
16. İsakov V.A., Arxipova E.İ., İsakov D.V. Qerpesvirusnie infekciıi çeloveka. Rukovodstvo dlä vräçey – SPb: SpeüLit, 2006. – 301 s.
17. Neçaev V.V., Soloqub T.V. / Mater. VIII Vserossiyskoqo sçezda gpidemioloqov, mikrobioloqov i parazitoloqov. – M., 2002. – t.3. – s.81.
18. Nosov N.N., Tarasov V.K. // Journ. mikrobiol. – 1999. - № 1. – s.96-97.
19. Kaufman B., Gaundhi S., Zouil E., Rizzi R. et al. Herpes simplex virus hepatitis case report and review // Clinical Infections Diseases, 1997, Mar., N 24(3), p.334-338.
20. Spruance S., Tyring S. De Gregorio B. et al. // Arch. Intern. Med. – 1996. – Vol. 156. – p.1729.
21. Wheels M. // Emerg. Infect/ Dis. – 2000. – vol. 6, N 6. – p.595-600.
22. Yaziji H., Hill T., Pitman T., Cook C. Gestational herpes simplex virus hepatitis // Southern Medical Journal, 1997, Mar., N 90(3), p.347-353.

X Ü L A S Ə

HAMİLƏ QADINLARDA QARACİYƏRİN VƏ DALAĞIN ZƏDƏLƏNMƏSİNDƏ
HERPESVİRUS İNFEKSİYALARININ ROLUNUN ÖYRƏNİLMƏSİ

Əliyev N.N., Bağırova H.F., Zeynalova X.P., Əliyeva N.N.

Hazırkı işdə herpesvirus infeksiyası zamanı qaraciyərin və dalağın zədələnməsi dərəcəsinin humoral və hüceyrə immunitetinin bəzi göstəriciləri ilə korrele etməsi öyrənilmişdir. I və II tip sadə herpes virusu və sitomeqalovirusun törətdiyi hepatitlər zamanı qaraciyərin və dalağın ölçülərinin dəyişilməsinin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Herpesvirus infeksiyası ilə assosiasiya olunmuş xronik C hepatiti zamanı klinik-laborator göstəricilərin dinamikası ilə qaraciyərin zədələnməsinin ifadə dərəcəsi arasında korrelyasion asılılıq müəyyən edilmişdir.

S U M M A R Y

TO STUDY OF ROLE OF HERPESVIRAL INFECTIONS IN THE
DAMAGE OF LIVER AND SPLENUS AT PREGNANCY WOMEN

Aliyev N.N., Bagirova H.F., Zeynalova Kh.P., Aliyeva N.N.

In this work the correlation band between degree of liver's and splenus damage and some rates of humoral and cell immunity was studied. The comparative analysis of changes of liver's and splenus sizes in hepatitis of herpesviral etiology were conducted. The correlation dependence between dynamic of clinical-laboratory rates of chronic viral hepatitis C associated with herpesviral infection and expression degree of liver's damage were determined.

Daxil olub: 3.05.2009. Rəyə göndərilib: 10.05.2009.

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ
ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Абдуллаева Н.А.

НИИ акушерства и гинекологии МЗ Азербайджанской Республики

Среди проблем современного акушерства одно из ведущих мест занимает такое осложнение родов, как несвоевременное излитие околоплодных вод. Согласно данным литературы распространенность несвоевременного излития околоплодных вод составляет от 3 до 19% [2, 5, 6, 7].

Этиология преждевременных родов связана с многообразными медико-биологическими факторами, включающими внутриутробную инфекцию, эндокринопатии, психологические и социально-экономические аспекты жизни женщины. Преобладающей причиной инициации родовой деятельности является преждевременный разрыв плодных оболочек, составляющий от 34% до 56% всех преждевременных родов [1, 3, 4]. Вопросы этиологии и патогенеза преждевременного излития околоплодных вод, несмотря на многочисленные исследования, окончательно не установлены,

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности и исхода родов при преждевременном разрыве плодных оболочек и у женщин с угрозой несвоевременного излития околоплодных вод.

Материал и методы исследования Для достижения цели исследования нами было обследовано 120 беременных женщин, родоразрешенных в НИИ акушерства и гинекологии МЗ Азербайджанской Республики за период 2007-2008 гг.

Все пациентки были разделены на следующие группы:

- основную группу составили 100 женщин, у которых беременность осложнилась угрозой несвоевременного излития околоплодных вод;

- контрольную группу составили 20 беременных, у которых излитие околоплодных вод происходило на фоне развившейся родовой деятельности, беременность и роды протекали без осложнений и завершились рождением доношенных зрелых новорожденных.

У всех пациенток тщательно изучены данные анамнеза, течение и осложнение настоящей беременности, родов и послеродового периода. Анализировались данные соматического и акушерского анамнеза (наличие хронических, острых заболеваний, травм, операций, гинекологический анамнез, количества и исходы беременностей, наличие искусственных аборт, течение данной беременности по триместрам, осложнения при данной беременности, острые респираторные заболевания, острые заболевания и обострения хронических воспалительных заболеваний, наличие инфекционных заболеваний, инфекций, передающихся половым путем). Срок беременности определяли по дате последней менструации, дате первого шевеления, по ранней явке в женскую консультацию, данным наружного акушерского исследования и ультразвуковой фетометрии. Решающее значение в установлении срока гестации имело ультразвуковое исследование, проведенное в ранние сроки. Акушерская тактика ведения беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек заключалась в максимальном пролонгировании беременности при отсутствии противопоказаний.

Материалы исследования обработаны при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0. За минимальный порог достоверности принимали критерий значимости $p > 95\%$.

Результаты и обсуждение Проведенный клинико-статистический анализ анамнеза, течения беременности и родов у обследованных женщин выявил некоторые особенности при сравнении основной и контрольной группы беременных женщин.

При анализе социально-демографических факторов нами установлено, что каждая пятая женщина (20,2%) в основной группе с дородовым излитием околоплодных вод была в возрасте от 28 до 39 лет, что достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе с излитием околоплодных вод на фоне родовой деятельности (5,0%).

В структуре выявленных экстрагенитальных заболеваний во всех группах женщин преобладал хронический пиелонефрит: основная группа – 14,0% (14 человек), контрольная группа – 15,0% (3 человека) ($p > 0,05$).

В группе обследованных с угрозой несвоевременного излития околоплодных вод наблюдалось в 1,5 раза больше ($p < 0,05$) женщин (54 человека; 54,0%), имевших отягощенный акушерский анамнез, чем в контрольной группе (7 человек; 35,0%).

Искусственное прерывание беременности в анамнезе, в том числе и по медицинским показаниям, в 2,7 раза чаще (40,0%) регистрировалось в основной группе (40 женщин), чем в контрольной группе (3 женщины; 15,0%). Данные различия между группами носили достоверный характер ($p < 0,05$). Также обращало на себя внимание, что в основной группе наблюдалось в 3,6 раз больше ($p < 0,05$) пациенток (18 женщин; 18,0%), имевших в анамнезе преждевременные роды, чем в контрольной группе с излитием вод на фоне родовой деятельности (1 женщина; 5,0%). Почти каждая вторая беременная (54 женщины; 54,0%) с несвоевременным излитием околоплодных вод страдала гинекологическими заболеваниями, что достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе (6 женщин; 30,0%). На первом месте по частоте встречаемости регистрировались воспалительные заболевания органов малого таза, причем в основной группе каждая вторая пациентка (52 женщины; 52,0%) указывала на перенесенный воспалительный процесс органов малого таза, что значительно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе (5 женщин; 25,0%).

При оценке паритета беременности обращал на себя внимание тот факт, что в группе наблюдения с дородовым излитием околоплодных вод, было представлено в 3,6 раза больше ($p < 0,05$) пациенток (18 женщин; 18,0%), имевших в анамнезе преждевременные роды, чем в контрольной группе с излитием вод на фоне родовой деятельности (1 женщина; 5,0%). В основной группе исследования 36,0% беременных (36 женщин) были первородящими. В подавляющем числе случаев женщины были повторнобеременными, а в среднем, каждая женщина имела по три беременности, которые одинаково часто заканчивались родами и абортами. Каждая вторая пациентка в группе с угрозой несвоевременного излития околоплодных вод (56 женщин; 56,0%) имела осложненное течение настоящей беременности, что достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе с излитием вод на фоне родовой деятельности (3 женщины; 15,0%).

Течение настоящей беременности на ранних сроках осложнилось угрозой выкидыша более чем у половины обследуемых женщин, а у каждой пятой имел место начавшийся аборт. Патология плаценты среди осложнений беременности встречалась достаточно часто и была представлена низкой плацентацией и преждевременной отслойкой плаценты в анамнезе.

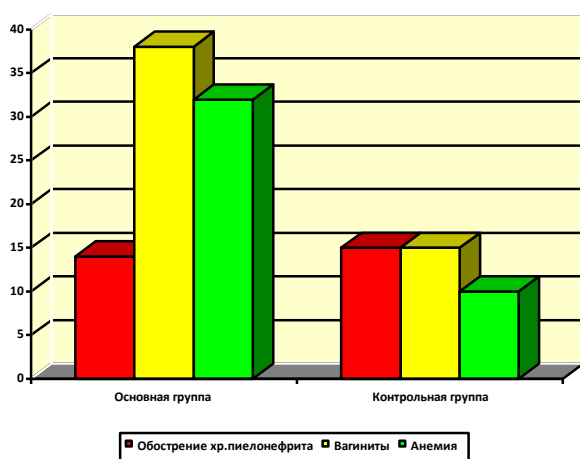


Рис.1. Структура заболеваний, перенесенных женщинами во время беременности

В ходе проведения настоящего исследования было установлено, что преэклампсия регистрировалась почти в 3 раза чаще в основной группе (33 женщины; 33,0%), чем в контрольной группе (2 женщины; 10,0%), различия между группами значимы ($p < 0,05$). Большинство обследованных женщин перенесли различные заболевания во время беременности. Причем таких пациенток в группе с угрозой преждевременного излития околоплодных вод было существенно больше (76 женщин; 76,0%), чем в контрольной группе (4 женщины; 20,0%) ($p < 0,05$). При этом в

структуре выявленных заболеваний преобладали вагиниты (38,0% против 15,0% в контрольной группе, $p < 0,05$). Далее по частоте встречаемости располагалась анемия (32,0%), причем данное заболевание встречалось в основной группе в 3 раза чаще, чем в контрольной группе (10,0%), различия между группами достоверны ($p < 0,05$) (рисунок 1).

Рис. 2. Способы родоразрешения у обследованных женщин

При анализе течения родов установлено, что преобладающее количество женщин были родоразрешены через естественные родовые пути (рисунок 2). Однако, в группе с угрозой несвоевременного излития околоплодных вод родоразрешение операцией «кесарево сечение», показаниями к которому было тазовое предлежание или неправильное положения плода, проводилось в 3,2 раза чаще, чем в контрольной группе с излитием вод на фоне родовой деятельности (16,0% против 5,0% в контроле, $p < 0,05$).



Таким образом, угроза несвоевременного излития околоплодных вод достоверно чаще возникает у женщин, имеющих отягощенный акушерский анамнез. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что осложнения и заболевания, перенесенные женщиной при

беременности, могут явиться одним из этиологических факторов несвоевременного излития околоплодных вод.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Дошанова А.М. Разрыв оболочек плодного пузыря до начала родов: Метод.рекомед. – Алматы, 2006.- 18с.
2. Жатканбаева Г.Ж., Нурсейтова Л.А., Насырова Ш.Т. Тактика врача при преждевременном излитии околоплодных вод//Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии, М., 2005. – с. 67-69.
3. Козлов П.В., Николаев Н.Н., Дегтярев Д.Н. Пути снижения перинатальной смертности при недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек.// Материалы 7 Российского Форума «Мать и дитя». 2005, с.100-101.
4. Козлов П.В. Влияние длительности безводного промежутка на перинатальные исходы при недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек // Здоровоохранение и медицинская техника. 2006, №3, с.10-11.
5. Макаров О.В. Пути улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности при недоношенной беременности //Российский медицинский журнал. 2007, №2, с.3-6.
6. Манухин И. Б. Тактика ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод.// Материалы VIII Всероссийского научного форума «Мать и Дитя».- М.- 2006.-с.-155.
7. Манухин И.Б., Зинченко И.В. Антибактериальная терапия при преждевременном излитии околоплодных вод // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007, №1, с. 56

РЕЗЮМЕ

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Абдуллаева Н.А.

НИИ акушерства и гинекологии МЗ Азербайджанской Республики

В статье рассмотрены вопросы влияния различных факторов на формирование родового излития околоплодных вод у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек.

Анализ полученных результатов показал, что родовое излитие околоплодных вод достоверно чаще возникает у женщин, имеющих отягощенный акушерский анамнез. Результаты исследования свидетельствуют о том, что осложнения и заболевания, перенесенные женщиной при беременности, могут явиться одним из этиологических факторов несвоевременного излития околоплодных вод.

Ключевые слова: беременность, родовое излитие околоплодных вод, преждевременный разрыв плодных оболочек

SUMMARY

MEANING OF INFLUNCE FACTORS IN FORM OF PRETERM OUTPOURING OF AMNIOTIC FLUID.

Abdullayeva N.A.

Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Health Ministry of Azerbaijan Republic, Baku.

Influence of different factors on preterm rupture of amniotic sac in pregnant women was discussed in this article. As a result premature rupture of amniotic sac more often arise of pregnancy with difficult obstetric anamnesis. This investigation conclude that complications and diseases during pregnancy may be one of etiological factors of premature rupture of amniotic sac.

Daxil olub: 18.03.2009. Rəyə göndərilib: 25.03.2009.

AĞIL ZƏİFLİYİ OLAN QIZLARDA CİNSİ İNKİŞAFIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

İsmayılova A.C., Əliyeva E.M.

ATU–nun III mama-ginekologiya kafedrası.

Cinsi inkişaf dövrü qadın orqanizminin qurulması və inkişafı üçün mühüm dövrdür. Bu dövrün gedişinin əsasını fiziki inkişaf daxil olmaqla II-li cinsi əlamətlərin və menstrual funksiyanın formalaşması təşkil edir. Hamiləliyin gedişatının xüsusiyyətləri, o cümlədən dölə təsir edən patoloji amillərin, irsi meyilli xəstəliklərin, xroniki xəstəliklərin olması və onların kəskinləşmə tezliyi reproduktiv funksiyanın formalaşması prosesinə təsir göstərir və müxtəlif qrup qızlarda cinsi inkişaf dövrünün gedişatını müəyyən edir. (1;2;3;5;)

Ədəbiyyat məlumatlarına görə yeniyetmə qızların menstrual tsiklinin pozulması 50% hallarda menarxe vaxtı yuvenil uşaqlıq qanaxmaları şəklində, 23% xroniki iltihabı proseslərin kəskinləşməsi fonunda və yaxud kəskin respirator virus infeksiyası fonunda özünü göstərir. (4;6;7;) Elmi tədqiqatlar əsasında müayinə olunan qızlarda 93% xroniki ekstragenital xəstəliklərin olması, bunların 40%-də 2 və daha çox somatik xəstəliklərin olması müəyyən olunur. Müəyyən olunmuşdur ki, 60% qızlarda həzm sistemi orqanlarının patologiyası, 47%-də vegetativ-damar distoniyasının olması, 52% qızlarda qalxanvari vəzin patologiyası, 25%-də LOR orqanlarının xroniki patologiyaları müşahidə olunur. Xroniki xəstəliklər fonunda cinsi yetişkənlik dövrünün daha çox rast gəlinən patologiyası cinsi inkişafın ləngiməsidir, bu da klinikada II-li cinsi əlamətlərin inkişafının birinci, ikinci dərəcəli ləngiməsilə, astenik bədən quruluşu ilə sümük yaşının pasport yaşından 1-2 il dala qalması ilə özünü biruzə verir. (8;9)

Cinsi yetişkənlik dövründə olan qızların müayinəsi zamanı onlarda bir sıra xəstəliklərin yüksək tezliyi qeyd edilmişdir. Qızların 70%-də ürək-damar sisteminin, mərkəzi sinir sisteminin, respirator sistemin, həzm sisteminin müxtəlif xroniki xəstəliklərinin olması aşkar olunmuşdur. Hər 3 qızdan birində menarxenin ləngiməsi ilə özünü biruzə verən cinsi inkişafın pozulması qeyd olunur. Müəyyən olunmuşdur ki, uşaqlarda ginekoloji xəstəliklərin yayılma tezliyi 300:1000 nisbətindədir. (6).

Yeniyetmələrin fiziki, psixi, cinsi inkişafının xüsusiyyətlərinə dair çoxsaylı elmi işlərin aparılmasına baxmayaraq, psixi inkişafı geri qalan uşaqların cinsi yetişkənlik dövrünün xüsusiyyətləri barədə məlumat demək olar ki yoxdur. Xüsusilə də, müxtəlif formalı intellektual çatışmazlığı olan uşaqların fiziki inkişafının xüsusiyyətləri, II-li cinsi əlamətlərin əmələ gəlmə mərhələsi, menstruasiya funksiyası, cinsi yetişkənlik dövrünün patologiyalarının tezliyi haqqında öyrənilməmişdir.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq tədqiqatın məqsədi təyin olunmuşdur: ağıl zəifliyi olan qızlarda cinsi inkişafın xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir.

Məqsədə uyğun olaraq müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi olan 115 qız üzərində müayinə aparılmışdır. Klinik material toplanması Bakı şəhərində Nəsimi rayonu 11 saylı, Nizami rayonu 3 saylı yardımçı məktəblərdən, Sabunçu rayonu 11 saylı internat məktəbdən və müəyyən hissəsi 1 N-li Psixiatriya xəstəxanasının uşaq şöbəsindən toplanmışdır. Qızları müayinə etmək üçün Azərbaycan Respublikası Təhsil nazirliyindən və qızların valideynlərindən icazə alınmışdır.

Anamnez yığarkən, uşaq infeksiyaları daxil olmaqla, keçirilən xəstəliklər, fiziki inkişafın vəziyyəti, menstrual funksiyanın formalaşması, valideynlərin sağlamlıq xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Anamnez yığmaq üçün valideynlərlə dəfələrlə söhbət aparılmışdır, tibbi müayinə kartlarından istifadə edilmişdir. Eyni zamanda anamnezin yığılmasında yardımçı məktəblərdə və internat məktəblərdə işləyən müəllimlərin, tibb bacılarının da köməyi olmuşdur. Müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi olan uşaqlarla, xüsusilə internat məktəblərdə oxuyan uşaqlarla uzun müddət ünsiyyətdə olduqları üçün müəllimələr və tərbiyəçilər qızların cinsi, psixi, fiziki inkişafının xüsusiyyətləri haqqında hərtərəfli məlumat verirdilər.

Müayinə olunan qızların hamısında boy-çəki daxil olmaqla, antropometrik göstəricilər, döş qəfəsi çevrəsi, qolların açılmış vəziyyətində olan məsafə və aşağı ətrafların uzunluğu, çiyinlərin eni, çanağın xarici ölçüləri öyrənilmişdir. Eyni zamanda bütün qızlarda hemodinamik göstəricilər: arterial təzyiq və nəbz yoxlanılmışdır.

Tədqiqat zamanı bütün müayinə olunan qızların cinsi yetişkənlik dövrünün xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Bu məqsədlə Tanner İ. şkalasına əsasən süd vəzilərinin inkişaf əlamətləri (Ma), qoltuqaltı tüklənmə (Ax) və qasıq tüklənməsi (P) qiymətləndirilmişdir. Eyni zamanda aybaşı funksiyasının formalaşması təyin edilmişdir.

Təyin olunan yarımqruplarda alınan nəticələr cədvəl 1-də göstərilmişdir

Cədvəl 1

Ağıl zəifliyi olan qızlarda II li cinsi əlamətlərin inkişaf xüsusiyyətləri (m±Se)

Tədqiq olunan parametrlər	9-11 yaş (n=23)	12-13 yaş (n=22)	14-16 yaş (n=27)	17-19 yaş (n=23)	P
	1	2	3	4	
Süd vəziləri (Ma)	0,36±0,19 (0-3,0)	1,35±0,23 (0-4,0)	2,5±0,24 (1,0-5,0)	3,06±0,28 (1,0-5,0)	P ₁₋₂ <0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;
Qoltuqaltı tüklənmə (Ax)	0,23±0,15 (0-3,0)	0,91±0,18 (0-3,0)	2,69±0,20 (0-4,0)	2,71±0,29 (0-4,0)	P ₁₋₂ <0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;
Qasıq tüklənməsi (P)	0,36±0,19 (0-3,0)	1,33±0,20 (0-3,0)	3,1±0,25 (0,-5,0)	3,0±0,36 (0-5,0)	P ₁₋₂ <0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;
Menarxe (Me)	0,10±0,06 (0-1,0)	0,14±0,1 (0-2,0)	1,85±0,16 (0-3,0)	2,13±0,24 (0-3,0)	P ₁₋₂ >0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi 9-11 yaşlı ağıl zəifliyi olan qızlarda süd vəzilərinin inkişafının olmaması, qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin əksər hallarda olmaması təyin edilmişdir. Alınan nəticələr Mustafayeva İ.R. (2009) Naxçıvan şəhərində qızlarda cinsi yetişkənlik dövründə reproduktiv funksiyanın formalaşmasının xüsusiyyətlərini öyrənərkən alınan nəticələrlə müqayisə olunmuşdur. Mustafayeva İ.R.-ya görə 10-11 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin inkişafının II mərhələdə təyin olunması (1,71±0,29); qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin I mərhələsi təyin olunmuşdur. Müəllifin aldığı nəticələrə görə, süd vəzilərinin və gilənin qabarıq olması, gilə ətrafı sahənin böyük olması qeyd olunur. Qoltuqaltı və qasıqüstü nahiyədə tüklərin olmaması təyin edilmişdir. Bizim nəticələrə görə bu yaşda ağıl zəifliyi olan qızlarda süd vəzilərinin, qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin inkişafının olmaması təyin edilmişdir.

Aparadığımız tədqiqatda 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin I mərhələdə olması və eyni zamanda qoltuqaltı və qasıqüstü nahiyədə tüklənmənin I mərhələdə olması təyin olunmuşdur. Bu da yalnız gilənin böyüməsi və qoltuqaltı, qasıqüstü nahiyədə tüklərin olmamasını əks etdirir. Anoloji göstəricilərin Mustafayeva İ.R.-nın bu yaşlı qızlarda cinsi inkişafın fizioloji gedişatının əticələri ilə müqayisədə nəzərə çarpacaq dərəcədə geri qalması müşahidə olunmuşdur. Fizioloji göstəricilərə görə 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin inkişafının II mərhələsi və qoltuqaltı, qasıqüstü nahiyənin I-II mərhələsi təyin edilir. Bu mərhələlərə görə 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin və gilənin qabarması, gilətrafi sahənin diametrinin böyüməsi, qoltuqaltı nahiyədə tək-tək, düz tüklərin olması, qasıqüstü nahiyədə isə tək-tək uzun tüklərin və yaxud azca qıvrım tüklərin olması qeyd olunur. Beləliklə, ağıl zəifliyi olan 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin inkişafında yalnız gilənin böyüməsi və əksər hallarda qoltuqaltı, qasıqüstü nahiyədə tüklərin olmaması müşahidə olunur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində 14-16 yaşlı qızların cinsi inkişaf xüsusiyyətlərini öyrənərkən müəyyən olunmuşdur ki, süd vəzilərinin əksər hallarda II-III mərhələdə olması, qoltuqaltı tüklənmənin II-III mərhələdə, qasıqüstü tüklənmənin III mərhələdə olması təyin edilmişdir.

Bu qızlarda süd vəzisinin və gilətrafi sahənin böyüməsi, gilətrafi sahənin və gilənin II təpəciyinin formalaşması müşahidə olunmuşdur (P<0,05). Qoltuqaltı çuxurda qıvrım tüklərin

olması, qasıq nahiyəsində qara, kobud tüklərin yayılması müşahidə olunurdu. Eyni zamanda bu qızlarda aybaşının formalaşması təyin edilmişdir. Qızlarda əksər hallarda qeyri-requlyar, ağırlı aybaşı qeyd olunmuşdu və aybaşının qeyri-müntəzəmliyi təyin edilirdi. Bu da ağıl zəifliyi olan qızlarda əksər hallarda narahatlıq, qorxu, vəziyyətin qeyri-stabilliyi, sakitləşdirici və ağrıkəsici preparatlardan istifadə olunmasına gətirib çıxarırdı. Bu yaşlı qızların aybaşı zamanı məktəbə getməməsi və evdə olması üstünlük təşkil edirdi.

14-16 yaşlı ağıl zəifliyi olan qızlarda II cinsi əlamətlərin nəticələri Mustafayeva İ.R.-nın (1) nəticələri ilə müqayisədə bu qızlarda əksər hallarda aybaşı funksiyasının formalaşmaması müşahidə olunurdu. Cinsi inkişafın fizioloji gedişatında qızların 14-15 yaşında aybaşı funksiyasının formalaşması, müntəzəmliyi təyin edilmişdir. Ağıl zəifliyi olan qızlarda isə əksər hallarda aybaşı qeyri-müntəzəm olmuşdur.

17-19 yaşlı qızlarda cinsi əlamətlərin inkişafını müşahidə edərkən süd vəzilərinin II-III inkişaf mərhələsi, qoltuqaltı tüklənmənin II-III inkişaf mərhələsi, qasıqüstü tüklənmənin III mərhələsi və aybaşı funksiyasının formalaşmasının III mərhələsi təyin edilmişdir. Alınan nəticələr Martış N.S i soavt. (5;6;) nəticələri ilə müqayisədə təyin olunmuşdur ki, süd vəzilərinin bir qədər inkişafdan qalması müşahidə edilir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu yaş qrupunda cinsi inkişafın, II-li cinsi əlamətlərin bir qədər inkişafdan qalması fiziki inkişafın ləngiməsi fonunda müşahidə edilirdi. Müayinə olunan bu qızlarda 23 qızdan 13-nün (56%) fiziki və cinsi inkişafının ləngiməsi qeyd olunurdu.

Beləliklə, süd vəzisi və gilənin qabarıqlığı, gilətrafi sahənin diametrinin böyüməsi və eyni zamanda süd vəzisinin böyüməsi müşahidə olunurdu. Qoltuqaltı tüklənmənin inkişaf mərhələsi bir qrup qızlarda qoltuqaltı çuxurda tək-tək, düz tüklərin olması və digər qrup qızlarda isə qoltuqaltı çuxurda qıvrım tüklərin olması müşahidə olunurdu.

Aybaşı funksiyasının formalaşmasını müşahidə edərkən təyin olunmuşdur ki, aybaşının əksər hallarda qeyri-requlyar olması müşahidə olunurdu.

Beləliklə, aparılan tədqiqat nəticəsində təyin edilmişdir ki, ağıl zəifliyi olan qızlarda fiziki inkişafın ləngiməsi fonunda cinsi inkişafın ləngiməsi müşahidə olunurdu. 14-16 yaşlı qızlarda isə II li cinsi əlamətlərin inkişafı fonunda aybaşı funksiyasının ləngiməsi qeyd olunurdu.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Mustafayeva İ.R. Naxçıvan şəhəri şəraitində qızlarda cinsi yetişkənlik dövründə reproduktiv funksiyanın formalaşmasının xüsusiyyətləri. – t.e.n. ... dis. afoferatı. – Bakı. – 2009. – 20 səh.
2. Boqdanova E.A. Qinekolojiə detey i podrostkov/M., Mediüinskoe informaiionnoe aqentstvo, 2004, 302s.
3. Qurkin Ö.A. Qinekolojiə podrostkov. Ruk-vo dlə vracey. Sankt-Peterburq. Foliant, 2000. –574s.
4. Kokolina V.D. Qinekolojiə detskovo vozrasta. – M. – Medpraktika. – 2003. – 267s.
5. Martış N.S. Klinika gxoqraficeskie aspekti naruşenii polovoqo razvitiə i anomalii razvitiə matki i vlaqaliha// Ulğtrazvukovae diaqnostika. – 1999. – №1 – s 589 – 631
6. Martış N.S. Kuzneiova M.İ., Kulakov V.İ. Ulğtrazvukovae dioqnostika v qinekologii detskoqo i podrostkovoqo vozrasta. – M. – Mediüina. – 1994. – 113s.
7. Fatalieva L.M., Alieva G.M., Mustafaeva İ.R., Gfendieva A.Q. Klinikodiaqnosticeskie priznaki u devocek/Prof. Əfəndiyev N.Ə. 80 illik yubileyə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materilları. – Bakı. – 2004. səh 56–58
8. Herman – Giddens M.E., Slora E. Secondary sexual characteristics and menses in young girls Sun in office practice: A study from the pediarric Research in office settings network. – Pediatrics. – 1997. vol.99. – №4 – p.505–512.
9. Leung K.C., Johansson G., Leong G.M. Estrogen regulation of gowth hormone action. – Endocr Rev. 2004. – vol.25. –№5. – r.693–721.

Р Е З Ю М Е

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК С ЗАДЕРЖКОЙ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

Исмаилова А.Д., Алиева Э.М.

Каф. акуш. и гинек. III Азербайджанского Медицинского Университета

Целью данного исследования было изучение особенностей полового развития девочек с задержкой умственного развития.

Было обследовано 115 девочек с различной выраженностью задержки умственного развития

Исследование включало определение выраженности вторичных половых признаков по шкале Tanner и становления менструальной функции в динамике возрастных изменений .

В результате проведенного исследования было установлено, что у девочек с задержкой умственного развития сопровождалась задержкой полового развития: отставанием выраженности вторичных половых признаков и становления менструальной функции.

S U M M A R Y

CONDITION OF SEXUAL DEVELOPMENT OF GIRLS WITH INTELLECTUAL INSUFFICIENCY

Ismaylova A. C., Aliyeva E.M.,
(Department of Obstetrics & Gynecology III of Medical University)

Purpose of investigation: To examine of sexual development of girls with intellectual insufficiency.

Methods & material of investigation: To investigate 115 girls in puberty with different degree of intellectual insufficiency. Were investigated secondary sexual signs and menstrual function of girls with intellectual insufficiency.

Results of investigation: Were obtained delay of sexual development and irregularity of menstrual function of girls with intellectual insufficiency

Daxil olub: 14.05.2009. Rəyə göndərilib: 21.05.2009.

AĞIL ZƏİFLİYİ OLAN QIZLARDA CİNSİ İNKİŞAFIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

İsmaylova A.C., Əliyeva E.M.

ATU–nun III mama-ginekologiya kafedrası.

Cinsi inkişaf dövrü qadın orqanizminin qurulması və inkişafı üçün mühüm dövrdür. Bu dövrün gedişinin əsasını fiziki inkişaf daxil olmaqla II-li cinsi əlamətlərin və menstrual funksiyanın formalaşması təşkil edir. Hamiləliyin gedişatının xüsusiyyətləri, o cümlədən dölə təsir edən patoloji amillərin, irsi meyli xəstəliklərin, xroniki xəstəliklərin olması və onların kəskinləşmə tezliyi reproduktiv funksiyanın formalaşması prosesinə təsir göstərir və müxtəlif qrup qızlarda cinsi inkişaf dövrünün gedişatını müəyyən edir. (1;2;3;5;)

Ədəbiyyat məlumatlarına görə yeniyetmə qızların menstrual tsiklinin pozulması 50% hallarda menarxe vaxtı yuvenil uşaqlıq qanaxmaları şəklində, 23% xroniki iltihabı proseslərin kəskinləşməsi fonunda və yaxud kəskin respirator virus infeksiyası fonunda özünü göstərir. (4;6;7;) Elmi tədqiqatlar əsasında müəyinə olunan qızlarda 93% xroniki ekstragenital xəstəliklərin olması, bunların 40%-də 2 və daha çox somatik xəstəliklərin olması müəyyən olunur. Müəyyən olunmuşdur ki, 60% qızlarda həzm sistemi orqanlarının patologiyası, 47%-də vegetativ-damar distoniyasının olması, 52% qızlarda qalxanvari vəzin patologiyası, 25%-də LOR orqanlarının xroniki patologiyaları müşahidə olunur. Xroniki xəstəliklər fonunda cinsi yetişkənlik dövrünün daha çox rast gəlinən patologiyası cinsi inkişafın ləngiməsidir, bu da klinikada II-li cinsi əlamətlərin

inkişafının birinci, ikinci dərəcəli ləngiməsilə, astenik bədən quruluşu ilə sümük yaşının pasport yaşından 1-2 il dala qalması ilə özünü biruzə verir. (8;9)

Cinsi yetişkənlik dövründə olan qızların müayinəsi zamanı onlarda bir sıra xəstəliklərin yüksək tezliyi qeyd edilmişdir. Qızların 70%-də ürək-damar sisteminin, mərkəzi sinir sisteminin, respirator sistemin, həzm sisteminin müxtəlif xroniki xəstəliklərinin olması aşkar olunmuşdur. Hər 3 qızdan birində menarxenin ləngiməsi ilə özünü biruzə verən cinsi inkişafın pozulması qeyd olunur. Müəyyən olunmuşdur ki, uşaqlarda ginekoloji xəstəliklərin yayılma tezliyi 300:1000 nisbətindədir. (6).

Yeniyyətlərin fiziki, psixi, cinsi inkişafının xüsusiyyətlərinə dair çoxsaylı elmi işlərin aparılmasına baxmayaraq, psixi inkişafı geri qalan uşaqların cinsi yetişkənlik dövrünün xüsusiyyətləri barədə məlumat demək olar ki yoxdur. Xüsusilə də, müxtəlif formalı intellektual çatışmamazlığı olan uşaqların fiziki inkişafının xüsusiyyətləri, II-li cinsi əlamətlərin əmələ gəlmə mərhələsi, menstruasiya funksiyası, cinsi yetişkənlik dövrünün patologiyalarının tezliyi haqqında öyrənilməmişdir.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq tədqiqatın məqsədi təyin olunmuşdur: ağıl zəifliyi olan qızlarda cinsi inkişafın xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir.

Məqsədə uyğun olaraq müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi olan 115 qız üzərində müayinə aparılmışdır. Klinik material toplanması Bakı şəhərində Nəsimi rayonu 11 saylı, Nizami rayonu 3 saylı yardımçı məktəblərdən, Sabunçu rayonu 11 saylı internat məktəbdən və müəyyən hissəsi 1 N-li Psixiatriya xəstəxanasının uşaq şöbəsindən toplanmışdır. Qızları müayinə etmək üçün Azərbaycan Respublikası Təhsil nazirliyindən və qızların valideynlərindən icazə alınmışdır.

Anamnez yığarkən, uşaq infeksiyaları daxil olmaqla, keçirilən xəstəliklər, fiziki inkişafın vəziyyəti, menstrual funksiyanın formalaşması, valideynlərin sağlamlıq xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Anamnez yığmaq üçün valideynlərlə dəfələrlə söhbət aparılmışdır, tibbi müayinə kartlarından istifadə edilmişdir. Eyni zamanda anamnezin yığılmasında yardımçı məktəblərdə və internat məktəblərdə işləyən müəllimlərin, tibb bacılarının da köməyi olmuşdur. Müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi olan uşaqlarla, xüsusilə internat məktəblərdə oxuyan uşaqlarla uzun müddət ünsiyyətdə olduqları üçün müəllimlər və tərbiyəçilər qızların cinsi, psixi, fiziki inkişafının xüsusiyyətləri haqqında hərtərəfli məlumat verirdilər.

Müayinə olunan qızların hamısında boy-çəki daxil olmaqla, antropometrik göstəricilər, döş qəfəsi çevrəsi, qolların açılmış vəziyyətində olan məsafə və aşağı ətrafların uzunluğu, çiyinlərin eni, çanağın xarici ölçüləri öyrənilmişdir. Eyni zamanda bütün qızlarda hemodinamik göstəricilər: arterial təzyiq və nəbz yoxlanılmışdır.

Tədqiqat zamanı bütün müayinə olunan qızların cinsi yetişkənlik dövrünün xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Bu məqsədlə Tanner İ. şkalasına əsasən süd vəzilərinin inkişaf əlamətləri (Ma), qoltuqaltı tüklənmə (Ax) və qasıq tüklənməsi (P) qiymətləndirilmişdir. Eyni zamanda aybaşı funksiyasının formalaşması təyin edilmişdir.

Təyin olunan yarımqruplarda alınan nəticələr cədvəl 1-də göstərilmişdir

Cədvəl 1-dən görüldüyü kimi 9-11 yaşlı əqil zəifliyi olan qızlarda süd vəzilərinin inkişafının olmaması, qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin əksər hallarda olmaması təyin edilmişdir. Alınan nəticələr Mustafayeva İ.R. (2009) Naxçıvan şəhərində qızlarda cinsi yetişkənlik dövründə reproduktiv funksiyanın formalaşmasının xüsusiyyətlərini öyrənərkən alınan nəticələrlə müqayisə olunmuşdur. Mustafayeva İ.R.-ya görə 10-11 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin inkişafının II mərhələdə təyin olunması ($1,71 \pm 0,29$); qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin I mərhələsi təyin olunmuşdur. Müəllifin aldığı nəticələrə görə, süd vəzilərinin və gilənin qabarıq olması, gilə ətrafı sahənin böyük olması qeyd olunur. Qoltuqaltı və qasıqüstü nahiyədə tüklərin olmaması təyin edilmişdir. Bizim nəticələrə görə bu yaşda ağıl zəifliyi olan qızlarda süd vəzilərinin, qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin inkişafının olmaması təyin edilmişdir.

Aparadığımız tədqiqatda 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin I mərhələdə olması və eyni zamanda qoltuqaltı və qasıqüstü nahiyədə tüklənmənin I mərhələdə olması təyin olunmuşdur. Bu da yalnız gilənin böyüməsi və qoltuqaltı, qasıqüstü nahiyədə tüklərin olmamasını əks etdirir. Anoloji göstəricilərin Mustafayeva İ.R.-nın bu yaşlı qızlarda cinsi inkişafın fizioloji gedişatının əticələri ilə müqayisədə nəzərə cərpacaq dərəcədə geri qalması müşahidə olunmuşdur.

Cədvəl 1Ağıl zəifliyi olan qızlarda II li cinsi əlamətlərin inkişaf xüsusiyyətləri ($m \pm Se$)

Tədqiq olunan parametrlər	9-11 yaş (n=23)	12-13 yaş (n=22)	14-16 yaş (n=27)	17-19 yaş (n=23)	P
	1	2	3	4	
Süd vəziləri (Ma)	0,36±0,19 (0-3,0)	1,35±0,23 (0-4,0)	2,5±0,24 (1,0-5,0)	3,06±0,28 (1,0-5,0)	P ₁₋₂ <0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;
Qoltuqaltı tüklənmə (Ax)	0,23±0,15 (0-3,0)	0,91±0,18 (0-3,0)	2,69±0,20 (0-4,0)	2,71±0,29 (0-4,0)	P ₁₋₂ <0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;
Qasıq tükənməsi (P)	0,36±0,19 (0-3,0)	1,33±0,20 (0-3,0)	3,1±0,25 (0,-5,0)	3,0±0,36 (0-5,0)	P ₁₋₂ <0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;
Menarxe (Me)	0,10±0,06 (0-1,0)	0,14±0,1 (0-2,0)	1,85±0,16 (0-3,0)	2,13±0,24 (0-3,0)	P ₁₋₂ >0,05; P ₂₋₃ <0,05; P ₃₋₄ >0,05;

Fizioloji göstəricilərə görə 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin inkişafının II mərhələsi və qoltuqaltı, qasıqüstü nahiyənin I-II mərhələsi təyin edilir. Bu mərhələlərə görə 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin və gilənin qabarması, gilətrafi sahənin diametrinin böyüməsi, qoltuqaltı nahiyədə tək-tək, düz tüklərin olması, qasıqüstü nahiyədə isə tək-tək uzun tüklərin və yaxud azca qıvrım tüklərin olması qeyd olunur. Beləliklə, ağıl zəifliyi olan 12-13 yaşlı qızlarda süd vəzilərinin inkişafında yalnız gilənin böyüməsi və əksər hallarda qoltuqaltı, qasıqüstü nahiyədə tüklərin olmaması müşahidə olunur.

Aparılan tədqiqat nəticəsində 14-16 yaşlı qızların cinsi inkişaf xüsusiyyətlərini öyrənərkən müəyyən olunmuşdur ki, süd vəzilərinin əksər hallarda II-III mərhələdə olması, qoltuqaltı tüklənmənin II-III mərhələdə, qasıqüstü tüklənmənin III mərhələdə olması təyin edilmişdir.

Bu qızlarda süd vəzisinin və gilətrafi sahənin böyüməsi, gilətrafi sahənin və gilənin II təpəciyinin formalaşması müşahidə olunmuşdur ($P < 0,05$). Qoltuqaltı çuxurda qıvrım tüklərin olması, qasıq nahiyəsində qara, kobud tüklərin yayılması müşahidə olunurdu. Eyni zamanda bu qızlarda aybaşının formalaşması təyin edilmişdir. Qızlarda əksər hallarda qeyri-requlyar, ağırlı aybaşı qeyd olunmuşdu və aybaşının qeyri-müntəzəmliyi təyin edilirdi. Bu da ağıl zəifliyi olan qızlarda əksər hallarda narahatlıq, qorxu, vəziyyətin qeyri-stabilliyi, sakitləşdirici və ağrıkəsici preparatlardan istifadə olunmasına gətirib çıxarırdı. Bu yaşlı qızların aybaşı zamanı məktəbə getməməsi və evdə olması üstünlük təşkil edirdi.

14-16 yaşlı ağıl zəifliyi olan qızlarda II cinsi əlamətlərin nəticələri Mustafayeva İ.R-nın (1) nəticələri ilə müqayisədə bu qızlarda əksər hallarda aybaşı funksiyasının formalaşmaması müşahidə olunurdu. Cinsi inkişafın fizioloji gedişatında qızların 14-15 yaşında aybaşı funksiyasının formalaşması, müntəzəmliyi təyin edilmişdir. Ağıl zəifliyi olan qızlarda isə əksər hallarda aybaşı qeyri-müntəzəm olmuşdur.

17-19 yaşlı qızlarda cinsi əlamətlərin inkişafını müşahidə edərkən süd vəzilərinin II-III inkişaf mərhələsi, qoltuqaltı tüklənmənin II-III inkişaf mərhələsi, qasıqüstü tüklənmənin III mərhələsi və aybaşı funksiyasının formalaşmasının III mərhələsi təyin edilmişdir. Alınan nəticələr Мартыш Н.С и соавт. (5;6;) nəticələri ilə müqayisədə təyin olunmuşdur ki, süd vəzilərinin bir qədər inkişafdan qalması müşahidə edilir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu yaş qrupunda cinsi inkişafın, II-li cinsi əlamətlərin bir qədər inkişafdan qalması fiziki inkişafın ləngiməsi fonunda müşahidə edilirdi. Müayinə olunan bu qızlarda 23 qızdan 13-nün (56%) fiziki və cinsi inkişafının ləngiməsi qeyd olunurdu.

Beləliklə, süd vəzisi və gilənin qabarıqlığı, gilətrafi sahənin diametrinin böyüməsi və eyni zamanda süd vəzisinin böyüməsi müşahidə olunurdu. Qoltuqaltı tüklənmənin inkişaf mərhələsi bir qrup qızlarda qoltuqaltı çuxurda tək-tək, düz tüklərin olması və digər qrup qızlarda isə qoltuqaltı çuxurda qıvrım tüklərin olması müşahidə olunurdu.

Aybaşı funksiyasının formalaşmasını müşahidə edərkən təyin olunmuşdur ki, aybaşının əksər hallarda qeyri-requlyar olması müşahidə olunurdu.

Beləliklə, aparılan tədqiqat nəticəsində təyin edilmişdir ki, ağıl zəifliyi olan qızlarda fiziki inkişafın ləngiməsi fonunda cinsi inkişafın ləngiməsi müşahidə olunurdu. 14-16 yaşlı qızlarda isə II li cinsi əlamətlərin inkişafı fonunda aybaşı funksiyasının ləngiməsi qeyd olunurdu.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

10. Mustafayeva İ.R. Naxçıvan şəhəri şəraitində qızlarda cinsi yetişkənlik dövründə reproduktiv funksiyanın formalaşmasının xüsusiyyətləri. – t.e.n. ... dis. aftoreferatı. – Bakı. – 2009. – 20 səh.
11. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков/М., Медицинское информационное агентство, 2004, 302с.
12. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Рук-во для врачей. Санкт-Петербург. Фолиант, 2000. – 574с.
13. Коколина В.Д. Гинекология детсково возраста. – М. – Медпрактика. – 2003. – 267с.
14. Мартыш Н.С. Клиника эхографические аспекты нарушении полового развития и аномалий развития матки и влагалища// Ультразвуковая диагностика. – 1999. – №1 – с 589 – 631
15. Мартыш Н.С. Кузнецова М.И., Кулаков В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста. – М. – Медицина. – 1994. – 113с.
16. Фаталиева Л.М., Алиева Э.М., Мустафаева И.Р., Эфендиева А.Г. Клиникодиагностические признаки у девочек/Prof. Əfəndiyev N.Ə. 80 illik yubileyə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları. – Bakı. – 2004. səh 56–58
17. Herman – Giddens M.E., Slora E. Secondary sexual characteristics and menses in young girls Sun in office practice: A study from the pediarric Research in office settings network. – Pediatrics. – 1997. vol.99. – №4 – p.505–512.
18. Leung K.C., Johansson G., Leong G.M. Estrogen regulation of growth hormone action. – Endocr Rev. 2004. – vol.25. – №5. – p.693–721.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК С ЗАДЕРЖКОЙ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

Исмаилова А.Д., Алиева Э.М.

Каф. акуш. и гинек. III Азербайджанского Медицинского Университета

Целью данного исследования было изучение особенностей полового развития девочек с задержкой умственного развития.

Было обследовано 115 девочек с различной выраженностью задержки умственного развития

Исследование включало определение выраженности вторичных половых признаков по шкале Tanner и становления менструальной функции в динамике возрастных изменений.

В результате проведенного исследования было установлено, что у девочек с задержкой умственного развития сопровождалась задержкой полового развития: отставанием выраженности вторичных половых признаков и становления менструальной функции.

Daxil olub: 4.04.2009. Rəyə göndərilib: 11.04.2009.

TRANSGLOTTİK OLARAQ YAYILMIŞ QIRTLAQ XƏRÇƏNGİNDƏ BOYUN DİSEKSİYASI VƏ RADYOTƏRAPİYANIN MÜALİCƏVİ ƏHƏMİYYƏTİ

Mehdiyev H¹., Dursun Gürsel², Gökcan M.Kürşat², Demirtaş Mahmut²

¹ - *Dövlət Gömrük Komitəsi Mərkəzi Hospitalı Otolaringologiya Şöbəsi,*

2- Ankara Universiteti İbn-i Sina Xəstəxanası Otolaringologiya və Baş Boyun Cərrahiyyə Şöbəsi(Türkiyə).

Tibbi texnikanın sürətli inkişafı hər nə qədər qırtlaq xərçəngi xəstələrində erkən diaqnoza imkan versə də, xəstəliyin özünəməxsus yayılım sürəti və aqressif xarakteri hələ də bu mövzuda görüləcək çox iş olduğunun xəbərçisidir. Belə ki, transglottik olaraq yayılan qırtlaq xərçəngində sadəcə tutulan organı müalicə etmək yetərli olmamaqda, boyun diseksiyası və radyoterapiyadan da istifadə etmək ehtiyacı əmələ gəlməkdədir. Bütün bunlar pasientlərin xəstəliksiz yaşama müddətini artırmağa xidmət etməkdədir. Bu çalışmanın məqsədi Ankara Universiteti Qulaq Burun Boğaz və Baş Boyun Cərrahiyyəsi şöbəsində müalicə edilərək təqib edilən xəstələrdən əldə etdiyimiz nəticələrin, bu mövzuda dərc edilmiş elmi məqalələr ilə qarşılaşdıraraq tibbi mətbuata təqdim edilməsidir.

Material və metodlar. Ankara Universiteti Qulaq Burun Boğaz və Baş Boyun Cərrahiyyəsi şöbəsində 1985-2008`ci illər arasında müalicə edilən transglottik olaraq qırtlaq tutulumu olan qırtlaq xərçəngli xəstələrin məlumatları retrograd olaraq dəyərləndirildi. Dəyərləndirmə əsnasında xəstəliyin qırtlağın hansı səviyyəsini tutduğu, boyun diseksiyası tətbiqi, əməliyyat sonrası radyoterapiya müalicəsi tətbiqi və xəstələrin müalicə sonrası yaşama müddəti dəyərləndirilmişdir. Çalışmaya sadəcə qırtlağı transglottik olaraq tutulan xəstələr daxil edilmişdir.

Mübahisə Xəstəxanamızda diaqnoz təyin edilərək müalicə edilən qırtlaq xərçəngli xəstələr arasında 35 xəstə ilə qrupun 5.3 faizini transglottik yayılımı olan xəstə qrupu təşkil etmişdir.

Bu qrupta olan xəstələrdən 1 nəfər CO2 lazer laringeoktoniya edilən xaric, digər bütün xəstələrə total laringeoktoniya əməliyyatı tətbiq edilmişdir. Supraglottik və glottik səviyyədə yerləşən xəstəliklərin əksinə, transglottik yayımlı xərçəng xəstəliyi olan pasientlərdə diaqnoz zamanı xəstəlik dərəcəsinin ümumiyyətlə irəliləmiş olduğu təyin edilmişdir. Tibbi məqalələrdə də bu faizlər fərqli bildirilsə də nisbət həmişə qorunmuşdur (3,8,4).

Transglottik yayılımı olan xəstələrdə boyun diseksiyası tətbiq edilən qrupun xəstəliksiz yaşama müddəti, boyun diseksiyası edilməyən qrupa görə daha yüksək təyin edilmişdir. Bu nisbət əməliyyat sonrası radyoterapiya verilən xəstələrdə də müsbət yöndə qorunmuşdur (Tablo 1).

Tablo 1.

Transglottik yayılımı olan xəstə qrupuna boyun diseksiyası tətbiqi və əməliyyat sonrası radyoterapiya müalicələrinə görə təsnifatı

BOYUN DİSEKSİYASI (-)	XƏSTƏ SAYISI	XƏSTƏLİYƏ BAĞLI ÖLÜM	SÖRVI %
postop RT verilməyən	3	2	33.3
postop RT verilən	2	1	50.0
TOPLAM	5	3	60.0
BOYUN DİSEKSİYASI (+)			
postop RT verilməyən	3	1	66.7
postop RT verilən	5	0	100
TOPLAM	8	1	87.5

RT- radyoterapiya

Həmçinin bu qrup xəstələrdə T fazasının artışı ilə xəstəliksiz təqib müddəti arasında tərs tənəsüb təyin edilmişdir.

Elektif olaraq; 3 bilateral FBD, 3 ipsilateral RBD və 8 ipsilateral FBD olmaq üzrə transglottik sahəyə yayılan qırtlaq xərçəngi olan xəstələrə 14 elektif boyun diseksiyası tətbiq edilmiş və bunların 3`ündə (%21.4) metastaz təyin edilmişdir. (Tablo2)

Ümumiyyətlə tibbi literaturaya müraciət edildikdə də kliniki olaraq təmiz olan boyunlarda da elektif boyun diseksiyasına üstünlük verildiyi təyin edilmişdir. (5,6,7)

Tablo2.

Transglottik sahə şişlərinin tətbiq edilən laringeotomiya və boyun diseksiya növlərinə görə təsnifatı.

	TOLL	TL	TOPLAM
BD (-)	-	7	7
Bilateral FBD	-	6	6
İpsilateral FBD	-	8	8
İpsilateral RBD	1	2	3
RBD+FBD	-	0	0
TOPLAM	1	23	24

TOLL- transoral lazer larigoektomiya

FBD- funksiyonal boyun diseksiyası

RBD- radikal boyun diseksiyası

TL- total larigoektomiya

RBD+FBD - ipsilateral RBD+ qarşı FBD

BD(-) - boyun diseksiyası edilməyən

Qırtlağın digər səviyyələrini tutan qrup ilə qarşılaşdırıldıqda transglottik yayılımı olan xəstələrin xəstəliksiz yaşama müddəti 76.5 ilə ən düşük faiz olaraq hesablanmışdır.

Nəticə

Xəstəliksiz yaşama müddətinin boyun diseksiyası və radyoterapiya verilmiş larengoektomiyalı xəstələrdə daha yüksək təyin edilməsi, diaqnoz vaxtında kliniki olaraq boyunda metastatik limfa nodulu olmasa belə elektif boyun diseksiyasının kliniki olaraq təyin ediləbilməyən metaztazların aşkar edilməsində və bunun sayəsində də boyuna radyoterapiya tətbiqinə göstərici faktor olmasına xidmət etməkdədir. Qırtlaq xərçəngi olan pasientlərdə xəstəliyin transglottik olaraq yayılmış olması halında xəstəyə larengoektomiya ilə bərabər kliniki olaraq təmiz qəbul edilən boyunlarda belə boyun diseksiyasının iki tərəfli edilməsi xəstəlik müalicəsinin tam mənası ilə tamamlanmasına xidmət edəcəkdir.

Bu mövzuda daha geniş xəstə qrupları üzərində araşdırmalara ehtiyac vardır və belə araşdırmalar sayəsində daha dəqiq rəqəmlər bu mövzunun ciddiyətinə diqqət çəkəcəkdir. Eyni zamanda genetik faktırların da xərçəng xəstəliklərindəki rolu təyin edildikcə alternativ olaraq gen müalicələri və diaqnoz ərəfəsində xəstəlik aqressivliyini təyin edəcək metodların kəşfi müalicə axışını dəyişdirəbiləcəkdir. (2,1)

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Allegra E, Baudi F, La Boria A, et al: Multiple head and neck tumours and their genetic relationship. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009 Oct; 29(5): 237-41
2. Arıcan A, Dinçol D, Akbulut H, Sak S, Altuntaş F, Dursun G, Yavuzer Ş: Correlation between serum p53 antibody and tissue mutant p53 in lung and larynx cancers. Thirty-seventh Annual Meeting of American Society of Clinical Oncology. Proc Am Soc Clin Oncol 2001;20:263b
3. [Carenfelt C](#), [Eliasson K](#). Cervical metastases following radical neck dissection that preserved the spinal accessory nerve. [Head Neck Surg](#). 1980 Jan-Feb;2(3):181-4.
4. Dursun G: 1985- 1990 yılları arasında kliniğimizde ameliyatla tedavi edilen larenks kanserli hastalarda elde edilen sonuçlar. Uzmanlık tezi. 1990.
5. Keser R, Demireller A, Yorulmaz İ, Dursun G: Larenks kanserlerinde fonksiyonel boyun diseksiyası (142 olguda 5 yıllık sonuçlar). XXI. Ulusal Türk Otorinolarenoloji Kongresi, Kongre Kitabı. 1994; 656-661
6. [Konsulov SS](#), [Yovchev IP](#), [Doikov IY](#), [Pazardjikliev DD](#): Selective neck dissection in treatment of node-positive neck cases. [Folia Med \(Plovdiv\)](#). 2001;43(4):27-9.
7. Mehdiyev H: 1985- 2008 yılları arasında kliniğimizde ameliyatla tedavi edilen larenks kanserli hastalarda elde edilen sonuçlar. Uzmanlık tezi. 2009.
8. Welsh LW, Welsh JJ, Rizzo TA Jr: Laryngeal spaces and lymphatics: current anatomic concepts. [Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl](#). 1983 Jul-Aug;105:19-31.

Daxil olub: 26.03.2009. Rəyə göndərib: 2.04.2009.

BÖYRƏKLƏRİN KƏSKİN SİDİK TURŞUSU BLOKADASININ MÜALİCƏ TƏCRÜBƏSİ

Həmidov İ.M., Qədirov A.H., Ağayev H.A.

Ə.Əliyev adına Az.DHTİ

Sidikdaşı xəstəliyinin müalicəsi urologiyanın müasir problemlərindən biridir. Urat nefrolitiazı sidikdaşı xəstəliyinin bir növüdür. Bu xəstəliyin rast gəlmə tezliyi keçən əsrin ortalarında 5-10%, müasir dövrdə isə 20-30 % təşkil edir. Urat nefrolitiazlı xəstəliklərin artma tezliyi bir sıra etioloji faktorlar ilə, o cümlədən urbanizasiya faktoru ilə izah edilə bilər (2).

Böyrəklərin kəskin sidik turşusu blokadası sidik turşusu nefrolitiazının ağır fəsadıdır. Böyrəklərin kəskin sidik turşusu blokadası xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır və xəstənin həyatı üçün təhlükəli vəziyyət yaradır. Xəstəliyin gedişatı zamanı fəsadlaşma kimi yaranan oliqoanuriya vahid böyrəkdə, tək fəaliyyətdə olan böyrəkdə və ya hər iki tərəfdən yuxarı sidik axarı yollarının okkulyuziyası nəticəsində olur.

Kliniki müşahidələrin analizi göstərir ki, hiperurikemiya və sidik turşusu nefrolitiazında anuriya ilə nəticələnən yığıcı borucuqların səviyyəsində kəskin okkulyuziya, ekskretor anuriya ilə nəticələnən yuxarı sidik yollarında kəskin okkulyuziya, xroniki böyrək çatışmazlığında (XBC) yuxarı sidik yollarının okkulyuziyası zamanı böyrəklərin sidik turşusu blokadası rast gələ bilər.

Respublika Klinik Uroloji Xəstəxanasının Hemodializ şöbəsində kəskin böyrək çatışmazlığı (KBC) və ya XBC-nin kəskinləşməsi ilə fəsadlaşan böyrəklərin kəskin sidik turşusu blokadası ilə 25 il ərzində 199 xəstənin kliniki müşahidələrinin nəticələrini araşdırmışıq. 57 xəstədə müşahidə zamanı ekskretor anuriya hər iki böyrəklərin və sidik axarlarının daşları, 97 xəstədə digər tərəfin büzüşməsi ilə vahid fəaliyyətdə olan böyrəyin ləyəninin və ya sidik axarının daşı, 41 xəstədə vahid böyrəyin ləyən-sidik axarı segmentinin və ya sidik axarının obstruksiya edən daşı hesabına baş vermişdir. 4 xəstədə böyrəklərin yığıcı borujuğu səviyyəsində okkulyuziyası hiperurikemik kriz nəticəsində, o cümlədən onlardan birində ağırlaşma mieloleykozun merkapturilə müalicəsindən sonra baş vermişdir. Bütün xəstələr klinikaya ağır vəziyyətdə, 2-8 sutka davam edən anuriya halı ilə qəbul olunmuşdurlar. Anamnez məlumatlarında 130 xəstədə konkretin sidiklə xaric olması müşahidə olunmuş, xəstələr ümumi zəiflik, ürəkbulanma, qusma, ağızda quruluq və acılıq, həmçinin oynaq və əzələlərdə, epiqastral nahiyədə ağrı, meteorizm və digər uremik və hiperurikemik əlamətləri bildirmişlər. Xəstələrin hamısında bel nahiyəsində ağrı, yarısında böyrək sancıları şikayətləri qeyd edilmişdir. Palpasiya zamanı 131 xəstədə böyrəklərin bir və ya iki tərəfdən böyüməsi və 170 xəstədə böyrək nahiyəsində döyüclmə əlaməti müsbət olmuşdur.

Qan analizlərində sidik cövhərinin konsentrasiyası 14,2-68 mmol/l, plazmanın kreatinini isə 350-2200 mkmol/l olmuşdur. Hiperkalemiya 119, hipokalsiemiya 59, hipermaqneziya 78, hipernatremiya 48 xəstədə müşahidə edilmişdir. Bütün hallarda qanda sidik turşusunun miqdarı kəskin artaraq 600-1300 mkmol/l olmuşdur. Xəstələrdə oliqoanuriya halı olduğu üçün sidik turşusunun sutkalıq ekskresiyası müəyyən edilməmişdir, lakin 92 xəstədə sidikdə çox miqdarda sidik turşusu kristalları xaric olmağı qeyd edilmişdir. Həmçinin bütün xəstələrdə sidinin ümumi analizində leykosituriya və eritrosituriya aşkarlanmışdır. 51 xəstədə sidik yollarının ijmali uroqrammasında böyrək proyeksiyasında zəif kontrastlaşmış konkretə şübhəli kölgəlik müşahidə edilmişdir.

Ultrasəs müayinəsi zamanı 117 xəstədə böyrək ləyəninin daşı, 138 xəstədə hidronefrotik transformasiya müəyyən olunmuşdur. Ultrasəs müayinəsi 2 tərəfli proses zamanı böyrək parenximasının saxlanması və hidronefrozun dərəcəsini aşkarlamağa imkan vermişdir. Ədəbiyyatlarda göstəriləyi kimi, bu qrup xəstələrdə çox hallarda yanaşı xəstəliklər müşahidə edilmişdir. Şəkərli diabet (21,6%), arterial hipertenziya (43,9%), I-III dərəcəli piylənmə (43%) rast gəlmişdir (5,7).

Bütün hallarda müalicə tədbirləri sidik axarlarının kateterizasiyasından başlanılır. Bu tədbirlər həm diaqnostik, həm də müalicəvi baxımdan əhəmiyyətlidir. Sidik axarlarında daş olduğu zamanı kateter daşdan yuxarı səviyyəyə keçirilir və sidik ifrazı bərpa olan hallarda, uremiyanın

ağırlığından asılı olaraq kateter 2-5 sutka saxlanılır. Sidik axarının kateterizasiyası retroqrad uretropieloqrafiyanın aparılması üçün də istifadə oluna bilər. Xəstədə dezintoksikasiya, asidoza qarşı mübarizə məqsədi ilə intensiv transfuzion terapiya, qlükoza və natrium hidrokarbonat məhlullarının istifadəsi ilə aparılır. Konservativ müalicə tədbirləri sidik turşusu mübadiləsinə normallaşdırmaq istiqamətinə yönəlir.

144 xəstədə sidik axımını bərpa etmək mümkün olmuşdur. Belə ki, kateter çıxarıldıqdan sonra, xəstəyə orqanizmdə sidik turşusu sintezini azaltmaq məqsədi ilə urikostatik preparatlardan istifadə olunmuşdur (allopurinol, zilorik, benzobromaron, xipurik, milurit və s.). Xəstədə sidii qələviləşdirmək məqsədi ilə sitrat qarışıqları (solimak, blemaren, maqurlit, bioksit, urokit və s.) istifadə edilmişdir. Sirtat qarışıqlarının istifadəsi urat daşlarının müalicəsində «qızıl standart» sayılır. Bu preparatların tətbiqi qanın turşu-qələvi müvazinətini pozmaqla sidii qələviləşdirməyə imkan vermişdir (1,6,8). Eyni zamanda aparılan müalicə tədbirləri diurezin artırılmasına, mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılmasına, iltihaba qarşı yönəldilmiş, həmçinin düzgün rasional qidalanmaya da fikir verilmişdir (1,6). Əksər hallarda aparılan müalicənin nəticəsində sidiklə çox miqdarda xırda urat konkretinin və qumların xaric olması qeyd edilmişdir. 6 sayda xəstədə böyrək fəaliyyətinin kifayət qədər saxlanmadığını nəzərə alaraq və sərbəst sidik ifrazının mümkünsüzlüyü ilə əlaqədar daimi sidik axarı stendi qoyulmuşdur.

Sidik axarı kateterizasiyasının effektivliyi və ya böyrək kanalcıq səviyyəsində blokada olduqda, oliqoanuriyanın davam etməsi və uremik intoksikasiyanın artması ilə əlaqədar aktiv müalicə metodu kimi hemodializ proseduralarının tətbiqinə zəruriyyət yaranır. Bizim tərəfdən çox illik müşahidələr əsasında hemodializ proseduralarına göstəriş prinsipi işlənib hazırlanmışdır: 2-3 gün davam edən böyrək blokadası, konservativ müalicə və sidik axarı kateterizasiyasının effektivliyi (diurez bərpa olunmur), hiperazotemiya, su-elektrolit mübadiləsi pozğunluğu və asidozla əlaqəli xəstələrin ağır vəziyyəti (3).

Bizim təcrübəmizdə 54 xəstəyə hemodializ seansları aparılmışdır. 27 xəstədə kəskin böyrək çatışmazlığı, 27 xəstədə isə xroniki böyrək çatışmazlığının kəskinləşməsi qeydə alınmışdır. Böyrək çatışmazlığının səbəbi 16 xəstədə ikitərəfli böyrək və sidik axarlarının daşları, 24 xəstədə fəaliyyəti olan böyrəyin ləyən və sidik axarının daşları və kontralateral böyrəyin büzüşməsi, 10 xəstədə tək böyrəyin ləyən və sidik axarı seqmentinin və ya sidik axarının okkulyuziyası, 4 xəstədə böyrək kanalcıqlarının blokadası və bunlardan 1 xəstədə isə mieloleykoza görə 6 merkopturilə müalicədən sonra baş verən fəsadlaşma olmuşdur. Xəstələrin 45-i kişi, 9-u qadın olmuşdur.

Bu kateqoriyalı xəstələrdə hemodializ proseduralarının tətbiqi patogenetik cəhətdən əsaslanmış sayılır. Hemodializ seansları zamanı orqanizmdən sidik turşusunun aktiv eliminasiyası baş verir, asidoz halı ləğv olunur. Beləliklə, hemodializ proseduraları zamanı böyrək toxuması və yuxarı sidik yollarında sidik turşusu kristallarının əriməsinə və sidik yollarının təmizlənməsinə şərait yaranır (4). Dializ proseduraları və aparılan seansların müddəti xəstədə hiperazotemiyanın azalması və su-elektrolit mübadiləsinin tənzimlənməsi, böyrəyin interstisial toxumasının ödemini azaldılması üçün vacib şərtlərdən hesab edilir.

Müşahidələr əsasında 25 xəstədə 1-5 hemodializ seanslarından sonra diurezin bərpası, sidiklə çox miqdarda sidik turşusu duzlarının qum və xırda urat konkretləri şəklində xaric olması və biokimyəvi göstəricilərin tezliklə müsbət dinamikası müşahidə olunmuşdur. 26 xəstədə 3-5 hemodializ seanslarından sonra sidik ifrazı bərpa olmamışdır. Xəstələrin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşdırılması uretropieloqrafiyanı aparmağa, patoloji prosesin xüsusiyyətini, daşların lokalizasiyasını aydınlaşdırmağa və cərrahi müdaxiləni aparmağa imkan vermişdir. Vahid fəaliyyətli böyrəyi olan 12 xəstəyə böyrək ləyəninin daşı, 6 xəstəyə sidik axarının daşına, 6 xəstəyə isə vahid böyrəyin daşına görə cərrahi müdaxilə olunmuşdur. 2 xəstə xroniki böyrək çatışmazlığının kəskinləşməsi diaqnozu ilə klinikaya görülmüş və sonrakı müddətdə proqramlı hemodializ seansları ilə müalicələrini davam etdirmişdirlər.

Beləliklə, aydın olur ki, böyrəklərin sidik turşusu duzları ilə kəskin blokadası, konkretlərlə okkulyuziyası zamanı xəstələrin düzgün müalicə taktikasının seçilməsi bir sıra hallarda lazımsız cərrahi müdaxilənin tətbiqindən imtina etməyə imkan verir və bir çox hallarda isə cərrahi müdaxilənin nəticəsini yaxşılaşdırır. Hemodializ seansları böyrəklərin kəskin sidik turşusu blokadasının müalicəsində effektiv müalicə üsulu kimi tətbiq olunur.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Ağayev H.A. –Böyrək fəaliyyətindən asılı olaraq nefrolitiazlı xəstələrdə sidik turşusu, lipid və parathormon mübadiləsinin öyrənilməsi.- t.e.n. avtoref.Bakı, 2006, 23 səh.
2. Алчинбаев М.К., Малих А.М. и др. -Опыт применения препарата уроцит К в лечении уратного нефролитиазе. – Медицина, 2007, №3, стр.11-14.
3. Джавад-Заде М.Д., Агаев М.М., Кадыров А.Г. -Гемодиализ в комплексном лечении больных мочекислым нефролитиазом, осложненным почечной недостаточностью. «Урология и нефрология». 1988, №5, стр.3-6.
4. Джавад-Заде С.М. –Мочекаменная болезнь в эндемической регионе.- Баку, 1996.
5. Чудновская М.В., Франг Д. и др. –Нарушение углеводного и жирового обмена у больных мочекислым нефролитиазом и мочекислым диатезом. –«Урология и нефрология». 1981, №2, стр. 24-29.
6. Ettinger B. et.al. «Potassium-magnezium citrate is an effective prophylaxis against recurrent calcium oxalate nephrolithiasis». “Fh Journal of Urology” vol 158, December 1997. p. 2069-2073.
7. Wrabner W., Worlicek H. «The relation between qont and diabet mellitus». “Fortsehr. Med”- 1981, B.d.99 №29 -1137-1140.
8. Robert Y. Alpren. Khashayar Sakhaee et.al. –The clinical spectrum of chronic methabolic asidosis: Homeostatic mechanisms produce significant morbidity“. American Journal of Kidney Diseases” vol. 29. №2-1997. p.291-302.

РЕЗЮМЕ**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МОЧЕКИСЛОЙ БЛОКАДЫ ПОЧЕК**

Гамидов И.М., Кадыров А.Г., Агаев Х.А.

Сообщается о лечении 199 больных с острой мочекислрой блокадой почек приведшей к острой почечной недостаточности (ОПН) или обострению хронической почечной недостаточности (ХПН). Поэтапное лечение включало катетеризацию мочеточников, медикаментозную терапию, оперативное вмешательство и гемодиализ. Отмечается, что в 54 случаях возникла необходимость в применении гемодиализа, причем у 25 из этих больных диурез восстановился, и отпала необходимость в оперативном вмешательстве что доказывает патогенетическую оправданность этого метода лечения при мочекислрой кризе и острой мочекислрой блокаде почек. Подчеркивается необходимость применения цитратных смесей в медикаментозном лечении этих больных.

SUMMARY**EXPERIENCE OF TREATMENT ACUTE URINE ACID BLOCKADE OF KIDNEYS.**

Hamidov I.M., Qadirov A.H., Agayev H.A.

It is repoted about treatment 199 patients with acute urine acid blockade of kidneys brought to acute renal insufficiency or to exacerbation of chronic renal insufficiency (CRI). Step by step treatment included ureteric catheterization, medicamental therapeutics, surgical intervention and hemodialysis. It is noted that in 54 cases there has been arisen necessity in applying hemodialysis, so that in 25 cases of these patients dieresis has been recovered and there has been past surgical intervention of pathogenetic propriety for this treatment method in urinacid crisis and acute urinacid blockade of kidneys. It is underlined necessity of applying citrate mixtures in medicamental treatment of thes patients.

Daxil olub: 17.03.2009. Rəyə göndərilib: 24.03.2009.

METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ AĞRISIZ İŞEMİYANIN AŞKAR OLUNMASI VƏ BİSOPROLOLLA MÜALİCƏNİN EFFEKTİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

Məmmədli N.M.

Akad. C. Abdulayev adına ET Kardiologiya İnstitutu.

Miokardın lal işemiyası (MLİ) ürək əzələsinin tranzitor, qısamüddətli işemiya epizodlarıdır ki, bu zaman miokardın metabolizmində, yığılma funksiyasında və elektrik aktivliyində dəyişiklik baş verir. Obyektiv olaraq bəzi instrumental müayinə metodları, məsələn, elektrokardiogrammanın Xolter üsulu ilə sutkalıq monitorlanması, tredmil yüklənmə testi, miokardın perfuziya pozğunluğunu aşkara çıxaran stress tallium testi və ventrikulyar disfunksiyanı müəyyən edən stress EXO-KQ vasitəsilə diaqnozlaşdırılmasına baxmayaraq, xəstədə tipik stenokardiya tutması və ya hər hansı diskomfort hissi müşahidə olunmur.

Ağrılı və ağrısız işemiyanın patogenetik mexanizmi eynidir[4;7]. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, miokardın lal işemiyası da digər işemiyalar kimi miokardın oksigenə tələbat/təchizat balansının sola meyl etməsi ilə əlaqədardır və işemiyanın şiddəti ağrının olub-olmamasından asılı deyil[1] [9]. Lakin bu işemiyanın ağrısız keçməsi mexanizmi tam aydın deyil. Bir qisim tədqiqatlara görə miokardın lal işemiyası miokarddaxili sinir ucluqlarının şəkərli diabet [ŞD] səbəbli neyropatiyası ilə əlaqədardır[9]. Digər tədqiqatlara görə MLİ, ötürücü sistemin defekti [2], mərkəzi sinir sisteminin işindəki dəyişiklik[10] və ya qanda endorfinlərin [9] və yaxud da iltihab sisteminin aktivləşməsi nəticəsində iltihab sitokinlərinin miqdarının artmasının nəticəsidir[6]. Eyni zamanda anemiyaların, psixoloji və genetik faktorların da rolu müəyyən olunmuşdur.

Miokardın lal işemiyasının ən spesifik əlaməti ST seqmentinin izoxəttə nəzərən 1mm-dən çox depressiyasıdır ki, 60 san-dən çox çəkiddə diaqnoz dəqiqləşir. Ümumiyyətlə, bütün işemik epizodların 90%-i lal gedişli olur.[8]. Tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, miokardın lal işemiyası şəkərli diabetli xəstələrin 20-35%-də, stenokardiya xəstələrin 40-60%-də, miokard infarktı keçirmiş xəstələrin 20-30% -də müşahidə olunur. Lakin metabolik sindromlu xəstələrdə miokardın lal işemiyası üzrə geniş tədqiqat aparılmamışdır.

İşin məqsədi: metabolik sindromlu xəstələrdə miokardın lal işemiyasının müəyyən olunması və belə xəstələrdə b-blokatorların effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

Material və metodlar: Tədqiqata 39-58 yaşlı (orta yaş 49,3±5,67) 77 (n=77) şəxs (41 kişi və 36 qadın) daxil edilmişdir. Bunlardan I qrupa daxil olan 18 nəfəri (n=18) 2-ci tip ŞD-lə ağırlaşmış metabolik sindromlu, II qrupa daxil olan 17-si (n=17) 2-ci tip ŞD-lə ağırlaşmamış metabolik sindromlu, III qrupa daxil olan 16-i (n=16) 2-ci tip ŞD-i olan lakin metabolik sindromu olmayan, IV-nəzarət qrupuna daxil olan 26 nəfəri (n=26) isə nə metabolik sindromu, nə də 2-ci tip şəkərli diabeti olmayan, praktik sağlam şəxslərdir. Metabolik sindromun diaqnostikası NCEP ATP III-ün (National Cholesterol Education Program, adult Treatment Pannel III) kriteriyalarına əsasən aparılmışdır. Qanda qlükozanın səviyyəsi qlukozooksidaza metodu ilə müəyyən olunmuşdur. Bütün şəxslər elektrokardiogrammanın Xolter üsulu ilə sutkalıq monitorlanmasından keçirilmişdir. Miokardın lal işemiyası diaqnozu stenokardiya tutması olmadan 60 san-dən uzun çəkən ST seqmentinin depressiyasının qeyd olunmasına əsasən qoyulmuşdur.

Xəstələr 12 həftə 5-10 mg/sut dozalarda selektiv b1-adrenoblokator olan bisoprolol fumarat (Konkor, firma “Nycomed Avstria GmbH”) qəbul etmişlər. 12 həftədən sonra bütün xəstələr təkrarən elektrokardiogrammanın Xolter üsulu ilə sutkalıq monitorlanmasından keçirilmişlər. Alınmış nəticələr ilkin nəticələrlə müqayisə olunmuşdur.

İstisna kriteriyasına daxil olunmuşlar:

- Sinoatrial və atrioventrikulyar blokadası olan xəstələr;
- Beyin qan dövrəni pozğunluğu olan xəstələr.

Verilənlərin statistik işləmələri Mann-Uitneyin U kriteriyasına əsasən, göstəricilərin orta qiymətinin və onların standart meylətməsinin hesablanması isə MS Excel 2003 proqram təminatı paketi ilə aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Miokardın lal işemiyasının xəstələr arasında yayılması göstəriciləri Cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1.

Bisoprolol fumarat ilə müalicədən əvvəl və sonra miokardın lal işemiyasının qruplar üzrə rastgəlmə tezliyi (%-lə).

qruplar	Miokardın lal işemiyası (%)	
	müal. əvvəl	müal. sonra
I	44,4 (8)	27,8(5)
II	23,5 (4)	17,6(3)
III	25,0 (4)	18,2(3)

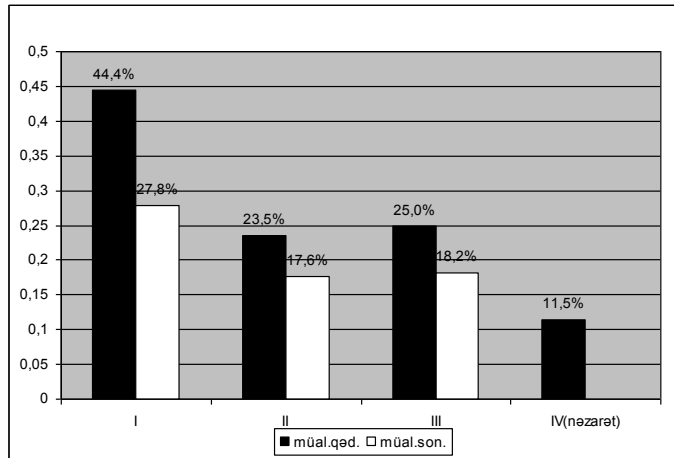
Göründüyü kimi, I qrupa daxil olan xəstələrin 18-dən 8-də (44,4%), II qrupa daxil olan xəstələrin 17-dən 4-də (23,5%), III qrupa daxil olan xəstələrin 16-dən 4-də (25,0%) miokardın lal işemiyası müşahidə olunmuşdur. Praktik sağlam şəxslərdən ibarət olan IV nəzarət qrupunda isə 26 nəfərdən 3-də (11,5%) lal işemiya epizodları aşkar olunmuşdur.

Nəticələrdən göründüyü kimi, 2-ci tip şəkərli diabetlə ağırlaşmış metabolik sindromlu xəstələrdə lal işemiyanın rastgəlmə faizi ən yüksək həddədir. II və III qruplarda MLI-nın rastgəlmə faizləri göstəriciləri bir-birinə yaxındır, lakin I qrupdan xeyli, təqribən 2 dəfəyə yaxın kiçik, nəzarət qrupundan isə təqribən bir o qədər dəfə yüksəkdir. Buradan belə məlum olur ki, 2-ci tip şəkərli diabetlə ağırlaşmamış metabolik sindromun digər bütün kriteriyalarının (o cümlədən, qlükozaya tolerantlığın) miokardın lal işemiyasına səbəb olma ehtimalı, 2-ci tip şəkərli diabetin həmin işemiyaya səbəb olma ehtimalı ilə təqribən eynidir. Bundan başqa metabolik sindrom 2-ci tip şəkərli diabetlə ağırlaşdıqda bunların ayrı-ayrılıqda miokardın lal işemiyasına səbəb olma ehtimalları cəbri olaraq artır. IV- nəzarət qrupunda MLI-nın rast gəlməsi anemiya, MSS tipli dəyişiklik və ya ağrı həddinin individual olması[3] kimi digər faktorlardan asılı olmuşdur.

Diqram 1.

Bisoprolol fumaratın qruplarda miokardın lal işemiyasının rastgəlmə tezliyinə təsirinin effektivliyi (%-lə).

Diqram 1-dən göründüyü kimi müalicədən sonra I qrupda bu göstərici xeyli azalaraq 18 xəstədən 5-də (27,8%) müşahidə olunmuşdur və IV nəzarət qrupunun faizlə göstəricisinə bir qədər yaxınlaşmışdır. II və III qruplarda da həmçinin MLI-nın rastgəlmə tezliyi müvafiq olaraq 17 və 16 xəstədən 3-də (17,6% və 18,2%) qeyd olunmuşdur və IV nəzarət qrupunun faizlə (11,3%) göstəricisinə daha çox yaxınlaşmışdır.



Cədvəl 2.-də bütün qruplar üzrə ST seqmentinin maksimal səviyyəsinin orta statistik göstəriciləri verilmişdir. Buradan aydın görünür ki, I qrupda müalicəyə qədər ST seqmenti ən yüksək göstəriciyə çatmış və nəzarət qrupunun göstəricisindən dürüst olaraq fərqlənmişdir. Eyni zamanda II və III qruplardakı göstəricilərdən zəif dürüst də olsa, fərqlidir ($p < 0,05$). II və III qruplardakı müalicəyə qədər ST seqmentinin göstəriciləri bir-birinə yaxındır ($p > 0,05$) və IV-nəzarət qrupundan dürüst fərqli olaraq yüksəkdir.

Müalicədən əvvəl və sonrakı nəticələri müqayisə etdikdə 2-ci tip şəkərli diabetlə ağırlaşmış xəstələrdə nəticələr fərqlinin zəif dürüst ($p < 0,05$), diabetiz metabolik sindromlu xəstələrdə və metabolik sindromu olmayan diabetli xəstələrdə nəticələr fərqlinin isə dürüst olmamasına ($p > 0,05$) baxmayaraq müalicədən sonra ST seqmentinin maksimal səviyyəsinin orta statistik göstəricisi xeyli azalmışdır və IV – nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə müqayisədə bütün qruplar üzrə dürüst olmayan nəticələr alınmışdır ($p > 0,05$). Bundan başqa, Cədvəl 2-dən göründüyü kimi müalicədən sonra I qrupda ST seqmentinin maksimum səviyyəsi müalicəyə qədərkindən fərqli olaraq II və III

qruplardakı göstəricilərə yaxınlaşmışdır ($p > 0,05$). II və III qruplar arasındakı fərq isə dürüst olmasa da, II qrupdakı göstərici daha çox azalmışdır.

Cədvəl 2.

Bisoprolol fumarat ilə müalicədən əvvəl və müalicədən sonra qruplarda ST seqmentinin maksimum depresiyası göstəricisinin dəyişməsinin müqayisəsi.

qruplar \ ST _{max} seqmenti	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra
I	2,06±0,09 ^{▲•(1-2)}	1,52±0,11 ^{*■^(1-2)}
II	1,65±0,10 ^{▲••(2-3)}	1,27±0,07 ^{*■^(2-3)}
III	1,68±0,10 ^{▲•(1-3)}	1,37±0,03 ^{*■^(1-3)}
IV (nəzarət)	1,23±0,03	

Qeyd:

* - müalicədən əvvəlki və sonrakı nəticələr fərqlinin dürüstlüyü:

* - $p < 0,05$

** - $p > 0,05$ -fərq dürüst deyil.

▲ - müalicəyə qədər və nəzarət qrupunun nəticələr fərqlinin dürüstlüyü. - $p < 0,01$.

■ - müalicədən sonra və nəzarət qrupunun nəticələr fərqlinin dürüstlüyü. - $p > 0,05$. fərq dürüst deyil.

● - müalicəyə qədər qruplararası nəticələr fərqlinin dürüstlüyü:

● - $p < 0,05$

●● - $p > 0,05$ -fərq dürüst deyil.

▲ - müalicədən sonra qruplararası nəticələr fərqlinin dürüstlüyü. - $p > 0,05$. fərq dürüst deyil.

Nəticə:

1. İkinci tip şəkərli diabetlə ağırlaşmış metabolik sindromlu xəstələrdə miokardın lal işemiyası epizodlarının rastgəlmə tezliyi ayrı-ayrılıqda metabolik sindromlu və ikinci tip şəkərli diabetli xəstələrdəki göstəricilərdən yüksək olur (müvafiq olaraq, 20,9 və 19,4%).

2. Metabolik sindrom şəkərli diabetlə ağırlaşmadıqda belə digər kriteriyalar sayəsində miokardın lal işemiyasına səbəb olur (23,5%).

3. İkinci tip şəkərli diabetlə ağırlaşmış metabolik sindromlu xəstələrdə ST seqmentinin maksimal göstəricisi ayrı-ayrılıqda metabolik sindromlu və şəkərli diabetli xəstələrdə olduğundan daha yüksək həddə qeydə alınır.

4. b-adrenoblokator bisoprolol həm ikinci tip şəkərli diabetlə ağırlaşmış, həm də diabetiz metabolik sindromlu xəstələrdə miokardın lal işemiyasının rastgəlmə tezliyini azaldır və ST seqmentinin depresiyasının maksimal həddini aşağı salır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

- Beller GA. Clinical Nuclear Cardiology. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1995.
- Droste C, Roskamm H. Experimental pain measurement in patients with asymptomatic myocardial ischemia. J Am Coll Cardiol. 1983; 1: 340–345.
- Falcone C, Sconocchia R, Guasti L, et al. Dental pain threshold and angina pectoris in patients with coronary artery disease. J Am Coll Cardiol. 1998; 12: 348–352.
- Hecht HS, DeBord L, Sotomayor N, et al. Truly silent ischemia and the relationship of chest pain and ST segment changes to the amount of ischemic myocardium: evaluation by supine bicycle stress echocardiography. J Am Coll Cardiol. 1994; 23: 369–76.
- Mark DB, Hlatky MA, Califf RM, et al. Painless exercise ST deviation on the treadmill: long term prognosis. J Am Coll Cardiol. 1989; 14: 885–888.
- Mazzone A, Cusa C, Mazzucchelli I, et al. Increased production of inflammatory cytokines in patients with silent myocardial ischemia. J Am Coll Cardiol. 2001; 38: 1895–1901.
- Miranda CP, Lehmann KG, Lachterman B, et al. Comparison of silent and symptomatic ischemia during exercise testing in men. Ann Intern Med. 1991; 114: 645–656.
- Pierdomenico SD, Bucci A, Costantini F, et al. Circadian blood pressure changes and myocardial ischemia in hypertensive patients with coronary artery disease. J Am Coll Cardiol. 1998; 31: 1627–1634.
- Ramin Tabibiazar, MD and Steven V. Edelman, MD. Silent Ischemia in People With Diabetes: A Condition That Must Be Heard. Clinical Diabetes January 2003 vol.21 no1 5-9.

10.Shlomo Stern, MD. Angina Pectoris Without Chest Pain. Circulation. 2002; 106:1906-1908.

SUMMARY

DETERMINATION OF MYOCARDIAL SILENT ISCHEMIA IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AND ASSESSMENT EFFICACY OF TREATMENT OF MYOCARDIAL SILENT ISCHEMIA WITH BISOPROLOL.

Mammedli N.M.

Aim of the study was to determine myocardial silent ischemia in patients with metabolic syndrome and to assess efficacy of treatment of myocardial silent ischemia in these patients with selective b-blocker-bisoprolol. 77 person aged 39-58 (average $49,3 \pm 5,67$) were studied. They were divided into 4 groups: I. Patients with metabolic syndrome and diabetes mellitus; II. Patients with metabolic syndrome without diabetes mellitus; III. Patients with diabetes mellitus without metabolic syndrome; IV. Control group-composed of healthy people. Methods: 24-hour ECG recording were used to detect silent myocardial ischemia and depression of segment ST, and to assess the effect of beta blocker bisoprolol. Results: Before treatment in 44,4% of patients in the I group were observed episodes of myocardial silent ischemia and highest depression of ST segment ($2,06 \pm 0,09$). After treatment episodes of myocardial silent ischemia was only in 27,8% and ST segment depression significantly ($p < 0,05$) reduced and was $1,52 \pm 0,11$. In II and III groups before treatment episodes of myocardial silent ischemia were observed respectively 23,5 % and 25% of patients, which after treatment reduced and became 17,6% and 18,2%, respectively. After treatment ST segment depression (before treatment, $1,65 \pm 0,10$ and $1,68 \pm 0,10$, respectively) also reduced (after treatment, $1,27 \pm 0,07$ and $1,37 \pm 0,03$, respectively) in both groups. Conclusion: Episodes of silent myocardial ischemia and maximal ST segment depression occurs in patients with metabolic syndrome complicated with diabetes mellitus more than separately in patients with metabolic syndrome and diabetes mellitus. Metabolic syndrome is associated with silent myocardial ischemia without diabetes mellitus. Selective β -adrenoblocker bisoprolol reduces silent myocardial ischemia and ST segment depression in patients with metabolic syndrome complicated with diabetes mellitus and without diabetes.

Daxil olub: 24.03.2009. Rəyə göndərilib: 31.03.2009.

ŞƏKƏRLİ DIABETİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ PIY HEPATOZUNUN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ HEPTRALIN TƏTBİQİ

İbrahimov Ə.Z.

Azərbaycan Tibb Universitetinin 2-ci müalicə-profilaktika fakültəsinin daxili xəstəliklər kafedrası

2-ci tip şəkərli diabet (ŞD) bir çox hallarda qaraciyərin piy distrofiyasının – piy hepatozunun (PH) inkişaf etməsinə gətirib çıxarır. PH patogenezinə lipidlərin peroksid oksidləşməsinin aktivləşməsi prosesləri, qaraciyərdə sərbəst yağ turşularının miqdarının artması, dislipidemiya, xroniki hiperqlikemiya, dərman vasitələri əhəmiyyətli rol oynayır [1, 2, 5, 6]. PH qaraciyərin sirrozuna, portal hipertenziyaya və qaraciyər çatışmazlığına səbəb ola bilər. Bu fakt PH patologiyasının klinik əhəmiyyətini müəyyən edir [2].

Normal qaraciyərdə piyin miqdarı onun kütləsinin 1,5%-dən çox olmur və piy adi histo-loji müayinə zamanı aşkar edilmir. Hepatositlərdə kiçik piy damlları işıq mikroskopiyası zamanı aşkar edilir, əgər onun miqdarı 2-3%-ə qədər yüksəlsə, o zaman bu hal patoloji vəziyyət - qaraciyərin piy infiltrasiyası (steatoz) kimi qiymətləndirilir [11, 13]. Hepato-sellülar lipidlər başlıca olaraq triqliseridlərdən ibarət olur. Qaraciyər hüceyrələri özləri sərbəst şəkildə asetilkoenzim A-dan,

xüsusilə onun artıq miqdarda olduğu zaman yağ (piy) turşuları sintez etmək qabiliyyətinə malikdir. Hepatositdə triqliseridlərin sintez edilməsi ilə onda olan yağ turşularının, asetikoenzim A-nın və qlükozanın miqdarı arasında birbaşa asılılıq vardır [8,9,10].

Triqliseridlərin hüceyrədən azad olması çox aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin (ÇASLP) tərkibində baş verir. Triqliseridlərin apoproteinlərlə konyuqasiyası endoplazmatik retikulu-mun səthi membranlarında bir sıra fermentlərin iştirakı ilə baş verir. Hepatositlərdə ifraz olunan ÇASLP qanın lipoproteinlipazasının təsiri altında aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərə və yağ turşularına parçalanır [11,12,13].

Xəstəliyin subyektiv təzahürü ya olmur ya da zəif ifadə olunur (zəiflik, iştahanın itməsi, tez doyma hissi, sağ qabırğaaltında ağırlıq və ya diskomfort). PH-nun ən çox rast gəlinən və mühüm əlaməti hepatomeqaliyadır. Hepatomeqaliyanın ağırlıq dərəcəsi qaraciyər steatozunun ağırlıq dərəcəsi ilə korrelyasiya edir və onun gedişini müəyyən edir [3,4,7].

Piy hepatozu zamanı qaraciyərin biokimyəvi sınağının nəticəsi normal olur və ya əhəmiyyətsiz dərəcədə dəyişir: γ -qlutamiltranspeptidazanın (QQTP) səviyyəsinin artması müşahidə olunur. Prosesin steatohepatitin formalaşması ilə şiddətlənməsi zamanı aminotransferazaların (AlAT, AsAt) səviyyəsinin stabil yüksəlməsi müşahidə olunur. Yalnız steatohepatitin yüksək aktivliyi və ya qaraciyər sirrozunun inkişafı zamanı qaraciyərin zülalzintezetmə funksiyası pozulur.

Xəstəlik qadınlarda daha çox rast gəlinir. Ən çox hallarda xəstəlik orta və ahi yaş döv-ründə baş verir. PH steatohepatitin inkişafı və şiddətlənərək qaraciyər sirrozuna keçməsi ilə mürəkkəbləşə bilər [2,3].

Qaraciyərin funksional vəziyyətini yaxşılaşdıran preparatlar içərisində tərkibcə iki təbii maddədən – adenzin və metioninindən ibarət kompleks preparat olan heptral (ademeti-onin) mühüm yer tutur. Heptral dağılmış hüceyrə qışalarının bərpa olunmasında iştirak edir, piyin oksidləşməsinə mane olur, qaraciyərdə zülal sintezini stimullaşdırır.

Tədqiqatın məqsədi 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə piy hepatozunun kompleks müalicəsində ademetioninin (Heptral) effektivliyinin qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları Tədqiqata 2-ci tip şəkərli diabeti olan 40 yaşdan 60 yaşa qədər və diabetlə xəstələnmə müddəti 1-15 il arasında olan 50 xəstə - 30 qadın və 20 kişi daxil edilmişdir. İlk göstəricilər (müalicəyə qədər): BKİ orta hesabla $30,3 \text{ kq/m}^2$ təşkil etmişdir, qlükoza ilə birləşmiş hemoqlobinin (HbA1c) səviyyəsi – 9,1%, acqarına qlikemiya – 190 mq%, postprandial (qida qəbulundan sonra) qlikemiya – 250 mq% (qida qəbulundan 2 saat sonra) olmuşdur. Bütün pasiyentlərdə USM nəticələrinə görə qaraciyərin piy distrofiyası ilə böyüməsi qeyd edilmişdir. Qaraciyər fermentlərinin – aspartat aminotransferazının (AST), alanin aminotransferazının (ALT), qələvi fisfatazanın (QF), qamma-qlutamiltransaminazının (QQT), bilirubin (ümumi, sərbəst və birləşmiş halda) – aktivliyi tədqiq edilmişdir.

Tədqiqat zamanı xəstələrin nəzərə alınan şikayətləri kvantifikasiyon metodla bal şkalasından istifadə etməklə qiymətləndirilmişdir: aydın ifadə olunmuş şikayətlər-3 bal, zəif ifadə olunmuş-2 bal, əhəmiyyətsiz-1 bal, şikayətin olmaması, müvafiq olaraq 0 bal.

Hepatit B və C-ni istisna etmək üçün HbsAg, Anti-HCV müayinəsi aparılmışdır.

Bütün xəstələrə aşağı kalorili “şəkərsiz” pəhriz, fiziki aktivliyin yüksəldilməsi üçün hər gün 1 saat müddətində orta sürətli yerləş təyin edilmişdir. Bütün xəstələrə 2000 mq orta gündəlik dozada metformin verilmişdir. Müalicə prosesində metforminin dozası 2500-2550 mq-a qədər yüksəldilmiş, qlimepridin dozası 1-dən 4 mq-a qədər titrlənmişdir. Xəstələrin 60%-nə əlavə olaraq insulinoterapiya təyin edilmişdir. Bütün xəstələrə 10 gün stasionar müalicə müddətində venadaxili inyeksiya şəkildə 5 ml (400 mq) Heptral (ademetionin) istifadə olunmuş, sonra isə 20 gün müddətində ambulator şəraitdə gündə 3 dəfə daxilə 1 tablet (400 mq) təyin edilmişdir. Acqarına qlikemiya və qida qəbulundan 2 saat sonra qlikemiya həftədə 3 dəfə pasiyentlərin özü tərəfindən fərdi qlükometrin köməyi ilə təyin edilmiş və alınan məlumatlar özünənəzarət jurnalına qeyd edilmişdir. Klinik simptomların dinamikası müşahidənin gedişi zamanı – müalicənin başlanmasına qədər, müalicənin 15-ci günü və müalicənin sonunda (30-cu gün) – qiymətləndirilmişdir.

Alınmış nəticələr Vilkokson-Manna-Uitni fərqlinin dəqiqliyinin qeyri-parametrik meyarlarını tətbiq etməklə variasion statistika metodları ilə işlənmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi Müalicə prosesində bəzi klinik simptomların dinamikası 1-ci cədvəldə göstərilmişdir. 1-ci cədvəldən görüldüyü kimi müalicəyə

qədər bütün xəstələr sağ qabırğaaltında ağırlıq hissindən və diskomfortdan, zəiflikdən və tez yorulmadan, dəri qaşınmasından və dep-ressiyadan şikayət etmişlər. Bu şikayətlər kifayət qədər aydın ifadə olunmuşdur və müva-fiq olaraq orta hesabla 2,7; 2,9; 2,1; 2,8 balla qiymətləndirilmişdir.

Ademetioninlə (Hep-tralla) müalicə fonunda şikayətlərin intensivliyi əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Müali-cənin yarısında sağ qabırğaaltında ağırlıq hissi və diskomfort azalmış və 1,4 (p-0,01) təşkil etmiş, müalicənin sonunda isə 0,4 (p-0,001) bala bərabər olmuşdur. Müalicənin 15-ci günü zəiflik və yorğunluq 1,6 balla (başlanğıc göstəricilərlə müqayisədə fərqin etibarlılığı 0,01 təşkil etmişdir), müalicənin sonunda isə 0,7 balla (p-0,001) qiymətləndirilmişdir. Həmçinin, dəri qaşınmasının əhəmiyyətli dərəcədə azalması (müalicənin 15-ci günü – 1,1 bal, p-0,01, müalicə kursunun sonuna – 0,3 bal, p-0,001) qeyd edilmişdir. Xəstələr əhval-ruhiyyələrinin xeyli yaxşılaşdığını bildirmişlər. Balla qiymətləndirmə şkalası üzrə depressiya əlamətlərinin ifadə olunması müalicənin 15-ci gününə 1,2 bala, p-0,01, müalicənin sonunda isə 0,5 bala, p-0,001 uyğun gəlmişdir.

Cədvəl 1.

Ademetionindən (Heptraldan) istifadə etməklə 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrin müalicəsi zamanı xəstələrin şikayətlərinin ifadə olunma dərəcəsinin dinamikası.

Müşahidə günləri	Sağ qabırğaaltında ağırlıq hissi	Zəiflik, yorğunluq	Dəri qaşınması	Depressiya
Müalicəyə qədər	2,7	2,9	2,1	2,8
Müalicənin 15-ci günü	1,4	1,6	1,1	1,2
Müalicədən sonra (30 gün)	0,4	0,7	0,3	0,5

Beləliklə, Heptral piy hepatozlu 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrin həyat keyfiyyəti parametrlərinin yaxşılaşdırılmasında kifayət qədər yüksək effektivlik göstərmişdir. 2-ci cədvəldə Heptralin qəbuluna qədər və müalicə kursunun sonunda

qaraciyərin ultrasəs müayinəsinin nəticələri göstərilmişdir.

Cədvəl 2.

Piy hepatozlu 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə Heptralla müalicə fonunda qaraciyərin ultrasəs müayinəsi.

Qaraciyərin böyüməsi	Müalicəyə qədər	Müalicədən sonra	Fərqin etibarlılığı
USM	3,4 sm	1,1 sm	p < 0,01

Qaraciyərin böyüməsi PH-nun ən çox daimi klinik simptomudur. Palpasiya zamanı o, zəif sıxlığa, hamar səthə, dəyirmi kənarlara, zəif ağrıya malikdir. USM zamanı xarakterik exostruktur dəyişikliklər qeyd edilir – exogenliyin yüksəlməsi ilə böyümüş qaraciyər aşkar edilir. Qaraciyərin kənarlarının vizualizasiyasının və damarların differensiasiyasının pisləşməsi, onun parenximasından gələn şüaların zəifləməsi qeyd edilir. Portal və dalaq venalarının diametri, portokoval anastomozlar, qaraciyər qan damarlarında qan axını qiymətləndirilir.

2-ci cədvəldən görüldüyü kimi, Heptralla müalicə fonunda müalicənin sonunda qaraciyərin ölçülərinin orta hesabla 3,4 sm-dən 1,1 sm-ə qədər etibarlı azalması qeyd edilmişdir. Müalicə fonunda, həmçinin palpasiya zamanı qaraciyərin həssaslığının əhəmiyyətli dərəcədə azalması qeyd edilmişdir.

3-cü cədvəldə Heptralla müalicə fonunda qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin dinamikasının tədqiqinin nəticələri göstərilmişdir.

3-cü cədvəldən görüldüyü kimi, Piy hepatozlu 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə Heptralla müalicə fonunda qaraciyərin funksional pozğunluğunun ifadə olunmasının əhəmiyyətli dərəcədə azalması qeyd edilmişdir. Müalicəyə qədər AsAT və AlAT-ın aktivliyi müvafiq olaraq normadan 178% və 132% yüksək olmuşdur. 15 gündən sonra göstəricilərin əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşması (AsAT-121%, p-0,05; AlAT-78%, p-0,05) qeyd olunmuşdur, müalicənin sonunda isə fermentlərin aktivliyi maksimal dərəcədə normal qiymətlərə yaxınlaşmış və AsAT-42%, AlAT-23% təşkil etmişdir (başlanğıc göstəricilərlə müqayisədə fərqlərin etibarlılığı hər iki halda 0,01-dir).

Cədvəl 3.

Piy hepatozlu 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə Heptralla müalicə fonunda qaraciyər fermentlərinin aktivliyi.

Fermentlərin aktivliyi	AsAT	AlAT	QF	QQT
Müalicəyə qədər	178%	132%	184%	201%
Müalicənin 15-ci günü	121%	78%	133%	111%
Müalicədən sonra	42%	23%	53%	67%

Deməli, Ademetioninin təsiri altında steatohepatitin ifadə olunma dərəcəsinin azalması və qaraciyərdə patoloji prosesin aktivliyinin sönməsi qeyd edilir. Heptralın təsiri altında xolestatik sindromun biokimyəvi göstəricilərinin azalması qeyd edilmişdir. QF və QQT-nin aktivliyi

184%-dən və 201%-dən müvafiq olaraq 133%-ə (QF müalicənin 15-ci günü p-0,05) və 111%-ə (QQT müalicənin 15-ci günü p-0,05) enmişdir. Müalicənin sonunda xolestatik sindromun ifadə olunmasının obyektiv göstəriciləri əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşmüş və QF (p-0,01) üzrə 53%; QQT üzrə (p-0,01) 67% təşkil etmişdir.

Beləliklə, bizim apardığımız tədqiqat 2-ci tip şəkərli diabeti olan xəstələrdə piy hepatozunun müalicəsində Ademetioninin (Heptralın) kifayət qədər yüksək effektivliyə malik olması faktını təsdiq edir. Xəstələrin dəri qaşınması və sağ qabırğaaltı nahiyədə diskomfort barədə şikayətləri azalır. Heptral xolestatik sindromun ifadə olunmasına aid biokimyəvi göstəricilərin azalmasına səbəb olur, steatohepatitin inkişaf etdiyini göstərən fermentlərin aktivliyini aşağı salır. Heptralın təsiri altında astenik sindromun ifadə olunması əhəmiyyətli dərəcədə azalır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М. Роль окислительного стресса в патогенезе сосудистых осложнений диабета // Проблемы эндокринологии. 2000. №6 С.29-34.
2. Подымова С.Д. Болезни печени 3-е издание. Руководство для врачей. М. Медицина. 1998. 703с.
3. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания печени: диагностика и лечение // РМЖ. 2003. Т 11. №5. С. 291-296.
4. Angulo P/ Treatment of nonalcoholic fatty disease. Ann Hepatol 2002; V/ 12-9/
5. Angulo P, Keach J/C, Batts KP, Lindord KD. Independent predictors of liver fibrosis in patients with non-alcoholic steatohepatitis. Hepatology 1999; 30: 1356-62.
6. Burt AD, Mutton A, Day CP. Diagnosis and interpretation of steatosis and steatohepatitis. Semin Diagn Pathol 1998; 15:246-58.
7. James O, Day CP. Non-alcoholic steatohepatitis: another disease of affluence. Lancet 1999; 353: 1634-36.
8. Kuntz E. Fatty liver-a morphological and clinical review. Med Welt 1999; 50:406-13.
9. Leftkovich JH. Hepatobiliary pathology. Curr Opin Gastroenterol 2003; 19: 185-93.
10. Ludvig J., Viggino T.R., McGill D.B., Oh D.J. Nonalcoholicsteatohepatitis : Majo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease // Mayo Clin.Proc.1980, v.55 p.434-8
11. Moseley RH. Liver and biliary tract. Curr Opin Gastroenterol 2003; 19:181-84.
12. Niemela O, Parkkila S, Yla-Hertuala S, et al. Sequential acetaldehyde production, lipid peroxidation and fibrogenesis in micropig model of alcohol-unduced liver disease. Hepatology 1995; 22; 1208-14.
13. Pessayre D, Mansouri AM, Fromenty B. Nonalcoholic steatosis and steatohepatitis. Mitochondrial dysfunction in steatohepatitis. Am J Physiol 2002; 282:193-99.

РЕЗЮМЕ**ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПТРАЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.**

Ибрагимов А.З.

Проведена оценка эффективности Адеметионина в комплексном лечении жирового гепатоза больных СД2Т. В исследование были включены 50 больных СД2Т в возрасте от 40 до 60 лет, с давностью диабета от 1 до 15 лет. Женщин – 30, мужчин – 20. Уровень

гликированного гемоглобина (HbA1c) – 9,1%. У всех пациентов по результатам УЗИ отмечалось увеличение печени с жировой дистрофией. Проводилось исследование активности печеночных ферментов :аспартат аминотрансферазы(АСТ), аланин аминотрансферазы(АЛТ), щелочной фосфатазы(ЩФ), гамма-глутамилтрансминазы(ГГТ), билирубина(общего, свободного и связанного).

На фоне лечения Адеметионином (Гептралом) интенсивность жалоб существенно снизилась (чувство тяжести и дискомфорта в правом подреберье, кожный зуд, слабость, депрессия). Существенно сократились размеры печени. Статистически достоверно снизилась активность ферментов.

Т.о., наше исследование подтверждает факт достаточно высокой эффективности адеметионина (Гептрал) в лечении жирового гепатоза у больных сахарным диабетом 2 типа. Уменьшаются жалобы больных на кожный зуд, чувство дискомфорта в правом подреберье. Гептрал приводит к снижению биохимических показателей выраженности холестатического синдрома, подавляет активность ферментов, указывающих на развитие стеатогепатита. Под влиянием Гептрала существенно уменьшаются проявления астенического синдрома.

Daxil olub: 15.05.2009. Rəyə göndərib: 22.05.2009.

KƏSKİN PANKREATİTİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ OZONOTERAPİYANIN TƏTBİQİ

Ağayev B.A., Ağayev R.M., Cəfərli Z.E.

Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Tədqiqatın aktuallığı. Son illər kəskin pankreatitə (KP) görə müalicə alan xəstələrin sayının davamlı artması müşahidə olunur (1,2,3).

Xəstəliyin diaqnostika və müalicəsində əldə edilmiş nailiyyətlərə baxmayaraq, hazırkı dövrə qədər onun müalicə nəticələri qeyri- qənaətbəxş olaraq qalmaqdadır. Ümumi letallıq 2,6-9% olduğu halda, KP destruktiv formaları zamanı bu rəqəm 40-70%- ə çatır (4,5,6).

KP letallığının yüksək olaraq qalması, müalicə nəticələrini yaxşılaşdırmağa və xəstələrin klinik reabilitasiyasını sürətləndirməyə yardımçı olan daha effektiv tədbirlərin işlənməsini və tətbiq edilməsini şərtləndirir (3, 5).

Bir sıra müəlliflərin fikrincə, KP müalicəsində qeyri qənaətbəxş nəticələrinin yaranmasında lipoperoksidasiya proseslərinin (LPO) intensivləşməsinin və endogen intoksikasiyanın (EI) artmasının mühüm rolu vardır (7,8). Mədəaltı vəzin iltihabı zamanı qeyd olunan dəyişikliklərin inkişafı, toksiki maddələrin sürətli yığılması ilə nəticələnir ki, bu da xəstələrdə homeostaz pozğunluğunun dərinləşməsinə, müxtəlif hüceyrələrin biomembranlarının autodetoksiyasına, fraqmentasiyasına və ölümünə səbəb olur (9).

Tədqiqatlar, göstərilən dəyişikliklərin adekvat korreksiyası və orqanizmin antioksidant müdafiə (AM) sisteminin gücləndirilməsinin KP-lə olan xəstələrin müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına yardımçı olduğunu göstərmişdir (6,10,11,13).

Son illər, bir sıra cərrahi və terapevtik xəstəliklərin kompleks müalicəsində ozonoterapiya tətbiq edilir (14). Müəlliflərin (13) apardıqları tədqiqatlar göstərmişdir ki, ozonun terapevtik effektləri ayrı-ayrı xəstəliklərin (hepatobiliar patologiyalarında da həmçinin) klinik simptomlarının tezliklə aradan qaldırılmasına, orqanlarda morfoloji dəyişikliklərin sürətli korreksiyasına, ümumi intoksikasiyanın aşağı enməsinə, ayrı-ayrı orqanlarda hemoperfuziyanın yaxşılaşmasına yardımçı olur.

Yuxarıda qeyd olunanlar, tərəfimizdən KP kompleks müalicəsində ozonoterapiyanın tətbiqi ilə bağlı kliniki tədqiqatların aparılması üçün zəmin yaratmışdır.

Tədqiqatın məqsədi: Kəskin pankreatitlə olan xəstələrin kompleks müalicəsində ozonoterapiyanın tətbiqinin səmərəliliyinin öyrənilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqat, akad M.A.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin və 5 saylı Şəhər klinik xəstəxanasının cərrahiyyə şöbələrində KP görə müalicə alan 23 xəstənin (15(65.2%)-qadın, 8(34.8%)-kişi) müalicə nəticələrinə əsaslanmışdır. Xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: birinci qrupu (nəzarət) 12 pasiyent təşkil edirdi. Bu xəstələrin müalicəsi klinikada qəbul olunmuş tradision tədbirlər əsasında aparılırdı; ikinci qrupa (əsas) isə 11 pasiyent daxil edilmişdir. Nəzarət qrup xəstələrdən fərqli olaraq, bu pasiyentlərin kompleks müalicəsində ozonoterapiya tətbiq olunmuşdur.

Tədqiq etdiyimiz xəstələrin 17,4%-də alkoqolizm (nozoloji forma kimi), 8,7%-də əsəb və 26,1%-də ürək-damar sistemi, 34,8%-də tənəffüs sistemi, 52,2%-də mədə-bağırsaq traktı və 17,4%-də sidik-cinsiyyət orqanları tərəfindən yanaşı xəstəliklər qeydə alınmışdır.

Xəstələr yaşa, cinsə, xəstəliyin müddətinə, ümumi vəziyyətinə, ağırlıq dərəcəsinə və yanaşı patologiyaların olmasına görə hər iki qrup arasında dürüst olaraq bölünmüşlər.

Hər iki qrup xəstələrə qospitalizasiya anından başlayaraq intensiv müalicə tədbirlərinə başlanılmışdır. Pasiyentlərə dezintoksikasiya (sutka ərzində 1600-2000 ml həcmində iki dəfə olmaqla duz məhlullarının venadaxili damcı yolu ilə infuziyası), ağrıkəsici (qeyri- narkotik analgetiklər), spazmolitik, antibakterial, antihistamin, sitotoksik preparatlar, proteaz inhibitorları təyin edilmişdir.

İkinci qrup xəstələrin kompleks müalicəsində, 400mkq/l konsentrasiyasında 0,9% 400,0 ml ozonlaşdırılmış natrium xlorid məhlulunun 7 gün ərzində (3 gün ardıcıl, 4 prosedur isə günəşırı) venadaxili damcı yolu ilə yeridilməsi aparılırdı.

Ozonlaşdırılmış fizioloji məhlulun əldə edilməsi üçün «Medozon 4MP-02» ozonatorundan istifadə edilmişdir.

Tədqiq edilən xəstələrin heç birində mədəaltı vəzində destruksiya proseslərinin olmamasına görə cərrahi əməliyyat aparılmamışdır.

KP-lə olan xəstələrin kompleks müalicəsində ozonoterapiyanın tətbiqinin effektivliyi, pasiyentlərin ümum-kliniki və laborator-instrumental müayinələrin müqayisəli şəkildə (müalicənin 1, 3-5, 7-10 sutkalarında dinamik müayinələr aparılmışdır) tədqiqi əsasında qiymətləndirilmişdir.

Statistika, Stüdent və χ^2 meyarlar üzrə əldə edilmiş nəticələrin əsas və nəzarət qrup xəstələrin göstəriciləri arasında dürüst fərqlərin hesablanmasına əsaslanır. Korrelyasiya əlaqəsi Q meyarı üzrə aparılmışdır. Laborator göstəricilərin dinamikasını əks edən hesablanmalar Microsoft Excel XP proqramı vasitəsilə aparılmışdır. Microsoft Word XP mətnli proqramı istifadə olunmuşdur.

Nəticələr və müzakirə: Ozonoterapiyanın effektivliyinin təhlili üçün R.V.Vaşetko və həmmüəllilər (2000) tərəfindən təklif olunmuş ballı şkala üzrə patologiyaların dinamikada kliniki gedişinin və ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi aparılmışdır. Belə ki, xəstələrin birinci qrupunda proqnostik ball $1,56 \pm 0,06$, ikinci qrupda $1,57 \pm 0,06$ olmuşdur. Beləliklə, müayinə olunan hər iki qrup xəstələrdə patologiyaların ağırlıq dərəcəsi qospitalizasiya zamanı eyni olmuşdur ($p < 0,05$).

Birinci qrupda xəstələrin ənənəvi müalicəsi fonunda ümumi zəiflik, halsızlıq, ağrı intensivliyinin və dispeptik təzahürlərin azalması dinamik müşahidənin 3-5- ci sutkalarında azalması ilə özünü biruzə verirdi. Həmin qrupda, müalicənin 3- cü sutkasında proqnotsik ball $1,31 \pm 0,08$ olmuşdur ki, bu da iltihabi prosesin azalmasını göstərir, lakin buna baxmayaraq tədqiq olunan patologiya özünü kifayət qədər göstərir. Ultrasəs müayinəsi zamanı müalicənin 5-7- ci sutkalarında əksər xəstələrdə öd kisəsində hipertenziya, hepatomeqaliya əlamətləri, habelə mədəaltı vəzidə iltihabi xarakterli dəyişikliklərin qalması müəyyən edilmişdir. 7-ci sutkada qanda leykositlərin miqdarının 14,17%, EÇS-14.19%, α -amilaz fəallığının- 15.62%, sidik cövhərinin- 14.85%, şəkərin-19.0% qədər dürüst azalması qeydə alınmışdır. Göstərilən dəyişikliklər mədəaltı vəzinin iltihabının azalmasının və qaraciyər- böyrək çatışmazlığı təzahürlərinin aradan qaldırılmasını göstərir.

Kliniki və laborator-instrumental müayinələr, tədqiq edilən kəskin ödemli pankreatitli xəstələrdə, müalicə başlamamışdan öncə, endogen intoksikasiya sindromunun kəskin artmasını göstərir. Bu orta çəkili molekulların 48,2 % ($p < 0,05$) artması, albuminin ümumi və effektiv konsentrasiyasının uyğun olaraq 15.5% və 33,2% ($p < 0,05$) azalması; plazmanın toksiklik indeksinin normadan 4,0 dəfə ($p < 0,05$) çox olması ilə özünü göstərmişdir.

Lipidlərin peroksidləşmə proseslərində də intensivləşmə qeydə alınmışdır. Laborator

müayinələr diyen konyuqatların səviyyəsinin 119,2% ($p<0,05$), malon dialdehidin 125,4% ($p<0,05$) qədər artmasını göstərmişdir. A_2 fosfolipazın fəallığının 7.3 dəfə ($p<0,05$) artmışdır.

Qanın plazma tərkibi təhlil edilərkən məlum olmuşdur ki, summar fosfolipidlərin səviyyəsi 19,0%, xolesterol efiri – 31,3 % qədər azalmışdır.

Ənənəvi müalicələrin aparılması nəticəsində endotoksikozun dərəcəsi bir qədər azalmışdır. Müalicənin 3-5 sutkasından başlayaraq endotoksikoz səviyyəsinin reqressiyası başlamış, müşahidələrin son mərhələsində (7-ci sutka) tədqiq olunan göstəricilərin əksəriyyəti ilkin göstəricilərlə dürüst olaraq fərqlərlənmişdir. Belə ki, albuminin ümumi konsentrasiyası 17,3% ($p<0,05$), effektiv albumin - 23,6 % ($p<0,05$) azalmışdır. Toksiklik indeksi normadan 98.4 % ($p<0,05$) artıq olmuş, orta çəkili molekulların səviyyəsi 21,5 % ($p<0,05$) yüksək olmuşdur.

Tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, ilk 3 sutka ərzində KP-in bazis terapiyası lipidlərin peroksidləşməsi və A_2 fosfolipaz fəallığının intensivliyinə təsir göstərmişdir. Belə ki, diyen konyuqatları normal səviyyədə 2,6 dəfə, malon dialdehidin səviyyəsi 117.6% yüksək olmuşdur ($p<0,05$).

Yalnız müalicənin 5- ci sutkasından LPO nun azalması, AM sisteminin isə güclənməsi aşkar edilmişdir. Bu müddət ərzində A_2 fosfolipaza fəallığının azalması və katalaza fəallığının artması müşahidə olunmuşdur ki, bu da orqanizmin antioksidant statusunun artmasını göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, KP ənənəvi terapiya, müalicənin 7-cu sutkasında LPO-AM sistemini stabilləşdirə bilmədi, tədqiq olunan göstəricilər müşahidələrin 7-ci sutkasında normal göstəricilərlə müqayisədə dürüst fərqlərə malik olmuşlar.

Təyin olunmuşdur ki, KP-li xəstələrdə lipid mübadiləsinin patoloji transformasiyası ənənəvi terapiyanın ilk 3 sutka ərzində inkişaf edirdi. LPO-AM sistemində patoloji dəyişikliklərin reqressiyası yalnız müalicənin 5- ci sutkasında özünü göstərirdi.

Klinik müşahidələrdən məlum olmuşdur ki, KP ənənəvi müalicəsi zamanı xəstələrin vəziyyətinin stabilləşməsi yalnız 5-7-ci sutkalarda başlayırdı. Proqnostik balın hesablanmasından məlum olmuşdur ki, müalicənin 3-cü sutkasında pankreonekrozun yaranma təhlükəsi yüksəkdir. Bu hal KP-li xəstələrin müalicəsi üçün digər vasitələrin axtarılmasını labüd edir.

Nəzarət qrupuna aid olan xəstələrin stasionarda qalması $13.76\pm 0,29$ çarpayı- gün təşkil etmişdir.

Qeyd olunduğu kimi, əsas qrup xəstələrin kompleks müalicəsində ozonoterapiya tətbiq edilmişdir. KP-li xəstələrə ozonoterapiyanın aparılması, mədəaltı vəzidə iltihabi proseslərin intensivliyini daha erkən mərhələlərdə azaltmağa imkan vermişdir. Xəstələrin ümumi vəziyyətində dürüst dinamik fərqlər müşahidənin 3-cü sutkasında aşkar olunmuşdur. Belə ki, qanda α -amilazın fəallığı I qrup xəstələrlə müqayisədə 14,47 %, sidik diastazasının isə 48,27 % az olmuşdur ($p<0,05$).

Lakin buna baxmayaraq, 3-cü sutkada proqnostik balların hesablanmasından məlum olmuşdur ki, I qrup xəstələr kimi əsas qrup pasiyentlər də müalicənin bu dövründə ağır olaraq qalırdılar (proqnostik bal $1,29\pm 0,08$ təşkil etmişdir).

KP-li xəstələrin kompleks müalicə tədbirlərinə ozonlaşdırılmış natrium xlorid məhlulunun venadaxili yeridilməsi endogen intoksikasiya sindromunun qabarıqlılığını azaltmağa imkan vermişdir. Lakin müsbət effekt kompleks müalicənin 5-7-ci sutkalarında aşkar olmuşdur. Belə ki, müşahidənin 5- ci sutkasında ortamolekulyar səkilli zülal təbiətli toksik maddələrin səviyyəsi birinci qrupla müqayisədə 13,7 % ($p<0,05$); 5- ci sutkada 11,8 % ($p<0,05$) və 7-ci sutkada 10.4% ($p<0,05$) aşağı olmuşdur.

Müşahidənin 7- ci sutkasında albuminin ümumi və effektiv konsentrisiyası nəzarət qrupuna nisbətən uyğun olaraq 13,4 və 36.8 %, 7-ci sutkada 15.8 və 14.7 %. dürüst yüksək olmuşdur. Müşahidənin bu mərhələlərində toksiklik indeksi nəzarət qrupuna nisbətən uyğun olaraq 25,4% aşağı olmuşdur.

Məlum olmuşdur ki, ozonoterapiyanın aparılması lipidlərin peroksidləşməsinin intensivliyinə, qanda A_2 fosfolipaz və katalazanın fəallığına müsbət təsir göstərmişdir. Belə ki, dienkonyuqatların dinamikada konsentrasiyası ozonoterapiyanın 3- cü sutkasında 12,7 % ($p<0,05$), 5- ci sutkasında 32.6 % ($p<0,05$), 7- ci sutkada 17.9 % ($p<0,05$) dürüst azalırdı. A_2 fosfolipaz fəallığının dinamikası müalicənin 3-cü sutkasında 11,7 % ($p<0,05$), 5- ci sutkada 12.4 % ($p<0,05$)

və 7-ci sutkada 22.8 % ($p < 0,05$) azalır. Katalazanın fəallığı birinci qrupla müqayisədə 5-ci sutkada 23.4 % ($p < 0,05$), 7-ci sutkada isə 32.4% yüksək olmuşdur.

Birinci qrupla müqayisədə əsas qrup pasiyentlərdə summar fosfolipidlərin səviyyəsi 3-cü sutkada 22.8 % ($p < 0,05$), 5- ci sutkada 17.6 % ($p < 0,05$), 7-ci sutkada 13.8 % ($p < 0,05$) aşağı olmuşdur.

Beləliklə, KP-li xəstələrə ozonoterapiyasının tətbiqi nəticəsində mədəaltı vəzidə iltihabi proseslərin intensivliyi daha sürətlə azalır. Endogen intoksikasiya dərəcəsi aşağı düşmüş, lipidlərin peroksidləşmə aktivliyi, habelə A_2 fosfolipazın fəallığı azalmış, antioksidant fermentlərin fəallığı artmışdır. Ozonoterapiyanın müsbət effekti əsasən kompleks müalicənin 3-5-ci sutkalarında özünü göstərmişdir.

Bu qrup xəstələrin stasionarda qalması $11,54 \pm 0,43$ çarpayı- gün olmuşdur ki, bu da birinci qrupla müqayisədə 2.21 çarpayı- gün və ya 16.13% ($p < 0,05$) az olmuşdur.

Beləliklə, KP-li xəstələrin kompleks müalicəsi zamanı ənənəvi müalicə tədbirlərinin aparılması, orqanizmin detoksikasiya qüvvəsinin artmasını sübut edir ki, bu da qan zərdabının toksiklik indeksinin və orta çəkili molekul titrin azalması ilə təsdiq olunur.

Lakin laborator müayinələrin müsbət dinamikası, nəzarət qrupuna aid olan xəstələrdə müalicənin 3-5-ci sutkalarında özünü göstərirdisə, əsas qrup pasiyentlərdə müşahidənin ilk günlərindən qan zərdabında lipidlərin peroksidləşməsinin intensivliyi, habelə A_2 fosfolipazın fəallığının azalması, katalazanın fəallığının isə artması qeydə alınmışdır.

Şübhəsiz ki, II qrup xəstələrdə laborator göstəricilərin bir qədər sürətlə stabilləşməsi qaraciyərin funksional vəziyyətinin korreksiyası ilə də izah olunur. Buna sübut onun detoksikasiya, albumin sintez etmə funksiyalarının bərpası olmasıdır.

Nəticə:

Əldə edilmiş nəticələrdən məlum olur ki, kəskin pankreatitə görə müalicə alan xəstələrin kompleks müalicəsində ozonoterapiyanın tətbiqi, mədəaltı vəzidə iltihabi proseslərin sönməsinə, habelə reparativ proseslərin fəallaşmasına əlverişli mühit yaradır. Kliniki, laborator-instrumental müşahidələr II qrup pasiyentlərdə ağrı sindromunun, dispeptik təzahürlərin, habelə homeostazda (endogen intoksikasiyanın azalması, lipidlərin peroksidləşmə intensivliyinin artması) baş verən dəyişikliklərin bir qədər sürətlə aradan qaldırılmasına yardımçı olur. Bu tədqiq edilən patologiyanın patogenetik dəyişikliklərinə məqsədyönlü təsir göstərərək klinik effektlərlə özünü göstərir.

Göstərilənlər, əsas qrup xəstələrin kliniki reabilitasiyasının yaxşılaşmasına və stasionarda qalma müddətinin 2.21 çarpayı- gün azalmasına səbəb olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

- 1.Багненко С. Ф. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания / С. Ф. Багненко, Н. В. Рухляда, А. Д. Толстой, В. Р. Гольцов. Под ред. Озерова В. Ф. // С-Петербург. НИИ скорой помощи им. И. И. Джанилидзе. -СПб, 2002. - 24 с.
- 2.Дегтярёва И. И. Панкреатит. - Киев: Здоров'я, 1992. - 168 с.
- 3.Колесова О.Е., Леонтьева Г.В., Чудных С.М. Новый подход к лечению острого панкреатита и профилактика его осложнений: Метод. рекоменд. – М., 1996. - 12 с
- 4.Иванов Ю. В. Современные аспекты возникновения функциональной недостаточности печени при остром панкреатите // Лечащий врач. - 2001. -№2.-С. 21-25.
- 5.Кон Е.М. Полиорганная дисфункция и недостаточность при остром деструктивном панкреатите // Вест, интенс. терапии. - 2000. - № 2. - С. 17-21.
- 6.Ward J. B., Petcren O. H., Sutton R. The roll of acinar cell ioised cytosolic calium in acute pancreatitis. Acute pancreatitis (Novel Concepts in Biology and Therapy). Edited by M. W. Buchler et al. - 1999. - P. 35-45.
- 7.Запорожченко Б. С. Патогенетические механизмы панкреатита и синдрома полиорганной недостаточности. Часть I. / Б. С. Запорожченко, В. И. Шишлов. // В1сник морсько1 медицини. - № 3. - 2001. - С. 24-29.
- 8.Klar E., Messmer K., Warshawf A.L. Pancreatic ischaemia in experimental acute pancreatitis: mechanism, significance and therapy // Br. J. Surg. – 1990. - V. 77. - p. 1205-1210.
- 9.Зенков Н. К., Меньшикова Е. Б., Шергин С. М. Окислительный стресс. Диагностика, терапия, профилактика. - Новосибирск: РАМН, Сибирское отделение, 1993. - 56 с.
- 10.Гульман М.И., Винник Ю.С., Черданцев Д.В. Окислительные методы в лечении панкреонекроза. // Девятый Всерос. съезд хирургов: материалы съезда, 20-22 сентября. - Волгоград, 2000. – С. 33.
- 11.Когтева Г. С. Ненасыщенные жирные кислоты как эндогенные биорегуляторы. / Г. С. Когтева, В. В. Безуглов. // Биохимия. - 1998. - Т. 63. - Выпуск L-C. 6-15.

12. Wang X. D., Deng X. M., Haraldsen P. et al. Antioxidant and calcium channel blockers counteract endothelial barrier injury induced by acute pancreatitis in rats. *Scand. J. Gastroenterol.* - 1995. - Vol. 30. - P. 1129-1136.
13. Засорин А. А. Динамика морфологических изменений гнойных ран при лечении озонкислородной терапией. / А. А. Засорин, Н. Б. Крохина, Н. П. Макарова и др. // *Материалы Российского научного форума «Хирургия 2004».* - Москва. - 2004. - С. 58-59.
14. Конторщикова К. Н. Озон и перекисное окисление липидов. // *Материалы I Всерос. научн.-практ. конф. «Озон в биологии и медицине».* - Нижний Новгород. - 1992. - С. 6-7

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Агаев Б.А., Агаев Р.М., Джафарли З.Э.

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

Для улучшения результатов лечения больных острым панкреатитом мы в комплексе лечебных мероприятий использовали озонотерапию. Применение озонотерапии, у изучаемых нами больных, позволило в более ранние сроки уменьшить интенсивность воспаления в поджелудочной железе, что подтверждалось клиническими и лабораторно-инструментальными исследованиями. Положительный эффект озонотерапии выражался в сравнительно ускоренном уменьшении болевого синдрома, исчезновением диспепсических нарушений, снижении выраженности эндогенной интоксикации, стабилизации интенсификации процессов перекисного окисления липидов и активации антиоксидантной защиты. Вышеуказанные обстоятельства способствовали качественно улучшить реабилитацию и на 2,21 койко дня сократить сроки пребывания больных острым панкреатитом в стационаре ($p < 0,05$).

SUMMARY

USING OF OZONOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Agayev B.A., Ageyev R.M, Jafarli Z.E.

Scientific senter of surgery after named M.A.Topchubashev, Baku, Azerbaijan

To improve treatment results in patients with acute pancreatitis we applied ozonotherapy together with a range of medical measures. Ozonotherapy application in the patients examined by us allowed to reduce the inflammation intensity in pancreatic gland at early time, and it was proved by clinic and laboratory-instrumental researches. The positive effect of ozonotherapy appeared as relatively accelerated reducing pain syndrome, disappearing dyspeptic abnormalities, decreasing intensity of endogenous intoxication, stabilizing intensification of lipid peroxidation process and activating antioxidant protection. The foregoing circumstances forwarded qualitative improvement of rehabilitation and reduction of stationary stay period of patients with acute pancreatitis to 2.21 bed-days ($p < 0.05$).

Daxil olub: 7.04.2009. Rəyə göndərilib: 14.04.2009.

HELİCOBAJTER PYLORİ İNFEKSİYASINA AİLƏ DAXİLİ YOLUXMA RİSKİNİN ƏSASLANDIRILMASI

Xəlilova U.A., Orucova R.İ, Məcidova S.A.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin Pediatriya fakültəsinin
Daxili xəstəliklər kafedrası*

Avropa ölkələrində fərdi və ictimai gigiyenadan bilavasitə asılı olan Helicobajter pylori infeksiyasının yayılması 43%-ə çatır. Hal-hazırda dünyanın bir sıra ölkələrində bu infeksiyaya yoluxma kütləvi xarakter daşıyır. Ona görə də bütün ölkələrdə Helicobajter pylori infeksiyasının yayılması, risk amilləri dərindən öyrənilir, onun həzm sistemi xəstəliklərində rolu qiymətləndirilir və profilaktikası üçün yeni-yeni istiqamətlər axtarılır [3–9].

Bu tədqiqatımızda Helicobajter pylori infeksiyasına ailə daxili yoluxma riskinin əsaslandırılması məqsəd qoyulmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Müşahidə vahidi kimi Bakı şəhərində məskunlaşan miqrant yetkin yaşlı (25 yaşdan yuxarı) şəxs qəbul edilmişdir. İlk növbədə miqrant əhalinin siyahısı əldə olunmuş və siyahı üzrə 5 yaş qrupu: 15–24; 25–34; 35–44; 45–54; 55–64, hər yaş qrupunda bərabər sayda (50 nəfər) qadın və kişi olmaqla jəmi 500 nəfər müşahidə üçün seçilmişdir. Tədqiqatın mahiyyətinə uyğun müşahidə üçün koqort (johort study) üsulu, yəni miqrantların 500 nəfərinin il ərzində müşahidəsi tətbiq edilmişdir. Hər bir müşahidə vahidi ilə ilkin sorğu aparılmışdır.

Sorğu apardığımız şəxslərin hər iki nəfərindən birinin (hər yaş qrupunda 50 qadın və 50 kişi olmaqla), jəmi 250 nəfərin qan zərdabında Helicobajter pylorinin IgG sinfindən olan əks jisimləri müəyyənləşdirilmişdir. Müayinə üçün test sistemi istifadə olunmuşdur. Bu metodun həssaslığı 100%. spesifikliyi isə 95%-dir. Həmin şəxslər arasında Helicobajter pylori infeksiyasına seroneqativ reaksiya verənlər bir təqvim ilindən (12 ay) sonra təkrari müayinə olunmuş və yeni seropozitiv hadisələri qeydə alınmışdır.

Helicobajter pylori infeksiyasının ailə daxili yoluxma riskini müəyyənləşdirmək üçün müşahidəmizdə olan ailələri 4 qrupa bölüb, hər qrupda yeni seropozitivliyinin səviyyəsini (incidence), əlavə və nisbi riskini müəyyənləşdirdik. Birinci qrup ailələrə (I tip) ilkin müayinə zamanı bütün ailə üzvləri seroneqativ olan ailələr daxil edilmişdir (cəmi 8 ailə, 25 nəfərlik ailə üzvləri ilə) bu qrup ailələrdə seropozitiv şəxs olmadığına görə ailə daxili yoluxma ehtimalı çox azdır.

İkinci qrup (II tip) ailələrə ilkin müayinə zamanı seroneqativ üzvləri seropozitiv üzvlərdən çox olan ailələr aid edilmişdir (cəmi 14 ailə, 45 nəfərlik ailə üzvləri ilə). Bu ailələrdə ailə daxili yoluxma ehtimalı var, amma azdır.

Üçüncü qrup (III tip) ailələrə ilkin müayinə zamanı seropozitiv və seroneqativ ailə üzvlərinin sayı bərabər olan ailələr seçilmişdir (cəmi 12 ailə, 76 nəfərlik ailə üzvləri ilə). Bu ailələrdə ailə daxili yoluxma ehtimalı I və II tip ailələrdən çox güman olunurdu.

Nəhayət, dördüncü qrup (IV tip) ailələr ilkin müayinə zamanı seropozitiv üzvlərin sayı seroneqativ üzvlərdən çox olanlardan təşkil olunmuşdur (jəmi 28 ailə, 104 nəfərlik ailə üzvləri ilə). Bu ailələrdə ailə daxili yoluxma ehtimalı ən yüksək hesab olunurdu.

Ayırtd etdiyimiz ailə qruplarında Helicobajter pylori infeksiyasına yeni yoluxma səviyyələri arasındakı fərq Student meyyarı ilə qiymətləndirilmişdir.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Aldığımız nəticələr onların qiymətləndirmə ardıcılığı jədvəldə verilmişdir.

Göründüyü kimi I tip ailələrdə bir il müddətində seropozitivliyin səviyyəsi 4,0% təşkil etmiş, bu da bütün seroneqativ insanların il ərzində seropozitivləşmə səviyyəsindən ($13,5 \pm 3,5\%$) 3 dəfə azdır. Bu qrupda olan şəxslərin ailə daxili yoluxma imkanı yoxdur, çünki ailə üzvlərinin hamısı seroneqativ idilər. Ona görə də ildə 4,0%-lik səviyyədə yoluxma ehtimalı ailə daxili deyil, digər yollarla baş verir. II tip ailələrdə illik seropozitivliyinin səviyyəsi $7,7 \pm 5,2\%$ olmuşdur. Bu ailələrdə həm ailə daxili. həm də digər yolla yoluxma ehtimalı var. Ailə daxili və digər yollarla yoluxma ehtimalı praktik bərabər olan III tip ailələrdə seropozitivliyin səviyyəsi $13,2 \pm 5,5\%$ olmuşdur. Ailə

daxili yoluxma şansı ən yüksək olan IV tip ailələrdə illik seropozitivlik $71,4 \pm 17,1\%$ təşkil etmişdir. Nəticədə II, III və IV tip ailələrdə müvafiq olaraq I tip ailələrə nisbətən əlavə riskin səviyyəsi (yəni ailə daxili yoluxma şansı) 3,7; 9,2 və 67,4%, nisbi riskin səviyyəsi isə 1,9; 3,3 və 17,9 dəfə olmuşdur.

Beləliklə, Helijobajter pylori infeksiyasına ailə daxili yoluxma real mövjudur və onun risk səviyyəsi ailədə seropozitiv (yoluxma mənbəyi) və seroneqativ (yoluxma obyekt) şəxslərin nisbətindən asılıdır.

Beləliklə, koqort metodu ilə ilkin və təkrari (bir ildən sonra) müayinə aparmaqla seropozitivliyinin yayılması (prevalenja) və yeni hadisələrin tezliyi (injidenje) müəyyənləşdirilib, onların nisbəti əsasında infeksiyaya yoluxma müddəti və seropozitivliyin proqnozu müəyyənləşdirilə bilər. Bizim müşahidəmizə görə yetkin əhalinin böyük əksəriyyəti 5–9 yaşlarından Helijobajter pylori infeksiyasına yoluxur və 70 yaşdan sonra ən yüksək səviyyəyə çatır.

Cədvəl 1

Ailələrdə seropozitiv və seroneqativ üzvlərin nisbət müxtəlifliyindən asılı Helijobajter pylori infeksiyasına yoluxma riski

Ailənin xarakteristikası	Ailə üzvlərinin sayı	İlkin müayinə zamanı		Bir ildən sonra yeni seropozitivlərin sayı	Yeni hadisələrin tezliyi, %, P±m	Əlavə risk, %	Nisbi risk, %
		seropozitivliyin sayı	seroneqativliyin sayı				
Ailə üzvləri seroneqativ (I tip)	25	–	25	1	$4,0 \pm 3,9$	$4,0 \pm 3,9$	1,0
Ailədə seroneqativ üzvlər seropozitivlərdən çoxdur (II tip)	45	19	25	2	$7,7 \pm 5,2$	3,7	
Ailədə seroneqativ və seropozitiv üzvlərin sayı bərabərdir (III tip)	76	38	38	5	$13,2 \pm 5,5$	9,2	3,3
Ailədə seroneqativ üzvlər seropozitivlərdən azdır (IV tip)	104	97	7	5	$71,4 \pm 17,1$	67,4	17,9
Jəmi	250	154	96	13	$13,5 \pm 3,5$	–	–

Ailə-məişət şəraitləri və qeyri-sağlam vərdişlər Helijobajter pylori infeksiyasına yoluxma üçün real risk amilləridir. Həmin amillərin əlavə riski 24,8–59,3% arasında, nisbi riski isə 1,5–3,1 arasında tərəddüd edir. Əhalinin sanitariya mədəniyyətini yüksəltməklə seropozitivliyin mövjud səviyyəsini 1,6–6,2 dəfə azaltmaq mümkündür. Helijobajter pylori infeksiyasına ailə daxili yolla yoluxmanı sübut etmək üçün xüsusi məqsədyönlü tədqiqat planlaşdırılmalıdır. Sınaqdan keçirdiyimiz metodik təkmilləşmə (koqort seçim, dinamik müşahidə və ailələrin adekvat qruplaşdırılması) sübut edir ki, ailə daxili yoluxma realdır, onun risk səviyyəsi ailədə seropozitiv və seroneqativ üzvlərin say nisbətindən asılı olub 3,7–67,4% arasında (əlavə risk) tərəddüd edir. Ailə daxili yoluxmanın nisbi riski 1,9–17,9 dəfə arta bilər.

Helijobajter pylori infeksiyasına yoluxma prosesi idarə olunandır, insanların ailə-məişət şəraitlərini sanitariya qaydalarına uyğunlaşdırmaqla, sağlam həyat tərzini təmin etməklə, seropozitiv insanları vaxtında aşkar edib risk qrupu kimi nəzarət altında saxlamaqla infeksiyanın səviyyəsini azaltmaq olar.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Исаков В.А. Хронический хеликобактерный гастрит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: клинико-морфологическое исследование. Автореф.канд.диссер. М., 1996. – 19 с.

2. Каспаров Э.В., Цуканов В.В. Распространенность диспепсии и язвенной болезни у населения Азиатского Севера // РЖГ и К.–1998.–№6. – с.47-49.
3. Ashorn M., Maki M., Hallstrom M. et al. Helicobacter pylori infection in Finnish children and adolescents. A serologic cross-sectional and follow-up study// Scand.J. Gastroenterol.–1995. – vol.30. – p. 876-879
4. Attili A.F., Carulli N., Roda E. et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multi center Italian Study on Cholelithiasis// Am. J.Epidemol. –1995. – vol. 141. – p. 158-165
5. Axon A. Helicobacter pylori is not a commensal// Curr. Opin Gastroenterol.–1999. – vol. 15. suppl. 1. – p. 91-94
6. Axon A.T. Review article: is Helicobacter pylori transmitted by the gastro-oral route?// Aliment. Pharmacol. Ther. –1995. – vol. 9. – p.585-588
7. Barros P., Pamo O. Molestias digestivas en la poblacion adulta de Lima// Rev. Gastroenterol. Pery. –1989. – vol. 9. – p.131-138
8. Beguc R.E., Gonzales I.L., Correa-Grasion H., Tang S.C. Dietary risk factors associated with the transmission of helicobacter pylori in Lima, Peru// An. J. Trop. Med. Hyg. –1998. – vol. 59. – p.637-640
9. Bellentani S., Saccoccio G., Costa G. et al. Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage//Gut. –1997. – vol. 41. – p.845-850

РЕЗЮМЕ

ОБОСНОВАНИЕ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО РИСКА ИНФЕКЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ

Халилова У.А., Оруджева Р.И., Меджидова С.А.

В работе обоснована методика изучения внутрисемейного риска инфекции Хеликобактер пилори (ХП). Исследование проведено поэтапно. В первом этапе изучена распространенность (ХП) среди мигрантов. Во втором этапе проведено наблюдение над семьями с ХП позитивными и негативными реакциями. Разность частоты новых случаев ХП – позитивных случаев в этих семьях использована для оценки риска внутрисемейного распространения патологии.

Daxil olub: 27.03.2009. Rəyə göndərilib: 3.04.2009.

ENDOKRİN XƏSTƏLİKLƏRİ FONUNDA OCAQLI ALOPESİYALI XƏSTƏLƏRDƏ HORMONAL STATUS VƏ PSIXOEMOSİONAL VƏZİYYƏTİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Kərimova S. M., Məmmədova M. M., Qaqiyeva J. İ.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Elmi Tədqiqat Mərkəzi,
Uşaq nevroloji xəstəlikləri kafedrası*

Ocaqlı alopesiya xəstəliyi (alopesia areata) müasir dövrümüzün aktual mövzularından biri olub, qəflətən başın tüklü (qaş, kirpik, saqqal və s. nahiyələr də ola bilər) nahiyəsində tükdən məhrum olmuş ocaqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə edilir. Bu xəstəlik ildən-ilə artması və müalicəyə çətin tabe olması ilə yanaşı, həmçinin kosmetoloji deffekt kimi şəxsiyyətin düzgün formalaşmasına, onun həyat tərzinin keyfiyyətinə, ətraf mühitə olan sosial-psixoloji adaptasiya reaksiyalarına qeyri adekvat cavab verməsinə səbəbdir. Ocaqlı alopesiya (O /A) xəstəliyinin etiopatogenezi haqqında çoxlu mülahizələr (endokrin, autoimmun, neyrotrofik, stress, nəsillik, infeksiya və s.) irəli sürülməsinə baxmayaraq, xəstəlik tam öyrənilməmiş (6,7) və bu səbəbdən də onun müalicə və profilaktikası işində həkimlər çətinliklərlə belə ki, xəstəliyin tez-tez residiv verməsi, sadə formadan tezliklə total, hətta universal formaya çevrilməsi və s. ilə qarşılaşırlar. Əksər xəstələr xəstəliyin başlanğıcını keçirdikləri stresslə əlaqələndirir. Bu səbəbdən biz endokrin xəstəlikləri fonunda yaranmış O/A-xəstəliyinin nə dərəcədə əsəb sistemi ilə sıx bağlı olduğunu müəyyənləşdirməyi qərara aldığımızı qeyd edirik.

İşin məqsədi : Endokrin xəstəlikləri fonunda əmələ gələn O/A-lı xəstələrdə hormonal və psixoemosional statusun öyrənilməsi, həmçinin xəstəliyin inkişafında psixotravmatik amillərin rolunu müəyyənləşdirməkdir.

Xəstələr və müayinə üsulları : Tədqiqat obyektini kimi 13 subklinik hipotrioz, 2 autoimmün hipotrioz, 6 şəkərli diabet, 1 Bazedov xəstəliyi, 5 yumurtalıq polikistozu diaqnozu təyin edilmiş 27 O/A-lı xəstə (bunlardan 18-si qadın, 9-u kişi) müayinədən keçirilmişdir. Xəstələrin yaşı 15-56 yaş hədlərində, xəstəliyin baş vermə müddətinə görə 1 aydan - 12 ilə kimi, O/A –nın formalarına görə isə 8-də sadə, 11-də çoxocaqlı, 6-da subtotal və total, 2-də isə universal ocaqlı alopesiya müəyyən edilmişdir. Kontrol qrup kimi endokrin xəstəliyi olmayan 11 O/A-lı xəstə müayinəyə daxil edilmişdir. Onlardan 7-si kişi, 4-ü qadındır, yaş hədləri 11-32 arasında, ocaqların əmələgəlmə müddəti 3 aydan -5 ilədək, ocaqların formalarına görə 2 nəfərdə sadə, 7 nəfərdə çoxocaqlı və 3 nəfərdə subtotal formadır.

Toplanılan anamnezlərə görə hər 2 qrupa aid edilən xəstələr ocaqların əmələ gəlməsini bilavasitə aldıkları psixotravma (stresslə) ilə əlaqələndirirlər, bunlardan yalnız 5- i ocaqların yaranmasını heç nə ilə əlaqələndirə bilməmişdirlər.

Endokrin xəstəliyinə düçar olan ocaqlı alopesiyalı xəstələrin hormonal statusunu müəyyənləşdirmək məqsədilə hər 2 qrupun xəstələrindən qan götürülmüş və yarım avtomat immunoferment analizator (Rayto 2100 C) vasitəsilə plazmada AKTH, kortizol və prolaktinin səviyyəsi müayinə olunmuşdur.(4) Qanın müayinəsi əsas endokrinoloji xəstəliyin hormonal fonu (hər bir endokrinoloji xəstənin özünəməxsus hormonları analiz olunmuşdur) nəzərə alınmaqla saat 10 radələrində, qadınlarda follikulyar fazada aparılmışdır.

AKTH, prolaktin və kortizol stress və psixoemosional faktorlara cavab olaraq dəyişən hormonlardır. Kortizol stress zamanı orqanizmin birbaşa olaraq müdafiə reaksiyasına təsir edir, hüceyrə metabolizminin səviyyəsini yüksəldərək, qara ciyərin iş fəaliyyətini yaxşılaşdırır, damarları daraldaraq qan təzyiqini yüksəldir, cüzi də olsa iltihab və allergiya əleyhinə təsir edir. Lakin kortizolun bu fəaliyyəti heç də avtonom deyildir. Stress zamanı impuls hipotalamusa, oradan xüsusi hormon vasitəsilə hipofizə ötürülür. Hipofizdə AKTH ifraz olunur və qan vasitəsilə böyrəküstü vəzlərə çatdırılır və bunun sayəsində kortizol sintez olunur. Kortizolun təsiri ilə xüsusi zülali maddələr sintez olunur ki, bu da orqanizmi stressə cavab vermək üçün hazırlayır. Orta hesabla gün ərzində normada 25 qram kortizol sintez edilir, stress zamanı bu rəqəm bir neçə dəfə artmış olur.(6,7,8)

Prolaktin polipeptid hormon olub hipofizin asidofil hüceyrəli laktotrofları tərəfindən sintez olunur, hamiləlik və hipofizin adenoması zamanı aktivliyi yüksəlir. Orqanizmdə prolaktinin səviyyəsi prolaktostatin (prolaktinin sintezini tormozlayır) və tiroliberdən (prolaktinin sintezini stimullaşdırır) asılıdır.

Stress şəraitində hipotalamusta dofaminlərin artması, orqanizmdə dövr edən prolaktinin azalmasına səbəb olur. Kəskin stress zamanı plazmada prolaktinin miqdarı ani olaraq artır, lakin psixotravma uzunmüddətli olarsa hipotalamo-hipofizar-adrenalin oxu boyunca tükənmə baş verir ki, bunun nəticəsində də prolaktinin miqdarı azalır (8).

H.Bern prolaktinin dəri törəmələrinin strukturuna, piy vəzlərinin ölçüsünə və aktivliyinə, məməlilərdə tük örtüyünün inkişafına təsir etdiyini göstərir.(2)

Müəyyən edilmişdir ki, stress vəziyyətlərində vegetativ sinir sisteminin (VSS) simpatik şöbəsi aktivləşir. VSS-nin simpatik şöbəsinin funksiyası bilavasitə endokrin və mərkəzi sinir sistemlərinin reqlüedici təsirindən asılı olduğuna görə labil və hərəkəlidir. (3) Hipotalamus və limbik sistem emosional reaksiyaların, vegetativ fəaliyyətin düzgün idarə olunmasına cavabdehdir

Vegetativ sinir sistemini qiymətləndirmək məqsədilə hər iki qrupdan olan xəstələrə aşağıda sadalanan nevroloji-klinik müayinə testləri aparılmışdır.(3,5)

-Kardo vegetativ indeksinin təyini.

$$VI = (1 - D/P) \times 100$$

Burada D – diastolik təzyiq, P – ürək yığılmasının sayı

VI = 0 olarsa bu vegetativ tarazlığı, mənfi olarsa parasimpatik tonusu, müsbət olarsa simpatik tonusu göstərmiş olar.

-Dermoqrafizm (mexaniki qıcıqların təsirindən yerli olaraq dərinin rənginin dəyişilməsidir)

-Dərialtı adrenalın sınağı (vegetativ reaktivliyi təyin etmək üçün dərialtına 0,2 ml adrenalın yeridilir, əmələgəlmə və sorulma müddətinə, ləkənin ölçüsünə əsasən fikir yürüdüldür)

-Pasiyentlərin psixoemosional sferasını, həyəcanlıq səviyyəsini və reaktivliyini öyrənmək üçün hər 2 qrupun xəstələrinə Spilberger-Xaninin şəxsiyyətin reaktivlik və həyəcanlıq testi təqdim olunmuşdur.(1,9)

Nəticələr və onların müzakirəsi: AKTH və kortizolun müayinəsindən alınan cavablara əsasən demək olar ki, hər 2 qrupun xəstələrində bu göstəricilər ya dəyişilməyib, və ya çox cüzi fərq var.

Endokrin xəstəliyi fonunda yaranan O/A-lı xəstələrin əksəriyyətində isə (20 xəstədə) prolaktinin plazmada səviyyəsi aşağıdır, yalnız 7 xəstədə normal hədudlardadır. Lakin 2-ci qrupun xəstələrinin 9 - da prolaktinin göstəricisi normada, 2-də isə yüksək olmuşdur. Hormonal statusun tədqiqindən alınan nəticələrdən belə fikir yürütmək olar ki, endokrin xəstəsi istər-istəməz daima əsəbi gərginlik vəziyyətində olduğu halda, ikinci bir xəstəliyin yaranması xəstənin əsəb sisteminin xroniki halına gətirib çıxarır ki, bu da hipotalamo-hipofizar-adrenalın sisteminin tükənməsi və qanda prolaktinin azalmasına səbəb olur.

Endokrin xəstəlikləri fonunda keçən O/A –lı xəstələrin vegetativ sinir sistemini qiymətləndirilməsi üçün apardığımız tədqiqatların nəticələri:

Cədvəl № 1

Kardo vegetativ indeksinin hesablanmasından alınan nəticələrin müqayisəsi

	I qrup xəstələr						II qrup xəstələr					
	kişi			qadın			kişi			qadın		
	N	+	-	N	+	-	N	+	-	N	+	-
Qalxanvari vəzin xəstəlikləri	1	5	-	1	9	-	-	-	-	-	-	-
Şəkərli diabet	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Yumurtalıqların polikistozu	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-
O/A-lı xəstələr	-	-	-	-	-	-	2	5	-	1	3	-

Cədvəldə qeyd olunan fərqlərdən belə nəticəyə gəlmək olar ki, hər 2 qrupun xəstələrində VSS-nin simpatik şöbəsinin aktivliyi yüksəkdir, xüsusilə 1-ci qrup xəstələrdə.

Endokrin pozğunluğu fonunda keçən O/A-lı xəstələrin hamısında dərinin vegetativ tonusu simpatik mənşəli olduğu halda, 2-ci qrupun xəstələrinin 4 nəfərində parasimptomatik aktivlik müşahidə olunmuşdur.

Dərialtı adrenalın sınağında hər iki qrupun xəstələrinin 2/3-nin dərisinin vegetativ tonusu (ləkənin əmələgəlmə və sorulma müddəti normadan çox olmuşdur) simpato-adrenalın aktivliyində idi.

Beləliklə VSS-nin müayinəsindən aldığımız nəticələrə əsasən belə bir fikrə gəlmək olar ki, bütün ocaqlı alopesiya xəstələrində vegetativ sinir sisteminin simptomatik şöbəsi daha aktiv fazada olur.

Spilberger-Xaninin şəxsiyyətin reaktivlik və həyəcanlıq vəziyyətini təyin etmək üçün tərtib etdikləri testin cavablarından məlum olur ki, O/A-lı xəstələr üçün depressiv əhval-ruhiyyə (xüsusilə kişilərdə), reaktivliyin və həyəcanın yüksəlişi (xüsusilə qadınlarda) xasdır.

Xəstələrin müayinəsi zamanı qalxanvari vəzin xəstəlikləri fonunda yaranan O/A xəstəliyi ilə yanaşı diffuz tük tökülmə, polikistozlu O/A-lı xəstələrdə ocaqlarla yanaşı çox vaxt androgen alopesiya (lokal olaraq alın-təpə nahiyəsində seyrəklik), şəkərli diabetdə isə vaxtından qabaq saçın ağarmasını müşahidə etmişik.

Endokrin xəstəlikləri fonunda yaranan O/A –lı xəstələrin əsəb sistemi çox labil və oyanıqdır. Belə fonda xəstəliyin klinik gedişatı (ocaqların böyüyüb birləşməyə meyilli olması, tez bir zamanda geniş sahəni əhatə etməsi və s.), müalicəyə çətin tabe olması, tez-tez residivlərin

verməsi xasdır. Klinik müşahidələr və xəstələrdən toplanılan məlumatlar göstərir ki, belə xəstələr daima təşviş, qorxu içində yaşayır, əhval ruhiyyələri depressiv fonda olur, yuxusuzluq və inamsızlıq onları daima müşahidə edir. Xəstələrə hər iki xəstəlik mənəvi sarsıntı verir. Belə hal endokrin xəstəlikləri fonunda daha ağır keçir və hər iki xəstəliyin ağırlaşmasına səbəb olur. Bütün bunları nəzərə almaqla O/A-ı xəstəliyin müalicəsində dermatoloqlarla yanaşı nevropatoloqların və psixoterapevtlərin yaxından iştirakı çox vacibdir.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожнец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. – М., 1976.
2. Bern H.A., Nicoli C.S. La specificite zoologyne des hormones hypophysaire of de ledo activites.-Paris, 1969. 193
3. Зубкова С.Т. Клинические и диагностические аспекты вегетативных нарушений у больных с эндокринной патологией - М., 2008 стр. 26-27
4. Ткачева Г.А., Балаболкин М.И., Ларичева И.П. Радиоиммунохимические методы исследования.- М., 1983.
5. Русецкий И.И. Вегетативные нервные нарушения .- М., 1958.
6. Рук А., Даубер Р. Болезни волосистой части головы . – М., 1985. 528
7. Friedmann P.S. Alopecia areata and autoimmunity. Br J Dermatol 1981;157
8. Ундритов В.М. Эмоционально-личностные особенности, нервно-эндокринные изменения у больных гнездой алопецией и методы комплексной патогенетической терапии. Дис...к.м.н. М. 1987
9. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревоги И.Д.Спилбергера.- Л., 1976
10. Юсифли Р.М. Учебно методические рекомендации по судебно – медицинской экспертизе волос. Баку-1988. 17.

РЕЗЮМЕ

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ НА ФОНЕ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЯХ.

Керимова С.М., Маммедова М.М., Гагиева Ж.И.

Изменения гормонального статуса, острая и хроническая психотравма рассматривались многими исследователями как факторы, приводящие к развитию гнездой алопеции. Целью работы являлось изучение гормонального, психоэмоционального статуса у больных гнездой алопецией на фоне эндокринных заболеваний. У больных исследовали гормональный статус: уровень пролактина, АКТГ, кортизола. Проведено исследование вегетативной нервной системы. Было проведено так же обследование по тесту Спилбергера-Ханина. В настоящем исследовании и в работе было установлено преобладание адренергического влияния в коже больных гнездой алопецией, а так же снижение уровня пролактина в плазме. Исследования эмоционально-психической сфере в зависимости от наличия психотравмы в дебюте выявило достоверные изменения, выразившиеся в повышении реактивной тревоги и тревожно-депрессивных тенденциях у больных с психотравмой как предшествующим заболеванием фактором.

SUMMARY

THE HORMONAL STATUS AND PSYCHO-EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF ALOPESIA AREATA PATIENTS ON THE BACKGROUND OF ENDOCRINE DISEASES.

Kerimova S.M., Mammedova M.M., Qaqieva J.I.

The basal levels of ACTH, prolactin, cortisol, as psycho-emotional and vegetative status were studied in 27 (18 women and 9 men) patients suffering from alopecia areata. Prolactin level was found to be decreased both in men and women, those of ACTH and cortisol were within the norm. Examinations of the autonomic nervous system revealed predominantly sympathoadrenal tone in the skin of two-thirds of the patients and experimental psychological study demonstrated the

presence of anxiety-depressive trends in patients with alopecia areata. The role of psychotrauma in the development of the disease and ways for treatment of alopecia areata are discussed.

Daxil olub: 9.04.2009. Rəyə göndərilib: 16.04.2009.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО И ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рустамова Ш.М.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им А.Алиева, кафедра педиатрии, Азербайджан, Баку.

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста. Известно, что в основе патогенеза БА важное значение имеют иммунологические механизмы. В отличие от системных изменений, исследованию которых посвящено много работ, особенностям местного иммунитета при БА уделяется гораздо меньше внимания исследователей [1]. В то же время патогенетически значимые отклонения происходят именно на топическом уровне.

В небольшом числе публикаций отмечено, что местный иммунитет ротовой полости взаимосвязан с глубиной патологии на местном органном уровне [2]. В отличие от хорошо изученной сыворотки крови, состав слюны стал предметом рассмотрения только в последние годы. Исследователями показана высокая информативность и обоснована перспективность изучения секреторного иммунитета для целей экологического мониторинга здоровья детей [3].

В связи с вышеизложенным, **целью настоящей работы** было: изучить клинико-диагностические особенности основных показателей системного и локального иммунитета у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 153 ребенка, из них 83 ребенка с БА, 50 детей с РБ и 20 практически здоровых ребенка в возрасте от 4 до 15 лет, которые были включены в исследование методом случайного выбора.

Исследования проводились в периоде ремиссии заболеваний на базе кафедры педиатрии АзГИУВ им. А.Алиева, детских городских поликлиник № 2, 5, 10, 13 г. Баку и медицинского центра «Евромед» в период с 2006 по 2009 гг.

Для исследования показателей иммунной системы использована кровь и слюна, взятые у детей натощак, не ранее чем через 1 месяц после окончания любого инфекционного процесса или ревакцинации. В крови и слюне определены следующие показатели: уровни иммуноглобулинов (sIgA, IgA, IgE, IgG, IgM), ЦИК, зрелые (CD3) Т-лимфоциты, хелперные (CD4), супрессорные Т-лимфоциты (цитотоксические CD8), количество В-клеток (CD19), NK-лимфоциты (CD56), активированные лимфоциты - апоптоз клеток (CD95). Использовали методику, прилагаемую к данной панели моноклональных антител. Микроскопию проводили на микроскопе фирмы «Люмам PI». Определение уровня IgE в смешанной слюне проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью набора «Е-ИФА- Бест стрип» на аппарате Bio Screen MS-500.

Результаты и обсуждение: С целью изучения интенсивности иммунных реакций у детей были проанализированы показатели клеточного и гуморального иммунитета для каждой группы обследуемых. В таблице 1 приведены данные сравнительного анализа показателей Т-клеточного звена иммунного статуса у детей с БА и РБ по сравнению с группой контроля. При анализе показателей иммунного статуса больных БА и РБ установлены изменения в фенотипе Т-клеток в сравнении с группой здоровых детей.

Так, общее число Т-лимфоцитов (CD3) было значительно снижено ($55 \pm 9,4$; $p < 0,05$), в группе детей с БА, что отражает дефицит Т-клеточных механизмов защиты, осуществляющими иммунологический надзор за антигенным гомеостазом в организме. Подсчет относительного числа Т-хелперов (CD4) показал также ($38 \pm 7,97$; $p < 0,05$) снижение данной субпопуляции Т-лимфоцитов у детей с БА. Анализ уровня Т-супрессоров (CD8) выявил тенденцию к их незначительному снижению ($28,6 \pm 8,96$; $p > 0,05$) хотя разница оказалась не достоверной.

Таблица 1

Показатели Т-клеточного звена иммунного статуса в периферической крови у детей с БА и РБ

Показатели (%)	БА (n=83)	РБ (n=34)	Здоровые дети (n=20)
CD3	$55 \pm 9,4^*$	$59 \pm 3,4$	$62,5 \pm 5,1$
CD4	$38 \pm 7,97^*$	$40,44 \pm 5,81^*$	$42,5 \pm 9,3$
CD8	$28,6 \pm 8,96$	$30,06 \pm 6,59$	$30,75 \pm 8,0$
CD4/ CD8	$1,32 \pm 0,38$	$1,36 \pm 0,05$	$1,38 \pm 0,13$
CD56	$24,5 \pm 9,29^*$	$10,75 \pm 7,69^*$	$19,33 \pm 8,02$

*Примечание: * - $p < 0,05$*

Количество недифференцированных «нулевых» лимфоцитов (CD56) у детей с БА превышало аналогичные значения в группе контроля ($24,5 \pm 9,29$ против $19,33 \pm 8,02$; $p < 0,05$). Повышение данного показателя свидетельствует о напряженности противовирусного иммунитета у детей с БА. В то время как в группе детей с РБ данный показатель оказался значительно сниженным ($10,75 \pm 7,69$; $p < 0,05$), что может свидетельствовать о недостаточности противовирусного иммунитета.

При исследовании гуморальных факторов иммунного статуса у детей с БА были выявлены некоторые отклонения по сравнению с контрольной группой (см.табл. 2).

Таблица 2

Показатели гуморального звена иммунитета и ЦИК в периферической крови у детей с БА и РБ

Показатели (%)	БА (n=83)	РБ (n=34)	Здоровые дети (n=20)
CD19	$26,33 \pm 7,09$	$24,8 \pm 5,7$	$24,3 \pm 6,7$
IgA(g/l)	$1,91 \pm 1,11^*$	$1,5 \pm 0,45$	$1,4 \pm 0,25$
IgM(g/l)	$0,97 \pm 0,1$	$1,21 \pm 1,85$	$1,27 \pm 1,48$
IgG(g/l)	$10,2 \pm 1,06$	$12,2 \pm 2,71$	$13,2 \pm 1,07$
IgE(g/l)	$369,64 \pm 180,5^*$	$65,2 \pm 37,6$	$35,2 \pm 5,6$
ЦИК	$66,6 \pm 16,8^*$	$48,25 \pm 19,4$	$41,25 \pm 16,8$

*Примечание: * - $p < 0,05$*

Как видно из таблицы, количество В-лимфоцитов (CD19) у больных несколько превышало соответствующий показатель в контроле ($26,33 \pm 7,09$ против $24,3 \pm 6,7$; $p > 0,05$).

Важное значение в оценке гуморального иммунитета имеет соотношение популяций в общем пуле В-лимфоцитов. У обследуемых детей была установлена дисиммуноглобулинемия: снижение IgM и IgG и повышение IgA. Повышение содержания IgA на фоне сниженных показателей Т-звена иммунитета, вероятно, является компенсаторным, отражая поликлональную активацию В-системы иммунитета. У больных с БА также отмечалось возрастание количества ЦИК ($66,6 \pm 16,8$ против $41,25 \pm 16,8$; $p < 0,05$).

Типичным для детей с БА была тенденция к снижению показателей Т-клеточного звена иммунитета за счет угнетения показателей: CD3-71%; CD4-64%; CD8-34%; CD56-56%; CD95-69% больных. Снижение количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций характеризовало недостаточность клеточного звена иммунитета и уменьшение резистентности организма к вирусной инфекции. При этом В-лимфоциты (CD19) у 37% детей с БА имели тенденцию к повышению. По показателям гуморального иммунного ответа группы детей с РБ достоверно не отличались от контрольной группы. Проведенный

корреляционный анализ между уровнем CD95 и лимфоцитами периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD19, CD56) приведен в таблице 3.

Слабые корреляционные зависимости между лимфоцитами крови и уровнем CD95 маркера апоптоза у детей с БА по сравнению с детьми с РБ могут быть связаны как с присоединением сенсibilизации к пищевым, бытовым и эпидермальным аллергенам, так и с включением разных механизмов апоптоза. Полученный факт подтверждает существующее мнение об отсутствии единых механизмов запуска апоптоза при развитии заболеваний разных нозологических групп [1,5].

Таблица 3

Коэффициент корреляции между уровнем CD95-маркером апоптоза и лимфоцитами периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD19, CD56)

Показатель	CD95	
	БА	РБ
CD3	0,3	-0,45
CD4	0,12	- 0,16
CD8	0,26	0,45
CD19	- 0,09	0,9
CD56	0,46	0,51

Для изучения интенсивности иммунных реакций на местном уровне все дети с БА были подразделены на 2 группы: первая группа с уровнем IgE>100 IU/ml; вторая группа с уровнем IgE<100 IU/ml и проанализированы показатели клеточного и гуморального иммунитета для каждой группы обследуемых (см.табл.4 и 5).

Как видно из таблицы, все показатели Т-клеточного иммунитета имели положительную зависимость. При этом наиболее значимые положительные связи были обнаружены между показателями CD3 и CD8 ($\rho=+0,54$ и $\rho=+0,59$; $p<0,001$).

При исследовании гуморального иммунитета в крови и слюне показатели В-клеток (CD19) имели отрицательную корреляцию (-0,31). Однако при сравнении показателей иммуноглобулинов были обнаружены разной силы положительные связи. Наиболее информативным показателем с высоким уровнем корреляции ($\rho=+0,87$; $p<0,001$) оказался IgE, что подтверждает целесообразность его определения в слюне детей с БА. Наши данные подтверждают общепризнанное мнение, что IgE обладает способностью к быстрой фиксации на клетках слизистых оболочек, поэтому в свободном виде присутствует в плазме крови в ничтожных количествах [4,5]. Между показателями сывороточного и секреторного IgA была обнаружена средней силы положительная связь ($\rho=+0,31$; $p<0,001$). Как известно [5], локальный синтез IgA обуславливает местный иммунитет, осуществляя тем самым защиту слизистых оболочек от патогенных микроорганизмов и потенциальных аллергенов. Содержание ЦИК в крови и слюне имело обратную зависимость средней силы ($\rho=-0,42$; $p<0,001$).

Таблица 4

Показатели клеточного иммунитета в периферической крови и слюне детей с БА и их корреляция

Показатели	В крови (n=83)	В слюне (n=83)	Уровень корреляции
CD3	55±9,4	3,63±0,74	+0,54
CD4	38±7,97	2,63±1,18	+0,33
CD8	28,6±8,96	2,0±1,06	+0,59
CD4/ CD8	1,32±0,38	1,31±0,23	--
CD56	24,5±9,29	2,0±1,19	+0,36

Состояние локального иммунного статуса оценивалось также по результатам исследования клеточного и гуморального иммунитета индексной оценкой: CD3/CD19; CD3/CD4; CD3/CD8; CD4/CD8; IgG/CD19; IgA/CD19; IgE/CD19; IgG/IgA; IgA/IgM; IgG/IgM; IgE/IgG; IgG/ ЦИК; IgA/ ЦИК; IgM/ ЦИК; IgE/ ЦИК (см. табл. 6 и 7).

Таблица 5*Показатели гуморального иммунитета и ЦИК в периферической крови и слюне детей с БА*

Показатели	В крови (n=83)	В слюне (n=83)	Уровень корреляции
CD19	26,33±7,09	1,75±0,7	-0,31
IgA(g/l)	1,91 ±1,11	0,39±0,2	+0,31
IgM(g/l)	0,97±0,1	1,49±0,83	+0,06
IgG(g/l)	10,2±1,06	2,3±0,48	+0,25
IgE(g/l)	369,64±180,5	1,05±0,4	+0,87
ЦИК (ед.опт.пл.)	66,6±16,8	11,64±9,6	-0,42

Таблица 6*Индексная оценка клеточного иммунитета в обследуемых группах детей с IgE- позитивным и IgE- негативным ответом*

Группы больных	IgE>100 (n=63)	IgE<100 (n=20)
CD3/CD19	2,4	2,3
CD3/CD4	1,4	2,7
CD3/CD8	2,7	2,1
CD4/CD8	1,9	0,9
Сумма	8,4	8,0

Как видно из данных таблиц, в первой группе больных отмечалось снижение локальных клеточных параметров (суммарная индексная оценка составляла 8,4) относительно гуморальных индексных показателей (суммарная индексная оценка – 10,7). Во второй группе больных такой

разницы не отмечалось (индексная оценка клеточных факторов – 8,0, а гуморальных- 7,9). Создается впечатление, что у больных второй группы не наблюдается дисбаланса между клеточными и гуморальными факторами иммунитета. У больных первой группы отмечается напряженность гуморальных иммунных реакций, что выражается высокой индексной оценкой – 10,7. Чтобы исключить влияние высоких значений IgE в группе больных с IgE – позитивным ответом из суммарной оценки исключили индексы, связанные с IgE. Полученные данные составили для первой группы 8,8, а для второй – 7,2, т.е. статистические данные отражали активность гуморальных реакций в первой группе обследуемых детей.

При повышении содержания в периферической крови уровня общего IgE происходило уменьшение уровня CD95 клеток. Во II группе пациентов установлено ($p<0,01$) снижение количества CD95 клеток и уровня экспрессии на них Fas- рецептора ($31,9\pm 3,2\%$) относительно детей I группы ($57,7\pm 8,42\%$).

Возможно, это отражает процессы регуляции экспрессии Fas- рецептора со стороны цитокинов, продуцируемых Th2, что блокирует передачу сигналов апоптоза в клетки, в том числе и IgE- продуцирующие, и влечет за собой поддержание продукции IgE. Результаты корреляционного анализа лимфоцитов периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD19, CD56) и CD95- маркера апоптоза у детей с БА в зависимости от уровня общего IgE представлены в таблице 8.

В отличие от I группы, во II группе больных выявлены положительные средние и сильные корреляционные связи между уровнем CD95 и лимфоцитами крови. Выявленная отрицательная корреляционная зависимость в обеих группах больных между концентрациями CD95 маркера апоптоза и IgE, может свидетельствовать об участии системы апоптоза в регуляции продукции общего IgE, происходящего в результате большей продолжительности жизни клеток, его образующих.

Таблица 7

Индексная оценка гуморального иммунитета в обследуемых группах детей с IgE-позитивным и IgE-негативным ответом

Группы больных	IgE>100 (n=63)	IgE< 100 (n=20)
IgG/СД19	0,7	1,5
IgA/СД19	0,3	0,3
IgM/СД19	0,04	0,1
IgE/СД19	0,8	0,5
IgG/IgA	7,1	4,1
IgA/IgM	0,4	0,1
IgG/IgM	0	0,8
IgE/IgG	0,9	0,2
IgG/ ЦИК	0,2	0,2
IgA/ ЦИК	0,05	0,05
IgM/ ЦИК	0	0
IgE/ ЦИК	0,2	0,06
Сумма	10,7	7,9

ЦИК в крови и слюне имело обратную зависимость средней силы ($\rho=-0,42$; $p<0,001$). У детей с БА определение уровня IgE в секрете ротовой полости может быть использовано в качестве неинвазивного способа иммунологического обследования у детей различных возрастов.

- В группе пациентов с БА ((46,0±21,8), $p<0,01$) и при сочетании БА и АД ((32,6±18,6), $p<0,0001$) наблюдается достоверное снижение уровня CD95-маркера апоптоза лимфоцитов в сыворотке крови по сравнению с контролем (59,8±9,6). У детей с РБ существенных отличий от контрольной группы по указанному показателю не выявлено ((56,7±8,0) и (59,8±9,6) соответственно). При этом обнаружена отрицательная корреляционная зависимость ($\rho=-0,8$) между концентрациями CD95-маркера апоптоза и IgE, что может свидетельствовать об участии системы апоптоза в регуляции продукции общего IgE. С целью дифференциальной диагностики БА и РБ наряду с анализом клинико-anamnestических данных и аллергологическим обследованием целесообразно определение показателя уровня CD95-маркера апоптоза лимфоцитов в сыворотке крови.

Таблица 8

Коэффициент корреляции лимфоцитов периферической крови и CD95- маркера апоптоза у детей с БА в зависимости от уровня общего IgE

Выводы:

- Сравнительный анализ показателей гуморального и клеточного иммунитета в крови и слюне выявил наиболее значимые положительные связи между показателями СД3 и СД8 ($\rho=+0,54$ и $\rho=+0,59$; $p<0,001$); уровнем IgE ($\rho=+0,87$; $p<0,001$); между показателями сывороточного и секреторного IgA ($\rho=+0,31$; $p<0,001$); содержание

Показатель	CD95	
	IgE<100 МЕ/мл	IgE>100 МЕ/мл
CD 3	0,18	0,54
CD4	-0,2	0,76
CD8	-0,28	0,43
CD19	0,45	0,4
CD56	0,37	0,78
IgE	-0,64	-0,8

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- Абаджиди М. А., Лукушкина Е. Ф. и др. Уровень цитокинов в секрете ротовой полости у детей с бронхиальной астмой. Цитокины и воспаление, 2002, № 3; с.15-19.
- Богданова А.В., Бойцова Е.В. и др. Особенности местного воспаления при тяжелой бронхиальной астме и хроническом бронхолите у детей. Педиатрия, 2005, № 4, с.8-11.
- Комарова Л.Г., Алексеева О.П. Саливалогия – М.: Изд-во НГМА Нижний Новгород, 2006. -177с.
- Медведева Л.В. Анализ показателей секреторного иммунитета у здоровых и склонных к бронхоспазму детей. Актуальные проблемы пульмонологии на Урале; Мат.IV Конгресса пульмонологов Уральского Федерального округа. г. Челябинск, 2004г. С. 41- 45.

5. Мельников О.Ф., Заболотный Д.И. Диагностика иммунодефицитов при патологии слизистой оболочки на основе определения иммуноглобулинов в секретах. – К.: Институт оториноларингологии им. Колодийченко АМН Украины, 2003. – 31 с.

KLİNİKO-DİAQNOSTİÇESKAƏ ZNAÇİMOSTĞ OSNOVNİX POKAZATELEY SİSTEMNOQO İ LOKALĞNOQO İMMUNITETA U DETEY S BRONXIALĞNOY ASTMOY

Rustamova Ş.M.

*Azerbaydjanskiy gosudarstvennyy institut usoverşenstvovaniä vraqey
im A.Älieva, kafedra pediatrii, Azerbaydjan, Baku.*

Bronxialğnaə astma (BA) əvlətsə odnim iz samıx rasprostranennıx zabolevaniy detskoqo vozrasta. İzvestno, çto v osnove patoqenezä BA vajnoe znaçenie imeöt immunoloqiçeskie mexanizmi. V otliçie ot sistemnix izmeneniy, issledovaniö kotorıx posvəheno mnoqo rabot, osobennostəm mestnoqo immuniteta pri BA udelətsə qorazdo menğşe vnimanıä issledovateley [1]. V to je vremä patoqenetičeski znaçimie otkloneniä proisxodət imenno na topiçeskom urovne.

V nebolğşom çisle publikaüiy otmeçeno, çto mestnyy immunitet rotovoy polosti vzaimosvəzan s qlubinoq patoloqiı na mestnom orqanom urovne [2]. V otliçie ot xoroşo izuçennoy sıvorotki krovi, sostav slöni stal predmetom rassmotreniä tolğko v poslednie qodı. İssledovatelämi pokazana visokaə informativnostğ i obosnovana perspektivnostğ izuçeniä sekretornoqo immuniteta dlä üeley gkoloqiçeskoqo monitorinqa zdorovğə detey [3].

V svəzi s vişezlojennım, **üelğö nastoəhey raboti** bilo: izuçitğ kliniko-diaqnostičeskie osobennosti osnovnix pokazateley sistemnoqo i lokalğnoqo immuniteta u detey s bronxialğnoy astmoy.

Materialı i metodı: Pod našım nablödeniem naxodilosğ 153 rebenka, iz nix 83 rebenka s BA, 50 detey s RB i 20 praktičeski zdorovıx rebenka v vozraste ot 4 do 15 let, kotorie bili vklöçeni v issledovanie metodom sluçaynoqo vıbora.

İssledovaniä provodilisğ v periode remissii zabolevaniy na baze kafedrı pediatrii AzQİUV im. A.Älieva, detskix qorodskix poliklinik № 2, 5, 10, 13 q.Baku i mediüinskoqo üentra «Evromed» v period s 2006 po 2009 qq.

Dlä issledovaniä pokazateley immunnoy sistemi ispolğzovana krovğ i slöna, vzətie u detey natohak, ne ranee çem çerez 1 mesäi posle okonçaniä löboqo infeküionnoqo proüessa ili revaküinaüiı. V krovi i slöne opredelenı sleduöhie pokazateli: urovni immunoqlobulinov (sIgA, IgA, IgE, IgG, IgM), ÜİK, zrele (CD3) T-limfoüiti, xelpernie (CD4), supressornie T-limfoüiti (üitotoksiçeskie CD8), koliçestvo V-kletok (SD19), NK-limfoüiti (CD56), aktivirovanıe limfoüiti - apoptoz kletok (CD95). İspolğzovali metodiku, priläqaemuö k dannoy paneli monoklonalğnix antitel. Mikroskopiö provodili na mikroskope firmı «Lömam RI». Opredelenie urovne IgE v smeşannoq slöne provodili metodom immunofermentnoqo analiza (İFA) s pomohğö nabora «E-İFA- Best strip» na aparate Bio Screen MS-500.

Rezultati i obsujdenie: S üelğö izuçeniä intensivnosti immunnıx reaküiy u detey bili proanalizirovani pokazateli kletönoqo i qumoralğnoqo immuniteta dlä kajdoy gruppı obsleduemıx. V tabliüe 1 privedeni dannie sravnitelğnoqo analiza pokazateley T-kletöçnoqo zvena immunnnoqo statusa u detey s BA i RB po sravneniö s gruppoy kontrolä. Pri analize pokazateley immunnnoqo statusa bolğnix BA i RB ustanovlenı izmeneniä v fenotipe T-kletok v sravnenii s gruppoy zdorovıx detey.

Tak, obhee çislo T-limfoüitov (SD3) bilo znaçitelğno snijeno ($55 \pm 9,4$; $r < 0,05$), v gruppe detey s BA, çto otrajaet defüit T-kletöçnix mexanizmov zahiti, osuhestvölöhimi immunoloqiçeskiy nadzor za antiqennım qomeostazom v orqanizme. Podşçet otnositelğnoqo çisla T-xelperov (SD4) pokazal takje ($38 \pm 7,97$; $r < 0,05$) snijenie dannoy subpopuläüii T-limfoüitov u detey s BA. Analiz urovne T-supressorov (SD8) viəvil tendenüiö k ix neznaçitelğnomu snijeniö ($28,6 \pm 8,96$; $r > 0,05$) xotə razniüa okazalasğ ne dostovernoy.

Tabliüa 1

Pokazateli T-kletočnoqo zvena immunnoqo statusa v periferičeskoj krovi u

detey s BA i

RB

Pokazateli (%)	BA (n=83)	RB (n=34)	Zdorievye deti (n=20)
SD3	55±9,4*	59±3,4	62,5±5,1
SD4	38±7,97*	40,44±5,81*	42,5±9,3
SD8	28,6±8,96	30,06±6,59	30,75±8,0
SD4/ SD8	1,32±0,38	1,36±0,05	1,38±0,13
SD56	24,5±9,29*	10,75±7,69*	19,33±8,02

Primečanie: * - $r < 0,05$

Količestvo nedifferenüirovannix «nulevix» limfoüitov (SD56) u detey s BA previšalo analoqične značeniä v grupe kontrolä (24,5±9,29 protiv 19,33±8,02; $r < 0,05$). Povišenje dannoqo pokazatelä svidetelğstvuet o napräjennosti protivovirusnoqo immuniteta u detey s BA. V to vremä kak v grupe detey s RB danniy pokazatelğ okazalsä značitelğno snijennim (10,75±7,69; $p < 0,05$), čto mojet svidetelğstvovatğ o nedostatočnosti protivovirusnoqo immuniteta.

Pri issledovanii qumoralğnix faktorov immunnoqo statusa u detey s BA bili viävleni nekotorie otkloneniä po sravneniö s kontrolğnoy gruppoy (sm.tabl. 2).

Tabliüa 2

Pokazateli qumoralğnoqo zvena immuniteta i ŐİK v periferičeskoj krovi u

detey s BA i RB

Pokazateli (%)	BA (n=83)	RB (n=34)	Zdorievye deti (n=20)
SD19	26,33±7,09	24,8±5,7	24,3±6,7
IgA(g/l)	1,91 ±1,11*	1,5±0,45	1,4±0,25
IgM(g/l)	0,97±0,1	1,21±1,85	1,27±1,48
IgG(g/l)	10,2±1,06	12,2±2,71	13,2±1,07
IgE(g/l)	369,64±180,5*	65,2±37,6	35,2±5,6
ŐİK	66,6±16,8*	48,25±19,4	41,25±16,8

Primečanie: * - $r < 0,05$

Kak vidno iz tabliüi, količestvo V-limfoüitov (SD19) u bolğnix neskolğko previšalo sootvetstvuöhiy pokazatelğ v kontrole (26,33±7,09 protiv 24,3±6,7; $r > 0,05$).

Vajnoe značenie v oüenke qumoralğnoqo immuniteta imeet sootnošenje populöüiy v obhem pule V-limfoüitov. U obsleduemix detey bila ustanovlena disimmunoqlobulinemiä: snijenie IgM i IgG i povišeie IgA. Povišenje soderžaniä IgA na fone snijennix pokazateley T-zvena immuniteta, veroätno, ävläetsä kompensatornim, otrajäe poliklonialğnuö aktivaiüiö V-sistemi immuniteta. U bolğnix s BA takje otmečalosğ vozrastanie količestva ŐİK (66,6±16,8 protiv 41,25±16,8; $r < 0,05$).

Tipičnim dlä detey s BA bila tendenüiä k snijeniö pokazateley T-kletočnoqo zvena immuniteta za sčet uqneteniä pokazateley: CD3-71%; CD4-64%; CD8-34%; SD56-56%; SD95-69% bolğnix. Snijenie količestva T-limfoüitov i ix subpopulöüiy xarakterizovalo nedostatočnostğ kletočnoqo zvena immuniteta i umenğšenje rezistentnosti orqanizma k virusnoy infeküii. Pri gtom V-limfoüiti (SD19) u 37% detey s BA imeli tendenüiö k povišeiö. Po pokazateläm qumoralğnoqo immunnoqo otveta gruppı detey s RB dostoverno ne otličalisğ ot kontrolğnoy gruppı. Provedenniy korrelöüionniy analiz mejdu urovnem SD95 i limfoüitami periferičeskoj krovi (SD3, SD4, SD8, SD19, SD56) priveden v tabliüe 3.

Slabie korrelöüionnie zavisimosti mejdu limfoüitami krovi i urovnem SD95 markera apoptoza u detey s BA po sravneniö s detğmi s RB moqut bitğ svözani kak s prisöedineniem sensibilizaiüii k pihevım, bitovım i gpidermalğnim allerqenam, tak i s vklöčeniem raznix mexanizmov apoptoza. Polučenniy fakt podtverjdaet suhestvuöhee mnenie ob otsutstvii edinix mexanizmov zapuska apoptoza pri razvitii zabolevaniy raznix nozoloqičeskix grupp [1,5].

Tabliüa 3

Kogffüüient korreläüüi mejdu urovnem SD95-markerom apoptoza i limfoüütami periferičeskoj krovi (SD3, SD4, SD8, SD19, SD56)

Pokazatelġ	SD95	
	BA	RB
SD3	0,3	-0,45
SD4	0,12	- 0,16
SD8	0,26	0,45
SD19	- 0,09	0,9
SD56	0,46	0,51

Dlä izučenüa intensivnosti immunnix reaküüy na mestnom urovne vse deti s BA bili podrazdeleni na 2 gruppi: pervaa gruppa s urovnem IgE>100 IU/ml; vtoraa gruppa s urovnem IgE<100 IU/ml i proanalizirovani pokazateli kletočnoqo i qumoralġnoqo immuniteta dlä kajdoj gruppi obsleduemix (sm.tabl.4 i 5).

Kak vidno iz tabliüi, vse pokazateli T-kletočnoqo immuniteta imeli polojitelġnuö zavisimostġö. Pri gtom naibolee značimie polojitelġnie sväzi bili obnarujeni mejdu pokazatelämi SD3 i SD8 ($\rho=+0,54$ i $\rho=+0,59$; $r<0,001$).

Pri issledovanii qumoralġnoqo immuniteta v krovi i slöne pokazateli V-kletok (SD19) imeli otrüiatelġnuö korreläüüi (-0,31). Odnako pri sravnenii pokazateley immunoqlobulinov bili obnarujeni raznoy sili polojitelġnie sväzi. Naibolee informativnim pokazatelem s visokim urovnem korreläüüi ($\rho=+0,87$; $r<0,001$) okazalsä IgE, čto podtverjdaet üelesoobraznostġ eqo opredelenüa v slöne detey s BA. Naši dannie podtverjdaöt obhepriznannoe mnenie, čto IgE obladaet sposobnostġö k bistroy fiksäüüi na kletkax slizistix oboloček, pogtomu v svobodnom vide prisutstvuet v plazme krovi v ničtojnih količestvax [4,5]. Mejdu pokazatelämi sivorotočnoqo i sekretornoqo IgA bila obnarujena sredney sili polojitelġnaä sväzġ ($\rho=+0,31$; $r<0,001$). Kak izvestno [5], lokalġnyy sintez IgA obuslavlivaet mestnyy immunitet, osuhestvläa tem samim zahitu slizistix oboloček ot patoqennix mikroorganizmov i potenüialġnix allergenov. Soderjanie ÜIK v krovi i slöne imelo obratnuö zavisimostġ sredney sili ($\rho=-0,42$; $r<0,001$).

Tabliüa 4

Pokazateli kletočnoqo immuniteta v periferičeskoj krovi i slöne detey s BA i ix korreläüüa

Pokazateli	V krovi (n=83)	V slöne (n=83)	Urovenġ korreläüüi
SD3	55±9,4	3,63±0,74	+0,54
SD4	38±7,97	2,63±1,18	+0,33
SD8	28,6±8,96	2,0±1,06	+0,59
SD4/ SD8	1,32±0,38	1,31±0,23	--
SD56	24,5±9,29	2,0±1,19	+0,36

Tabliüa 5

Pokazateli qumoralġnoqo immuniteta i ÜIK v periferičeskoj krovi i slöne detey s BA

Pokazateli	V krovi (n=83)	V slöne (n=83)	Urovenġ korreläüüi
SD19	26,33±7,09	1,75±0,7	-0,31
IgA(g/l)	1,91 ±1,11	0,39±0,2	+0,31
IgM(g/l)	0,97±0,1	1,49±0,83	+0,06
IgG(g/l)	10,2±1,06	2,3±0,48	+0,25
IgE(g/l)	369,64±180,5	1,05±0,4	+0,87
ÜIK (ed.opt.pl.)	66,6±16,8	11,64±9,6	-0,42

Sostoänie lokalġnoqo immunnogo statusa öüenivalosġ takje po rezulġtatam issledovanüa kletočnoqo i qumoralġnoqo immuniteta indeksnoy öüenkoy: SD3/SD19; SD3/SD4; SD3/SD8; SD4/SD8; IgG/CD19; IgA/CD19; IgE/CD19; IgG/IgA; IgA/IgM; IgG/IgM; IgE/IgG; IgG/ ÜIK; IgA/ ÜIK; IgM/ ÜIK; IgE/ ÜIK (sm. tabl. 6 i 7).

Tabliua 6

Indeksnaø oïenka kletuonoqo immuniteta v obsleduemix gruppax detey s IgE- pozitivnim i IgE- neqativnim otvetom

Gruppi bolġnix	IgE>100 (n=63)	IgE<100 (n=20)
SD3/SD19	2,4	2,3
SD3/SD4	1,4	2,7
SD3/SD8	2,7	2,1
SD4/SD8	1,9	0,9
Summa	8,4	8,0

Kak vidno iz dannix tabliu, v pervoy grupe bolġnix otmeçalosġ snije-nie lokalġnix kletuonix parametrov (summarnaø indeksnaø oïenka sostavløla 8,4) odnositelġno qumoralġnix indeksnix pokazateley (summarnaø indeksnaø oïenka – 10,7). Vo vtoroy grupe bolġnix takoy razniui ne otmeçalosġ (indeksnaø oïenka kletuonix faktorov – 8,0, a qumoralġnix- 7,9). Sozdaetsø vpeçatlenie, çto u bolġnix vtoroy gruppi ne nablødaetsø disbalansa meġdu kletuonimi i qumoralġnimi faktorami immuniteta. U bolġnix pervoy gruppi otmeçatsø naprøjennostġ qumoralġnix immunnix reakuiy, çto viraetsø visokoy indeksnoy oïenkoy – 10,7. Çtobi iskløçitġ vliønie visokix znaçeniy IgE v grupe bolġnix s IgE – pozitivnim otvetom iz summarnoy oïenki iskløçili indeksu, svøzannie s IgE. Poluçennie dannie sostavili dlø pervoy gruppi 8,8, a dlø vtoroy – 7,2, t.e. statistiçeskie dannie otrajali aktivnostġ qumoralġnix reakuiy v pervoy grupe obsleduemix detey.

Pri povišenii soderžaniø v periferiçeskoj krovi urovnø obheqo IgE proisxodilo umenġšenje urovnø SD95 kletok. Vo II grupe paüientov ustanovleno ($r<0,01$) snijenie koliçestva SD95 kletok i urovnø gkspressii na nix Fas- reüeptora ($31,9\pm 3,2\%$) odnositelġno detey I gruppi ($57,7\pm 8,42\%$).

Tabliua 7

Indeksnaø oïenka qumoralġnoqo immuniteta v obsleduemix gruppax detey s IgE- pozitivnim i IgE- neqativnim otvetom

Gruppi bolġnix	IgE>100 (n=63)	IgE< 100 (n=20)
IgG/CD19	0,7	1,5
IgA/CD19	0,3	0,3
IgM/CD19	0,04	0,1
IgE/CD19	0,8	0,5
IgG/IgA	7,1	4,1
IgA/IgM	0,4	0,1
IgG/IgM	0	0,8
IgE/IgG	0,9	0,2
IgG/ ÜİK	0,2	0,2
IgA/ ÜİK	0,05	0,05
IgM/ ÜİK	0	0
IgE/ ÜİK	0,2	0,06
Summa	10,7	7,9

Vozmojno, gto otrajæet proüessi reguløuii gkspressii Fas-reüeptora so storoni üitokinov, produüiruemix Th2, çto blokiruet peredaçu signalov apoptoza v kletki, v tom çisle i IgE- produüiruøhie, i vleçet za soboy podderžanie produkuii IgE. Rezulġtati korreløüionnoqo analiza limfoüitov periferiçeskoj krovi (SD3, SD4, SD8, SD19, SD56) i SD95- markera apoptoza u detey s BA v zavisimosti ot urovnø obheqo IgE predstavleni v tabliue 8.

V otliçie ot I gruppi, vo II grupe bolġnix vïøvleni polojitelġnie srednie i silġnie korreløüionnie svøzi meġdu urovnem SD95 i limfoüitami krovi. Vïøvlennaø otriüatelġnaø korreløüionnaø zavisimostġ v obeix gruppax bolġnix meġdu konüentraüiemi SD95 markera apoptoza i IgE, moġet svidetelġstvovatġ ob uçastii sistemi apoptoza v reguløuii produkuii obheqo IgE, proisxodøheqo v rezulġtate bolġšej prodolġitelġnosti jizni kletok, eqo

obrazuøhix.

Tabliua 8

Kogffüüient korreläüüi limfoüitov periferiçeskoj krovi i SD95- markera apoptoza u detey s BA v zavisimosti ot urovnä obheqo IgE

Vivodı:

3. Sravnitelğnyı analiz pokazateley qumoralğnoqo i kletocnoqo immuniteta v krovi i slöne viävıl naibolee znaçimie poloji-telğnie sväzi mejdu pokazatelämi SD3 i SD8 ($\rho=+0,54$ i $\rho=+0,59$; $r<0,001$); urovnem IgE ($\rho=+0,87$; $r<0,001$); mejdu pokazatelämi sıvorotoçnoqo i sekretornoqo IgA ($\rho=+0,31$; $r<0,001$); soderjanie ÜİK v krovi i slöne imelo obratnuö zavisimostğ sredney sili ($\rho=-0,42$; $r<0,001$). U detey s BA opredelenie urovnä IgE v sekrete rotovoy polosti mojet bitğ ispolğzovano v kaçestve neinvazivnoqo sposoba immunoloqiçeskoqo obsledovaniä u detey razliçnix vozrastov.

4. V grupe paüientov s BA ((46,0±21,8), $r<0,01$) i pri soçetanii BA i AD ((32,6±18,6), $r<0,0001$) nablödaetsä dostovernoe snijenie urovnä SD95-markera apoptoza limfoüitov v sıvorotke krovi po sravneniö s kontrol'em (59,8±9,6). U detey s RB suhestvennix otliçiy ot kontrolğnoy gruppı po ukazannomu pokazatelö ne viävleno ((56,7±8,0) i (59,8±9,6) sootvetstvenno). Pri gtom obnarujena otrüiatelğnaä korreläüionnaä zavisimostğ ($\rho=-0,8$) mejdu konüentraüiämi SD95- markera apoptoza i IgE, çto mojet svidetelğstvovatğ ob uçaştii sistemi apoptoza v reguläüiı produküiı obheqo IgE. S üelğö differeniüalğnoy diaqnostiki BA i RB narädu s analizom kliniko-anamnestiçeskiç dannix i allerqoloqiçeskim obsledovaniem üelesoobrazno opredelenie pokazatelä urovnä SD95-markera apop-toza limfoüitov v sıvorotke krovi.

Pokazatelğ	CD95	
	IgE<100 ME/ml	IgE>100 ME/ml
CD 3	0,18	0,54
CD4	-0,2	0,76
CD8	-0,28	0,43
CD19	0,45	0,4
CD56	0,37	0,78
IgE	-0,64	-0,8

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Abadjidi M. A., Lukuşkina E. F. i dr. Urovenğ üitokinov v sekrete rotovoy polosti u detey s bronxialğnoy astmoy. Üitokini i vospalenie, 2002, № 3; s.15-19.
2. Boqdanova A.V., Boyüiova E.V. i dr. Osobennosti mestnoqo vospaleniä pri täjeloy bronxialğnoy astme i xroniçeskom bronxolite u detey. Pediatriä, 2005, № 4, s.8-11.
3. Komarova L.Q., Alekseeva O.P. Salivaloqiä – M.: İzd-vo NQMA Nijniy Novqorod, 2006. -177s.
4. Medvedeva L.V. Analiz pokazateley sekretornoqo immuniteta u zdorovix i sklonnix k bronxospazmu detey. Aktualğnie problemi pulğmonoloqiı na Urale; Mat.IV Konqressa pulğmonoloqov Uralğskoqo Federalğnoqo okruqa. q. Çeläbinsk, 2004q. S. 41- 45.
5. Melğnikov O.F., Zabolotny D.İ. Diaqnostika immunodefüitov pri patoloqiı slizistoy oboloçki na osnove opredelenia immunoqlobulinov v sekretax. – K.: İnstitut otorinolarinqoloqiı im. Kolomiyçenko AMN Ukraini, 2003. – 31 s.

X Ü L A S Ə

BRONXIAL ASTMALI UŞAQLARDA LOKAL VƏ SISTEM IMMUNITETİNİN ƏSAS GÖSTƏRİCİLƏRİNİN KLİNİKİ-DIAGNOTİK ƏHƏMİYYƏTİ

Rüstamova Ş.M.

İşin məqsədi: Vronxial astmalı uşaqlarda sistem və lokal immunitetinin əsas göstəricilərinin kliniki-diaqnostik əhəmiyyətini qiymətləndirmək olmuşdur.

Müzakirə və nəticələr: Qanda və tüpürçəkdə hüceyrə və humoral immunitet göstəricilərinin müqayisəli analizi onlar arasında daha əhəmiyyətli müsbət əlaqələri aşkar etmişdir. Belə ki, CD3 və CD8; IgE səviyyəsi; serum və sekretor IgA göstəriciləri arasında; qanda və tüpürçəkdə DİK orta gücdə, əks əlaqəyə malikdir. BA-lı uşaqların ağız boşluğunun sekretində IgE səviyyəsinin təyini müxtəlif yaşlı uşaqlarda immunoloji müayinənin qeyri-invaziv üsulu kimi istifadə edilə bilər.

BA-lı, BA və AD birlikdə olan xəstələr qrupunda nəzarət qrupu ilə müqayisədə qanda limfositlərin apoptozunun CD95 markerinin səviyyəsinin ehtimal dürüst azalması müşahidə olunmuşdur. RB-li uşaqlarda həmin göstəriciyə görə nəzarət qrupundan mövcud fərqlənmələr aşkar olunmamışdır. Bu zaman CD95 apoptoz markeri və IgE qatılıqları arasında mənfi korrelyasiya aşkar olunmuşdur ki, bu, ümumi IgE məhsulunun tənzim olunmasında apoptoz sisteminin iştirakına dəlalət edir. BA və RB-nin differensial diaqnostikası üçün kliniki-anamnestik və allergoloji müayinələrin nəticələri ilə yanaşı, qanda CD95 apoptoz markeri göstəricisinin səviyyəsini də təyin etmək məqsədəuyğundur.

SUMMARY

THE CLINIC -DIAGNOSTIC IMPORTANCE OF THE BASIC PARAMETERS OF SYSTEM AND LOCAL IMMUNITY IN CHILDREN WITH A BRONCHIAL ASTHMA

Rustamova Sh.M.

The purpose of the present work was: to estimate the clinic-diagnostic importance of the basic parameters of system and local immunity in children with a BA.

Conclusions and discussion: the comparative analysis of parameters humoral and cellular immunity in blood and a saliva has revealed the most significant positive communications between parameters CD3 and CD8, level IgE, between parameters serum and secretory IgA, the maintenance of the circulating immune complex in blood and a saliva had inverse relationship of average force. In children with BA definition of level IgE in a secret of a mouth can be used as a noninvasive way immunological inspections at children of various age. In group of patients with BA and at combination BA and AD is observed authentic decrease in level CD95-marker apoptosis of lymphocytes in whey of blood in comparison with the control. In children with recurrent bronchitis (RB) essential differences from control group on the specified parameter it is not revealed. Thus negative correlation dependence between concentration SD95 marker of apoptosis and IgE is found out, that can testify to participation of system apoptosis in regulation of production of the general IgE. With the purpose of differential diagnostics BA and RB alongside with the analysis clinic-anamnestic data and allergology inspection definition of a parameter of level CD 95 marker apoptosis of lymphocytes in whey of blood is expedient.

Daxil olub: 10.04.2009. Rəyə göndərilib: 17.04.2009.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО СФЕРОЦИТОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ.

Babaev MG.S.

*НИИ Qematologii i Transfuziologii, Baku, Azərbaycan
НИИ Детской Qematologii, Moskva, RF.*

Nasledstvennyy sferocitoz (NS) i Xroničeskaə idiopatičeskaə tromboüitopeni-çeskaə purpura (İTP) u detey otnositə k zabolevaniəm, v diaqnostike i leçenii kotorix ispolğzuötə mejdisüplinarne podxodı (pediatr, qematoloq, detskiy xirurg, radioloq, vraq-laborant). Primenenie qlökokortikoidov, sposobnix blokirovatğ sistemu obrazovaniə antitel protiv tromboüitov, i splengktoniə (SG) – ustranəöhaə osnovnoy obğem faqouitiruöhix kletok i qemolitiçeskuö rolğ selezeni, soxranəöt v leçenii gtix zabolevaniy svoe znaçenie do nastoəheqo vremeni. Odnako, dlitelğnyy priem kortikosteroidov, ispolğzovanie immunodepressantov i preparatov razliçnoqo

mexanizma deystviə (interferron, danazol i pr.) pri İTP svəzan s visokoy neposredstvennoy i otdalennoy toksičnostğö. Gffektivnostğ konservativnix metodov leçeniə pri NS (zamestitelğnae terapiə gritrouitami, gritropoez usilivaöhie preparatı) nedostatoçna. Ona nosit vremennyıxarakter i ne preduprejdaet dalğneyşeqo razvitiə bolezni. Nesmotrə na visokuö gffektivnostğ splengktomii, ee provedenie oqrañiçivaetsə u detey mladşeqo vozrasta, osobenno do 5 let, riskom infeküionnix oslojneniy, vplotğ do sepsisa (1,2,3,6). İmmunizaiiə vaküinami ne vseqda uspeşna, tak kak v nix predstavleni ne vse ştammi bakteriy. İz xirurqiçeskix metodov leçeniə İTP i NS sleduet otmetitğ gndovaskulərnuö okklöziö (GO) selezenki i laparoskopiqeskuö SG (4,5). Odnako otsutstvie edinoqo alqoritma v vedenii gtix bolğnix ne daet opredelennogo otveta na vopros, koqda i pri kakix usloviəx nado otdavatğ predpoçtenie tomu ili druqomu metodu. Uçitvəə vişezlojennie mı postavili zadaçu sravnitğ gffektivnosti predlaqaemix metodov leçeniə NS i İTP i razrabotatğ gffektivnix protokolov leçeniə u detey.

Rabota vipolnena v Nİİ detskoy qematologii MZ RF na bazax çetirex moskovskix detskix klinik: Rossiyskoy detskoy kliniqeskoy bolğniüi MZ RF, DQKB im. N.F.Filatova, Morozovskoy DQKB, İzmaylovskoy DQKB s uçaştiem sotrudnikov Nİİ Qematologii i Transfuziologii MZ Azerbaydjanskoy Respubliki .

Materialı i metodi. V qruppu issledovaniə voşlo 286 paüientov v vozraste ot 10 mesəüev do 16 let, s ispolğzovaniem konservativnix i operativnix metodov leçeniə. Po NS bilo 122, xroniqeskoy İTP- 164 detey. Sootnoşenie m / d bilo 1:1,1.

Diagnoz nasledstvennoqo sferouitoza ustanovlivalsə na osnovanii sleduöhix kliniko-laboratornix pokazateley: jeltuxa, anemiə, splenomeqaliə, retikulouitoz, snijenie osmotiqeskoy rezistentnosti gritrouitov, sferouitoz, qiperbilirubinemiə za sçet neprə moy fraküii, mieloqramma, genealoqiçeskiy anamnez.

Po təjesti sostoəniə bolğnie razdeleni na 3 qruppi. Kriteriəmi bili naliçie anemii, retikulouitoza, bilirubinemii, splenomeqalii, çastota qemolitiçeskix krizov.

Bolğnie srednetəjeloy i təjeloy formoy bolezni periodiqeski poluçali konservativnuö terapiö, a pri qemolitiçeskix krizax – zamestitelğnuö terapiö. Po metodu provedennoqo xirurqiçeskoqo leçeniə bolğnix NS razdelili na 3 qruppi: GO selezenki, Laparoskopiqeskaə SG, Laparotomiçeskaə SG.

Diagnoz xroniqeskoy İTP stavilsə na osnovanii sleduöhix kriteriev: naliçie izolirovannoy tromboüitopenii ($PLT < 150 \times 10^9/l$) v teçenie 6 i bolee mesəüev pri normalğnom ili povişennom soderžanii meqakarioüitov v kostnom mozqe; otsutstvie diaqnostiçeskix priznakov rəd zabolevaniy, privodəhix k razvitiö vtoriqnoy autoimmunnoy tromboüitopenii, naliçie antitromboüitarnix i/ili sıvorotoçnix antitel po dannim immunoloqiçeskoqo obsledovaniə.

Vse paüienti s xroniqeskoy İTP neodnokratno poluçali kursı kortikosteroidnoy (KS) terapii bez stoykoqo kliniko-qematoloqiçeskoqo gffekta.

Po metodu provedennoqo leçeniə bolğnie s xroniqeskoy İTP, rezistentnie k terapii kortikosteroidami bili razdeleni na 4 qruppi: terapiə interferonom-alğfa-2, anti-D immunoqlobulinom, danazolom, GO selezenki.

LEÇENİE NASLEDSTVENNOQO SFEROÜITOZA GNDOVASKULƏRNAƏ OKKLÖZİƏ SELEZENKİ.

GOS bila vipolnena u 34 bolğnix v odin gtap okklözii s «viklöçeniem» 20-85% parenximi, v dva gta: na pervom - 10-60%, na vtorom - do 95%. 1 bolğnoy proşel tri gta: gmbolizaii: 10%, 20% i 50% sootvetstvenno. İnterval mejdu gtapami sostavləl ot 2-x nedelğ do 4-x mesəüev. Poluçennie dannie pokazali, çto vne zavisimosti ot stepeni təjesti zabolevaniə u vsex bolğnix posle GO selezenki otmeçen polojitelğnyıy perviqnyıy gffekt, analoqiçnyıy gffektu posle SG. Bolee stoykiy gffekt poluçen u detey, kotorim bila vipolnena dvuxgtapnaə okklöziə s işemizaiiəy bolee 80% parenximi selezenki. Manifestaiiə kliniqeskix proəvleniy NS ne otmeçalasğ ni u odnoqo bolğnoqo. Teçenie bolezni ne soprovodjalosğ qemolitiçeskimi krizami. Vse deti, nezavisimo ot vozrasta bili ustoyçivi k infeküionnim zabolevaniə m. Odnako, tendenüiə k vozobnovleniö qemoliza po proşestvii dlitelğnoqo sroka posle GO, osobenno pri təjeloy forme zabolevaniə, vse je otmeçalosğ. U 4-x detey proizoşlo obostrenie zabolevaniə spustə 8-14 mesəüev posle GO, potrebovavşee povtornoqo vmeşatelğstva. V gtix sluçaəx otmeçalisğ visokie üifrı svobodnoqo bilirubina do naçala terapii, çto

avilosġ neblaqopriätнім prognostičeskim faktorom. Serġeznoe oslojnenie v vide razvitiä absüessa selezenki, potrebovavšee xirurgičeskoqo lečeniä, nablödalosġ tolġko v 2 slučaax. Okklözio selezenki v oboix slučaax bila provedena v odin gtap s vıklöčeniem 60-70% obġema selezenki.

LAPAROSKOPIČESKAƏ SPLENGKTOMIƏ. V issledovanie vıklöčeni 19 bolġnix. Bolġnie bili razdelenı na dve gruppı po täjesti sostoäniä: srednetäjelaä i täjelaä. U 37,5% detey so srednetäjeloy formoy zabolevaniä i u 60% s täjeloy bilo viävleno naličie kalġkuleznoqo xoleüistita. Laparoskopičeskaä SG vipolnelasġ čerez 3 –10 let posle postanovki diaqnoza. U 3 detey v našem issledovanii vo vremä laparoskopii bili viävlenı texničeskie slojnosti dlä provedeniä SG (oqromnie razmerı selezenki, naličie spaek), posle čeqo operaüiä zaveršilasġ laparotomičeskim putem.

Čerez 7-13 dney posle operaüii laboratornie pokazateli u detey obeix grupp suhestvenno ne otličialisġ. Sredniy urovenġ Hb sostavläl 124,6+2,9q/l, retikuloiütov – 9,05+0,05%, bilirubina – 9,5+0mkmolġ/l. Posleoperaüionnaä rehabilitaüiä proxodila qladko, čerez nedelö deti vozvrahalisġ k aktivnomu obrazu jizni. Posleoperaüionnie rubüi bili razmerom 0,5-1 sm i ne vızivali diskomforta.

Nablödenie za bolġnimi, perenessimi laparoskopičeskuö SG, v tečenie 6-44 mesäiev pokazali stoykostġ polučennoqo kliniko-qematoloqičeskoqo otveta v obeix gruppax.

Posle operaüii paüientam naznačalosġ profilaktičeskoie antibakterialġnoie lečenie. Odnako lišġ 45% bolġnix polučali antibakterialġnuö terapiö i bili pri gtom stoykimi k interkurrentním zabolevaniäm. U detey starše 13 let takix problem ne voznikalo, nesmoträ na otsutstvie profilaktičeskix meropriätiiy.

LAPAROTOMIČESKAƏ SPLENGKTOMIƏ. Vipolnena u 69 bolġnix so srednetäjeloy i täjeloy formoy. U detey 1 gruppı sredniy urovenġ Hb do operaüii sostavläl 113,6+9,5q/l, retik. – 121,4 +66,9%, bilirubina – 57,5+25,5 mkmolġ/l. U bolġnix vo 2 gruppe sredniy urovenġ Hb bil 91,4 +12,7 q/l, retik.– 120,7+85,9%, bilirubina – 59,1+27,8 mkmolġ/l. Posle provedeniä SG kliniko-qematoloqičeskoie sostoänie vsax detey uluščilosġ. Čerez 3-19 dney posle operaüii sredniy urovenġ Hb u bolġnix 1 gruppı sostavläl 136,1+8,2 q/l, retik.– 8,9+4,1%, bilirubina – 7,6+2,9 mkmolġ/l. U detey vo 2 gruppe laboratornie pokazateli bili neskolġko xuje.

Nablödenie za bolġnimi v dinamike pokazali stoykostġ polučennoqo kliniko-qematoloqičeskoqo gffekta. Katamnez paüientov provodilsä čerez 10-84 mesäüia posle SG. Qematoloqičeskie pokazateli v obeix gruppax bili v predelax normı.

Vo 2 gruppe odin rebenok poqib čerez 4 mesäüia posle SG ot pnevmonii, v vozraste 2 qoda 9 mesäiev. U druqix detey, perenessix operaüiö v vozraste do 5-6 let, otmečalisġ častie respiratornie virusnie infeküii.

LEČENIE BOLġNIX S XRONIČESKOY İDIOPATIČESKOY TROMBOİTOPENIČESKOY PURPUROY.

Terapiä detey s xroničeskoj İTP provodilosġ s ispolġzovaniem konservativnoqo- (interferon-alġfa-2, anti-D immunoqlobulin, danazol), i xirurgičeskoqo metodov lečeniä (GO selezenki). Gffektivnostġ lečeniä oüenena po kriteriäm qematoloqičeskoqo otveta (QO): polniy QO - uveličenie PLT bolee $150 \times 10^9/l$, častičniy QO: A - uveličenie PLT do $50-150 \times 10^9/l$, B - PLT = do $30-50 \times 10^9/l$ u bolġnix s tromboiitopeniey menee $20 \times 10^9/l$ do načala terapii, Otsutstvie QO – uveličenie PLT menee, čem na $15 \times 10^9/l$ pri soxranenii qemorraqičeskoqo sindroma.

PRİMENENIE İNTERFERONA – ALĖFA-2. 75 detey s İTP polučili kurs terapii interferonom-alġfa-2 (İFN). İnterval ot ustanovleniä diaqnoza do načala terapii sostavläl ot 6 do 94 mesäiev. Za gtot period vse bolġnie polučili konservativnuö terapiö druqimi preparatami (Predn., VVİQ, Anti-D Ig, Danazol, Plazmoferez, Vinkristin) s otsutstvuöhim ili tranzitornim ix gffektom.

PLT do načala terapii sostavlälö 3 - $63 \times 10^9/l$. QO dostiqnut u 55 bolġnix (73,3%); iz nix polniy QO – 9, (12%), častičniy – u 46 (61,3%). Ne otvetili na lečenie 20 bolġnix (26,7%). PLT vo vremä terapii sostavlälö $75,3+38,1 \times 10^9/l$, pri gtom lučšiy otvet na terapiö İFN otmečen u bolġnix s iniüialġnim PLT bolee $20 \times 10^9/l$.

Qematoloqičeskiy otvet dostiqalsä v sroki ot 7 do 39 dney. Prodoljitelġnostġ terapii interferonom-alġfa 2 sostavlälä 1,5 – 3 mesäüia.

Povtorniy kurs interferonom-alġfa-2 polučili 17 bolġnix čerez 2 - 19 nedelġ posle okončaniä osnovnoqo kursa terapii v sväzi s reüidivirovanie zabolevaniä. Polniy QO dostiq 1 bolġnoy (5,9%). 11 bolġnix dostiqili častičnoqo QO A (64,7%).

Takim obrazom, na povtorniy kurs interferona otvetili 80% bolġnix, na perviy kurs terapii – 73,3%.

PRİMENENİE ANTI-D İMMUNOQLOBULİNA. V issledovanie vklöçeni 47 detey. İnterval ot ustanovleniä diaqnoza do naçala terapii anti-D immunoqlobulinom sostavläl ot 6 do 78 mesäüev. Za gto vremä vse bolġnie poluçili 2 i bolee kursov kortikosteroidnoy terapii. Anti-D immunoqlobulin naznaçalsä iz rasçeta 25-60mkq/kq massı tela na kurs terapii v zavisimosti ot konüentraüii qemoqlobina. QO dostiqnutġ u 87,2% bolġnix, v tom çisle polniy – 36,1%. Çastiçniy QO nablödalsä u 51,1% bolġnix. 6 ne otvetili na terapiö (12,8%). RLT sostavilo 131,7+70,3*10⁹/l. Luçšie rezulġtati ot leçeniä poluçeni u bolġnix s iniüialġnim soderjaniem tromboüitov bolee 20*10⁹/l. Skorostġ otveta na terapiö anti – D immunoqlobulinom poluçen v sroki ot 2 do 8 dney (mediana – 3 dnä). *Dlitelġnostġ otveta* na terapiö sostavläla v srednem 4 nedeli (0,5 – 3 mes). 26 bolġnix poluçili povtornie kursı anti-D immunoqlobulina (ot 2-x do 8 raz). Vseço bilo provedeno 112 kursov anti –D immunoqlobulina. Poluçennie rezulġtati suhestvenno ne otliçalisġ: na perviy kurs anti-D immunoqlobulina otvetili 87,2% bolġnix, na vtoroy – 80,7% bolġnix. *Dlitelġnostġ remissii posle provedeniä vtoroqo kursa* anti -D immunoqlobulina sostavila ot 2 nedelġ do 6 mesäüev.

GFFEKTİVNOSTĖ DANAZOLA. Leçenie danazolom provodilosġ u 18 detey. RLT do naçala terapii = ot 0 do 28*10⁹/l. Preparat naznaçalsä v doze 10-20 mq/kq/sut. QO poluçen u 55,6% bolġnix. Odnako polnoqo QO ne otmeçalosġ ni u odnoqo bolġnoqo. Çastiçniy A QO poluçen u 16,7% paüientov. Skorostġ otveta na terapiö danazolom sostavläla v srednem çerez 3,5 nedeli. *Dlitelġnostġ terapii* sostavläla minimum 3 mesäüa (v srednem 6,9+1,5 mes). Maksimalġnaä qematoloqiçeskaä remissia so srokom 17 mesäüev otmeçena u 1 bolġnoqo. Do naçala terapii danazolom dannomu bolġnomu bila provedena SG, kotoraä okazalasġ negffektivnoy.

Povtorniy kurs danazola posle provedeniä GO selezenki bil primenen u 5 bolġnix. QO poluçen u 1 bolġnoqo (33,3%), çastiçniy – u 2 (66,7%).

GNDOVASKULĀRNOY OKKLÖZİİ SELEZENKİ V issledovanie vklöçeni 24 bolġnix. RLT do operaüii sostavlälo 0 - 68x10⁹/l. GO selezenki provodilasġ ne ranee, çem çerez 6 mesäüev posle naçala konservativnoy terapii, i vipolnäsġ v 2 gtaqa: vo vremä pervoqo - osuhestvlälasġ okklözia do 50-60%, vo vremä vtoroqo – 90-95%. Period mejdu pervim i vtorim gtapami okklözii sostavläl ot 3-x nedelġ do 1,5 mes. QO poluçen u 90% bolġnix: polniy - u 65%, çastiçniy - u 25% bolġnix. Povişenie PLT posle provedeniä 1 gtaqa okklözii otmeçalosġ na 2-5 denġ posle operaüii i sostavlälo ot 133 do 546x10⁹/l, odnako, kak pravilo, bilo tranzitornim, i k konüu 3 nedeli snijalosġ do iniüialġnix znaçeniy. V sväzi s gtim vipolnäsä 2 gtap operaüii. *Dlitelġniy- >6 mesäüev* QO poluçen u 45% paüientov. Srednee koliçestvo PLT u nix sostavlälo 215+-22,5*10⁹/l. Operaüia ne trebovala speüialġnoy podqotovki daję u bolġnix s qlubokoy tromboüitopeniey (PLT<20x10⁹/l), oslojneniy vo vremä provedeniä operaüii ne otmeçalosġ. Ni odin paüient ne imel täjelix posleoperaüionnix oslojneniy .

İtak, na osnovanie provedennoy raboti mı prişli k sleduöhim vıvodom.:

- U detey mladşeqo vozrasta s täjelım i srednetäjelım teçeniem NS v kaçestve pervoqo gtaqa terapii nado vipolnitġ GO selezenki. U detey starşeqo vozrasta s subkompensirovannım teçeniem zabolevaniä mojno vipolnitġ naibolee radikalġnuö operaüiö - splengtomiö.

- Pri täjeloy i srednetäjeloy stepeni NS nado otdavatġ predpoçtenie 2-x gtapnoy okklözii selezenki s işemizaüiey bolee 80% orqana. Pri leqkoy stepeni mojno oqranıçitġsä odnim gtapom s okklöziey 60% selezenki dlä korreküii qematoloqiçeskix pokazateley s vozmojnım v otsroçenniyy period provedeniem vtoroqo gtaqa.

- GO selezenki v anamneze u detey s NS ävläetsä otnositelġnim protivopokazaniem dlä provedeniä laparoskopıçeskoy SG v sväzi s vozmojnım naliçiem spaëçnoqo proüessa v bröşnoy polosti.

- Vısokiy urovenġ svobodnoqo bilirubina ävläetsä ploxim prognostiçeskım priznakom v otnoşenii dlitelġnosti gffekta GO, v gtx sluçaax sleduet planirovatġ povtornuö gmbolizaüiö ili SG çerez 8-12 mesäüev.

- Dlë leçeniä detey s İTP pri rezistentnosti kortikosteroidam mojet bitġ ispolġzovana terapiä İFN, anti-D immunoqlobulinom i danazolom. Pri reüidive rekomenduetsä povtornie kursı.

•Pri otsutstvii gffekta ot konservativnoy terapii v teçenie 6 mesəüev, v qlubokoy tromboüitopenii i pri naliciii qemorraqiçeskoqo sindroma mojet bitğ rekomendovano provedenie GO selezenki pri naliciii texniçeskix vozmojnostey v usloviəx dannogo staüionara.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Qoqin E.E., Rutkovskiy V. V. İnfeküionnie oslojneniə u bolğnix s zabolevaniəmi krovi posle splengktomii. – Kliniç. Mediüina, 1985, t.63, № 5, s.95-98.
2. Grqaşev N. Ş., Taller Q. A., Kaqan A. V. Jelçekamennə bolezniğ pri nasledstvennoy mikroferoüitarnoy qemolitiçeskoqo anemii u detey. – Voprosi oxrani materinstva i detstva, 1990, № 9, s.74.
3. Carrol B. J., Phillips E. H., Semel C. J. et al. Laparoscopic splenectomy. Surg. Endosc. – 1992. – V.6. – P.183-185.
4. Kayser W., Euler H.H., Schmitz N., Gassmann W., Loffler H., Asbeck F. Danazol in Acquired Amegakaryocytic Thrombocytopenic Purpura: A Case Report. Blut 1985, 51:401-404.
5. McMillan R. Chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. N. Engl. J. Med., 1981, v. 304, p.1135-1147.
6. Yoshida K., Yamazaki Y., Mizuno R., Yamadera H., Hara A., Yoshizawa J., Kanai M. Laparoscopic splenectomy in children. Preliminary results and comparison with the open technique. Surgical Endoscopy. 9(12):1279-82, 1995.

Daxil olub: 28.03.2009. Rəyə göndərilib: 4.04.2009.

ŞƏKƏRLİ DİABETLİ XƏSTƏLƏRDƏ ORTOPEDİK STOMATOLOJİ MÜALİCƏ

Seyidbəyov O.S., Kərimov R.A.

Ə.Əliyev adına ADHTİ, Stomatologiya kafedrası.

Şəkərli diabet pankreasda insulinin lazımi qədər ifraz olunmaması və ya toxumaların insulinə həssaslığının azalması, həmçinin bu iki səbəbin kombinasiyasının nəticəsi olaraq hiperqlikemiya səbəb olan metabolik pozğunluqlar qrupudur.

Son bir neçə onillik ərzində bütün dünyada şəkərli diabetli xəstələrin sayı 2,5 dəfə artmışdır və hal – hazırda 225 mln. nəfərə çatır. Ölkəmizdə isə bu xəstəlikdən əziyyət çəkən insanların sayı 102364 nəfərdir.

ŞD xəstəliyinin ağız boşluğunda təzahürü çox spesifik və rəngarəngdir. Yerli immun reaksiyaların zəifləməsi, damar sistemi pozğunluğu nəticəsində tez-tez baş verən qanaxmalar, selikli qişada quruluq və pastozluq, dişlərin ərp və daşlarla örtülməsi, hiposalivasiya, ağız suyunun ümumi fibrinolitik aktivliyinin artması, parodont toxumasının zədələnməsi, sümük toxumasının rezorbsiyası şəkərli diabetli xəstələrin 51%-dən 98%-ə qədərində müşahidə olunur. Normal halda parodonta düşən təzyiqli şəkərli diabeti olan insanlarda travmatik təsir göstərərək rezorbsiya prosesini daha da sürətləndirir [2],[5].

Stomatoloji xəstələrdə ŞD-in mövcudluğu ağız boşluğunda aparılan bütün proseslərə mənfi təsir göstərərək parodontoloji müalicənin aparılmasını çətinləşdirir [3].

Mövcud ədəbiyyatın analizi belə nəticəyə əsas verir ki, müxtəlif diş və diş sırası qüsurları olan şəkərli diabetli xəstələrin ortopedik stomatoloji reabilitasiyasının müsbət nəticəsi istifadə olunan material, texnologiya və konstruksiyalarla yanaşı orqanizmin ümumi vəziyyətindən də asılıdır.

Həmçinin yaddan çıxarmaq olmaz ki, ortopedik müalicə özü əsas stomatoloji xəstəliklərin inkişafı üçün əlavə risk faktoru ola bilər. Ağız boşluğunun və protezlərin funksional vəziyyətinə daxili orqanların və sistem xəstəliklərin rolu çox böyükdür və bu faktor çox vaxt ortoped – stomatoloqların klinik təcrübələrində nəzərə alınmır [1].

Ağır somatik xəstəlik nəticəsində üz-çənə sistemində baş verən ağırlaşmaları nəzərə alaraq ŞD-li xəstələrin stomatoloji müalicəsi zamanı diş protezləri və şinaların hazırlanması zamanı istifadə olunan material və konstruksion elementlərin seçilməsinə çox böyük həssaslıqla yanaşmaq

lazımdır. Bu material və elementlər möhkəm və estetik olmaqla yanaşı həmçinin bioinert olmalıdırlar[6],[7].

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqat zamanı əsas məqsədimiz ŞD-li xəstələrin ortopedik müalicəyə tələbatını öyrənmək və protezləmə üçün optimal konstruksiya və materialları araşdırmaq olmuşdur.

Müayinə üsulları və materiallar. Tədqiqat müddətində nəzarətimiz altında 97 nəfər olmuşdur. Əsas qrupu yaş həddi 35-dən 75-ə olan 29-u kişi və 34-ü qadın olmaqla ümumilikdə 63 nəfər müxtəlif dərəcəli ağırlıqlı şəkərli diabetli xəstələr təşkil etmişdir. Xəstəliyin davam etmə müddəti 1 ildən 23 ilədək dəyişir. İlk stomatoloji baxış zamanı bütün xəstələr davamlı qlikemik vəziyyətdə endokrinoloqun nəzarəti altında olmuşlar. Şəkərli diabet diaqnozu həkim – endokrinoloq tərəfindən klinik müayinələr və laborator analizlərə əsasən qoyulmuşdur (ÜST-nin təsnifatı,1999). Müayinə zamanı xəstəliyin davam etmə müddəti, remissiyanın davamlılığı və müddəti həmçinin ağırlaşmaların mövcudluğu nəzərə alınmışdır. Müqayisə qrupunu yaşı 38-dən 73-ə qədər olan 34 nəfər müxtəlif diş sırası defektləri olan pasiyentlər təşkil etmişdir (19 kişi və 15 qadın).

ŞD-li xəstələrin protezlənməyə tələbatını müəyyən etmək üçün tərəfimizdən xüsusi sorğu anketi tərtib olunmuşdur. Bu anketdə pasientin şikayətləri, ilk dəfə neçə yaşında protezlənməsi, protezdən istifadənin müddəti, ilkin ya təkrari protezləndiyi, protezin növü, hazırladığı material, protezin hal-hazırkı vəziyyəti qeyd olunurdu.

Sorğu anketinin nəticələrinə əsasən müəyyən olundu ki, əsas qrupu təşkil edən pasientlərin 23%-i protezlərinin estetik görünüşündən (əsasən qadınlar), 17%-i protezə olan funksional tələblərin ödənilməməsindən, 12%-i isə protezlərin təmizlənməsinin çətinlik törətməsindən (çıxan protezlərə aiddir) şikayət edirlər. Həmçinin müəyyən olundu ki, pasientlərin 67,84%-də protezlənməyə ehtiyac var (çıxan protezə ehtiyac üstünlük təşkil edir). Xəstələrin 31,18%-də protezlərin vəziyyəti qənaətbəxş, 23%-də qeyri – qənaətbəxş, 44,84%-i isə heç protezlənməmişdir. Əsas qrupu təşkil edən protezlənmiş pasientlərin 24%-i 40 yaşa qədər olan dövr ərzində (əsasən çıxmayan protezləmə), qalanları isə 40 yaşından sonrakı dövrdə protezlənmişdir (çıxan protezləmə üstünlük təşkil etmişdir). Sorğuda iştirak etmiş pasientlərin əksəriyyətində protezlərdən istifadə müddəti normadan çox olmuşdur və hətta 25 ilə qədər müddəti əhatə etmişdir. Pasientlərdə protezlərin hazırlanmasında istifadə olunan materiallar: çıxan protezləmədə əsasən akril plastmas, çıxmayan protezləmədə isə qızıl, titan, NiTi (nikel - titan) və KXƏ (kobalt - xrom ərintisi) əsasında hazırlanmış metal, metal - keramik və metal - plastmas qapaqlar və körpülər, 8 nəfər pasientdə titan implantlar üzərində sirkon oksidi əsasında hazırlanmış metal – keramik qapaqlar olmuşdur. Həmçinin şəkərli diabetli xəstələrdən 13 nəfərdə diş sıralarının ikincili deformasiyası aşkar olunmuşdur. Müqayisə qrupunda isə əsasən çıxmayan protezləməyə ehtiyac üstünlük təşkil edirdi (77,27%). Protezləməyə ehtiyacı olmayanlar 43,73% , protezinin vəziyyəti qənaətbəxş olanlar 65,44%, protezinin yenilənməsinə ehtiyacı olanlar isə 35,56% təşkil edirdi.

Protezlənməyə hazırlıq mərhələsində tərəfimizdən müxtəlif lokalizasiya və dərinlikli karies diaqnozu ilə 46 nəfərdə 62 diş, pulptlə 14 nəfərdə 18 diş, xroniki periodontitlə 7 nəfərdə 9 diş müalicə olunmuşdur. Həmçinin 26 keyfiyyətsiz plomb yenilənmiş, 6 nəfərdə 13 diş oklüzion səthi bərpa olunmaqla restavrasiya olunmuşdur. Müqayisə qrupunda isə karies və onun ağırlaşmaları ilə 17 xəstəyə yardım göstərilmişdir.

Çıxmayan protezləmədə istifadə olunan materialların ağız boşluğu orqanlarına təsirini öyrənmək üçün şəkərli diabetli xəstələrdə Şiller-Pisarev sınağı və diş əti mayesinin miqdarının hesablanması prosedurları yerinə yetirilmişdir. Diş əti kənarında iltihablaşma qeyd olunan halda selikli qişanın iltihablaşma dərəcəsini müəyyən etmək üçün isə PMA (papilla marginal alveolyar) indeksindən istifadə olunmuşdur. Bundan əlavə dayaq dişlərin vəziyyəti kliniki testlərlə yoxlanmış və çənə sümüklərinin analizi üçün panoram rentgen şəkli çəkilmişdir.

Nəticə.

Aparığımız müşahidələrə əsasən belə nəticəyə gəlmək olar ki, şəkərli diabetli xəstələrdə çıxmayan protezləmədə istifadə olunan NiTi ərintisi əsasında hazırlanmış metal - keramik və metal – plastmas qapaqlar dayaq dişlərə və parodonta daha az mənfi təsir göstərir və bu tip xəstələrin protezlənməsi üçün optimal materiallar sırasına aid oluna bilər. Həmçinin sirkon oksidi əsasında

hazırlanmış qapaqlar və körpülərlə protezlənmiş pasientlərin müayinəsindən alınmış nəticələrə əsasən bu materialı bioinert material kimi qəbul edərək istifadəsini məsləhət görürük.

Şəkərli diabetli xəstələrdə sümük sistemində baş verən patoloji halları nəzərə alaraq çıxan protezləmədə konstruksiya seçimi zamanı mümkün qədər çeynəmə yükünün dayaq dişlərə ötürməyə imkan verən konstruksiya növlərinə üstünlük vermək daha məqsədə uyğun olardı. Həmçinin bu tip pasientlərdə ağız boşluğu imunitetinin aşağı düşməsinə nəzərə alaraq daha gigiyenik protez konstruksiya və materiallarından istifadə olunması məsləhət görülür.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Badalov P.M., Qaraev Z.İ. Adaptasiya bolğnıx saxarnım diabetom k scemnim konstruktüem zubnıx protezov iz akrilovıx plastmass // Stomatoloqiə novoqo tısəçetia: Sb. tezisov. M.: Aviaizdat, 2000.S. 90-91.
2. Volojin A.İ. Patoqenetičeskie mexanizmi porajeniə parodonta pri saxarnom diabete // Stomatoloqiə novoqo tısəçetia: Sb. tezisov. - M.: Aviaizdat, 2002. -S. 130-131.
3. Qrudənov A.İ., Eroxin A.İ. // Xirurqičeskie metodı leçeniə zabolevaniy parodonta// İzdatelğstvo: Mediüinskoe informatiionnoe aqentstvo,2006q.128 str.
4. Zviqinüev M.A. Stomatoloqičeskaə reabilitaüia bolğnıx saxarnım diabetom. avtoreferat Dok. Med. Nauk. Omsk, 1998. str 1-43.
5. İbraqimov T.N. Stomatoloqičeskaə reabilitaüia bolğnıx pri naruşeniəx metabolizma i reqionarnoqo krovotoka, obuslovlennıx somatiçeskimi zabolevaniəmi: Avtoref. dis.... d-ra med. nauk. - M., 2001. - 47 s.
6. Timofeeva-Kolğüova T.P. Osobennosti stomatoloqičeskoqo ortopedičeskoqo leçeniə bolğnıx saxarnım diabetom: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.-M., 1995.-23 s.
7. Furüev T. V. Osobennosti vıbora optimalğnıx stomatoloqičeskıx materialov, implantaüionnıx sistem i ortopedičeskıx konstruktüiy dlə reabilitaüii bolğnıx saxarnım diabetom : Avtoref. dis. ... dok. med. nauk. Kazanğ 2009q. 40str.

S U M M A R Y

PROSTHODONTIC STOMATOLOGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Seidbekov O.S., Kerimov R.A.
Department of Stomatology, A S A T I F D named A.Aliyev

Diabetes mellitus is one of the most common diseases in the world. We sanify oral cavity and teeth, examed prosthetic bed and parodont in this type of patients. Under our supervision were 97 patients : main group 63 patients with diabetes mellitus and control group 34 patients without any sistem disease. We tried to exam the changes of teeth and parodontic tissue under the influence of prosthesis and different materials.

Daxil olub: 31.03.2009. Rəyə göndərilib: 7.04.2009.

GPİDEMİOLOQİÇESKİE ASPEKTI OSNOVNIX STOMATOLOQİÇESKİX ZABOLEVANIY NASELENİƏ AZERBAYDJANA İ RAZRABOTKA GFFEKTİVNIX LEÇEBNO-PROFİLAKTİÇESKİX MEROPRİƏTİY

Paşayev A.Ç.

Kafedra terapevtičeskoy stomatoloqii AMU.

Stomatoloqičeskie zabolevaniə zanimaöt bolğşoy udelğny ves sredi obhey zabolevaemosti çeloveka. V osnove gtoy problemi lejıt naliçie dannıx po rasprostranennosti i intensivnosti porajeniə osnovnimi stomatoloqičeskimi zabolevaniəmi naseleniə. İzuçenie literaturı pokazıvaet, çto ranee oteçestvennımi issledovateləmi izuçalasğ gpidemioloqiə osnovnıx stomatoloqičeskıx zabolevaniy.

Gti rabotı sıqralı bolğşuö rolğ v razvitii stomatoloqiçeskoj nauki v respublike i əvilisğ osnovoy dlə orqanizaüii stomatoloqiçeskoj pomohi naseleniö.[1-5]

Odnako sleduet otmetitğ, çto posle vipolneniə bolğşinstva gtix rabot prošlo znaçitelğnoe vremə. Soqlasno rekomendaüiəm VOZ ülesoobrazno çerez kajdie 5-6 let imetğ dannie o stomatoloqiçeskix zabolevaniəx. Na seqodnəşnij denğ otsutstvuöt materialı po porajennosti naseleniə takimi nekarioznimi zabolevaniəmi kak qiperesteziə i stiraemostğ zubov; dannie po dinamike razvitie osnovnix stomatoloqiçeskix zabolevaniy sredi naseleniə respubliki za isklöçeniem üentralğnix rayonov; nauçno-praktiçeskie issledovaniə po soverşenstvovaniö putey profilaktiki osnovnix stomatoloqiçeskix zabolevaniy. Boqatie prirodnie resursı respubliki pozvoləöt rasşiritğ spektr ispolğzuemıx leçebnix sredstv v klinike.

Üelğ issledovaniə: İzüçitğ gpidemioloqiçeskie aspektı osnovnix stomato-loqiçeskix zabolevaniy u naseleniə respubliki, projivaöheqo v razliçnix prirodno-klimatiçeskix reqionax, opredelitğ potrebnostğ v stomatoloqiçeskoj pomohi i razrabotatğ optimalğnie leçebno-profilaktiçeskie merı s ispolğzovaniem mestnix prirodnix resursov.

Material i metodı issledovaniy. Stomatoloqiçeskie obsledovaniə provedeni v 6 rayonax respubliki i q.Baku: v nizmennom rayone Kördamire, predqornom – Şamkire, qornom – Kedabeke, subtropiçeskom - Djalilabade, oçaqe gndemii zoba – Şeki, oçaqe gndemii flöoroza zubov – Zırə i q.Baku. V gtix naselennix punktax obsledovano v predelax 700 çelovek v kajdom rayone i vseqo oxvaçeno okolo 4900 çelovek v vozraste 15-60 let i starşe. Krome gtix rayonov, obsledovaniem oxvaçeni nekotorie druçie oçaqi gndemii flöoroza zubov: Törkanı, Şuveləni, Pirallaxi, Maraza. Zdesğ obsledovaniem oxvaçeno 2560 çelovek v vozraste 11-55 let i starşe.

Pri stomatoloqiçeskix obsledovaniəx polğzovalisğ «Kartoy osmotra polosti rta», ispolğzuemoy na kafedre terapevtiçeskoj stomatoloqii AMU.

Diaqnostiku flöoroza zubov provodili po klassifikaüii V.K.Patrikeeva. Krome flöoroza zubov v sootvetstvie üeli i zadaçam issledovaniə mı diaqnostirovali qiperesteziö i stiraemostğ zubov u naseleniə vo vsex rayonax obsledovaniə. Narədu s karioznimi i nekarioznimi porajeniəmi zubov mı pri stomatoloqiçeskix obsledovaniəx fiksirovali zabolevaniə parodontita po trem nozoloqiçeskim formam: qinqivit, parodontit i parodontoz.

Pri kliniçeskom obsledovaniı ispolğzovalsə qiqieniçeskiy indeks - İQ po Qrin-Vermillionu (1969), parodontalğniy indeks RMA (Parma, 1960), parodontalğniy indeks PI (Russel, 1956).

Gksperimentı provodilisğ na 60 křisax vesom 30-50 qr. Flöoroz zubov u křis sozdavali putem vvedeniə v orqanizm ftora s pitğevoy vodoy. Vse křisı bili raspredelenı na 3 gruppı: I gruppı sostavləli kontrolğnie jivotnie, poluçaöhie obiçnuö vodoprovodnuö vodu s nizkim sodərjaniem ftora – 0,45 mq/l. II gruppı, «uslovno-kontrolğnaə», poluçaöhəə vodu s visokim sodərjaniem ftora – 15 mq/l i III gruppı – «osnovnaə gruppı», narədu s vodoy s visokim sodərjaniem ftora ehe dopolnitelğno 2 raza v nedelö poluçalı 1% rastvor qlötaminovoy kislotı. Vse křisı naxodilisğ v obiçnom dlə nix pihevom raüiöne. Pri gksperimentalğnom flöoroze v krovı jivotnix opredeləli sleduöhie bioximiçeskie pokazateli: sodərjanie malonovoqo dialğdeqida (MDA), vosstanovlenniy qlutation, katalaza, alğbumin, fibrinoqen, heloçnaə fosfataza.

V üeləx sravnitelğnoqo izuçeniə leçebnoqo vliəniə pastı «naftalanovoe maslo + delaqil + teofillin + okisğ üinka» bili postavljeni opıtı na 55 krolikax . 5 jivotnix bilo ispolğzovano v kaçestve «intaktnoy» kontrolğnoy gruppı. Na ostalğnix 50 krolikax bil smodelirovan parodontit putem nalojeniə liqaturı. Posle formirovaniə modeli parodontita vse jivotnie bili razdelenı na 3 gruppı: «kontrolğnaə» (20 krolikov) - bez kakoqo-libo leçebnoqo vozdeystviə na zonu porajeniə; «uslovno-kontrolğnaə» (15 krolikov) - na zonu gksperimentalğnoqo parodontita nanosilosğ naftalanovoe maslo v teçenie 10 dney; «osnovnaə» (15 krolikov) - jivotnim ukazannoy gruppı na porajennuö zonu desni nanosilasğ parodontalğnaə pasta vişeuказannoqo sostava v teçenie 10 dney.

Po materialam issledovaniə vipolneni obzorno-qistoloqiçeskie, selektivnie qistoximiçeskie, i immunoqistoximiçeskie analizi, takje opredelenı koliçestvennie pokazateli.

V klinike provedeno leçenie u bolğnix s xroniçeskim kataralğnim qinqivitom i parodontitom leqkoy i sredney stepeni təjesti. Leçenie povişennoy çuvstvitelğnosti zubov provedeno s ispolğzovaniem konüentrirovannoqo nastoə Azerbaydjanskoqo çəə (KNAÇ), oboqahennoqo 1% rastvorom KCl.

Rezultati obrativali metodom variacionnoy statistiki s opredeleniem srednix veličin i ix oşibok. Dostovernostğ razliçiy opredeläli s pomohğõ parametricheskix i neparametricheskix metodov **Rezultati provedennix issledovaniy i ix obsujdenie.** Rezultati naşix gpidemioloçeskix issledovaniy pokazali, çto v srednem rasprostranennostğ kariesa po vsem obsledovannim rayonam kolebletsä v predelax $82,5 \pm 1,43 - 100\%$. Naibolee nizkoe rasprostranenie kariesa nablõdalosğ v qornom rayone Kedabeke – $82,5 \pm 1,43$ i oçaqe gndemii flõoroza Zırä – $87,7 \pm 1,24\%$, naibolğşee v Kõrdamire – $97,2 \pm 0,62\%$ i oçaqe gndemii zoba Şeki – 100% . V srednem v obsledovannix rejonax pokazatelğ KPU sostavläet $7,19 \pm 0,10 - 14,0 \pm 0,12$ zubov. [6]

Rezultati naşix issledovaniy po izuçeniõ porajennosti zubov flõorozom sredi naseleniä respubliki pokazali, çto rasprostranennostğ eqo kolebletsä v predelax $44,1 \pm 2,10 - 66,8 \pm 2,20\%$, priçem leqkie formi vstreçalisğ çahe, nejeli täjelle. [7]

Po rezultatam naşix stomatoloçeskix obsledovaniy çastota qiperestezii zubov po vsem obsledovannim rayonam sostavläet $26,3 \pm 1,70 - 50,8 \pm 1,88\%$. Po çastote razliçnix form qiperestezii ustanovleno, çto oqranıçennäe forma vstreçaetsä çahe, çem generalizovannäe. Naibolee çasto ona voznikala v sväzi s zabolevaniämi parodonta – $17,8 - 36,7\%$. V srednem rasprostranennostğ stiraemosti sredi naseleniä obsledovannix rayonov sostavläet $7,92 \pm 1,0 - 13,3 \pm 1,30\%$. Naibolee nizkiy urovenğ rasprostranennosti stiraemosti nablõdali v oçaqe gndemii flõoroza, naibolğşiy v oçaqe gndemii zoba. V ostalğnix rejonax ona imela primerno odinakovoe rasprostranenie i kolebalasğ v predelax $9,0 - 11,0\%$. [8] V srednem çastota qinqivita v razliçnix prirodno-klimatiçeskix zonax kolebletsä v predelax $17,9 \pm 1,44 - 31,0 \pm 1,74\%$. Naibolee nizkie veličini rasprostranennosti qinqivita nablõdalisğ v oçaqe gndemii flõoroza zubov, qornom rayone Kedabeke i v q.Baku, naibolğşae v nizmennom rayone Kõrdamire, v ostalğnix rayonax ona zanimala promejutoçnoe polojenie. Analiz dannix po çastote razliçnix form qinqivita ustanovil sleduõhee: po vsem rayonam obsledovaniä naibolee çahe vstreçalisğ liüa s kataralğnim qinqivitom, nejeli s qipetrofiçeskim. Rezultati stomatoloçeskix obsledovaniy po izuçeniõ porajeniä naseleniä parodontitom s parodontozom pokazali, çto rasprostranennostğ ix po vsem rayonam obsledovaniä v srednem sostavläet $9,61 \pm 1,11 - 17,8 \pm 1,44\%$. Naibolee nizkiy urovenğ rasprostranennosti parodontita i parodontoza nablõdalsä v oçaqe gndemii flõoroza, qornom rayone Kedabeke i predqornom rayone Şamkire, naibolee visokiy – v nizmennom rayone Kõrdamire, subtropiçeskom rayone Djalilabade i oçaqe gndemii zoba Şeki. [9]

Mi izuçalı dinamiku razvitiä osnovnix stomatoloçeskix zabolevaniy za istekşie 30 let. Pri sopostavlenii gtix pokazateley po kajdomu rayonu pri perviçnom i povtornom obsledovanii ustanovleno, çto praktiçeski vo vsex obsledovannix zonax nablõdaetsä povışenie rasprostranennosti kariesa zubov. Pri sravnitelğnoy õüenke intensivnosti porajeniä kariesom zubov viävælõsğ sleduõhee: vo-pervix, urovenğ pokazatelä KPU sootvetstvoval intensivnosti porajeniä kariesom zubov v oboix sluçaax obsledovaniä, t.e. pri otnositelğno nizkom urovne intensivnosti vo vremä pervoqo osmotra eqo urovenğ bil takje nizkim po rezultatam vtoroqo osmotra; vo-vtorix, v bolğşinstve rayonov veličina pokazatelä KPU pri povtornom obsledovanii dostoverno bila povışennoy, za isklõçeniem Kõrdamira, Djalilabada i Şeki, qde veličina ee bila visokoy i ostalasğ na prejnem urovne. [10]

Sravnitelğnæ õüenka rasprostranennosti qinqivita po vremeni obsledovaniä pokazala, çto v bolğşinstve rayonov pri povtornom obsledovanii eqo veličina vozrastala, za isklõçeniem Kõrdamirskoqo rayona, Şeki i oçaqa gndemii flõoroza. Analiz pokazateley rasprostranennosti parodontita i parodontoza v dinamike pokazal, çto v bolğşinstve rayonov oni pri povtornom obsledovanii vozrosli i razniüa v pokazateläx statistiçeski bila dostovernä. İzuçenie çastotı gtix zabolevaniy parodonta v vozrastnom aspekte ustanovilo sleduõhie xarakternie osobennosti: vo-pervix, kak pri pervom, tak i vo vtorom obsledovanii ne vo vsex vozrastnix gruppax vstreçaõtsä liüa s gtimi zabolevaniämi; vo-vtorix, v bolğşinstve rayonov obsledovaniä çastota ix uveliçivaetsä do 50-59 letneqo vozrasta, a zatem imeet tendentiõ k snijeniõ. Soqlasno naşim dannim, v bolğşinstve rayonov çahe vstreçalisğ liüa s parodontitom, nejeli s parodontozom. V otnoşenii täjesti gtix zabolevaniy ustanovleno, çto vstreçalisğ liüa so vsemi stepenämi porajeniä. [11]

Mi takje izuçalı znaçenie nekotorig gtipatoloçeskix faktorov i soüialğno-gpidemioloçeskix predislok, imeõhix znaçenie v vozniknovenii ili je prepätstvii v razvitii osnovnix stomatoloçeskix zabolevaniy. Anatomotopografıçeskie osobennosti zuboçelõstnoy

sistemi, otsutstvie qrudnoqo vskarmlivaniə, mesto projivaniə, upotreblenie jevatelĝnıx rezinok, rejim çıstki zubov, jilihnie usloviə, proizvodstvennie vrednosti, status bejenüev i çastie rodi neobxodimo uçıtvatĝ pri orqanizauüi leçebno-profilaktičeskix meropriätıy sredi naseleniə respubliki.[12]

Provedennie stomatoloqičeskie obsledovaniə sredi naseleniə respubliki, projivaöheqo v razliçnıx prirodno-klimatiçeskix usloviəx pozvoləöt nam otmetitĝ, çto potrebnostĝ v leçebno-profilaktičeskoy pomohi po osnovnim stomatoloqičeskim zabolevaniəm, takim kak karies zubov i bolezni parodonta, dovolĝno visokaə. Neznaçitelĝnoe koliçestvo zaplombirovannıx zubov, bolĝşoy udelĝny ves udalennıx zubov v intensivnom pokazatele kariesa (KPU) svidetelĝstvuet o neudovletvoritelĝnom sostoəniı stomatoloqičeskoy pomohi naseleniö po vsem obsledovannım reqionam respubliki. Analoqičnoe polojenie v ravnoy stepeni nablödaetsə i dlə parodontoloqičeskoy pomohi naseleniö. Vmesto toqo, çtobi leçitĝ podvijnie zubi, naselenie predpoçitaet udalötĝ ix. Vse gto trebuet prinətiə bezotlaqatelĝnıx mer po uluçşeniö stomatoloqičeskoy pomohi naseleniö v obsledovannıx reqionax respubliki.[13]

Uçıtvavə bolĝşuö aktualĝnostĝ individualĝnoy profilaktiki flöoroza zubov, mı provodili dalĝneyşee izuçenie v gksperimente vliəniə qlutaminovoy kislotı na vozniknovenie flöoroza zubov i odnovremenno ustanovlenie vozmojnosti vliəniə ee na neızuçennie obhie metaboliçeskie proüessı v orqanizme. Summiruə bioximičeskie issledovaniə krovı gksperimentalĝnıx kris mojno otmetitĝ, çto upotreblenie vodi s visokim soderjaniem ftora vizıvaet suhestvennie naruşeniə v metaboliçeskix proüessax orqanizma. Vvedenie krisam odnovremenno qlutaminovoy kislotı sposobstvovalo neytralizauüi ili je izmeneniö toksičeskoqo vliəniə povışennıx doz ftora v orqanizme, çto poslujilo priçinoy otsutstviə izuçaemıx metaboliçeskix naruşeniy. Dannoə polojenie v svoö oçeredĝ okazalosĝ polojitelĝnim profilaktičeskım vliəniəm na porajeniə zubov flöorozom u gksperimentalĝnıx kris. Rezulĝtati issledovaniə svidetelĝstvuuöt o neobxodimosti obraheniə vnimaniə na gffektivnostĝ primeneniə qlutaminovoy kislotı v reşenii praktičeskix voprosov individualĝnoy profilaktiki flöoroza zubov u naseleniə.[14]

Pri applikaüiəx porajennoy zonu parodontalĝnoy pastoy v dinamike gksperimentalĝnoqo parodontita u krolıkov v bolee rannie sroki i dostovernno luçşe vosstanavlivaetsə gpitelialĝny pokrov; dostovernno ranĝşe i luçşe vosstanavlivaötsə fermentnyı i substratnyı poteniüial gnerqosnabjeniə, obmena, transporta, a takje – sostoənie mikroüirkulətornoqo rusla, mikroinnervaüionnoqo i lokalĝnoqo sekretornoqo apparatov qinqıvı. Parodontalĝnaə pasta na osnove naftalanovoqo masla obladaet lokalĝnoy pozitivnoy immunotropnostĝö. Regulərne nanesenie na porajennuö qinqıvu parodontalĝnoy pastı v bolee rannie sroki i bolee gffektivno mobilizuet lokalĝnyı immunnıy zahitnyı aparat qinqıvı, çto proəvləetsə dostovernno ranney normalizauüiey morfo-funküionalĝnıx pokazateley IgG- i CD25-pozitivnıx antiqen-predstavlöhıx («otrostçatıx») immunoüitov, limfoüitov i plazmaüitov v qinqıve.

Pri ispolĝzovanii protivovospalitelĝnoy pastı na osnove naftalanovoqo masla v klinike nablödalsə polojitelĝnyı gffekt pri leçenii xroničeskoqo kataralĝnoqo qinqıvıta i parodontita leqkoy i sredney stepeni. Znaçitelĝnoe uluçşenie bılo dostiqnuto u 65,5%, uluçşenie – 34,5% bolĝnıx. Dannie obcektivnoqo nablödeniə sootvetstvovalı polojitelĝnim znaçeniəm indeksnoy oüenki (PMA,PI), dannım soderjaniə lizoüima i SIgA v slöne nablödaemıx bolĝnıx do i posle leçeniə.[15]

Polojitelĝnaə dinamika umenĝşeniə çuvstvitelĝnosti zubov nablödalsə pri primeneniı nastoə KNAÇ+KCl. Posle 2-x nedelĝnoqo kursa qiperesteziə pri zondirovanii umenĝşalasĝ poçtı v 3,3 raza (lineynoə prodvijenie zonda) i 7,3 raza (proba s vatnim şarikom). Pri termometriı takje nablödalsə polojitelĝnaə tendeniə – umenĝşenie reaküiı po testam v 4,4 raza (oroşenie vodənoy struey), 2,7 raza (obrabotka bokovoy vozduşnoy struey) i 5,7 raza (prəmoı vozduşnoy struey).

Po našemu mneniö, neobxodım kompleksnyı podxod k voprosu profilaktiki stomatoloqičeskix zabolevaniy, pri aktivnom uçastii qosudarstvennıx, mediüinskıx, obrazovatelĝnıx, proizvodstvennıx uçrejdeniy, a takje samıx lödey, osobenno roditeley i samıx detey, kotorıy pozvolit poluçitĝ polojitelĝnie rezulĝtati po snıjenıö rasprostrannosti i intensivnosti porajeniə osnovnimi stomatoloqičeskimi zabolevaniəmi naseleniə.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Alieva R.K. Otrabotka optimalğnoy modeli razvitiä stomatoloqiçeskoj slujbi detskomu naseleniö Azerbaydjanskoj respublikii: Avtoref. diss. ...dokt.med.nauk. M., 2001, 43 s.
2. Axmedov A.A. Mediko-geografiçeskie osobennosti kariessa zubov v Azerbaydjanskoj SSR: Avtoref. dis. dok. med. nauk. Moskva, 1968, 40 s.
3. Qaraev Z.İ. Qenetiçeskie aspekti zuboçelöstnix anomalii i rolğ inbridinga v ix strukture i çastote rasprostraneniä: Avtoref. dis. ... dokt.med.nauk. M., 2000, 39 s.
4. Kerimov G.G. Patoqenez bolezney parodonta pri patoloqii hitovidnoy jelezi i osobennosti ix profilaktiki v oçaqax zobnoy gndemii Azerbaydjanskoj SSR: Avtoref. dis. ... dokt.med.nauk. Kiev, 1989, 46 s.
5. Paşayev Ç.A. Kliniko-gpidemioloqiçeskie osobennosti kariessa zubov, parodontoza i ix soçetaniy: Diss. ... dok. med. nauk. M., 1982, s. 104-111
6. Paşayev A.Ç. Gpidemioloqiä kariessa zubov u naseleniä Azerbaydjana, İstitut stomatoloqii, 2009, №2(43), s. 16-17
7. Paşayev A.Ç. Aliev A.N., İsmaylov D.İ. Rasprostranennostğ flöoroza sredi naseleniä Azerbaydjana, Sovremennäa stomatoloqiä, 2009, №2(47), s. 59-60
8. Paşayev A.Ç. Rasprostranennostğ nekarioznix porajeniy zubov sredi naseleniä razliçnix reqionov Azerbaydjana, Azərbayjan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2009, №3, s. 95-98
9. Paşayev A.Ç. Porajennostğ naseleniä Azerbaydjana zabolevaniämi parodonta, Sovremennäa stomatoloqiä, 2009, №2(46), s. 48-50
10. Paşayev A.Ç. Karies zubov u naseleniä Azerbaydjana za proşedsie 30 let, Stomatoloqiä, 2009, tom 88, №4, s. 9-11
11. Paşayev A.Ç. Dinamika razvitiä zabolevaniy parodonta u naseleniä Azerbaydjana za proşedsie 30 let, Parodontoloqiä, 2008, №4(49), s.80-82
12. Paşayev A.Ç. Gtiopatoqenetiçeskie aspekti i soüialğno-gpidemioloqiçeskie predposilki vozniknoveniä osnovnix stomatoloqiçeskix zabolevaniy, Azərbaycan Tibb Curnalı, 2009, №3, s. 121-124
13. Paşayev A.Ç. Potrebnostğ naseleniä respublikii, projivaöheqo v razliçnix prirodno-klimatiçeskix reqionax, v stomatoloqiçeskoj pomohi, Sağlamlıq, 2009, №7, s. 100-105
14. Paşayev A.Ç. Gffektivnostğ primeneniä qlutaminovoy kisloti v profilaktike gksperimentalğnoqo flöoroza zubov, Stomatoloqiä detskoqo vozrasta i profilaktika, 2009, tom VII, №3, s. 55-58
15. Paşayev A.Ç. Leçenie vospalitelğnix zabolevaniy parodonta s ispolğzovaniem novoqo naftalanovoqo masla, Kliniçeskaa stomatoloqiä, 2009, №3(51), s. 44-46

X Ü L A S Ə

**AZƏRBAYJAN ƏHALİSİ ARASINDA ƏSAS STOMATOLOCI XƏSTƏLİKLƏRİN
EPİDEMİOLOCI ASPEKTLƏRİ VƏ SƏMƏRƏLİ MÜALİJƏ-PROFİLAKTİKA
TƏDBİRLƏRİNİN İŞLƏNİB HAZIRLANMASI
(kliniki-eksperimental tədqiqat)**

Paşayev A. Ç.

Epidemioloji müayinələrin nəticələri göstərmişdir ki, Respublikada kariyesin yayılması bütün rayonlar üzrə $82,5 \pm 1,43 - 100\%$, KPC göstəricisi $7,19 \pm 0,10 - 14,0 \pm 0,12$ diş, flürozun yayılması $44,1 \pm 2,10 - 66,8 \pm 2,20\%$, hiperesteziyanın - $26,3 \pm 1,70 - 50,8 \pm 1,88\%$, dişlərin sürtülməsi - $7,92 \pm 1,0 - 13,3 \pm 1,30\%$, qinqivit $17,9 \pm 1,44 - 31,0 \pm 1,74\%$, parodontit və parodontoz - $9,61 \pm 1,11 - 17,8 \pm 1,44\%$ səviyyəsindədir. Keçmiş 30 il ərzində əhali arasında dişlərin kariyesi və parodont xəstəliklərin dinamikasının dəyişikliyi aydın görünür. Müxtəlif təbii iqlim şəraitində yaşamaq, etiopatoloji faktorlar və sosial-epidemioloji amillər Azərbaycan əhalisi arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsinə və inkişafına səbəb olur. Flüoroz xəstəliyinin fərdi profilaktikasında qlutamin turşusunun istifadə edilməsi effektiv olduğuna görə onun tətbiqinə fikir verilməsi məqsədəuyğun sayıla bilər. Respublikanın təbii amillərini (naftalan tərkibli parodontoloji pasta, Azərbaycan çayının dəmləməsi) stomatoloji xəstəliklərin müalicə- profilaktikasında müsbət nəticə verir.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MAIN DENTAL DISEASES OF THE POPULATION OF AZERBAIJAN AND DEVELOPMENT OF EFFECTIVE METHODS OF TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE (clinic-experimental research)

Pashayev A.Ch.

The result of epidemiological researches have shown, the prevalence of the caries on all inspected regions oscillates within the limits of $82,5 \pm 1,43$ - 100 %, the index DMFT $-7,19 \pm 0,10$ - $14,0 \pm 0,12$ teeth, the dental fluorosis - $44,1 \pm 2,10$ - $66,8 \pm 2,20$ %, the frequency of the hypersensitivity of teeth - $26,3 \pm 1,70$ - $50,8 \pm 1,88$ %, the erosion - $7,92 \pm 1,0$ - $13,3 \pm 1,30$ %, the gingivitis - $17,9 \pm 1,44$ - $31,0 \pm 1,74$ %, periodontitis and periodontosis - $9,61 \pm 1,11$ - $17,8 \pm 1,44$ %. The caries of teeth and the periodontal diseases have different prevalence and intensity of the defeat and the features of their dynamics of development for last 30 years are tracked. The natural-climatic conditions of residing, etiopatological factors and social - epidemiological reasons, matter in originating and development main dental diseases among the population of Azerbaijan. It is necessary to pay attention to use of the glutamic acid for the effectiveness solution of practical problems of personal preventive maintenance of the fluorosis of teeth for the population. The application of local natural means (periodontal paste on the basis of naftalan oil, insist of the Azerbaijan tea) in the complex of treatment and preventive maintenance on the dental diseases gives the positive effect.

Daxil olub: 25.04.2009. Rəyə göndərilib: 2.05.2009.

AĞIZ BOŞLUĞU SELİKLİ QIŞASINDA LEYKOPLAKIYANIN KLINIKO-MORFOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ MÜALİCƏ PRINSİPLƏRİ

Əliyev M.M., Məmmədova A.M.

Ə.Əliyev adına AzDHTİ və «Odlar Yurdu» universiteti.

Müasir stomatologiyanın qarşısında duran vacib məsələlərdən biri ağız boşluğu selikli qişası (ABSQ) xəstəliklərinin diaqnostikası, profilaktikası və müalicəsidir (2). ABSQ xəstəliklərinin həddən artıq sayda klinik təzahürlərə malik olması, əhali arasında geniş yayılması, bəzilərinin uzun müddətli müalicə olunması və ağır proqnozluluğu onu tibbi-sosial problemə çevrilmişdir (4).

Son 20 il ərzində ABSQ xəstəlikləri ilə bizə müraciət edən xəstələrdə müşahidə etdiyimiz patoloji proseslərin qiymətləndirilməsi nəticəsində aydın olmuşdur ki, bu xəstəliklər kəskin (63,5%) və xroniki (36,5%) iltihab şəklində özünü büruzə verir. ABSQ-nın xroniki xəstəlikləri böyük əksəriyyətlə seliklili qişanın keratinizasiyası, sindromlar və s. şəklində qeydə alınmışdır. Statistik araşdırmalar nəticəsində o da məlum olmuşdur ki, müayinə etdiyimiz bütün xəstələr arasında leykoplakiyanın xüsusi çəkisi 3,6%-dir.

Leykoplakiyanın bəzi variantları xərçəngönü vəziyyətlər kimi qiymətləndirildiyindən (fakultativ və obliqat) onun klinik-morfoloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Ədəbiyyatda leykoplakiyanın 80% hallarda xoş, qalan hallarda isə displaziya əlamətləri ilə sonuclanması göstərilir (6). Displaziya isə xərçəng önü və ya xərçəngə transformasiya vəziyyəti kimi qiymətləndirilir. Nəzərə alsaq ki, 5 il ərzində bütün leykoplakiya hallarının yalnız 4-6%-i xərçəngə keçir, leykoplakiyanın yuxarıda qeyd olunan vəziyyətlərini düzgün qiymətləndirməyin nə qədər mühüm, lakin çətin məsələ olduğu aydın olar.

Bütün yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq hazırkı məlumatımızın əsas məqsədi - ağız boşluğu selikli qişasının geniş yayılmış keratozlarından olan leykoplakiyanın etio-patogenetik xüsusiyyətlərini, klinik-morfoloji diaqnostikasını və müalicə üsullarını araşdırmaq olmuşdur.

Material və metodlar. Apardığımız klinik müayinələr ABSQ-da leykoplakiyanın müxtəlif formalarından əziyyət çəkən 76 xəstəni əhatə etmişdir. Tədqiqatlar zamanı klinik (sorgu, baxış, stomatoskopiya, geniş stomatoskopiya) və paraklinik (sitoloji, histoloji) müayinə metodlarından istifadə olunmuşdur.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının təsnifatına görə leykoplakiyalar homogen və qeyri-homogen olmaqla 2 qrupa bölünürlər (8). Qeyri-homogen leykoplakiyalar da öz növbəsində eritroleykoplakiya (nəzərə çarpacaq dərəcədə qırmızı komponentli leykoplakiya), düyünlü (səthi dənəvər olan, selikli qişadan bir qədər hündürə qalxmış keratotik səth), ləkəli (az nəzərə çarpan qırmızı komponentləri olan leykoplakiya) və verrukoz (kobud, qaba görkəmli keratotik səth) kimi klinik variantlara bölünür.

Biz isə öz tədqiqatlarımızda A.L.Maşkilleysonun təklif etdiyi təsnifatdan (3) istifadə etmişik. Bu təsnifata görə leykoplakiyanın 4 forması (sadə - hamar, verrukoz və eroziv-xoralı formaları) qeyd edilir. Leykoplakiyanın xüsusi bir forması «siqaret çəkənlərin Tappeyner leykoplakiyası» adlanır (sinonimii: siqaret çəkənlərin damağının nikotin leykokeratozu).

Nəticələr və müzakirələr. Cədvəl 1-də leykoplakiyanın müxtəlif formalarının davam etmə müddətləri də göstərilmişdir. Bu göstəricilər az informativliyə malikdir. Belə ki, epidemioloji müayinələr zamanı xəstəliyin «yaşını» düzgün təyin etmək çox çətindir. Çünki leykoplakiyanın ilkin kliniki təzahürləri simptomuz keçir. Adətən xəstələr həkimə ağırlaşma dövründə, ağızda diskomfort və ağrılar baş verdikdə (hiperkeratotik – verrukoz, eroziv-xoralı və s.) müraciət edirlər. Lakin xəstəliyin davam etmə müddətinə diqqət yetirmək blastamoz transformasiyalardan qabaqkı vəziyyətlərin erkən diaqnostikası baxımından qiymətlidir.

76 xəstə (68 kişi və 8 qadın) üzərində aparılmış klinik müşahidələr ağız boşluğunda leykoplakiyanın çoxformalı xarakter daşdığını aşkarlamışdır. Xəstəliyin əmələ gəlmə səbəblərini, inkişaf xüsusiyyətlərini uzun müddət izlədikdən sonra məlum olmuşdur ki, ağız boşluğunda leykoplakiyanın əsasən 3 klinik formasına (sadə – hamar, hiperkeratotik – verrukoz və eroziv-xoralı) təsadüf edilir (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Xəstəliyin formasından asılı olaraq leykoplakiyanın paylanması

Leykoplakiyanın klinik formaları	Xəstələrin sayı	Xəstələrin cinsi		Müşahidələrin sayına görə %-lə	Xəstəliyin davam etmə müddəti		
		K	Q		1 ilə qədər	1-2 il	2 ildən çox
Sadə (hamar)	61	53	8	80,26	55	6	0
Hiperkeratotik (verrukoz)	13	13	0	17,11	11	2	0
Eroziv-xoralı	2	2	0	2,63	2	0	0
C ə m i :	76	68	8	100%	68	8	

Ədəbiyyatdan da məlumdur ki, leykoplakiya heç də həmişə sərbəst nozoloji vahid olmayıb, çox vaxt determinasiya edici somatik patologiyalarla, dəri xəstəlikləri ilə uzlaşır (yanaşı gedir), allergik pozğunluqların və ya toksiki-kontakt reaksiyaların əlaməti kimi meydana çıxır. Ona görə də tədqiqatlarımız zamanı müşahidə etdiyimiz xəstələrin yuxarıda göstərilən faktorlarla birgə (əlaqəli) getmə hallarına da diqqət yetirilmişdir.

Apardığımız uzunmüddətli müşahidələr nəticəsində aydın olmuşdur ki, şəkərli diabet, damar hipertenziyası, biosenozun pozulması ilə müşayiət edilən həzm aparatı xəstəlikləri, nevroloji və psixosomatik dəyişikliklər, allergiyalar, genetik və endokrin faktorlar, xroniki lokal qıcıqlanmalar ABSQ-nın trofikasının pozulmasına, rezistentliyinin azalmasına, kiçik tüpürcək vəzlərinin və kapilyarların reduksiyasına səbəb olur. Və zənnimizcə, bütün bu qeyd olunan patoloji «zəncir» ABSQ-da leykoplakiyanın genzinin əsasını təşkil edir.

Leykoplakiya («ağ səth», «ağ ləkə») – ağız boşluğu selikli qişasının və dodaqların qırmızı haşiyəsinin iltihabla müşayiət olunan patoloji buynuzlaşmasıdır. Patogenezində endogen faktorlar müəyyən rol oynasa da, leykoplakiya bir qayda olaraq, xroniki ekzogen qıcıqlanmaya (siqaret tüstüsünə, mexaniki, termiki, kimyəvi travmaya, qalvanizmə və s.) cavab olaraq baş verir.

Bəzi müəlliflər leykoplakiyanın professional təbiətli olmasını ehtimal edirlər (1, 7). Bəzən, ağız boşluğu selikli qişasında leykoplakiya infeksiya mənşəli immunodefisit vəziyyətlərin fonunda inkişaf edə bilməsi də göstərilir (insan immunodefisiti virusu ilə yoluxan şəxslərdə «tüklü leykoplakiya», «kandidoz leykoplakiyası», sifilis xəstəliyi zamanı leykoplakiyaya bənzər vəziyyətlər və s.). Leykoplakiya daha çox hallarda 30 yaşdan yuxarı kişilərdə rast gəlinir (2, 4, 5).

Leykoplakiyanın əmələ gəlməsində hüceyrələrin və onların nüvələrinin böyüməsinə, selikli qişanın erkən buynuzlaşmasına gətirib çıxaran qaynar tütün tüstüsü xüsusi rol oynayır. Leykoplakiya dodaqların qırmızı haşiyəsində lokalizasiya etdiyi hallarda onun əsas səbəbi kimi mexaniki travma törədən siqar, papiros və müştüklərin əzici təsiri, siqareti sonadək çəkənlərdə dodağın sistematik (mütəmadi olaraq) yanması, həmçinin qeyri-qənaətbəxş meteoroloji şərait (əsasən də, inholyasiya) mühüm əhəmiyyətə malikdir (6, 8).

Baxmayaraq ki, leykoplakiya diaqnozu qoyulmuş xəstələrin 72%-ini siqaret çəkənlər təşkil etmişdir, bu xəstəlik siqaret çəkməyənlərdə də müşahidə olunur (təxminən 28% hallarda). Leykoplakiya xoş xassəli gedişə malikdir və əksər hallarda müalicə nəticəsində reqressiya edərək sağalma ilə nəticələnmişdir. Lakin, ədəbiyyat mənbələrində leykoplakiyanın 6-10% hallarda bəd xassəli şişlərə keçməsi göstərilirdiyindən, o, fakultativ xərçəngönü xəstəliklər qrupuna aid edilir.

Klinikası. Leykoplakiya yanaqların selikli qişasında (ağız bucağına yaxın yerlərdə), alt dodağın qırmızı haşiyəsində, dilin üst və alt səthlərində, yan kənarlarında, alveol çıxıntısında, ağız dibində və damaqda lokalizə etmişdir.

Leykoplakiya zamanı patoloji proses predleykoplakiya mərhələsindən başlayır. Bu mərhələ üçün selikli qişanın məhdud sahədə azacıq iltihabı ilə səciyyələnmişdir. Bundan sonra həmin yerin azacıq nəzərəçarpan buynuzlaşması (leykoplakiyanın sadə, hamar forması) baş vermişdir (53 kişi və 8 qadın olmaqla 61 xəstə). Həmin zədə nahiyəsi, ətrafda yerləşən sağlam epiteldən yüksəyə qalxmır, ağımtıl və ya ağ-bulanıq rəngə çalır. Proses inkişaf etdikcə zədə ocağı tədricən ətraf toxumalardan yüksəyə qalxmağa başlayır (qeyri-bərabər səviyyədə) və ağ-süd (və ya boz) rəng alır (verrukoz leykoplakiya).

13 kişi xəstədə qeydə alınmış verrukoz leykoplakiyaya xas olan xüsusiyyət odur ki, zədə ocağının içərisində müxtəlif istiqamətlərdə gedən, nazik normal epitel xəttləri müşahidə edilir («daş döşəmə» simptomu). Verrukoz leykoplakiya ocağının palpasiyası zamanı onun sərt olması aşkarlanmışdır. Xəstəlik inkişaf etdikcə hiperplastik törəmələr metaplastik dəyişikliklərlə əvəzlənə bilər. Trofik pozğunluqlar zədə zonasının üzərində eroziyaların (bəzən də xoraların) yaranmasına səbəb olduğundan leykoplakiyanın eroziv-xoralı forması böyük ehtimalla xərçəngə keçə bilər (3).

Leykoplakiyanın yuxarıda göstərilən formaları eyni patoloji prosesin müxtəlif mərhələləridir. Leykoplakiyanın klinik mənzərəsi patoloji prosesin lokalizasiyası ilə müəyyən dərəcədə bağlıdır. Ağız bucağına yaxın yerdə yanağın selikli qişasında leykoplakiya ocağı üçbucaq şəkilli olur və onun iti bucağı distal tərəfə istiqamətlənmiş olur. 18% hallarda leykoplakiya ocağı yanağın selikli qişasında dişlərin qapanma xətti boyunca yerləşmişdir. Dilin dorzal səthi leykoplakiya ilə zədələndikdə dil məməcikləri hamarlaşmış, bəzən də hipertrofiyalaşmış olur (22% halda). Dodaqların qırmızı haşiyəsində (əksər hallarda, alt dodaqda) leykoplakiya ağ-boz rəngdə, qeyri müəyyən formada, alt toxumalara yapışmış görkəm almışdır (9% halda). Burada buynuzlaşma prosesi Kleyn xəttinə, bəzən isə alt dodağın selikli qişasına da yayılır (2% halda).

Leykoplakiya ocağının əsasının (dərindənliyinə) sərtləşməsi (bərkiməsi), buynuzlaşma prosesinin sürətlənməsi, səthində eroziya və çatların əmələ gəlməsi bəd xassəli şişə keçmənin ilkin əlamətləridir. Lakin, bu əlamətlərin olmaması heç bir halda həkimi arxayın etməməlidir.

Çünkü, ədəbiyyatdan məlumdur ki, verrukoz leykoplakiyanın klinik «sakit» variantları zamanı da, bəzən histoloji tədqiqatlarda yastı hüceyrəli xərçəng aşkarlanır (3).

Tappeyner leykoplakiyası. Bu xəstəlik leykoplakiyanın bir növüdür və ancaq «qatı» siqaret (və ya siqar) çəkənlərin sərt damağının selikli qişasında müşahidə olunur. Elə bu səbəbdən də ədəbiyyatda Tappeyner leykoplakiyasının sinonimi kimi «nikotin leykoplakiyası», «nikotin stomatiti», «siqaret çəkənlərin damağı» kimi ifadələrə rast gəlmək olur. Tappeyner leykoplakiyası zamanı sərt damağın və ona qonşu olan yumşaq damağın selikli qişası zərif buynuzlaşmış, bozultul-ağ rəngdə, bəzən büküşlü görkəmdə olur. Belə fonda qırmızı nöqtələr – kiçik tüpürcək vəzlərinin axacaqlarının çıxacaqları açıq aydın nəzəri cəlb edir. Prosesin kəskin variantlarında bu qırmızı nöqtələr yarımkürə şəklində olan düyüncüklərin zirvəsində yerləşir və «qıfı» xatırladır. Xəstəlik çoxlu sayda siqaret çəkənlərdə, ələlxüsus da papiros, qəlyan və ya siqar çəkənlərdə müşahidə edilir. Xəstəliyin əsas səbəbi nikotin deyil, ağız boşluğu selikli qişasına yüksək temperatur və qətranın mənfi təsiridir. Leykoplakiyanın başqa formalarından fərqli olaraq Tappeyner leykoplakiyası çox tez sağala bilər. Müşahidələr göstərmişdir ki, siqaret (və ya siqar) çəkmə dayandırıldıqdan təxminən 2 həftə sonra xəstəliyin əlamətləri nəzərə çarpmır. Tappeyner leykoplakiyasının bəd xassəli transformasiyası, siqaret çəkmək nəticəsində baş verən digər hiperplaziyalar kimi mümkün sayılsa da, bu ancaq nəzəri xarakter daşıyır.

Leykoplakiyanın histoloji mənzərəsi patoloji prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq hiper- və parakeratozla səciyyələnir. Dodaqların qırmızı haşiyəsində verrukoz leykoplakiya güclü hiperkeratozla, nadir hallarda isə parakeratozla müşayət olunur. Leykoplakiyanın bu formasında iltihabi əlamətlər digər formalara nisbətən zəif nəzərə çarpmır. Selik qişanın səthində əmələ gəlmiş buynuz qat qalınlaşmış olur, bəzi yerlərdə isə parakeratoz vəziyyəti nəzəri cəlb edir. Buynuz qatın zədələnməsi daha çox hallarda buynuzlaşmanın aralıq vəziyyətində olur. Leykoplakiyanın verrukoz və eroziv formalarında tikanlı qatda hüceyrələrin diskomplekta-siyası və hüceyrə atipiyası müşahidə edilir.

Leykoplakiyanın sadə (hamar) forması, xüsusən də patoloji proses yanaqların selikli qişasında lokalizə etdikdə, parakeratozla müşayət olunur. Ağız dibində isə leykoplakiyanın bu formasının histoloji mənzərəsi güclü hiperkeratozla səciyyələnir. Zədələnmiş nahiyənin epitelində qlikogen aşkarlanır. Qlikogenin miqdarı buynuzlaşmanın dərəcəsinə uyğun olaraq artır, RNT-nin miqdarı isə zədələnməmiş nahiyələrə nisbətən xeyli azalmış olur.

Tappeyner leykoplakiyasının histoloji mənzərəsi parakeratozla səciyyələnsə də akantoz müşahidə edilmir, stromada dəyişikliklər nəzərə çarpmır. Ağız boşluğunda vizual olaraq aşkarlanan qırmızı nöqtəvari dərinləşmələr – histoloji mənzərədə kiçik tüpürcək vəzlərinin axacaqlarının genişlənməsi olduğunu aşkarlayır. Kiçik tüpürcək vəzlərinin axacaqlarının selikli qişə səthinə yaxın hissəsi kəskin daralmış, nisbətən dərin qatdakı hissəsi – kəskin genişlənməmiş, vəzin özü isə retension kista vəziyyətində olur ki, bu da klinik olaraq düyün kimi qiymətləndirilir. Selikli qişə səthində kiçik tüpürcək vəzlərinin axacağı ətrafında gördüyümüz qırmızı həlqələrdə epitelin deskvamasiyası müşahidə edilir.

Müalicəsi. Leykoplakiyanın düzgün tərtib olunmuş və aktiv icra edilmiş kompleks müalicə planı 93,4% (71 xəstə) hallarda mübət dinamika əldə etməyə imkan vermişdir: prosesin yaxşılaşmasına 52,6% (40 xəstə) hallarda, tamamilə həll olunmasına isə 40,8% (31 xəstə) hallarda nail olunmuşdur. Müalicənin effektivliyinə pasientin subyektiv hissiyatındakı və xəstəliyin klinik mənzərəsindəki dinamika ilə, həmçinin sitoloji müayinələrin göstəricilərinə əsasən qiymət verilmişdir: ağrının sənqiməsi, diskomfort hissənin bir çox hallarda yox olması, zədə (hiperkeratoz) zonasının ölçülərinin kiçilməsi, keratoz prosesinin intensivliyinin azalması, ümumi əhvalın yaxşılaşması və s. Qeyd etmək lazımdır ki, leykoplakiyanın selik qişə üzərindən tamamilə ləğv olunması prosesi çox ləng gedir və qıcıqlandırıcı səbəbkar faktor aradan qaldırıldıqdan ən tezi 8-12 ay sonra baş verə bilər. Təbii haldır ki, leykoplakiyanın sadə (hamar) formasında verrukoz və eroziv formalara nisbətən müalicəvi effekt daha tez əldə edilir. Leykoplakiyanın müalicəsi zamanı ilk növbədə ağız boşluğunun əsaslı surətdə sanasiyası həyata keçirilmişdir. Uğurlu müalicənin vacib şərtlərindən biri kimi xəstəliyin törənməsinə səbəb olan və ya onu provokasiya edən qıcıqlandırıcı amillər aradan qaldırılmışdır. Belə faktorlardan tütün tüstüsünü, diş cərgəsi qüsurlarını, dağılmış dişlərin iti

kənarlarını, amalqam plömlərini, müxtəlif metalların qarışıqından hazırlanmış diş protezlərini, düzgün hazırlanmamış protezləri və s. göstərmək olar.

Leykoplakiyalı xəstələrə siqaret çəkməni tərgitmək tövsiyyə olunmuşdur. Dodaqların qırmızı haşiyəsinin insolyasiyadan mühafizəsi (fotomüdafiə edici məlhəmlər) təmin edilməlidir. Verrukoz formalı leykoplakiya zamanı patoloji ocağın sağlam toxumalar hüdunda cərrahi üsulla xaric edilməsi də göstəridir. Maye azotla aparılan kriocərrahiyyə üsulu da effektiv hesab edilir. Eroziv formalı leykoplakiyanın konservativ müalicəsi müəyyən müddət müsbət nəticə vermirsə, cərrahi yolla zədə zonası kəsilir və mütləq histoloji müayinəyə göndərilir.

Leykoplakiyanın kompleks müalicəsində xəstələrin ümumi müayinəsi də aparılmış, fon patologiyaları (xüsusən də, mədə-bağırsaq sistemi xəstəlikləri) aşkarlanaraq müvafiq mütəxəssislərlə müalicə edilmişdir. Xəstələrə A vitamini konsentrasi (1-2 ay müddətinə, gündə 3 dəfə, hər dəfə 10 damcı – daxilə) və B qrupu vitaminləri təyin edilmişdir. 1-1,5 ay müddətində müalicəvi dozalarda piridoksin (piridoksalfosfat) və aevit də istifadə oluna bilər. Zədə nahiyəsi 10%-li dibunol linimenti və A vitaminin yağlı məhlulu ilə zədə nahiyəsi gündə 3-4 dəfə applikasiya edilmişdir. Bununla yanaşı həmin nahiyəyə 10%-li natrium-borat (bura) və ya karotolin də sürtülə bilər. Leykoplakiyanın müalicəsində qıcıqlandırıcı və yandırıcı vasitələrin istifadə olunması yolverilməzdir, çünki onlar prosesin maliqnezasiyasına səbəb ola bilər.

Leykoplakiya zamanı diş protezləməsinin bəzi özəllikləri vardır. Diş cərgəsinin kiçik qüsurları qeydə alındıqda yekcins metaldan tökmə üsulu ilə hazırlanmış çıxmayan konstruksiyalar məsləhət görülür. Protez yatağında leykoplakiya aşkarlandıqda və xəstədə diş cərgəsinin böyük qüsurları olduqda – çıxan lövhəli protez hazırlanması məsləhət görülür. Lakin, bu halda protezin bazisi elastik astara malik olmalıdır və çalışılmalıdır ki, çeynəmə təzyiqi selikli qişaya bərabər paylansın. Selikli qişasında leykoplakiya olan şəxslərə hazırlanmış diş protezləri yaxşı cilalanmalıdır. Hissəvi çıxan protezlər hazırlandıqda çalışmaq lazımdır ki, klammerlər selikli qişaya, ələlxüsus da leykoplakiya ocağına toxunmasın və onu zədələməsin. Leykoplakiyalı şəxslər ildə 2-3 dəfə stomatoloqa müraciət etməlidirlər. Belə gəlişlər zamanı stomatoloq selikli qişa ilə bərabər ortopedik konstruksiyalara da diqqət yetirməli və müvafiq korreksiyalar etməlidir.

Leykoplakiyanın differensial diaqnostikası qırmızı yastı dəmrov, qırmızı qurd eşənəyi, kandidoz, tükli leykoplakiya, lixenoid tipli kontakt stomatit, uremik stomatit, leykedema, yanağın selikli qişasının adəti dişlənməsi, selikli qişanın kimyəvi yanıqları, selikli qişanın keratozları ilə müşayət olunan bəzi irsi xəstəliklərlə (Kennonun süngəri ağ nevusunu, Peys-Yegers-Turen sindromu və s.) aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Soltanov R.N., Əliyev M.M.. Dəri istehsalında çalışanlar arasında stomatoloji xəstəliklərin yayılması. Azərbaycan Tibb Jurnalı, 1992, № 3-4, səh.75-77.
2. Bançenko Q.V., Maksimovskiy Ö.M., Qrinin V.M. Əzık – «zerkalo» orqanizma. – M., 2000. -407 s.
3. Borovskiy E.V., Maşkilleyson A.L. Zabolevaniə slizistoy oboloçki polosti rta i qub // Pod red. – M.: MEDpress, 2001. –320 s.
4. Danilevskiy N.F., Leontğev V.K., Nesin A.F., Raxniy J.İ. Zabolevaniə slizistoy oboloçki polosti rta. Moskva, izd-vo OAO «Stomatoloqiə», 2001. -271 s.
5. Lanqle R.P., Miller K.S. Atlas zabolevaniy polosti rta. M.: QGOTAR-Media, 2008. -224 s.
6. Laskaris Dj. Leçenie zabolevaniy slizistoy oboloçki polosti rta: Rukovodstvo dlə vraqey. – M.: OOO «Mediüinskoe informaiionnoe aqentstvo», 2006. – 304 s.
7. Pekker R.Ə. Bolezni zubov i polosti rta. Moskva, «Mediüina», 1986. -208 s.
8. Çestnatt İ.Dj., Tibson Dj. Kliniçeskə stomatoloqiə. M.: MEDpress-inform, 2004. -624 s.

Daxil olub: 20.05.2009. Rəyə göndərilib: 27.05.2009.

MÜXTƏLİF KONSTRUKSIYALI PROTEZLƏRİN YARARLILIQ DƏRƏCƏSİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Şirəliyev H.Ö., Əhmədov S.İ.

ATU, ortopedik stomatologiya kafedrası

Əhalinin stomatoloji yardıma olan ehtiyacı və müxtəlif növ protezlərlə təminatı haqqında məlumatlar heç də həmişə onların protezlərə olan tələbatını düzgün əks etdirmir. Belə ki, hazırlanmış protezlərin müəyyən hissəsi onlardan istifadə müddətinə, kliniki və texniki hazırlanma mərhələlərində buraxılan səhvlərə, ağız boşluğunda qalmış dişlərin vəziyyətinə, selikli qişanın protez materiallarına reaksiyasına görə istifadə üçün yaramır və onların dəyişdirilməsi problemi meydana çıxır [2, 3, 7].

Bəzi tədqiqatçılar müxtəlif konstruksiyalı protez gəzdirən şəxsləri müayinə edərək müəyyən etmişlər ki, onların 43-59%-i keyfiyyətsiz hazırlanmış və yaxud uzun müddətli istifadə nəticəsində yararsız hala düşmüş protezlərdən istifadə edirlər [1, 4, 6, 7]. Digər tədqiqatçılar isə müəyyən etmişlər ki, protez gəzdirən şəxslərin 39,7-43,6%-də protezlər dişçənə sistemində patoloji dəyişikliklərə səbəb olurlar [2, 3, 5].

Protezlərin istifadə müddətinə görə yararlılıq dərəcəsinin dəyişməsi də müxtəlif alimlər tərəfindən öyrənilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, hazırlandıqdan sonra 1-3 il müddətində protezlərin 4,9-5,8%-i, 1-6 ildən sonra isə 30,6-33,2%-i öz funksional və estetik dəyərliyini itirir. Bəzi müəlliflər isə artıq 3 ildən sonra protezlərin 45-48%-nin, 4 ildən sonra isə 75-80%-nin yararsız hala düşdüyünü qeyd edirlər [1, 5, 6].

Bəzi müəlliflər istifadə üçün yararsız hala düşmüş protezlərin çıxarılma səbəblərini araşdırmışlar.

Müəyyən edilmişdir ki, körpüyəbənzər protezlərin çıxarılmasının əsas səbəbi dayaq dişlərinin patoloji yüklənməsidir (48-52%). Bu isə protezlərin hazırlanması zamanı dayaq dişlərinin parodont toxumalarının ehtiyat gücünün nəzərə alınmaması nəticəsində əmələ gəlir [1, 3, 5].

Kariyes və onun ağırlaşmaları, eləcə də dayaq dişlərinə qapaqların düzgün hazırlanmaması nəticəsində baş verən iltihabi proseslər 30% hallarda protezlərin çıxarılmasına səbəb olurlar. 12% hallarda körpüyəbənzər protezlərin çıxarılmasının səbəbi aralıq hissənin lehimdən qopması və selikli qişaya bataraq yataq yarası əmələ gətirməsidir.

Bəzi tədqiqatçılar müxtəlif növ protezlərin yararlılıq müddətini öyrənmişlər. Müəyyən edilmişdir ki, süni qapaqların istifadə müddəti 7-8 il, körpüyəbənzər protezlərin istifadə müddəti 8-9 ildir. Hissəvi çıxan protezlər 4-7 ildən sonra, tam çıxan protezlər 4-5 ildən sonra öz yararlılığını itirir və yeniləri ilə əvəz olunmalıdır [1, 3, 6].

Bizim tədqiqatlarımız Azərbaycan Respublikasının 16 yaşından yuxarı şəhər əhalisi arasında aparılmışdır. Ümumilikdə 2631 ədəd süni qapaq, 2264 ədəd çıxmayan körpüyəbənzər və konsol protezləri, 282 ədəd hissəvi çıxan və 40 ədəd tam çıxan protezlər müayinədən keçirilmişdir. Orta hesabla, protez gəzdirən hər bir şəxsə 2,5 ədəd süni qapaq, 2,1 ədəd körpüyəbənzər və ya konsol protez, 0,3 ədəd hissəvi çıxan, 0,04 ədəd tam çıxan protez müayinə olunmuşdur.

Müayinədən keçirilmiş 2631 süni qapaqdan 2144 ədədi (81,5%) ştamplama üsulu ilə hazırlanmış tam qapaqlardan, 249-u metalkeramik qapaqlardan (9,5%), 97-si metalplastik qapaqlardan (3,7%), 47-si tam plastik qapaqlardan (2,8%), 36-sı tam keramik qapaqlardan (1,4%), 58-i şiftili və güdüllü qapaqlardan ibarət olmuşdur (2,2%).

Süni qapaqların böyük əksəriyyətindən 31-35 (23,1%) və 36-45 (44,0%) yaş qruplarından olan əhali istifadə etmişdir. Bu iki yaş qrupunda süni qapaqların 67,1%-i toplanmışdır.

Cədvəl 1.

Yaş qrupları	Qapaqların sayı	Faizlə miqdarı
16-20	42	1,6
21-25	75	2,8
26-30	133	5,1
31-35	607	23,1
36-45	1158	44,0
46-55	274	10,4
56-65	196	7,4
66 və yuxarı	147	5,6
CƏMİ	2631	100,0

Müayinələr zamanı qapaqların yararlılıq dərəcəsi də öyrənilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, hazırlanmış tək qapaqların 37,1%-i onlara olan tələbatları ödəmir və dəyişdirilməlidir (976 qapaq). Müayinələr zamanı qapaqların dəyişdirilməsinin əsas səbəbləri də öyrənilmişdir. 540 süni qapaq (20,5%) dişin boyun hissəsi açıldığı üçün dəyişdirilməlidir. Belə ki, belə dişlərin boyun nahiyəsində qida qalıqlarının toplanması nəticəsində kariyes və onun ağırlaşmalarının meydana gəlməsi müşahidə edilmişdir.

126 qapaq (4,9%) diş əti cibinə normadan artıq daxil olmuş, dişin həlqəvi bağ aparatını zədələmiş və nəticədə parodont

toxumalarında patoloji dəyişikliklərə səbəb olmuşdur.

106 qapaq (4,0%) enli hazırlanmış, diş əti cibinə 0,1-0,3 mm daxil olmaq əvəzinə diş ətinin üzərində oturmuş və nəticədə diş ətinin iltihabına, qapağın altında qalan diş ətinin nekrotik çürüməsinə səbəb olmuşdur.

78 qapaq (3,0%) uzun müddətli istifadə nəticəsində deşilmiş və yararsız hala düşmüşdür.

34 (1,3%) qapağın qaralması müşahidə edilmişdir.

Tədqiqatlar zamanı 2264 çıxmayan protezlər müayinə edilmişdir. Bunlardan 1926-ı körpüyəbənzər protez, 338-i konsol protezləri olmuşdur (cədvəl 2).

Körpüyəbənzər protezlərdən 563-ü metalkeramik və metalplastik protezlərdən, 1260-ı dayaq qapaqları metal olan plastik üzlüklü protezlərdən, 86-sı tam plastik protezlərdən, 17-si tam metal proqezlərdən ibarət olmuşdur.

Konsol protezlərin 179-u plastik üzlüklü, 132-si tam metal, 25-i metalplastik və metalkeramik, 3-ü tam plastik protezlər olmuşdur.

Cədvəl 2.

Yaş qrupları	Körpüyəbənzər və konsol protezlərin sayı	Protezi olan əhəlinin sayı	Körpüyəbənzər və konsol protezlərin faizlə miqdarı
16-20	6	16	0,3
21-25	52	42	2,3
26-30	78	55	3,4
31-35	599	260	26,5
36-45	1071	407	47,3
46-55	352	167	15,5
56-65	106	77	4,7
66 və yuxarı	–	66	–
CƏMİ	2264	1090	100,0

Müəyyən edilmişdir ki, körpüyəbənzər və konsol protezlərin 73,8%-i 31-45 yaşlı əhəli tərəfindən istifadə edilir. 46 yaşından başlayaraq əhəlinin körpüyəbənzər protezlərə olan tələbatı azalır, əvəzində hissəvi çıxan və tam çıxan protezlərə olan tələbat xeyli artır.

Müayinələr zamanı çıxmayan protezlərin keyfiyyət göstəricisinin öyrənilməsinə xüsusi fikir verilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, 2264 körpüyəbənzər və konsol protezlərindən 928-i (41,0%) istifadə üçün yararsızdır, protezlərə olan tələbatlara cavab vermir və dəyişdirilməlidir.

Cədvəl 3.

Yaş qrupları	Hissəvi çıxan protezlərin sayı	Faizlə miqdarı	Tam çıxan protezlərin sayı	Faizlə miqdarı
16-20	–	–	–	–
21-25	–	–	–	–
26-30	2	0,7	–	–
31-35	4	1,4	1	2,5
36-45	8	2,8	1	2,5
46-55	50	17,7	2	5,0
56-65	122	43,3	8	20,0
66 və yuxarı	96	34,1	28	70,0
CƏMİ	282	100,0	40	100,0

363 körpüyəbənzər protez (39,1%) selikli qişanın iltihabına səbəb olmuş, 135 körpüyəbənzər protez (14,5%) dayaq dişləri düzgün seçilmədiyini üçün dişlərin laxlamasına gətirib çıxarmışdır. Konsol protezlərdə 2, bəzən isə 3 asma diş qoyulması halları müşahidə edilmişdir.

Protezlərin keyfiyyət göstəricilərinin aşağı düşməsində diş boyunlarının açılması da mühüm yer tutur (32,1%). Buna da səbəb protezlərdən uzun müddət istifadə edilməsi, protezlərin keyfiyyətsiz hazırlanması, parodont xəstəlikləridir. 6,9% hallarda (62 protez) körpüyəbənzər protezlərin yararsız

hala düşməsinə səbəb dayaq qapaqlarının uzun olması, 3,1% (29 protez) hallarda protezlərin rənginin qaralması, 1,3% (12 protez) hallarda ağız boşluğunda müxtəlif növ metalların olmasından əmələ gələn qalvanoz, 3,0% (28 protez) hallarda isə dayaq qapaqlarının sürtülüb deşilməsi olmuşdur.

Tədqiqatlar zamanı 282 hissəvi çıxan və 40 tam çıxan protezlər də müayinə edilmişdir. Bunlardan 3-ü hissəvi çıxan bəgəl protezləri, qalan 319-u isə akrildən hazırlanmış hissəvi və tam çıxan plastik protezlər olmuşdur (cədvəl 3).

Hazırlanmış protezlərin 306-dan (96,0%) 46 yaşdan yuxarı şəhər əhalisi istifadə edir. 45 yaşınadək olan şəhər əhalisinin cəmi 13 nəfəri 16 ədəd (5,0%) hissəvi və ya tam çıxan protezlərdən istifadə edir.

Protezlərin və ağız boşluğunun müayinəsi nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 322 hissəvi və tam çıxan protezlərdən 118-i (36,6%) protezlərə olan tələbatları ödəyir və onlardan istifadə etmək olar. Qalan 204 (63,4%) protez isə istifadə üçün yararsızdır və onlar yeni protezlərlə əvəz olunmalıdırlar. Çıxan protezlərdən istifadə edən 189 nəfərdən 9-nun protezi allergiya xarakterli ağırlaşmalar verdiyi üçün yeniləri ilə əvəz olunmalıdır (14 ədəd).

Çıxan protezlərin yararsız hala düşməsinin əsas səbəbləri uzun müddətli istifadə nəticəsində dişlərin sürtülməsi, protez sahələrinin atrofiyası ilə əlaqədar protezin bazisinin protez sahəsinə uyğun gəlməməsi, dişləmin hündürlüyünün aşağı düşməsi, orqanizmin protezlərə qarşı göstərdiyi allergiya reaksiyalarıdır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Qarayev Z.İ., Tağıyev A.İ., Pənahov N.A. Dişin tac hissəsinin itirilməsi zamanı protezləmə. Dostijeniə mediüinskoj nauki i praktičeskoj zdravooxraneniə Azerbaydjana. Sbornik nauçnix trudov po materialam Respublikanskoy nauçnoy konferenüii, çastğ I, Baku, 1999, s. 35-37.
2. Qarayev Z.İ., Pənahov N.A. Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsi. Bakı, 2001, 111 s.
3. Kerimov G.G., Taqiev A.İ. Oşibki pri snätii slepkov silikonovimi slepoçnimi materialami // Sağlamlıq jurnalı, 1999, №8, s. 64.
4. Abakarov S.İ. Vliənie retraküii desni na tkani parodonta. Diss. kand. med.nauk. M., 1984, 169 s.
5. Fedəev İ.M. i dr. Vtoričnəə adentiə i dentalğnəə implantaüiə // Stomatoloqiə, 2004, №6, s. 69-72.
6. Markina N.V. Vliənie razmera mostovidnoqo proteza na naprəjənoe sostoənie periodonta opornix zubov // Rossiyskiy stomatoloqiçeskiy jurnal, 2002, №1, s. 44-47.
7. Matveeva A.İ., Borisov A.Q., Qovröşin S.S. Planirovanie ortopedičeskoqo leçeniə bolğnix s defektami zubnix rədox verxney çelösti s ispolğzovaniem matematičeskiç metodov // Stomatoloqiə, 2002, №5, s. 53-57.

РЕЗЮМЕ**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПРИГОДНОСТИ ПРОТЕЗОВ РАЗЛИЧНОЙ КОНСТРУКЦИИ**

Ширалиев Г.О., Ахмедов С.И.

Были обследованы 2631 различных искусственных коронок, 2264 мостовидных и консольных протезов, 282 частичных съемных протезов и 40 полных съемных протезов.

37,1% искусственных коронок оказались негодными для пользования. 41,0% мостовидных протезов были негодными для пользования. 63,4% частичных и полных съемных протезов оказались негодными для пользования больных.

SUMMARY**ESTIMATION OF DIFFERENT CONSTRUCTIONS OF PROSTHESIS**

Shiraliev H.O., Akhmedov S.I.

Had been tested 2631 different constructions of artificial crowns. 2264 bridges, 282 partial removable and 40 complete removable prosthesis.

37.1% of artificial crowns had been unfit for using. 41.0% of bridge prosthesis, 63.4% of removable prosthesis were unfit for using by patients.

Daxil olub: 14.04.2009. Rəyə göndərib: 21.04.2009.

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Байрамов Г.Р.

Баку, кафедра терапевтической стоматологии.

В настоящее время в литературе описано множество причин возникновения ВЗП и одно из ведущих мест принадлежит воспалению. Большинство исследователей объясняет развитие воспаления в тканях пародонта влиянием «зубной бляшки», инвазией микробной флоры в ткани пародонта [2, 17]. Наличие более чем 300-500 микроорганизмов в полости рта, возможность их сочетанного действия, изменчивость состава сапрофитной микрофлоры представляет значительные трудности при оценке роли бактерий как этиологического и патогенетического факторов в развитии и дальнейшем прогрессировании воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта [1, 10, 15]. Некоторые виды микроорганизмов не только вредят ткани пародонта, но и помогают поддерживать их в нормальном состоянии, заполняя экологическую нишу и препятствуя проникновению патогенов, так как происходит постоянная конкурентная борьба нормальной микрофлоры с патогенными бактериями за факторы роста [3, 7, 8].

С древнейших времен, когда бактериальная этиология еще даже не подозревалось, люди по эстетическим соображениям, и прежде всего для сохранения белизны зубов и устранения запаха из полости рта, осуществляли ряд гигиенических процедур. Достаточно упомянуть широко используемое в древности гигиеническое средство растительного происхождения “Мисвак”. На сегодняшнем этапе развития стоматологической науки досконально известно, что соблюдения гигиены полости рта является важнейшим средством профилактики заболеваний зубов и пародонта [5]. Многочисленными исследованиями

выработаны оптимальные нормативы по уходу за гигиеной полости рта. Наибольший гигиенический эффект достигается при мануальной чистке зубов 2 раза в день по 1,5-2,0 минуты каждый раз с дополнительными полосканиями полости рта и использованием зубных нитей или зубочисток после каждого приема пищи [6, 9, 13, 12, 14].

Однако, несмотря на завершение первого десятилетия XXI века, достижение выполнения населением гигиенических процедур, остается неразрешимой проблемой. Стоматологический рынок заполнен доступными и эффективными средствами гигиены, проводятся массовые рекламные и образовательные программы, но все же население относится к гигиене полости рта не адекватно. В результате этого стоматологическая заболеваемость, особенно ВЗП, остается наиболее массовой и наиболее значимой медико-социальной проблемой. В связи с этим изучение всех аспектов влияния гигиены полости рта на формирование остается актуальной задачей [[5, 16].

С учетом сказанного данный вопрос стал объектом наших исследований, результаты которого отражены в настоящем сообщении.

Материал и методика. Для оценки гигиенического статуса полости рта использовали наиболее простой, доступный и достоверный, не вызывающий возражений пациентов индекс гигиены (метод) Шиллера-Писарева (в модификации Грин-Вермиллиона). При нанесении раствора Люголя на десну в зависимости от интенсивности воспаления происходит окрашивание от соломенного до коричневого цвета, оцениваемого в 2-5 баллов, при отсутствии окрашиваемого дается 1 балл [5, 11].

Работу провели среди 376 пациентов с ВЗП, отобранных по мере обращаемости за стоматологической помощью. В зависимости от тяжести клинического течения ВЗП пациентов разделили на 3 группы: 82 пациентов с легкой степенью, 124 пациента со средней степенью, 170 пациентов с тяжелой степенью. Контрольную группу составили 77 лиц, у которых в период проведения работы полость рта была здоровой.

При первом стоматологическом визите слизистые десны пациентов смазывали раствором Люголя, фиксировали цвет окрашивания и выставлены оценочный балл. После этого проводили опрос пациентов по уровню их мотивации относительно гигиены полости рта, характер и режимы выполнения ими гигиенических процедур.

Результаты и обсуждение. Мотивационный уровень необходимости соблюдения

Таблица 1

Мотивационный уровень выполняемости гигиенических процедур среди пациентов с разными формами ВЗП и здоровыми

Мотивационные признаки	Уровни мотивационных признаков									
	Пациенты с разными формами ВЗП								Контрольная группа n = 77	
	Легкая n = 82		Средняя n = 124		Тяжелая n = 170		Всего n = 376			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сохранение белизны зубов	65	79,3±4,5	93	75,0±3,9	117	68,8±3,6	275	73,9±2,3	63	81,2±4,4
Устранение запаха из рта	73	89,±3,5	106	85,5±3,2	119	70,0±3,5	298	79,3±2,1	72	93,5±2,8
Очистка от остаток пищи	50	61,0±5,4	73	58,9±4,4	92	54,1±3,8	215	57,2±2,6	51	66,2±5,4
Дискомфорт полости рта	52	63,4±5,4	70	56,5±4,5	89	52,4±3,8	211	56,1±2,6	55	71,4±5,2
Доступность средств гигиены	67	81,7±4,3	100	80,6±3,6	124	72,3±3,4	291	77,4±2,2	70	90,9±3,3
Предотвращение стоматологической заболеваемости	46	56,1±5,5	68	54,8±4,5	85	50,0±3,8	199	52,9±2,6	53	68,8±5,3
Стоматологическая образованность	54	65,9±5,3	75	60,5±4,4	81	47,7±3,8	210	55,9±2,6	57	74,0±5,0
В целях обучения детей	42	51,2±5,6	60	48,4±4,5	76	44,7±3,8	178	47,3±2,6	40	51,9±5,7

общепринятых мер по соблюдению гигиены полости рта имеет место во всех наблюдаемых группах, но уровень их выполняемости весьма различается (таблица 1).

Например, наиболее значимыми мотивационными признаками чистки зубов среди здоровых лиц (контроль) являются сохранение белизны зубов – 81,8±4,4%, устранения запаха из рта -93,5±2,8% (t=2,24; P>0,05) и доступность средств гигиены -90,9±3,3% (t=0,62;

$P > 0,05$). С меньшим удельным весом они характерны и для пациентов с ВЗП – от $73,9 \pm 2,3$ до $79,3 \pm 2,1\%$ ($t=1,34$; $P > 0,05$). Среди здоровых лиц довольно высок удельный вес и таких мотивационных признаков, как очистка полости рта от остатков пищи, дискомфорт в полости рта, желание предотвратить стоматологическую заболеваемость – от $66,2 \pm 5,4$ до $71,4 \pm 5,2\%$ ($t=0,69$; $P > 0,05$). Удельный вес отмеченных мотивационных признаков среди пациентов с ВЗП варьирует от $52,9 \pm 2,6$ до $57,2 \pm 2,6\%$ ($t=1,17$; $P > 0,05$). Весьма примечательна, что в обеих группах мотивом чистки зубов было желание служить примером для своих детей и обучить их этой гигиенической процедуры - соответственно $74,0 \pm 5,0$ и $55,9 \pm 2,6\%$ ($t=3,21$; $P > 0,01$). Особенно следует остановиться на столь важном мотивационном признаке, каковой является стоматологическая образованность. К сожалению, ее удельный вес оказался низким: среди здоровых – $51,9 \pm 5,7\%$, среди пациентов с ВЗП – $47,3 \pm 2,6\%$ ($t=0,73$; $P > 0,05$).

В целом, мотивационный уровень необходимости соблюдения гигиены полости рта, недостаточен во всех группах обследованных, особенно среди пациентов с ВЗП, что подчеркивает роль гигиенического статуса в формировании ВЗП. Убеждает в этом то обстоятельство, что по мере снижения гигиенического статуса возрастает степень тяжести клинического течения ВЗП, так как удельный вес мотивационных признаков пациентов с легкой степенью

ВЗП выше, чем среди пациентов со средней и особенно тяжелой степенью ВЗП. Наличие мотивационных признаков еще не означает, что выполнение выработанных общепринятых нормативов по уходу за гигиеной полости рта реализуется в полном объеме. Распросы пациентов по характеру и режимам выполнения ими чистки зубов дали следующие результаты.

Часто выполняется наиболее простой, не обладающий также достаточным гигиеническим эффектом, режим 2-кратной в день чистки зубов, удельный вес которого в контрольной группе составил $39,0 \pm 5,6\%$, а среди пациентов с ВЗП – $26,2 \pm 2,3\%$ ($t=2,10$; $P < 0,05$). Как видно, выполняемость рекомендованных гигиенических режимов была присуща 45 из 77 лиц контрольной группы ($58,4 \pm 5,7\%$) и была присуща только 111 из 376 пациентов с ВЗП ($29,5 \pm 2,4\%$; $t=4,68$; $P < 0,001$). Т.е. нормативный уход за гигиеной полости рта является эффективной мерой по предотвращению ВЗП.

Вышеизложенные находят убедительные подтверждения при инструментальном определении гигиенического статуса. Использование метода Шиллера-Писарева позволяет выявить даже визуально невидимые очаги воспаления и в зависимости от цвета окрашивания количественно (в баллах) оценить его интенсивность. Результаты проведенного исследования отражает состояние воспалительного процесса в зависимости от возраста и пола пациентов (таблица 2).

Таблица 2

Показатели интенсивности воспаления в пародонте в зависимости от возраста и пола пациентов

Возрастные группы, лет	Средние значения индекса гигиены (баллы)			
	Пациенты с ВЗП			Контрольная группа
	Мужчины	Женщины	Всего	
	n = 197	n = 179	n = 376	
<20	$3,34 \pm 0,6$	$2,85 \pm 0,5$	$3,09 \pm 0,4$	$1,48 \pm 0,6$
20-29	$3,76 \pm 0,6$	$3,19 \pm 0,5$	$3,41 \pm 0,4$	$1,83 \pm 0,6$
30-39	$4,67 \pm 0,5$	$3,95 \pm 0,4$	$4,35 \pm 0,3$	$2,44 \pm 0,5$
40-49	$4,73 \pm 0,5$	$4,46 \pm 0,4$	$4,62 \pm 0,3$	$2,85 \pm 0,5$
50-59	$4,82 \pm 0,5$	$4,49 \pm 0,5$	$4,68 \pm 0,4$	$2,99 \pm 0,5$
≥ 60	$4,21 \pm 0,6$	$3,88 \pm 0,5$	$4,02 \pm 0,5$	$2,72 \pm 0,6$
Всего	$4,41 \pm 0,3$	$3,83 \pm 0,3$	$4,13 \pm 0,2$	$2,48 \pm 0,4$

По суммарным показателям индекс гигиены отраженный в баллах, очень высок среди общей группы пациентов и составляет в среднем $4,13 \pm 0,2$ баллов (максимальный предел равен 5 баллам). Преимущественно у 304 из 376 пациентов преобладала коричневая

окраска десны ($80,9 \pm 2,0\%$), у 49 пациентов она была светло-коричневой ($13,0 \pm 1,8\%$; $t=25,24$; $P<0,001$), у 18 пациентов – желтой ($4,8 \pm 1,1\%$; $t=3,41$; $P<0,001$) и у 5 пациентов – соломенной ($1,3 \pm 0,5\%$; $t=2,89$; $P<0,01$). Как видно, у всех пациентов индекс гигиены был неудовлетворительным и существенно превышал нормативы. В контрольной группе, составленной из них, у которых в период проведения работы полость рта была здоровой, показатель индекса гигиены оказался намного меньше и составил в среднем $2,48 \pm 0,4$ баллов ($t=3,67$; $P<0,001$). Хотя у большинства из них слизистая десны оказалась не окрашенной, что свидетельствует об отсутствии воспалительного процесса – у 48 из 77 пациентов ($62,3 \pm 5,6\%$), однако у 25 лиц она оказалась соломенной ($32,5 \pm 5,4\%$; $t=3,83$; $P<0,001$), а у 4 лиц – даже желтой ($5,2 \pm 2,5\%$; $t=4,59$; $P<0,001$). Несмотря на текущее здоровье состояние пародонта, позитивные результаты индексы гигиены дают основание полагать, что неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, являющейся показателем микробной агрессии, может привести к развитию ВЗП.

Неравнозначны показатели индекса гигиены в возрастном аспекте. Так, по мере повышения возраста пациентов с менее 20 лет до 50-55 лет показатель индекса гигиены возрастает с $3,09 \pm 0,4$ до $4,68 \pm 8,4$ баллов ($t=2,79$; $P<0,01$). Данный факт убедительно объясняет причину возрастной приуроченности ВЗП. Возрастной же группе 60 лет и старше показатели индекса гигиены несколько снижается – до $4,02 \pm 0,5$ баллов ($t=1,03$; $P<0,05$), что в большей частью связано с отсутствием у них многих зубов и заменой их разными ортопедическими конструкциями.

Значения индекса гигиены имеют аналогичную возрастную структуру и в контрольной группе. Его показатели в возрастном интервале от менее 20 лет до 50-59 лет последовательно возрастает с $1,48 \pm 0,8$ до $2,99 \pm 0,5$ баллов ($t=1,61$; $P<0,05$), а в возрастной группе 60 лет и старше показатель снижается до $2,72 \pm 0,6$ баллов ($t=0,35$; $P<0,05$).

Индекс гигиены среди женщин, или интенсивность воспаления оказался равным в среднем $3,83 \pm 0,3$ баллов, среди мужчин он был намного больше – $4,41 \pm 0,3$ баллов ($t=1,38$; $P<0,05$). Хотя разница оказалась статистически недостоверной, что связано с весьма узкими границами выставляемых оценок (баллов), однако в соотношениях удельного веса интенсивности воспалительного процесса более удовлетворительное состояние гигиены полости рта женщин становится очевидной. Так, наиболее высокая интенсивность воспалительного процесса, соответствующая коричневому цвету окрашивания слизистой десны (5 баллов) была выявлена у 95 из 179 женщин ($53,1 \pm 3,7\%$) и у 139 из 197 мужчин ($70,6 \pm 2,3\%$; $t=3,54$; $P<0,001$). Слабо-коричневого окрашивание слизистой (4 балла) соответственно выявлена у 49 женщин ($27,4 \pm 3,3\%$) и 91 мужчин ($25,9 \pm 3,1\%$; $t=0,39$; $P<0,05$), желтое окрашивание (3 балла) и у 31 женщины ($17,3 \pm 2,8\%$) и у 7 мужчин ($3,6 \pm 1,3\%$; $t=4,43$; $P<0,001$), а наименьшая интенсивность окрашивания слизистой – соломенный цвет была выявлена, только у 4 женщин ($2,2 \pm 1,1\%$). В контрольной же группе показатели индекса гигиены у мужчин и женщин были примерно одинаковыми – $2,64 \pm 0,5$ и $2,35 \pm 0,4$ баллов ($t=0,45$; $P>0,05$), что и предохраняло их, по всей вероятности, от формирования в настоящее время ВЗП.

Подытоживая приведенные результаты можно кратко отметить следующее. Гигиенический статус пациентов с ВЗП оказался крайне низким, что обусловлено недостаточным объемом выполняемых ими нормативных мер по уходу за гигиеной полости рта. На фоне неудовлетворительного состояния гигиены полости рта происходит интенсивная адгезия пародонтопатогенных микроорганизмов и запускается механизм формирования ВЗП. Причем чем хуже состояние гигиены полости рта (высокие значения индекса гигиены), тем интенсивнее развития воспалительного процесса в пародонте. Как видно, содержание гигиены полости рта в удовлетворительном состоянии предохраняет адгезию пародонтопатогенной микрофлоры и тем самым снижается риск формирования ВЗП.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции, М., 2003, с.450.

2. Желудева Н.В., Жиленков Е.Л., Максимовская Л.Н и др. Обоснование выбора бактериофагов для лечения воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология, 2002, № 1-2, с.46-50.
3. Соколова К.Я., Соловьева И.В. Дисбактериозы. Теория и практика. Н.Новгород, 2005, с.343.
4. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. Ст. Петербург, 2004, с.362.
5. Улитовский С.Б., Калинина О.В. Противовоспалительная эффективность использования зубных щеток и их влияние на гигиенический статус полости рта // Стоматология, 2006, №3, с.64-66.
6. Хромов О.К. Динамика улучшения гигиены полости рта при консервативном лечении периостита // Перспективы совещ. стоматол. службы, Ст.Петербург, 2008, ст.214-217.
7. Цепов Л.М. Генерализованный пародонтит. Этиология, патогенез, клинические взаимосвязи и комплексная терапия. Смоленск, 2004, 328 с.
8. Чубатова С.А., Желудева И.В., Михайлова Е.Г. Бактериофаги и липосомы в пародонтологии. М.- Н.Новгород, 2006, с.11, 27.
9. Яветонни М.Г., Феллони А., Стрехмеджи Л. Антибактериальные свойства зубных щеток. Институт стоматологии. 2002:1, с. 43-47.
10. Moore W.E.C., Moop L.V.H. The bacteria of periodontal disease. Periodontol, 2000, 1994; 5:66-77.
11. Pandulov R., Fritzk., Badula T. Methods of study the higigiyena cavity mouth // Ces. Med.J., 2006, V.43, p.54-57.
12. Putt M.S., Milleman J.L., Davidson K.R. et al. A 3-month clinical comparison of the safety and efficacy of two battery-operated toothbrushes: The Braun Oral Battery Toothbrush and the Colgate Actibrush // Am.J.Dent 2001:14 (Special Issue): 14B-17B.
13. Selvig K., Lee M., Silval. Anti-inflammatory effect of toothbrush use and oral hygiene // J. Dent. Res., 2006, v.85, №1, p.79-83.
14. Sharma N.C., Galustians H.J., Qaqish J., Cugini M. Safety and plague removal efficacy of a battery-operated power toothbrush and manual toothbrush // Am. J. Dent., 2001; 14 (Special Issue): 14B-13B.
15. Socransky S.S., Haffajee A.D. The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concepts // J.Periodontol, 2002, 83, №4, p.322-331.
16. Soroczynska P. Higiqiyena pouxodu ze polosti trota // Wedomcz Pol. Med., 2007, №3, p.32-35.
17. Walker C.B. Selected antimicrobial agents: mechanism of action, side effects and drug interactions. Periodontol, 2000a, №10, p.12-28.
18. Walker C.B. The acquisition of antibiotic resistance in the periodontal flora. Periodontol, 2000b, 10:78-88.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Байрамов Г.Р.

Баку, кафедра терапевтической стоматологии

В результате проведенных исследований установлено, что гигиенический статус пациентов с ВЗП оказался крайне низким, что обусловлено недостаточным объемом выполняемых ими нормативных мер по уходу за гигиеной полости рта. На фоне неудовлетворительного состояния гигиены полости рта происходит интенсивная адгезия пародонтопатогенных микроорганизмов и запускается механизм формирования ВЗП. Причем чем хуже состояние гигиены полости рта (высокие значения индекса гигиены), тем интенсивнее развития воспалительного процесса в пародонте. Как видно, содержание гигиены полости рта в удовлетворительном состоянии предохраняет адгезию пародонтопатогенной микрофлоры и тем самым снижается риск формирования ВЗП.

SUMMARY

ESTIMATION OF THE HYGIENIC STATUS OF THE ORAL CAVITY OF PATIENTS WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS OF INFLAMMATORY DISEASES PARODONTITIS

Bayramov Q.R.

Baku, department of therapeutic stomatology

As a result of the lead researches it is established, that hygienic the status of patients with Inflammatory diseases parodontitis (IDP) appeared the lowest, that is caused by insufficient volume

of normative measures carried out by them on care of hygiene of an oral cavity. On a background of a unsatisfactory condition of hygiene of an oral cavity there is an intensive adhesion parodontal-pathogenetic microorganisms and the mechanism of formation IDP is started. And the it is worse a condition of hygiene of an oral cavity (high values of an index of hygiene), the more intensively than development of inflammatory process in parodontitis. As it is visible, the maintenance of hygiene of an oral cavity in a satisfactory condition protects adhesion parodontal-pathogenetic microflorae and by that the risk of formation IDP is reduced.

Daxil olub: 11.04.2009. Rəyə göndərilib: 18.04.2009.

ARTERIAL HİPERTONİYALI XƏSTƏLƏRDƏ BÖYRƏK ZƏDƏLƏNMƏSİNİN AŞKAR EDİLMƏSİNDƏ MİKROALBUMİNÜRİYANIN ROLU

Ağayev M. M., Qabulova R. I.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı.

Arterial hipertoniya (AH) ürək-damar sistemi xəstəlikləri arasında ən geniş yayılmış nozoloji vahid olmaqla ümumi populyasiyanın 20-40%-də təsadüf olunur [2]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) verdiyi məlumata görə orta inkişaf etmiş ölkələrdə hipertoniya xəstəliyindən baş verən ölüm səbəbləri başqa səbəblər arasında 8-ci yeri tutur və 2.5% təşkil edir [4].

Klinik farmakologiya sahəsində son illərdə əldə olunmuş nailiyyətlər sayəsində yeni təsirə malik effektiv antihipertenziv preparatların yaradılmasına baxmayaraq, arterial hipertoniyanın müalicəsi hələ də qənaətbəxş nəticələr vermir. Belə ki, aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, ABŞ-da arterial təzyiqin (AT) müalicəsi nəticəsində hədəf səviyyəsini yalnız 34% xəstələrdə əldə etmək mümkün olur [4].

AT hədəf səviyyəsi dedikdə bu göstərinin 140/90 mm c. sut.-dan aşağı olması nəzərdə tutulur. Lakin başqa risk amillərinin mövcudluğu AT-nin daha aşağı səviyyəyə qədər endirilməsini tələb edir. Məs. şəkərli diabet (ŞD) olan xəstələrdə AT hədəf səviyyəsi 130/80 mm c. sut., böyrək zədələnməsi olanlarda isə 120/75 mm c. sut.-dan aşağı olması tövsiyə olunur [1].

Çoxsaylı tədqiqatların nəticələrinə əsasən, AH və ŞD olan xəstələrdə hətta adekvat müalicə fonunda belə gizli böyrək disfunksiyası inkişaf edir və belə xəstələr daha çox miokard infarktı, beyin qan dövranının pozulması və s. kimi ürək-damar ağırlaşmalarına meyilli olurlar [9]. Bu halın vaxtında aşkar olunması, ağırlaşmaların meydana gəlməsi və inkişaf etməsinin qarşısının alınmasının böyük praktiki əhəmiyyəti vardır.

Böyrək disfunksiyasını ilkin mərhələdə aşkar etməyə imkan verən göstəricilərdən biri mikroalbuminuriya (MAU) – sidiklə gün ərzində 30-300 mq (və ya 20-200 µq/ml) miqdarında albuminin ekskresiyasıdır.

Son zamanlar MAU-nun yayılmış endotelial disfunksiyanın təzahürü olması ehtimal edilir və bu göstəricinin ümumi populyasiyada, arterial hipertoniya, şəkərli diabet olan xəstələrdə ürək-damar ağırlaşmalarının inkişafı və ölüm hallarının artması riskinin əhəmiyyətli göstəricisi kimi qiymətləndirilir. Hesab olunur ki, MAU hətta arterial hipertoniya və ŞD olmayan xəstələrdə belə, böyrək damarlarının, xüsusən böyrək yumaqcıqları kapilyarları divarının disfunksiyası nəticəsində onların keçiriciliyinin artmasının təzahürüdür.

Beləliklə də müasir müayinə üsullarının köməyiylə sidikdə albuminin miqdarının təyini sadə və kifayət qədər etibarlı üsul olub terapevtik təcrübədə xəstələrin hazırkı vəziyyətinin, xəstəliyin proqnozunun və aparılmış medikamentoz müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün tövsiyə olunur. MAU-nın ürək-damar ağırlaşmalarının əmələ gəlməsində proqnostik əhəmiyyətini təsdiq edən elmi araşdırmalar isə bir daha bu göstəricinin həm kardioloqlar, həm də nefroloqlar üçün əhəmiyyətli meyar olduğunu nümayiş etdirir. Məşhur alman klinisisti professor E.Ritzin qeyd

etdiyi kimi “artıq kardioloqlar daha çox böyrək və nefroloqlar daha çox ürək haqqında düşünməyə məcburdurlar” [8].

Tədqiqatın məqsədi essensial hipertenzialı xəstələrdə gizli böyrək disfunksiyasını aşkar etmək məqsədilə mikroalbuminuriyanın qiymətləndirilməsi və bu göstəricinin xəstəliyin dərəcəsindən və ŞD –in olub olmamasından asılı olaraq dəyişməsinə öyrənmək olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata müxtəlif dərəcəli arterial hipertenziyası olan 45-62 yaşlarında 48 nəfər xəstə (25 nəfər qadın, 23 nəfəri kişi) daxil edilmişdir. Xəstələrin tədqiqata qatılmalarının başlıca şərti müraciətə qədər adekvat antihipertenziv müalicə almamaları, onlarda simptomatik arterial hipertenziyanın, proteinuriyanın olmaması idi.

Anamnestik məlumat toplandıqdan və fizikal müayinədən sonra, xəstələrə gün ərzində AT monitorlanması (AT təkrari ölçülməsi vasitəsilə), EKQ, EXO KQ müayinələri aparılmış, acqarına qan plazmasında qlükozanın, kreatininin, ümumi xolesterinin (XS), aşağı sıxlıqlı lipoproteid-XS, yuxarı sıxlıqlı lipoproteid-XS və triqliseridlərin səviyyəsi təyin olunmuşdur.

Sonra bütün xəstələrin dərhal yuxudan oyandıqdan sonra yığılmış səhər sidiyində Micral-Test (Accu-Chek, Roche) - həll olan insan albumininə qarşı monoklonal anticism-qizil-birləşməsi - vasitəsilə albuminin konsentrasiyası öyrənilmişdir. 2 və ya 3 dəfə səhər sidiyi ilə aparılmış sınağın nəticələrinə əsasən albuminuriya 20 mq/ml-dən artıq olduqda, skrinningin nəticəsi müsbət qiymətləndirilmişdir. Sonra xəstələrdə laboratoriya şəraitində gündəlik sidikdə mikroalbuminuriyanın kəmiyyət qiymətləndirilməsi aparılmışdır.

Alınmış nəticələrin statistik işlənilməsi qeyri-parametrik üsullarla: qruplarda kəmiyyət göstəricilərinin müqayisəsi Mann-Uitni meyarı, keyfiyyət göstəricilərinin müqayisəsi Pirsonun χ^2 meyarı vasitəsilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Klinik-anamnestik müayinələrin nəticələrinə, ÜST və Beynəlxalq hipertenziya cəmiyyətinin 1999-cu ildə təklif etdiyi təsnifata əsasən xəstələr 3 qrupa, və hər qrup daxilində ŞD 2 tip olmaqla daha 2 yarımqrupa bölünmüşdür (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Xəstələrin AH dərəcələrinə və ŞD olmasına əsasən qruplara bölünməsi

Qruplar	AH dərəcəsi	Yarımqruplar	n
I qrup	I n = 18	HX	10
		HX+ŞD	8
II qrup	II n = 17	HX	11
		HX+ŞD	6
III qrup	III n = 13	HX	7
		HX+ŞD	6

Qeyd: ŞD olması əlamətinə görə qruplar arasında fərq yoxdur ($p > 0,05$)

Cədvəldən göründüyü kimi, qruplar ŞD-li xəstələrin sayına görə bir-birindən statistik düz fərqlənməmişdir ($\chi^2 = 0,189$; $p > 0,05$).

Aparılmış tədqiqatın nəticələri cədvəl 2-də təqdim olunmuşdur. Cədvəldən

göründüyü kimi, I dərəcəli AH olan xəstələrdə mikroalbuminuriyanın səviyyəsi 74,97±8,5 mq/gün, II dərəcəli AH olan xəstələrdə həmin göstərici 135,9±16,1 mq/gün, III dərəcəli AH olan xəstələrdə isə 235,5±30,8 mq/gün təşkil etmişdir. I və II, II və III, I və III qruplarda MAU göstəricilərini fərqləndirərkən, qruplar arasında statistik düz fərq aşkar olunmuşdur ($p < 0,001$). Deməli AH səviyyəsi artdıqca xəstələrdə MAU səviyyəsinin də artması müşahidə olunur, bunun isə yumaqcıqdaxili hipertenziya və hiperperfuziya səbəbindən yumaqcıq kapillyarları divarının struktur və funksional vəziyyətinin dəyişməsi nəticəsində baş verməsi güman olunur [5].

Cədvəl 2

Arterial hipertoniyalı xəstələrdə mikroalbuminuriyanın səviyyəsi

*Qeyd: *, **, *** - $p < 0,001$*

Mikroalbuminuriyanın səbəbinin daha dərin araşdırılması məqsədilə qruplar daxilindəki yarımqruplarda MAU səviyyəsi qiymətləndirilmişdir. I qrupda AH olan xəstələrdə MAU səviyyəsi 59,7±13,9 mq/gün,

Qruplar	MAU səviyyəsi (mq/gün)	Yarımqruplar	MAU səviyyəsi (mq/gün)	p
I n=18	74,97±8,5 ^(**)	AH	59,7±13,9	<0,001
		AH + ŞD	94,1±8,9	
II n=17	135,9±16,1 ^(***)	AH	125,9±7,6	<0,001
		AH + ŞD	154,2±9,8	
III n=13	235,5±30,8 ^(****)	AH	218,5±31,5	<0,05
		AH + ŞD	255,3±14,9	

AH+ŞD yarımqrupunda $94,1 \pm 8,9$ mq/gün təşkil etmişdir. Yarımqruplar arasında fərq statistik düüst olmuşdur ($p < 0,001$). II qrup daxilində AH+ŞD yarımqrupunda AH yarımqrupuna nisbətən MAU-nın yüksək səviyyəsi aşkar olunmuşdur ($154,2 \pm 9,8$ mq/gün və müvafiq olaraq, $125,9 \pm 7,6$ mq/gün ; $p < 0,001$). Analoji vəziyyət III qrupda da müşahidə edilmişdir: AH+ŞD yarımqrupunda alınmış nəticələr AH yarımqrupunda aşkar olunmuş MAU səviyyəsindən yüksək olmuşdur ($255,3 \pm 14,9$ və müvafiq olaraq $218,5 \pm 31,5$; $p < 0,05$). Aldığımız nəticələr ədəbiyyatda olan məlumatlarla üst-üstə düşərək, AH və ŞD-in müştərək təsirindən böyrək disfunksiyasının daha nəzərəcarpacaq dərəcədə inkişaf etməsini sübut edir [10].

Beləliklə, apardığımız tədqiqatın nəticələrinə əsasən, AH-nın dərəcəsi yüksəldikcə MAU-nın səviyyəsinin də artması müəyyən olunmuşdur. AH və ŞD olan xəstələrdə proteinuriya olmadıqda belə, MAU aşkar edilmişdir. Bu işə artıq xəstələrdə diabetik nefropatiyanın III mərhələsinin olması deməkdir. AH ilə ŞD müştərək təsadüf olunan xəstələrdə mikroalbuminuriyanın baş verməsinin əsasında böyrəklərin hipertrofiyası, yumaqcıq kapilyarlarının hiperperfuziyası və yumaqcıqlarda hiperfiltrasiya durur [3, 6]. Alınmış nəticələr MAU-nın arterial hipertenziya və şəkərli diabet zamanı böyrəklərin zədələnməsinin aşkar olunmasında etibarlı prediktor olduğunu sübut edərək böyrəklərdə baş verən pozğunluqları erkən fazada, rasionallı müalicə apardıqda aradan qaldırılma bılən mərhələdə, aşkar etməyə yardım edir və bu xəstələrdə ürək-damar ağırlaşmalarının qarşısının alınmasına imkan yaradır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Arterial hipertenziyanın müalicəsi üzrə klinik protokol, Bakı, 2009, 64 səh
2. Əzizov V. Daxili xəstəliklər, I cild, Kardiologiya, Bakı "Giso industry", 2007, 320 səh.
3. Мухин Н.А., М.В.Шестакова - Диабетическая нефрология Нефрология. Москва, «Медицина», глава 23, стр 448-453
4. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н.. Артериальная гипертензия, Киев «Морион», 2001, 528 стр.
5. Тареева И.Е., Полянцева Л.Р.– Протеинурия и нефротический синдром. Нефрология. Москва, «Медицина», глава 7, стр 145-163.
6. United Kingdom Prospective Diabetes Study group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS38, BMJ, 1998: 317, p.703–713.

S U M M A R Y

THE ROLE OF MICROALBUMINURIA IN REVEALING OF KIDNEYS DAMAGE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Mehman M. Aghayev, Rahima I. Gabulova
Azerbaijan Medical University, Baku

The aim of the present study was assessment of microalbuminuria (MAU) in patients with essential hypertension in order to reveal the hidden renal dysfunction depending on the degree of hypertension and presence of type 2 diabetes. A total of 48 patients (25 females and 23 males) with essential hypertension were included in the study. MAU levels in daily urine were detected with micral-test (Roche Diagnostics, Germany), and then quantitative analysis was performed. Depending on degree of AH patients were subdivided into 3 groups. In every group depending on the presence or absence of diabetes mellitus, the patients were subdivided into two subgroups. Results: the study has shown that in patients with essential hypertension the degree of MAU increases depending on the degree of AH and it is higher in those with diabetes mellitus. It has been established that MAU is a reliable predictor for evaluation of the renal dysfunction in an early stage of its affection.

Daxil olub: 8.04.2009. Rəyə göndərilib: 15.04.2009.

ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

Эминов В.Л.

Кафедра хирургии Казанской государственной медицинской академии

На сегодняшний день, наряду с традиционными методами диагностики двигательных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), важную роль играют различные методы регистрации биопотенциалов желудка, тонкой и толстой кишки (3, 4, 7, 8). Благодаря внедрению электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ) стало возможным неинвазивно оценить биоэлектрмиографическую (БЭМА) активность ЖКТ при острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) (5, 6, 8). Полученные данные являются более ранним и достаточно информативным показателем состояния моторики кишечника при ОСТКН, чем традиционные методы исследования (1, 2, 5, 6).

Цель исследования: разработка ранней диагностики у больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью путем использования электрогастроэнтерографии.

Материалы и методы исследования. Исследования выполнялись на электрогастроэнтерографе, разработанным и модифицированным сотрудниками Казанского технического университета совместно с кафедрой хирургии КГМА.

В основе методики лежит принцип, разработанный М.А. Собакиным (1958), при выполнении электрогастрографии, основанный на исследовании особенностей спектральных и корреляционных отведений, фиксируемых на конечностях пациента.

Отличительной особенностью последней модификации прибора (2008) является применение дифференциальной электродной схемы регистрации периферических биопотенциалов, что позволяет минимизировать помехи от так называемого кожно-гальванического эффекта, а также помехи электромагнитного и электростатического происхождения, неизбежно присутствующие при продолжительной записи. Компьютерная обработка включает в себя алгоритмы цифровой фильтрации по отделам ЖКТ с применением прямого и обратного быстрого преобразования Фурье, выделение среднеквадратичных значений интенсивности биоколебаний в заданных частотных диапазонах. Вид спектрограммы, получаемый в результате обработки биопотенциалов ЖКТ представлен на рис .1.

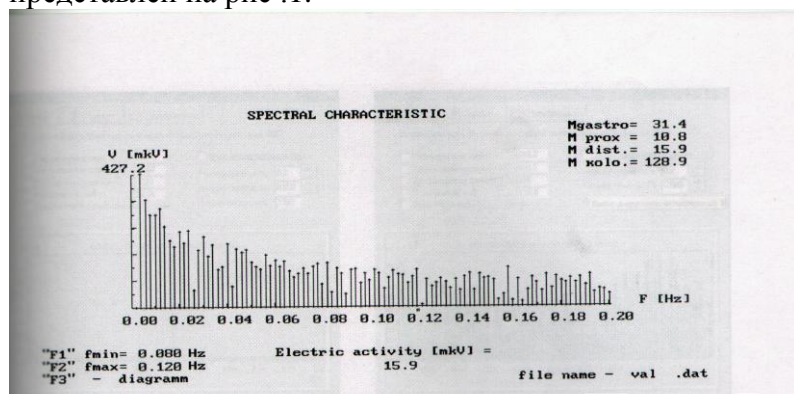


Рис.1. Спектральная характеристика электрической активности ЖКТ

Преимущества аппарата:

- 1) обладает более высокой чувствительностью по сравнению с предшественником, поскольку измерение БЭМА ЖКТ осуществляется с четырех активных парных электродов;
- 2) портативность аппарата создает удобства для проведения исследования;
- 3) процесс измерения БЭМА ЖКТ длится

около 5 минут. Данные ЭГЭГ, отражающие состояние электрической активности гладкой мускулатуры кишечной стенки, могут служить более ранним и достаточно информативным показателем состояния моторики кишечника при ОСТКН, чем традиционные методы исследования. Определение БЭМА ЖКТ производилось для косвенного выявления спаечного процесса (СП) в брюшной полости и его локализации.

Результаты исследования. Проведенный сравнительный анализ ЭГЭГ показал, что в нормальных условиях БЭМА желудка в период «возбуждения» находилась в пределах $150,0 \pm 20$ мкВ, проксимального отдела тонкой кишки – $80,0 \pm 5$ мкВ, дистального отдела тонкой кишки – $100,0 \pm 7$ мкВ, толстой кишки – $400,0 \pm 32$ мкВ. При этом среднее значение БЭМА в период «релаксации» для желудка составляло $50,0 \pm 6$ мкВ, $20,0 \pm 5$ мкВ для проксимального отдела, $40,0 \pm 3$ мкВ для дистального отдела тонкой кишки и $100,0 \pm 12$ мкВ для толстой кишки (табл. 1)

Нами проведено изучение БЭМА ЖКТ у 63 больных с ОТСКН до начала консервативного лечения и после его окончания. Сравнительный анализ электрогастроэнтерограмм показал, что у 48 больных с ОСТКН при поступлении имелось значительное повышение БЭМА ЖКТ в обеих фазах. БЭМА желудка, проксимального и дистального отделов тонкой кишки превышала контрольную группу в 3 раза, толстой кишки в 2.5 раза (табл. 2)

Таблица 1

Нормальные показатели БЭМА ЖКТ

Отделы ЖКТ	Фаза «возбуждения», мкВ	Фаза «релаксации», мкВ
Желудок	$139,0 \pm 17,4$	$39,8 \pm 8,8$
Проксимальный отдел тонкой кишки	$63,2 \pm 10,4$	$23,3 \pm 5,1$
Дистальный отдел тонкой кишки	$97,0 \pm 15,1$	$30,5 \pm 8,0$
Толстая кишка	$392 \pm 100,3$	$97,9 \pm 30,7$

После проведенного консервативного лечения показатели БЭМА ЖКТ у 21 пациента снизились до нормальных цифр, что отражало положительную динамику течения заболевания. У 25 больных показатели БЭМА значительно повысились, отмечалось сохранение боли, нарастание эндогенной интоксикации. В

этом случае были выставлены показания к операции. У 17 больных при поступлении было умеренное повышение показателей БЭМА ЖКТ. Из них в 13 случаях приступ полностью купировался, а у 4 больных проведено лапароскопическое рассечение спаек. Таким образом, при наличии СП, требующего хирургического вмешательства, имелось значительное (в 2,5-3 раза) повышение БЭМА во всех отделах ЖКТ относительно нормальных значений. Проиллюстрируем это клиническим примером.

Таблица 2

Показатели БЭМА ЖКТ у больных с ОСТКН при поступлении

Больной С., 1986 г.р., история болезни № 3471/795, поступил в клинику ГKB №7 г.Казани РФ с жалобами на схваткообразные боли по всему животу, тошноту, рвоту, неотхождение стула и газов. Болен около 6 часов. В анамнезе аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита, местного перитонита. На момент поступления

Отделы ЖКТ	Фаза «возбуждения», мкВ	Фаза «релаксации», мкВ
Желудок	$457,0 \pm 54,4$	$129,4 \pm 36,4$
Проксимальный отдел тонкой кишки	$199,6 \pm 36,4$	$89,4 \pm 19,7$
Дистальный отдел тонкой кишки	$301,6 \pm 52,3$	$91,5 \pm 25,4$
Толстая кишка	$970,0 \pm 278,7$	$248,7 \pm 76,7$

состояние средней степени тяжести, пульс 120-130 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, пальпаторно мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - единичные тонкокишечные уровни. Больному выполнена проба Шварца. На рентгенограммах – задержка контрастного вещества в тонкой кишке, чаши Клойбера, симптом Кейси. Показатели БЭМА до консервативного лечения в фазу «возбуждения» были

следующие: Г – 444,0 мкВ, ЭПР – 587,0 мкВ, ЭД – 823,0 мкВ, К – 498,0 мкВ; в фазу «релаксации»: Г – 132,0 мкВ, ЭПР – 239,0 мкВ, ЭД – 419,0 мкВ, К – 298,0 мкВ. После проведенного консервативного лечения показатели БЭМА: в фазу «возбуждения» - Г – 604,0 мкВ, ЭПР – 1014,0 мкВ, ЭД - 1303,0 мкВ, К – 569,0 мкВ; в фазу «релаксации»: Г – 209,0 мкВ, ЭПР – 559,0, ЭД – 760,0 мкВ, К – 332,0 мкВ. Также, клинически отмечались ухудшение самочувствия больного, нарастание выраженности симптомов кишечной непроходимости. На операции – петли тонкой кишки резко раздуты, отечны. На расстоянии около 1,5 м от илеоцекального угла петля подвздошной кишки в виде «двустволки» припаяна к передней брюшной стенке, ниже подвздошная кишка находится в спавшемся состоянии. Произведены висцеролиз и интубация тонкой кишки по Эбботу-Миллеру. Диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Таким образом, наблюдалась полная корреляция между клиническими, рентгенологическими данными, операционными находками и показателями БЭМА тонкой кишки.

Вывод.

1.Изменение биоэлектрмиографической активности желудочно-кишечного тракта тесно коррелирует со степенью моторных и метаболических нарушений при острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

2.При наличии спаечного процесса, требующего хирургического вмешательства, имелось значительное (в 2,5-3 раза) повышение биоэлектрмиографической активности во всех отделах желудочно-кишечного тракта относительно нормальных значений.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Биряльцев В.Н., Бердников А.В., Филиппов В.А., Велиев Н.А. Электрогастроэнтерография в хирургической гастроэнтерологии. – Казань. – 2003. – 154 с.
- 2.Биряльцев В.Н., Малков И.С., Филиппов В.А и др. Электромиографическая активность желудочно-кишечного тракта при перитонитах. – Казань. – 2006. – 45 с.
- 3.Каримов С.Х., Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А. и др. Методы диагностики пареза кишечника при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Вестник хирургии. – 2007. – Т. 166, №3. – С. 87-92.
- 4.Каримов С.Х., Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А. и др. Объективация диагностики и контроля лечения пареза желудочно-кишечного тракта при разлитом перитоните // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167, №2. – С. 34-38.
- 5.Красильников Д.М., Миннуллин М.М., Фаррахов А.З. и др. Биоэлектрическая активность желудочно-кишечного тракта при острой кишечной непроходимости // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, №1. – С. 25-27.
- 6.Малков И.С., Биряльцев В.Н., Филиппов В.А., Бердников А.В. Оценка электромиографической активности желудочно-кишечного тракта у больных острым разлитым перитонитом // Анналы хирургии. – 2004. - №6. – С. 66-69.
- 7.Сигал З.М., Кравчук А.П. Интрамуральная гемодинамика и моторика тонкой кишки // Журн. Экспер. и клин. Медицины. – 1984. – Т.24. - №4. – С. 319-324.
- 8.Шаймарданов Р.Ш., Биряльцев В.Н., Филиппов В.А и др. Электроэнтерография в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта // Каз.мед.жур. – Т. LXXXIII, №2. – 2002. – С. 94-96.

Daxil olub: 15.04.2009. Rəyə göndərilib: 22.04.2009.



*** EKSPERİMENTAL TƏBƏBƏT ***
*** EKSPERİMENTAL ĞNAƏ MEDIÜİNA ***
*** EKSPERİMENTAL MEDICINE ***

PERİTONİT ZAMANI İMMUN SİSTEMİN POZULMUŞ FUNKSİYALARINA VAZAPROSTANIN TƏSİRİ.

Qarayev Q.Ş., Vəliyeva Z.Y. İsmayılov Y.B.

ATU, Elmi Tədqiqat Mərkəzi.

Ədəbiyyat məlumatlarından aydın olur ki, yayılmış peritonitlər zamanı inkişaf edən intoksikasiya orqanizmin müxtəlif orqan və sistemlərində ciddi morfofunksional pozğunluqlara səbəb olmaqla, poliorqan və polisistem çatmazlığına gətirib çıxarır (2,4,9,12,14).

Peritonitin etiopatogenezi mürəkkəb proses olub, biri digəri ilə əlaqəli və biri digərlərindən yaranandır. Bu patologiyanın inkişafında immun sistemi də digər sistemlərlə qarşılıqlı əlaqədə yaxından iştirak edir.

Müəyyən edilmişdir ki, peritoneal endogen intoksikasiya sindromunun inkişaf dinamikasına uyğun olaraq orqanizmin rezistentliyi zəifləyir və immun sistemdə bu və ya digər dəyişikliklər baş verir (1,3,5,10).

Peritoneal intoksikasiya zamanı immun sistemin pozulmuş funksiyalarının tənzimlənməsinə dair çoxsaylı tədqiqat işləri aparılmış və bu məqsədlə müxtəlif dərman preparatlarının səmərəliliyi və peritonitin fazalarından asılı olaraq tətbiq edilməsi ardıcılığı aydınlaşdırılmışdır. Lakin bir çox yeni sintez olunan dərman preparatlarının immunotrop xüsusiyyətləri və eləcə də onların peritoneal intoksikasiyada tətbiqinin məqsədə uyğunluğu öyrənilməmişdir. Belə preparatlardan biri də vazaprostandır.

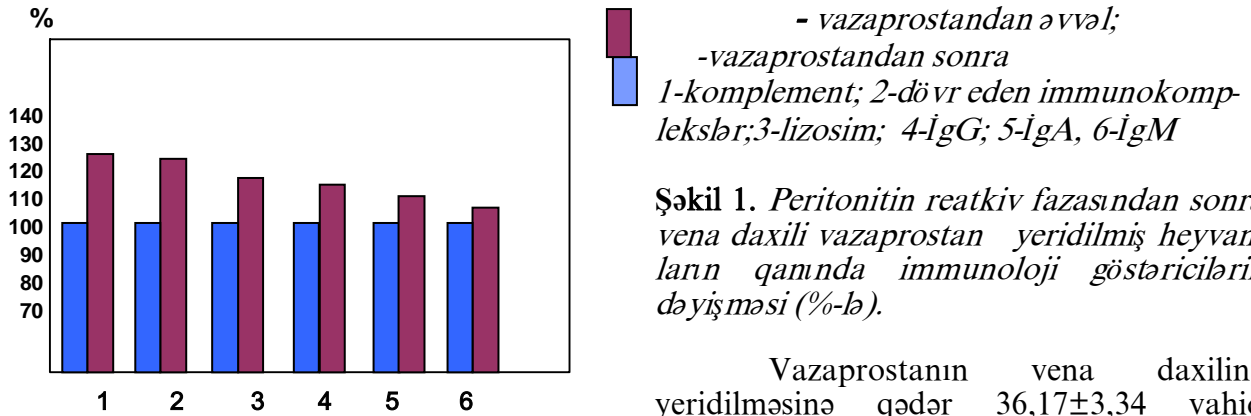
Ona görə də indiki işdə immun statusun bərpa edilməsi məqsədi ilə mikrosirkulyator şəbəkəni daha çox fəallaşdıran vazaprostanın peritoneal intoksikasiyanın inkişaf dinamikasına təsiri öyrənilmişdir.

Material və metodlar. Eksperimentlər hər iki cinsdən olan 16-22 kq çəkili itlər üzərində aparılmışdır. Peritonit modeli F.F.Usikov (13) üsulu ilə yaradılmışdır. Bunun üçün əməliyyatdan 30 dəqiqə əvvəl heyvanlara əzələ daxilinə 1%-li 1 ml dimedrol və 1%-li 1 ml atropin məhlulu vurulmuşdur. Sonra isə vena daxilinə hər kq çəkiyə 3-4 mq olmaqla kalibsol məhlulu yeridilmişdir.

Təcrübə heyvanları peritonitin fazalarına uyğun olaraq, hər qrupda 6 it olmaqla 3 qrupa bölünmüşdür. 1-ci qrupda 24 saatdan, 2-ci qrupda 48 saatdan sonra, 3-cü qrupda isə 72 saatdan sonra relapartomiya edilərək, qarın boşluğu sanasiya edilmiş və drenaj boru qoyularaq tikilmişdir. Heyvanların arxa ətrafı venası katerizasiya edilərək vena daxilinə damcı üsulu ilə 250 ml fizioloji məhlulda həll edilmiş 48,2 mq vazaprostan məhlulu 2 saat müddətində köçürülmüşdür. Hər 3 qrupda peritonitin fazalarına müvafiq olaraq vazaprostanın köçürülməsindən əvvəl və onun yeridilməsindən 1 sutka sonra immunoloji müayinələr və toksikliyin təyini üçün qan götürülmüşdür. Qanda komplementin (7), dövr edən immunokomplekslərin (8), lizosimin (6), immunoqlobulini G, A və M-in (15) miqdarı təyin edilmişdir. Qanın toksikliyi T.L.Pafamova və həmmüəllifləri tərəfindən təklif edilmiş üsulla (11) müəyyənləşdirilmişdir.

Eksperimentdən alınan bütün göstəricilər statistik təhlil edilmiş və qruplarda göstəricilər arasında fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldən – Uilkokson (Manna - Uitni) meyarından istifadə edilmişdir.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Aparılan tədqiqatların nəticəsi göstərir ki, peritonitin reaktiv fazasından sonra (24 saat sonra) vena daxilinə vazaprostan köçürüldükdən keçən 1 sutka ərzində qanda komplementin səviyyəsi kəskin olaraq yüksəlir (28,81%, $p < 0,01$). Belə ki vazaprostan yeridildikdən əvvəl $40,5 \pm 3,15\%$ -ə bərabər olduğu halda, vazaprostan köçürüldükdən sonra isə bu kəmiyyət yüksələrək $52,17 \pm 2,86\%$ -ə bərabər olmuşdur (şəkil 1).



Şəkil 1. Peritonitin reaktiv fazasından sonra vena daxili vazaprostan yeridilmiş heyvanların qanında immunoloji göstəricilərin dəyişməsi (%-lə).

Vazaprostanın vena daxilinə yeridilməsinə qədər $36,17 \pm 3,34$ vahid səviyyəsində olan dövr edən immunokomplekslərin miqdarı vazaprostan köçürüldükdən 24 saat sonra $28,57\%$ artaraq $46,51 \pm 2,90$ vahidə yüksəlmişdir. Yəni, dövr edən immunokomplekslərin fəallığı peritonit modelinin reaktiv fazası ilə müqayisədə 1,28 dəfə artmışdır (şəkil 1).

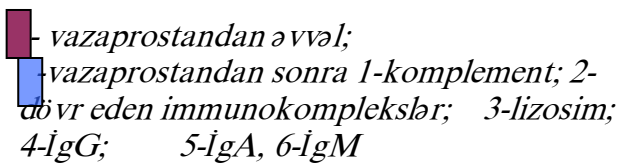
Peritonitin reaktiv fazasında vazaprostanın təsirindən sonra qanda lizosimin fəallığı nisbətən ($13,37\%$) artsada, bu yüksəlmə komplementə və dövr edən immunokomplekslərə nisbətən 2 dəfə azdır.

24 saatlıq peritonit modelindən sonra vazaprostanın vena daxilinə yeridilməsi nəticəsində qanda immunoqlobulinin G-nin miqdarı peritonitlə müqayisədə $12,48\%$ yüksək olmuşdur. Analoji qanunauyğunluqlar İgA-nın qandakı miqdarında da müşahidə edilmişdir. Onun miqdarı təcrübə qrupunda $10,65\%$ yüksək olmuşdur (şəkil 1). Bu vaxt İgM-in fəallığına vazaprostanın təsiri qismən zəif olmuşdur. Belə ki, peritonitin reaktiv fazasından sonra vazaprostan yeridilməsindən heyvanların qanında 24 saatlıq peritonit modelinin göstəricisinə nisbətən İgM-in miqdarı cəmi $7,4\%$ artmışdır.

Vazaprostan yeridildikdən sonra qanda PYM $2010 \pm 24,18$ saniyə olmuşdur. Bu vaxt vazaprostandan əvvəl bu göstərici $1928,3 \pm 26,70$ saniyəyə bərabər olmuşdur.

Alınan nəticələrin təhlili sübut edir ki, peritonitin reaktiv fazasında orqanizmin immunoreaktivliyinin zəifləməsi fonunda vena daxilinə vazaprostan köçürülməsi bu zəifləmənin qarşısını alır və xüsusən də qanda komplementin və dövr edən immunokomplekslərin fəallığını yüksəldir.

Peritonitin toksiki fazasında (48 saat) qanda komplementin miqdarı $39,83 \pm 1,82\%$ -ə bərabər olduğu halda, bu fonda vazaprostan köçürüldükdən sonra onun səviyyəsi $25,52\%$, $p < 0,05$ yüksələrək $50 \pm 2,67\%$ çatmışdır. Lakin bu artım reaktiv fazadan $4,3\%$ azdır. Deməli, vazaprostan qanda orqanizmin rezistentliyinin əsas elementlərindən olan komplementin zəifləmiş fəallığını peritonitin toksiki fazasında da artırır (şəkil 2).



Şəkil 2. Peritonitin toksiki fazasından sonra vena daxilinə vazaprostan yeridilmiş heyvanların qanında immunoloji göstəricilərin dəyişməsi (%-lə).

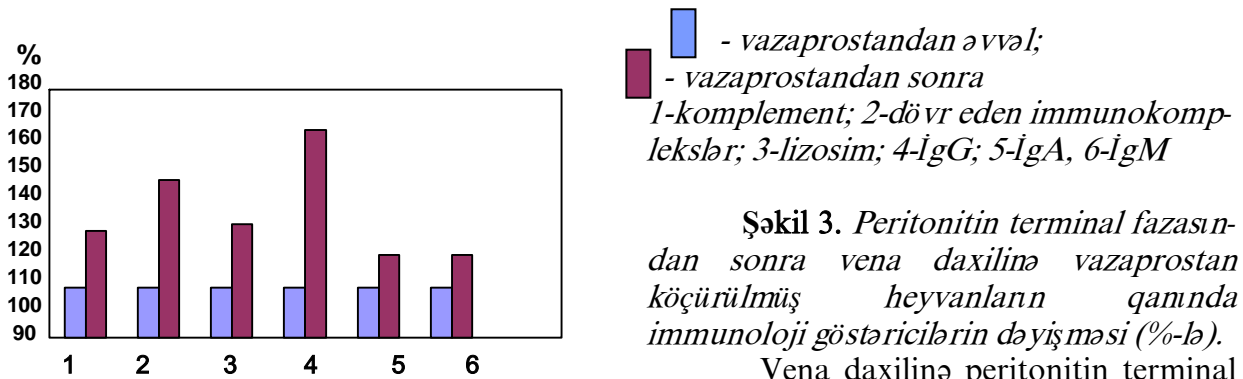
Analoji qanunauyğunluqlar dövr edən immunokomplekslərin miqdarında da müşahidə edilir (şəkil 2). Toksik fazaya nisbətən onun miqdarı vazaprostan yeridilmiş qrupda $23,88\%$ çox olmuşdur. Lakin bu artım reaktiv fazadakı vazaprostan yeridilmiş qrupa nisbətən bir qədər aşağıdır.

Toksiki fazadan sonra vazaprostan köçürülməsi qanda lizosimin fəallığı preparat yeridilməmişdən əvvəlki səviyyəyə nisbətən 21,64%, $p < 0,05$ artıqdır. Bu isə 24 saatlıq qrupla müqayisədə 8,28% çoxdur. Göründüyü kimi vazaprostan peritonitin toksiki fazasında orqanizmin rezistentliyini artıraraq immunoreaktivliyi nəzərə çarpacaq dərəcədə yüksəldir (şəkil 2).

48 saatlıq peritonit modeli yaradılmış heyvanların vena daxilinə vazaprostan köçürülməsindən sonra qanda immunoqlobulinlərin hamısının miqdarı artır. Belə ki, bu təsirdən İgG - 22,38%, İgA - 12,12%, İgM – 10,54% ($p < 0,05$) miqdarı toksiki fazaya nisbətən çoxdur. Göründüyü kimi vazaprostan İgG-nin miqdarını digər İg-lərə nisbətən 2 dəfə çox yüksəldir (şəkil 2).

PMY müddəti bu fazada $1446,7 \pm 20,12$ saniyədən $1465 \pm 19,67$ saniyəyə çatmışdır.

Peritonitin terminal fazasından sonra vena daxilinə vazaprostan köçürülməsindən qanda komplementin fəallığını dürüst olaraq (22,75%, $p < 0,05$) artırırsa da bu digər fazalarla müqayisədə bir qədər zəif olmuşdur. Bununla yanaşı vazaprostan peritonitin terminal fazasında da qanda komplementin fəallığını yüksək səviyyədə saxlayır (şəkil 3).



■ - vazaprostandan əvvəl;
■ - vazaprostandan sonra
1-komplement; 2-dövr edən immunokomplekslər; 3-lizosim; 4-İgG; 5-İgA, 6-İgM

Şəkil 3. Peritonitin terminal fazasından sonra vena daxilinə vazaprostan köçürülmüş heyvanların qanında immunoloji göstəricilərin dəyişməsi (%-lə).

Vena daxilinə peritonitin terminal fazasından sonra vazaprostan köçürülməsi dövr edən immunokomplekslərin miqda-

rını çox kəskin artırır (43,38%, $p < 0,05$).

Endogen intoksikasiyanın inkişaf fazasından asılı olaraq vazaprostan tətbiqindən sonra dövr edən immunokomplekslərin miqdarının müqayisəsi göstərir ki, ən yüksək fəallıq terminal fazada, orta səviyyə isə digər fazalarda müşahidə edilir (şəkil 3).

72 saatlıq peritonit modeli yaratdıqdan sonra vena daxilinə vazaprostan yeridilməsi qanda lizosimin miqdarını 29,09% $p < 0,01$ yüksəltmişdir. Lizosimin miqdarının qruplar üzrə dəyişməsinin təhlili göstərir ki, onun fəallığının ən yüksək nəticəsi vazaprostanın peritonitin terminal fazasında yeridilməsindən sonra müşahidə edilir. Lakin bununla belə digər qruplarda da onun fəallığı yüksək olmuşdur (şəkil 3).

Peritonit modeli yaratdıqdan 72 saat sonra vena daxilinə vazaprostan köçürülməsindən sonra qanda immunoqlobulin G-nin miqdarı hədsiz dərəcədə yüksəlmişdir. Bu artım terminal faza ilə müqayisədə 69,25%, $p < 0,01$ təşkil edir. Peritonitin terminal fazası ilə müqayisədə vazaprostan yeridilmiş qrupda İgA-nın miqdarı 12,38% yüksəkdir (şəkil 3).

Vazaprostan yeridilmiş qrupları öz aralarında müqayisə etdikdə görünür ki, İgA-nın miqdarı hər 3 qrupda təxminən eyni miqdarda artmışdır (10-12% arasında). Eyni miqdarda yüksəlmə İgM-in miqdarında da müşahidə edilmişdir (şəkil 3).

Terminal fazada PYM $998 \pm 12,36$ saniyədən $1030 \pm 14,53$ saniyəyə qədər artmışdır.

Beləliklə, bizim apardığımız təcrübələrin nəticələri göstərmişdir ki, vena daxilinə vazaprostanın köçürülməsi peritonitin bütün mərhələlərində orqanizmin pozulmuş funksiyalarını tam bərpa edir və peritoneal intoksikasiyanın inkişafında orqanizmin immunoreaktivliyinin zəifləməsinin qarşısını alır.

Nəticələr:

• Peritonitin zamanı vena daxilinə vazaprostan köçürülməsi onun fazalarına müvafiq olaraq qanda komplementin və dövr edən immunokomplekslərin miqdarını kəskin artırır.

• Peritoneal intoksikasiyanın inkişaf dinamikasına müvafiq olaraq qanda lizosim fermentinin fəallığı yüksəlir və terminal fazada ən yüksək həddə çatır.

• Peritoneal intoksikasiya fonunda vazaprostanın vena daxilinə tətbiqi qanda İgG-nin miqdarını artırır və terminal mərhələdə bu yüksəlmə 69,25% təşkil edir.

• Vazaprostan peritonitin bütün fazalarında İgA-nın və İgM-in miqdarına nisbətən zəif təsir göstərir.

• Peritoneal intoksikasiya zamanı orqanizmin immunoreaktivliyinin normallaşmasına səbəb vazaprostanın orqanizmin (limfoid sistemin) qan təchizatının yaxşılaşdırmasıdır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Axundbəyli A.Ə., Məhərrəmbəyli İ.Ş., İsmayılov İ.S. Yayılmış irinli peritoniti olan xəstələrdə immun statusda gedən dəyişikliklərin cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə gedişata təsiri və onların korreksiyası // – Azərbaycan Tibb Jurnalı. – 2000. - №2. - S. 23-25.
2. Qarayev Q.Ş. Əliyev Ş.X., Əliyev Y.Q. Həsənov M.C. Peritoneal intoksikasiya. – Bakı. MBM. – 2008. 183 s.
3. Балуева Г.В., Спирыокова Е.В. Состояние иммунитета и систем нейрорегуляции в раннем послеоперационном периоде у больных в распространенным перитонитом. Мат. Всес. Съезд Анестезиологов – реаниматологов. 2003. С.1-2.
4. Брискин Б.С., Савченко З.И., Хмелевский С.В. и др. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита. // Хирургия, 2003, №8, С. 56-59.
5. Власов А.П., Дубовская И.В., Меркушина И.В. Иммунокорректирующий эффект антиоксидантов при перитоните. // Internation al Youmnal on Immunorehabilitation. Физиология и патология иммунной системы. 2003, том 5, № 2, С.348.
6. Дрофецук В.Г. Определение активности лизоцима нефелометрическим методом. // Лаб. дело. 1968. - №1. – С.28-30.
7. Гариб Ф.Ю., Шарапов Л.Н. Методика определения уровня комплемента и его содержания в сыворотке больных ревматизмом. // Сб. Научно-исследов. работ ЦНИЛ Мед ВУЗ-ов Узбекистана, ТашМИ, Ташкент. – 1973. – С.215-218.
8. Гриневич Ю.А., Алферов А.Н. Определение циркулирующих иммунных комплексов в крови онкологических больных. // Лаб. дело. – 1981. - №8. – С. 493-496.
9. Гринев М.В., Голубева А.В. Проблема полиорганной недостаточности. Вестник хирургии. – 2001. – т. 160. - №3. – С.110-113.
10. Исмаилов И.С. Нарушения показателей гомеостаза и их коррекция на этапах хирургического лечения разлитого гнойного перитонита. Авто. дис. докт. мед. наук. – Баку. 1998. – 37 с.
11. Пафомов Г.А., Будыча Ф.А., Ширинова М.Н. Экспресс-метод определения точности крови и лимфы с помощью парамеций при экзо-и эндотоксикозах. // Советская Медицина. 1980, №1, С.117-119.
12. Ташев Х.Р., Аваков В.Е., Сафаров Х.О. Эндогенная интоксикация у больных с острым распространённым перитонитом и проблемы ее коррекции. // Хирургия, 2002, №3, С. 38-41.
13. Усиков Ф.Ф. Хирургическая модель острого перитонита. // Хирургия 1984, №8, С. 127-130.
14. Чаленко В.В. Классификация острых нарушений функции органов и систем при синдроме полиорганной недостаточности. // Анестезиология и реаниматология, 1998, №2, С. 25-29.
15. Manchini Y., Cabonare A., Henemans Y. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion. // Immunochemistry. 1965. Vol.2. p.235.

Р Е З Ю М Е

ДЕЙСВИЕ ВАЗАПРОСТАНА НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ИММУННЫХ СИСТЕМ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ.

Гараев Г.Ш., Велиева З.Я., Исмаилов. Ю.Б.
АМУ, НИЦ.

В ходе эксперимента целью исследования явилось изучение дейсивия вазaproстана, как наиболее лучше активизирующего микроциркуляторную сеть организма препарата, а также изучить корректирующую функцию вазaproстана при нарушении иммунной системы при перитонитах.

Опыты приводились на 18 собаках массой 16-22 кг. Подопытные животные были разделены на 3 группы (учитывая фазы перитонита), в каждой из которых было по 6 собак. В

каждой из трех групп в интактном состоянии и на I, II, III сутки после перитонита были проведены иммунологические исследования.

Результаты исследования показали, что внутреннее введение вазaproстана животным с перитонитом восстанавливает нарушение функции иммунных показателей, при этом уровень комплемента, ЦИК-а, лизоцима и IgG резко повышается, тогда как во всех фазах перитонита вазaproстан относительно слабо действует на уровни IgA и IgM.

S U M M A R Y

VAZAPROSTAN INFLUENCE TO THE DISORDERED FUNCTIONS OF IMMUNE SYSTEM WITH PERITONITIS.

Garayev G.Sh., Valiyeva Z.Y., Ismayilov Y.B.
AMU, Scientific – Research Centre.

The main purpose of the research – is the studying of the correction of the disordered function in the immune system of organism within peritonitis of vazaprostan, the preparation making active the microcirculation net.

Researches were conducted on 18 dogs of 16-22 kg. Experience animals were divided into 3 groups with 6 dogs in each group (taking into consideration peritonitis phases).

The results of conducted researches show that, intravenous injection of vazaprostan to animals with peritonitis recovers the disordered functions of immune sings. That`s why, it increases the level of complements, circulating immune-complex, lizocimin and JgG, but in all phase of peritonitis is influenced more weakly than the level of vazaprostan JgA and JgM.

Daxil olub: 16.04.2009. Rəyə göndərilib: 23.04.2009.



*SƏHIYYƏNİN TƏŞKİLİ *
*ORQANİZAÜİƏ ZDRAVOOXRANENİƏ *
* HEALTH ORGANIZATION *

NAXÇIVAN ŞƏHƏR MƏKTƏB YAŞLI UŞAQLARIN SOMATOTİPLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Talıbova B.V., İsayev İ.İ.

*Azərbaycan Tibb Universitetinin uşaq xəstəliklərinin propedevtikası kafedrası,
Bakı.*

Son illər aparılan elmi araşdırmaların nəticələri göstərir ki, uşaq orqanizmində gedən proseslərin intensivliyini ayrı-ayrı fiziki inkişaf göstəriciləri deyil həmin parametrlərin bir-biri ilə qarşılıqlı əlaqədar inkişaf etməsi əks etdirir. Bu nöqtəyi-nəzərdən fiziki inkişaf parametrlərinə əsasən uşaq orqanizminin inteqral indeksi sayılan somatik tipinin təyin edilməsi böyük əhəmiyyət daşıyır (3,5,6,11,12).

Tədqiqatlar göstərmişdir ki, uşaq orqanizminin ayrı-ayrı yaş dövrlərində inkişafı genetik determinə olunmuş irsiyyət ilə yanaşı onun konstitusional tipindən də asılıdır. Böyüklərdə praktiki təbabətdə müxtəlif zamanlarda təklif edilən və bu gün də istifadə olunan bədən quruluşunu səjiyyələndirən onlarla konstitusional tiplər müəyyən edilmişdir (5,6,11,14). Təklif edilmiş bu

təsnifatların heç biri bütövlükdə klinisistləri qənaətləndirəcək məlumatları özündə əks etdirmədiyindən yekun variant qəbul edilməmişdir. Bugünədək uşaqlar üçün də ümumi qəbul olunmuş konstitusiya tiplərinin təsnifatı mövcud deyildir və onların inkişaf tempini qiymətləndirməyə imkan verən somatotiplərin təyini üsulları işlənilib hazırlanmışdır.

Konrad hesab edir ki, uşaqlarda sürətli inkişaf dövründə bədən quruluşunun formalaşması heteroxron getdiyi üçün, bədən hissələrinin qeyri-bərabər böyüməsi onların bədən quruluşu tipinin dəqiq təyin olunmasına imkan vermir. Onun fikrinə uşağın bədən quruluşunun somatotipini 2-4 yaşdan, J.Tannerə görə – 4-5 yaşdan, L.N.Kritininaya görə – 7 yaşdan, V.Q.Ştefko və A.İ.Kliorinə görə isə yalnız həddibuluğa çatan dövrdən sonra təyin etmək mümkündür (13). Digər alimlər hesab edir ki, uşağın bədən quruluşunun tipi 3-4 yaşda da təyin edilə bilər ancaq onun böyüməsi ilə əlaqədar fiziki inkişaf parametrlərinin dəyişməsi sonrakı illərdə somatotipin də müvafiq olaraq dəyişməsinə gətirib çıxarır (3,10,12).

Bu günədək bir çox alimlər uşaq və yeniyetmələrdə konstitusional tiplərin təyin edilməsində Ştefko və Ostrovski-nin sxemlərindən istifadə edir (13). Bu sxemə əsasən təmiz (astenoid, torakal, əzələ, digestiv və abdominal), qarışıq və təyin olunmayan tiplər ayırd edilir.

R.N.Doroxov və İ.İ.Brexman somatotipləri fiziki inkişafın əsas parametrləri olan bədən uzunluğunun, kütlənin və döş çevrəsinin orta göstəricilərinin siqmal fərqlərinə görə ballarla təyin olunmasına əsasən aparacağı məsləhət görürlər (2,4).

A.İ.Kozlov somatotipin təyində bədən uzunluğunun orqanizmin dörd nahiyəsində təyin edilmiş dərialtı piy qatının qalınlıq cəminin faizlə nisbətinin istifadəsini təklif edir (7).

Son illərdə V.V.Bunak-ın somatotiplərin təyini sxeminin Ö.E.Velğtihev tərəfindən modifikasiya olunmuş sentil təhlili üsulundan geniş istifadə olunur (4,5).

Müasir texniki sıçrayış və kompüter dövründə riyazi proqramlar və çoxölçülü statistika vasitələri kompleks müayinə zamanı yüksək dəqiqliklə insanın konstitusional tipinin təyin edilməsinə nəzəri imkanlar yaratsa da klinik təbabətdə gündəlik işlənilən normativlər hazırlanmamışdır. Uşaqların müxtəlif yaş dövrlərində individual fiziki inkişafının kompleks şəkildə qiymətləndirilməsində somatometrik göstəricilərin əsas yer tutmasına baxmayaraq bu parametrlərə əsasən somatik tiplərin regional xüsusiyyətlərinin təyin olunmasına kifayət qədər fikir verilmir. Hazırda uşağın sağlamlıq səviyyəsini qiymətləndirmək üçün ümumi qəbul olunmuş qayda üzrə ən informativ sayılan fiziki inkişaf göstəriciləri ölçülür və yaş normativləri ilə müqayisədə təhlil olunur (1). Uşaq orqanizmi dinamik böyümə dövründə bir çox ailə, məişət, iqlim, qida və digər amillərin təsirinə məruz qaldığından yuxarıda qeyd olunan məlumatlar inkişafın istiqamətini və fərdi inkişaf mərhələlərini tam əks etdirə bilməz (4,8,9). Ona görə də hər bir yaş dövründə uşağın genetik fərdi inkişaf xüsusiyyətlərini özündə cəmləşdirən keyfiyyəti əks etdirən kəmiyyət göstəricilərinə əsasən dəyərləndirmə üsullarının işlənilib hazırlanması vacib məsələlərdən biri sayılır. Bu məqsədlə Naxçıvan şəhər məktəb yaşlı uşaqların yaşdan və cinsdən asılı olaraq somatotipləri tədqiq edilmişdir.

Tədqiqatın material və müayinə üsulları. Tədqiqat Naxçıvan Müxtar Respublikasının Naxçıvan şəhərində məktəbli uşaqlar arasında aparılmışdır. Tədqiqat zamanı uşaqların sağlamlığını təşkil edən çox saylı amilləri nəzərə alaraq, orqan və sistemlərin funksional vəziyyəti, uşağın dinamikada fiziki və sinir-psixiki inkişafı qiymətləndirilmişdir.

Müayinədən 6 yaşdan 17 yaşadək olan 348 azərbaycanlı (180 oğlan və 168 qız) uşaq keçmişdir. Müayinə zamanı uşağın fiziki və sinir-psixiki inkişafı, orqanizmin reaktivliyi, orqan və sistemlərin funksional vəziyyəti, xroniki xəstəliklərin mövjudluğuna əsasən uşaqları sağlamlıq qrupları təyin olunmuş və növbəti tədqiqata yalnız I və II sağlamlıq qrupuna aid uşaqlar (316 uşaq) cəlb olunmuşdur. Müayinə olunan uşaqlar fiziki, morfoloji və psixoloji xüsusiyyətlərinə görə üç yaş qrupuna ayrılmışlar: I yaş qrupu - kiçik məktəbli (6-10 yaş) 119 uşaq (onlardan 59 qız və 60 oğlan), II yaş qrupu - orta məktəbli yaşlı (11-14 yaş) 125 uşaq (62 qız və 63 oğlan) və III yaş qrupu - böyük məktəbli yaşlı (15-17 yaş) 72 uşaq (35 qız və 37 oğlan) təşkil etmişdir. Uşaqların fiziki inkişafının dinamik bir proses kimi qanunauyğunluqlarını və inkişaf tempini təyin etmək üçün sentil qiymətləndirmə və ona əsasən somatodiaqnostika üsullarından istifadə olunmuşdur. Antropometrik üsulla uşaqların kütləsi, bədən uzunluğu, döş çevrəsi ümumi qəbul olunmuş qaydada və xüsusi cihazlarla ölçülmüş və qeyri-parametrik üsulla qiymətləndirilmişdir. Göstəricilərin minimal, orta,

maksimal və sentil dəhlizləri (1-P₃, 2-P₁₀, 3-P₂₅, 4-P₅₀, 5-P₇₅, 6-P₉₇) təyin olunmuşdur. Somatoskopik üsulla uşaqların bədən quruluşu və somatotipi təyin olunmuşdur. Uşaqlarda somatotipin təyini üçün Ştefko-Ostrovskiy (13) və Xit-Karterin (14) qiymətləndirmə sxemləri əsas götürərək modifikasiya olunmuş şəkildə üç somatotipə uyğunluq təyin olunmuşdur – mikrosomatik (MiS), mezosomatik (MeS) və makrosomatik (MaS) tiplər (9,12). Fiziki inkişaf göstəriciləri sentil dəhlizlərinə müvafiq ballarla qiymətləndirilmiş, ballar toplanmış <P₂₅ müvafiq olduqda (1,2,3 sahə, 3-10 bal) mikrosomatik, P₂₅₋₅₀ (4,5 sahə, 11-15 bal) – mezosomatik və >P₇₅ (6,7 sahə, 16-21 bal) makrosomatik tip kimi qeydə alınmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların təhlili. Alınmış məlumatlar nəticəsində məktəbli uşaqların somatotipləri təyin olunmuş və yaş qruplarına müvafiq rastgəlmə tezlikləri Cədvəl 1-də verilmişdir. Nəticələrə əsasən tədqiqata cəlb olunmuş uşaqların 72,2% (228) mikrosomatik, 20,9% (66) mezosomatik və 6,9% (22) makrosomatik tipə uyğun gəlmişdir. Cədvəldən görüldüyü kimi, kiçik məktəbli qızlar qrupunda yaşın artması ilə yanaşı orqanizmin somatotipində müəyyən qanunauyğunluğu özündə əks etdirən ardıcıl dəyişiklər baş verir. Belə ki, yaşın artması ilə bərabər fiziki inkişaf parametrləri 3-6 bal arasında tərəddüd edən MiS tipə uyğun qızların sayı mütləq üstünlük təşkil etsə də azalmağa başlayır. Bu somatotipə 6 yaşlı qızların 75,0%, 7 yaşlıların 73,7%, 8 yaşlıların 60,0%, 9 yaşlıların 42,9% və 10 yaşlıların 40,0% aid edilmişdir.

Cədvəl 1.

Məktəb yaşlı uşaqlarda somatotiplərin rast gəlmə tezliyi (%)

Yaş	Jins	N	Somatotiplər (%)		
			MiS	MeS	MaS
			3-10 bal	11-15 bal	16-18 bal
			P ₃ -P ₁₀ -P ₂₅	P ₂₅ -P ₅₀ -P ₇₅	P ₇₅ -P ₉₀ -P ₉₇
6	O	11	54,5	27,3	18,2
	Q	8	75,0	12,5	12,5
7	O	14	42,8	35,7	21,5
	Q	19	73,7	15,8	10,5
8	O	13	75,1	17,0	7,9
	Q	10	60,0	30,0	10,0
9	O	9	77,8	11,1	11,1
	Q	7	42,9	42,9	14,2
10	O	13	61,5	30,8	7,7
	Q	15	40,0	53,3	6,7
Cəmi I qrupda	O	60	61,7	25,0	13,3
	Q	59	59,3	30,5	10,2
11	O	15	66,7	26,7	6,6
	Q	14	78,6	14,3	7,1
12	O	19	63,2	31,6	5,2
	Q	18	87,8	5,6	5,6
13	O	13	69,2	23,1	7,7
	Q	13	84,6	7,7	7,7
14	O	16	87,6	6,2	6,2
	Q	17	88,2	5,9	5,9
Cəmi II qrupda	O	63	71,4	22,2	6,4
	Q	62	85,4	8,1	6,5
15	O	16	56,2	43,8	-
	Q	11	90,9	9,1	-
16	O	10	90,0	10,0	-
	Q	10	100	-	-
17	O	11	63,6	36,4	-
	Q	14	92,9	7,1	-
Cəmi III qrupda	O	37	67,6	32,4	-
	Q	35	94,3	5,7	-

Qeyd: Q – qızlar; O – oğlanlar;

Rəqəmlərdən aydın olduğu kimi 9-10 yaşlı məktəbli qızlarda cinsi dimorfizmin əlamətlərinin meydana çıxması ilə əlaqədar mikrosomal tipə malik qızların miqdarı nəzərəçarpan dərəcədə azalmış və digər tiplərə transformasiya baş vermişdir. Müvafiq olaraq yaşın artması ilə paralel MeS tipə malik qızların miqdarı 12,5%, 15,8%, 30,0%, 42,9% və 53,3% ardıcılığı üzrə artmışdır. Kiçik məktəb yaşlı qızlarla müqayisədə 8-10 yaşlılar arasında mezosomal somatotipə keçənlərin sayı daha çoxdur. Bu yaş qrupunda qızlar arasında MeS tipinə uyğun olan qızların sayı MiS tipin ilə müqayisədə nəzərəçarpan dərəcədə az olmuşdur. Cədvəldən görüldüyü kimi MeS somatotipinə aid qızların miqdarı yaşdan asılı olmayaraq demək olar ki, 6-8 yaşlarda eyni olsa da (12,5 – 15,8%) 9 və 10 yaşlarda bir qədər çoxalmışdır. Naxçıvan şəhər kiçik yaşlı məktəbliləri içərisində fiziki inkişaf parametrləri MaS somatotipə aid olan qızlar bütün yaşlarda (7 yaş istisna olmaqla) tək-tək hallarda rast gəlinmişdir.

Bu yaş qrupuna aid olan oğlanların tam əksəri MiS somatotipə uyğun parametrlərə malik olmuşdur. 6 və 7 yaşlarda müəyinəyə cəlb

olunanların yarısına qədər mikrosomal tipə aid olsa da sonrakı yaşlarda miqdar artaraq 8, 9 və 10 yaşlarda müvafiq olaraq 75,1%, 77,8% və 61,5% təşkil etmişdir. Mezosomal somatotipə uyğun olan oğlanların sayı bütün yaşlarda kəskin azalmışdır. Yalnız 7 və 10 yaşlı məktəbli oğlanlarda adı çəkilən somatotipə bir qədər çox – 35,7% və 30,8% uşaqlar müvafiq gəlmişdir. MaS tipə qızlarda müşahidə olunduğu kimi oğlanlarda da tək-tək uşaqların göstəriciləri uyğun gəlmişdir. 7-11 yaşlı qızlarda və oğlanlarda birincilərdə daha qabarıq olmaqla uşaqların tam əksəriyyətinin fiziki inkişafının morfometrik parametrləri mikrosomal somatotipə uyğun gəlir. Ümumilikdə götürüldükdə II yaş qrupunda 85,4% qızlarda və 71,4% oğlanlarda mikrosomatik tip qeyd olunmuşdur. Məktəbli qızlar arasında mikrosomatik tip özünü daha yüksək yuxarı yaşlarda, yəni 12 (87,8%), 13 (84,6%) və 14 (88,2%) yaşlarda biruzə vermişdir. Oğlanlar arasında da buna bənzər mənərə müşahidə olunmuş və mikrosomal tipin maksimal rast gəlmə tezliyi 14 yaşlılarda baş vermişdir (87,6%). Bu hal fizioloji olaraq 11-14 yaşlı məktəbli qızlarda neyrohumoral tənzimlənmənin artıq sabitləşməsi ilə əlaqədar somatotiplərin formalaş-masını göstərən proses kimi qiymətləndirilə bilər. Bu yaş dövründə mezosomatik tip qızlar arasında az hallarda rast gəlinə də 11-12 yaşlı oğlanlarda daha çox təsadüf edilmiş (müvafiq olaraq 26,7% və 31,6%) və onlarda heteroxron inkişafın davam etməsini göstərmişdir. Orta məktəb yaş dövründə hər iki cinsdən olan uşaqlarda MaS somatik tip nəzərəcarpan dərəcədə azalmışdır.

Tədqiqatlar göstərir ki, III yaş qrupunda əsasən müayinəyə cəlb edilmiş uşaqlarda mikrosomatik tip quruluş qeyd olunur. Oğlanların 67,6% qızların isə 94,3% MiS əlamətləri tam üstünlük təşkil etmişdir. 14-17 yaşında tədqiq edilmiş qızlardan morfometrik parametrlərinin MeS somatotipə uyğun gələnləri tək – tək olmuşdur. Bu qrupda mezosomatik tip əsasən oğlan uşaqlarında 15 (43,8%) və 17 yaşlarında (36,4%) rast gəlinmişdir. Makrosomatik tip bu yaş dövründə qeyd olunmamışdır.

Nəticələrin təhlili göstərir ki, mikrosomatik tipə malik uşaqların 46,9% (107) oğlan, 53,1% (121) qızlardan ibarətdir. Fiziki inkişafın harmonikliyinə təyinində məlum olmuşdur ki, məktəblilərin 69,7% harmonik, 28,1% mötədil disharmonik və 2,2% disharmonik inkişafa uyğundur. Mikrosomatik tipə aid olan oğlan uşaqlarının 70,3% harmonik, 25,2% mödətli disharmonik və 4,5%-də disharmonik inkişaf müşahidə olunmuşdur. Morfometrik parametrləri adı çəkilən somatik tipə uyğun gələn qızlarda 69,2% təsadüfdə harmonik, 30,8% isə mödətli disharmonik inkişaf müəyyən edilmişdir. Qızlar arasında qabarıq disharmonik inkişaf elementləri aşkar edilməmişdir.

Mezosomatik tipə malik uşaqların 62,2% (41) oğlanlar qalan 47,8% (25) isə qızlar təşkil etmişdir. Müayinə olunanların 6,7% harmonik, 56,8% mötədil disharmonik və 36,5% disharmonik inkişafa uyğun gəlmişdir. MeS tip oğlan uşaqlarının 7,9%-də harmonik, 50,0%-də mödətli disharmonik və 42,1%-də disharmonik inkişaf müşahidə edilmişdir. Bu tipə aid qızların fiziki inkişaf parametrləri 5,5% halda harmonik, 63,9% - mödətli disharmonik və 30,6% halda disharmonik olmuşdur. Makrosomatik tipə malik uşaqların 54,4% (12) oğlan, 45,6% (10) qızlardan ibarət olmuşdur. Onlardan 85,7% uşağın fiziki inkişafı harmonik, 14,3% isə mötədil disharmoniyaya uyğun gəlmişdir. Makrosomatik tip oğlan uşaqlarının 81,8%-də harmonik, 18,2% - də mödətli disharmonik inkişaf müşahidə edilmişdir. Bu somatotipə aid olan qızlar arasında disharmoniya hallarına təsadüf edilməmişdir.

Beləliklə, alınmış məlumatların təhlili göstərir ki, məktəbli uşaqların bədən quruluşunun somatotipinin formalaşması yaşdan və cinsdən asılı olaraq dəyişir. Müayinəyə cəlb edilmiş Naxçıvan şəhər məktəblilərində 72,2% halda mikrosomatik, 20,9% halda mezosomatik və 6,9% halda makrosomatik tipə rast gəlinir. Uşaqlarda yaşın artması ilə əlaqədar qızlarda daha qabarıq olmaqla MiS çoxalması, mezosomatik və makrosomatik tiplərin tezliyinin azalması baş verir. 6-10 yaşlı məktəblilərdə mikrosomal tipin üstünlüyü ilə hər üç somatotipə rast gəlinə də 11-14 və 15-17 yaşlı qızların tam əksərində mikrosomal bədən quruluşu formalaşır. 11-14 yaşlı oğlanların 71,4% və 15-17 yaşlıların 67,6%- də MiS tip, uyğun olaraq 22,2% və 32,4% -də isə MeS tipə təsadüf edilir. Yuxarı yaşlı məktəblilər arasında demək olar ki, MaS somatotipinə malik uşaqlar müşahidə olunmur.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. İsayev İ.İ. Uşaqlarda fiziki inkişafın xüsusiyyətləri və onun qiymətləndirilməsi. Məşğələlər üçün tədris vəsaiti. Bakı, 1997, 33 s.
2. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. Москва: ФиС, 1990, 208с.
3. Бутова О.А., Лисова Н.М. Корреляция некоторых параметров конституции человека //Морфология, 2001, т.119, №2, с. 63-65.
4. Вельтицев Ю.Е., Ветров В.П. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста). Москва, 2002, 346с.
5. Вельтицев Ю.Е. Рост ребенка: закономерности, нормальные вариации, соматотипы, нарушения и их коррекция (лекция для врачей). Москва, 2002, 36с.
6. Дорохов Р.Н. Основы и перспективы возрастного соматотипирования. Смоленск, 2006, с. 4–14.
7. Козлов А.И., Вершубская Г.Г. Медицинская антропология коренного населения Севера России. Москва, Изд-во МНЭПУ, 1999, 288с.
8. Мазурин А.А., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. Москва: Медицина, 2000, 431с.
9. Педиатрия. Учебник для медицинских ВУЗ-ов /Под ред. профессора Шабалова Н.П., СПб, 2007, 911с.
10. Протасов В.Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России. 2000, 688с.
11. Соколов В.В., Чаплыгина Е.В., Соколова Н.Г. Соматотипы и вариант развития у детей периода второго детства-жителей юга России //Вестник Волгоградского Гос.Мед.Университета, 2006, №17, с.60-62
12. Соколов В.В., Чаплыгина Е.В. Соматометрия и соматотипирование детей и подростков. Методические рекомендации, Ростов-на-Дону: РГМУ, 2000, 20с.
13. Штефко В.Г., Островский А.Д. Схема клинической диагностики конституциональных типов. Москва: Биомедгиз, 1929, 79с.
14. Carter J.E.L. Health-Carter comatotype method. San-Diego state university, 1980, 368 p.

РЕЗЮМЕ**ОСОБЕННОСТИ СОМАТОТИПА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА НАХИЧЕВАНИ**

Талыбова Б.В., Исаев И.И.

Кадера пропедевтики детских болезней Азербайджанского Медицинского Университета, Баку.

Исследование было предпринято с целью определения соматотипа детей школьного возраста города Нахичевани в зависимости от возраста и пола. У 348 школьников 6-17 лет были оценены физическое, нервно-психическое развитие, соматотип и уровень здоровья. У детей по методу Штефко-Островского и Хит-Картера опеределены три соматотипа – микросоматический (МиС), мезосоматический (МеС) и макросоматический (МаС).

Результаты исследования показали, что соматотип детей меняется в зависимости от возраста и пола. У 72,2% детей отмечен микросоматический, у 20,9% - мезосоматический и у 6,9% детей макросоматический тип телосложения. С возрастом у девочек отмечается рост микросоматического типа и тенденция снижения мезо- и макросоматических типов. В возрасте 6-10 лет преобладание микросоматического типа сочетается с формированием микросоматического типа у девочек 11-14 лет и 15-17 лет. У мальчиков 11-14 лет в 71,4% случаев и в возрасте 15-17 лет в 67,6% случаев отмечен микросоматический тип, соответственно 22,2% и 32,4% - мезосоматический тип, при этом в старшем школьном возрасте макросоматический тип телосложения не зарегистрирован.

SUMMARY**FEATURES OF SOMATOTYPE OF THE CHILDREN OF SCHOOL AGE IN THE CITY OF NAKHICHEVAN**

Talybova B. V., Isayev I.I.

Chair of propaedeutics of children's illnesses of the Azerbaijan Medical University, Baku

Research has been undertaken for the purpose of definition of the somatotype of the children of school age in the city of Nakhichevan depending on age and sex. Physical, psychological development, somatotype and health level of 348 schoolchildren of 6-17 years have been estimated. Three somatotypes – microsomatic (MiS), mesosomatic (MeS) and macrosomatic (MaS) were determined by the method of Shtefko-Ostrovsky and Hit-Carter. The results of research have revealed that somatotype of children varies depending on age and sex. The microsomatic type of constitution was detected at 72,2 %, mesosomatic at 20,9 % and macrosomatic types at 6,9 % of children. With the increase of years at girls tendency of growth of microsomatic type and the decrease of meso- and macrosomatic types was found out. At the age of 6-10 years prevalence of microsomatic type is combined with formation of microsomatic type at girls of 11-14 years and 15-17 years. The microsomatic type was detected in 71, 4 % of cases at boys of 11-14 years and in 67,6 % of cases at the boys of 15-17 years, mesosomatic type was detected accordingly in 22,2 % and 32,4 % of cases, thus at the senior school age the macrosomatic type of a constitution was not registered.

Daxil olub: 11.03.2009. Rəyə göndərilib: 18.03.2009.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА КАК ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гасанов Н.А., Сычев Д.А., Кукес В.Г.

*Кафедра клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова,
Институт клинической фармакологии НЦ ЭСМП Росздравнадзора.*

Что такое **персонализированная медицина** по отношению к применению лекарственных средств? Нередко когда практикующим врачам задаешь такой вопрос, они отвечает вопросом: «А какая же медицина была до этого?». И действительно, врачи индивидуально выбирает дозы лекарственных средств (ЛС) по определенным параметрам (например, дозу бета-адреноблокатора по ЧСС) или корректируют дозу ЛС в зависимости от индивидуальной функции почек (по клиренсу креатинина). Или даже такой вариант: состоятельным больным врач выбирает оригинальные ЛС, а «бедным»- генерические. Ну чем не персонализированная медицина? А иногда персонализированный выбор ЛС может зависеть от рекламных акций фармацевтических компаний и иногда неэтичных (вплоть до подарков в т.ч. и продуктовых): дали подарок- назначаю ЛС, не дали- не назначаю. А это тоже персонализированная медицина? Так что же такое персонализированная медицина? К сожалению, в русской Интернет-энциклопедии «Википедия» такой статьи пока нет, поэтому обратимся к англоязычной Wikipedia: «персонализированная медицина- это использование геномных и молекулярных технологий для улучшения системы здравоохранения, «облегчения» создания и использования «медицинских продуктов» (и, прежде всего ЛС), выявления предрасположенности к заболеваниям человека» (http://en.wikipedia.org/wiki/Personalized_medicine). Переводя это определение на «человеческий» язык и применив его в отношении применения лекарственных средств можно сформулировать так: персонализированная медицина это принцип выбор ЛС и их доз в соответствии с индивидуальными результатами геномных и молекулярных исследований (технологий). Таким образом, не смотря на то, что различные методы персонализации применения ЛС разрабатывались давно, назвать эти методы эффективными и внедренными в клиническую практику, нельзя. Все таки, и в XXI века основными подходами к выбору ЛС и их доз это методы «проб и ошибок» (например выбор ЛС при артериальной гипертензии) и «на глазок» (на основе собственного «опыта»). Конечно у современного врача есть стандарты

лечения, международные и национальные клинические рекомендации, разработка которых основана на принципах доказательной медицины (основа доказательной медицины – рандомизированные клинические исследования), и которые являются стратегией применения ЛС у больных с различными заболеваниями. Однако, понятно, что результат, полученный в рандомизированном клиническом исследовании, не имеет отношения к тому пациенту, которого Вы видите перед собой т.к. полученный результат усреднен, поэтому относится к «усредненному» пациенту (в соответствии с критериями включения / исключения). А таких пациентов в жизни практически не бывает. В этой ситуации остается только надеется на то, что ЛС в «средней» дозе, которое Вы назначаете, будет у Вашего пациента эффективным и безопасным так, как продемонстрировано в соответствующем клиническом исследовании. С этих позиций, некоторые зарубежные специалисты стали называть доказательную медицину (Evidence-based medicine, ЕВМ), медицину, основанную на надеждах (Hope-based medicine, НВМ). Таким образом, тактика выбора ЛС у конкретного больного до сих пор четко не разработана, а сам выбор не основывается на объективных индивидуальных характеристиках пациента. Например, в распоряжении врача в России имеется 6 гиполипидемических ЛС (по международному непатентованному наименованию) из группы статинов: ловастатин, симвастатин, флувастатин, аторвастатин, розувастатин и правастатин. При этом «доказательная база» их эффективности в плане снижения риска сердечнососудистых осложнений у больных с атеросклероз-ассоциированными заболеваниями (ИБС и т.д.) у них практически одинаковая. Как выбрать ЛС чтобы быстро достигнуть целевых значения холестерина ЛНП в минимальной дозе и чтобы у больного не было неблагоприятных реакций? Думаю, что не один врач не сможет дать четкий ответ. Может быть назовут конкретное ЛС, а обоснование выбора будет фраза: «У меня есть опыт работы с препаратом». Конечно, часто, как в случае со статинами, есть несколько ЛС, фармацевтические компании «навязывают» врачам представления о преимуществах того или иного ЛС в внутри группы, однако эти т.н. преимущества часто являются манипуляцией результатов экспериментальных исследований, не имеющих значение для клинической практики. Например, представление о том, что ингибиторы АПФ, ингибирующие в большей степени т.н. «тканевые» РАСС (например, квинаприл) имеют преимущества, в плане более выраженной органопroteкции, перед ингибитором АПФ, плохо проникающими в ткани не блокирующие эти самые «тканевые» РААС (например, лизиноприл). Однако, рандомизированные исследования не выявили каких либо преимуществ у какого-либо из ингибиторов АПФ в отношении снижения риска развития сердечнососудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией. Таким образом необходимость внедрения принципов персонализированной медицины, как ее понимают в настоящее время, в практическое здравоохранение не вызывает сомнения, что должно способствовать переходу от эмпирической фармакотерапии к персонализированной, обеспечивая максимально эффективное, безопасное и, можно добавить, экономное лечение.

Перейдем к конкретике. Какие же «инструменты» персонализированной медицины, что это за геномные и молекулярные технологии, которые позволяют индивидуализировано подойти к выбору ЛС и их доз? Это технологии, которые были разработаны еще в XX века, но только сейчас становятся более или менее доступными для практического здравоохранения, хотя некоторые до сих пор являются делом будущего. Итак, к основным «инструментам» персонализированной медицины относятся:

• **Биомаркеры** – представляют собой вещества в (т.ч. и белки), которые тем или иным образом связаны с фармакокинетикой или фармакодинамикой ЛС или патогенезом заболевания при котором ЛС применяются. Например, недавно было опубликовано исследование в котором обнаружено, что исходно низкий уровень витамина D в плазме крови ассоциируется с более выраженным гиполипидемическим эффектом аторвастатина у больных с гиперлипидемиями. Это проявлялось тем, что больные с исходным уровнем витамина D ниже 30 нмоль/л, чаще достигали целевых уровней холестерина ЛНП на минимальных дозах препарата [1]. К биомаркерам также относятся методы оценки активности ферментативных систем, участвующих, в фармакокинетических и фармакодинамических процессах ЛС. Наиболее изученными в

этом отношении являются методы оценки активности ферментов I (например, методы оценки активности СYP3A4 по клиренсу мидазолама в плазме крови, отношению кортизола к 6-бетакортизола в моче) и II фаз биотрансформации ЛС (например, метод оценки активности N-ацетилтрансферазы по концентрации изониазида в моче). Например, у больных с раком колоректальной области, у которых имеется низкая активность СYP3A4, оцененная по клиренсу мидазолама, чаще развивается нейропения при применении цитостатика иринотеканата [2]. Для определения биомаркеров у пациентов берут пробы крови или мочи.

•**Фармакогенетическое тестирование**- выявление «изменений» (полиморфизмов) в генах, кодирующих белки, ответственных за фармакокинетику или фармакодинамику ЛС. Например, у больных с высоким риском тромбозомболических осложнений, которые являются носителями полиморфизмов СYP2C9*2 и СYP2C9*3, при применении орального антикоагулянта варфарина путем «традиционного» (согласно инструкции) метода дозирования, имеется высокий риск развития кровотечений в т.ч. и опасных для жизни. Для проведения фармакогенетического тестирования в качестве биоматериала у пациента берут кровь или соскоб буккального эпителия (для выделения ДНК) [3].

•**Фармакотранскриптомные технологии**- оценка экспрессии («работы») генов, белки, ответственных за фармакокинетику или фармакодинамику ЛС, путем определения концентрации соответствующих м-РНК. Например, у больных, с местнораспространённым или метастатическим немелкоклеточным раком лёгкого, при наличии экспрессии в опухоли гена *EGFR*, отмечается высокая эффективность цитостатика эрлотимиба. Другой пример, у больных с гиперлипидемиями, у которых выявляется низкий уровень экспрессии гена *ABCB1* в мононуклеарах периферической крови (он же ген *MDR1*, кодирующий транспортер ЛС Р-гликопротеин), отмечается низкая эффективность аторвастатина: для достижения целевых значений холестерина ЛНП необходимы максимальные дозы препарата, что не только повышает стоимость лечения, но и повышает риск развития неблагоприятных реакций [4]. В качестве биологического материала для проведения фармакотранскриптомных исследований используются или кровь или биоптаты тканей (опухолей, печени, почек и т.д.).

Однако, широкое применение на практике описанных «инструментов» персонализированной медицине ограничивается рядом пока неразрешенных до конца проблем:

1. Недоступность технологий персонализированной медицины для врачей и пациентов, в т.ч. и в связи с их высокой стоимостью. Такое представление широко распространено среди врачей и организаторов здравоохранения. В отношении определения биомаркеров, то действительно, подобные исследования выполняются пока исключительно в научных целях в НИИ и ВУЗах, однако постановка этих методик часто не требует дорогого оборудования, а может быть осуществлена на уже имеющемся с помощью ставших уже рутинными методов типа ИФА, ВЭЖХ (однако, часто требуется МС-ВЭЖХ). Что касается фармакогенетических тестов, то некоторые из них уже выполняются в ряде коммерческих лабораторий и НИИ, и не только в столицах, но и в ряде регионов. Однако в ЛПУ фармакогенетические тесты практически не делаются, не смотря на то что их выполнение требует наличия оборудования для полимеразной цепной реакции, с помощью которой диагностируют инфекции (ВИЧ, герпес, цитомегаловирус), поэтому технически проблема «постановки» фармакогенетических тестов в ЛПУ вполне может быть преодолена, тем более создание подобных лабораторий фармакогенетики регламентирована приказом Минздрава №494 от 22 октября 2003 г. «О совершенствовании деятельности врачей- клинических фармакологов», который до сих пор не выполняется (<http://www.mma.ru/article/id50482>). При этом стоимость определения 1 полиморфизма гена у пациента в настоящее время составляет примерно 600 рублей. Диагностикумы для проведения фармакотранскриптомных исследований, прогнозирующих эффективность противоопухолевых ЛС

(эрлотиниб, иматиниб, трастузумаб), часто выпускаются самими производителями данных ЛС и распространяются в одном «комплекте». Однако, остальные фармакотранскриптомные исследования пока остаются делом будущего. Следует также отметить, что данные исследования должны проводиться в течение как можно короткого времени (1-2 дня), т.к. решение о назначении ЛС врач должен принять быстро: прогноз многих заболеваний лучше при раннем начале лечения. Это то же проблема т.к. пока, в следствие технических причин, достигнуть такого срока для многих исследований, пока не возможно.

2. Отсутствие четких алгоритмов выбора ЛС и их доза в соответствии с результатами исследований (определение биомаркеров, фармакогенетических исследований, фармакотранскриптомных исследований). Врачу не всегда ясно, что же делать с больным если выявляется тот или иной результат данных исследований. Например, если беременная женщина имеет генотип ТТ по полиморфному маркеру С3435Т гена ABCB1 (который еще называют MDR1, кодирует транспортер ЛС Р-гликопротеин) и принимает ЛС (даже «разрешенные» во время беременности), то риск развития у ребенка аномалий челюстно-лицевой области («заячья губа», «волчья пасть») в 4 раза выше по сравнению с женщинами, которые то же применяли ЛС, но несут генотип СТ или ТТ [5]. Что делать с беременными с генотипом ТТ? Не назначать вообще ЛС? А если есть показания? Ответа на этот вопрос пока нет. Разработаны лишь единичные алгоритмы выбора ЛС и их доз при том или ином результате исследований-инструментов «персонализированной медицины». Желательно чтобы эти алгоритмы учитывали еще и другие индивидуальные факторы пациента (возраст, пол, наличие заболеваний печени или почек, этническая принадлежность, совместное применение других ЛС, статус по курению и т.д.), что возможно при разработке т.н. многофакторной модели.

3. Отсутствие доказанных в рандомизированных клинических исследованиях преимуществ персонализированного подхода выбора ЛС и их доз, основанным на результатах определения биомаркеров, фармакогенетических исследований, фармакотранскриптомных исследований перед «традиционным» методом («проб и ошибок»). Очевидные выводы, которые мы можем сделать из результатов ретроспективных исследований с использованием «инструментов» персонализированной медицины, вовсе не означают, что их использование имеет преимущество перед «стандартными», «традиционными» подходами к выбору ЛС и их доз. Так в проведенном рандомизированном клиническом исследовании было показано, что если больным выбирали индивидуальную дозу цитостатика иринотекана на основе результатов оценки активности CYP3A4 (по клиренсу мидазолама), то это приводит к снижению частоты нейтропении в 4 раза по сравнению с больными, которым иринотекан назначался по «традиционной» схеме [6]. Таких исследований проведено не много, но внедрять «инструменты» персонализированной медицины без получения данных подобных исследований не возможно. При чем также желательно доказать и экономическое преимущество персонализированного подхода к выбору ЛС и их доз перед «традиционным» подходом.

Эти проблемы решены для единичного количества фармакогенетических и фармакотранскриптомных тестов (таблица), но, пока, ни для одного биомаркера. Именно эти тесты уже можно внедрять в практическое здравоохранение. Так, нам удалось организовать фармакогенетическую лабораторию на базе многопрофильного стационара, при этом стоимость оборудования составила около 50000 Евро. При этом самым востребованным было фармакогенетическое тестирование (определение носительства у больных полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1) для персонализации дозирования варфарина. Нам удастся выполнять фармакогенетическое тестирование в течение 2 дней, при стоимости 1000 рублей на 1 пациента.

Таблица*«Инструменты» персонализированной медицины, рекомендуемые для использования в клинической практике*

Рекомендуемые тесты	Показания к исследованиям	Клиническое значение
Фармакогенетические тесты		
Определение полиморфизмов генов CYP2C9 (аллельные варианты CYP2C9*2 и CYP2C9*3) и VKORC1 (полиморфный маркер G3673A)	Больные, которым показан прием оральных антикоагулянтов (варфарина, аценокумарола)	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор начальной дозы варфарина или аценокумарола, что ускоряет подбор дозы для достижения целевых значений МНО, снижает риск кровотечений и чрезмерной гипокоагуляции.
Определение полиморфизмов гена CYP2D6 (аллельные варианты CYP2D6*4, CYP2D6*10, копии функциональных аллелей CYP2D6*1, CYP2D6*2)	Больные, которым показан длительный прием антидепрессантов или антипсихотических средств (нейролептиков) с высоким риском развития нежелательных реакций	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор антидепрессантов и антипсихотических средств (нейролептиков) и их доз, что снижает риск развития нежелательных реакций.
	Дети с синдромом дефицита концентрации внимания с гиперактивностью, которым планируется назначения атомоксетина	Результаты фармакогенетического тестирования позволяет прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии атомоксетин
Определение полиморфизма гена CYP2C19 (аллельный вариант CYP2C19*2)	Больные с грибковыми заболеваниями, которым показано применение вориконазола	Результаты фармакогенетического тестирования позволяет прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии вориконазолом
	Больные, которым планируется применение клопидогрела	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор нагрузочной и поддерживающей дозы клопидогрела, что позволяет повысить эффективность лечения
Определение полиморфизмов гена NAT2 («медленные» аллельные варианты NAT2)	Больные с туберкулезом с высоким риском развития нежелательных реакций (гепато-токсичности, нейротоксичности) при применении противотуберкулезных средств (изониазид, пипразина-мид, рифампицин)	Результаты фармакогенетического тестирования позволяет прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии противотуберкулезными средствами (изониазид, пипразинамид, рифампицин)
Определение полиморфного маркера HLA-B*1502	Больные, принадлежащие к монголоидной расе, которым планируется применение карбамазепина	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить больных с очень высоким риском развития синдрома Стивенса-Джонсона при применении карбамазепина, что является основанием для отказа от применения данного лекарственного средства
Определение полиморфного маркера HLA-B*5701	Больные с ВИЧ-инфекцией, которым планируется применение абакавира	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить больных с очень высоким риском развития гиперчувствительности замедленного типа при применении абакавира, что является основанием для отказа от применения данного лекарственного средства
Определение полиморфизма G1691A гена фактора свертывания V (т.н. «мутация Лейдена»)	Женщины с отягощенным семейным анамнезом по тромботическим осложнениям, которым планируется применение гормональных контрацептивов	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить женщин с очень высоким риском развития тромботических осложнений при применении гормональных контрацептивов, что является основанием для отказа от применения данной группы лекарственных средств
Определение полиморфизмов гена TPMT	Больные, которым планируется применение азатиоприна или 6-меркаптопурина	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор дозы азатиоприна или 6-меркаптопурина, что снижает риск нежелательных реакций.
Определение полиморфизма гена	Больные с колоректальным раком, которым планируется	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор

UGT1A1 (аллельный вариант UGT1A*28)	применение иринотекана	дозы иринотекана, что снижает риск нежелательных реакций.
Фармакотранскриптомные тесты		
Выявление в клетках опухоли экспрессии <i>c-Kit</i> *	Больные с неоперабельными и/или метастатическими злокачественными стромальными опухолями ЖКТ у взрослых, которым планируется применение иматиниба	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность иматиниба при наличии экспрессии <i>c-Kit</i> в клетках опухоли.
Выявление в клетках опухоли экспрессии <i>EGFR</i> *	Больные с местно-распространённым или метастатическим немелкоклеточным раком лёгкого, которым планируется применение эрлотиниба	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность эрлотиниба при наличии экспрессии <i>EGFR</i> в клетках опухоли.
Выявление в клетках опухоли экспрессии <i>HER2</i> *	Больные с раком молочной железы, которым планируется применение трастузумаба	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность трастузумаба при наличии экспрессии <i>HER2</i> в клетках опухоли.
*- в качестве биологического материала для фармакогенетического тестирования используются опухолевая ткань		

Хотя данный фармакогенетический тест выполняется в 15 коммерческих лабораториях Москвы, Санкт-Петербурга и других города России, хотя стоимость на него колеблется от 1050 рублей до 12000 рублей [7]. Явно завышенную стоимость можно объяснить низкой востребованностью теста, можно ожидать, что если данное фармакогенетическое тестирование поставить на поток, то его стоимость значительно снизится. В качестве алгоритма выбора дозы варфарина на основе результатов фармакогенетического тестирования мы используем алгоритм Gage, который оказался наиболее приемлемым для российских пациентов (всего нами протестировано 5 описанных в литературе алгоритмов). Алгоритм Gage представляет собой математическую формулу, которая учитывает не только генотипы пациента, выявленные в результате фармакогенетического тестирования, но и другие индивидуальные параметры (возраст, пол, наличие заболеваний печени или почек, этническая принадлежность, совместное применение амиодарона, статинов, противогрибковых ЛС, статус по курению). Для выбора индивидуального режима дозирования варфарина по этому алгоритму, любой врач может зайти на сайт www.warfarindosing.org и после введения данных по больному, включая результаты фармакогенетического тестирования, получить рекомендации по начальной и поддерживающей дозе варфарина. По нашим данным, использование данного алгоритма для персонализации дозирования варфарина способствует снижению кровотечений в 4,5 раза по сравнению с «традиционным» методом [8].

Таким образом, перспективы использования принципов персонализированной в практическом здравоохранения для повышения качества фармакотерапии не вызывает сомнений. Однако на пути к «тотальному» переходу к этим принципам необходимо решить ряд обсуждаемых выше проблем. Вероятнее всего, целесообразным представляется «фрагментарное» внедрение технологий персонализированной медицины: в кардиологии (антикоагулянтная и антиагрегантная терапия), онкологии (терапия «таргетными» и некоторыми другими противоопухолевыми ЛС), психиатрии (терапия антидепрессантами и нейрорептиками), фтизиатрии. Т.е. там, где применяются «проблемные» ЛС с точки зрения межиндивидуальной вариабельности эффективности и безопасности, для которых уже разработаны доступные, эффективные и экономически приемлимые технологии персонализированной медицины. А с каждым годом таких технологий будет становиться все больше и больше. В заключении необходимо отметить, что внедрение методологии персонализированной медицины в реальную клиническую практику, пускай и фрагментарное, вполне может рассматриваться как

небольшой, но все же, элемент процесса модернизации системы здравоохранения, о котором так много сейчас говорят.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Pérez-Castrillón JL, Abad Manteca L, Vega G, et al., Vitamin d levels and lipid response to atorvastatin. *Int J Endocrinol.* 2010;2010:320721
2. Mathijssen RH, de Jong FA, van Schaik RH, et al., Prediction of irinotecan pharmacokinetics by use of cytochrome P450 3A4 phenotyping probes. *J Natl Cancer Inst.* 2004 Nov 3;96(21):1585-92
3. Сычев Д.А., Михеева Ю.А., Кропачева Е.С., и др., Влияние полиморфизма гена CYP2C9 на фармакокинетику и фармакодинамику варфарина у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий. // Клиническая медицина.- 2007.- №1.- с. 57-60.
4. Rebecchi IM, Rodrigues AC, Arazi SS, et al., ABCB1 and ABCC1 expression in peripheral mononuclear cells is influenced by gene polymorphisms and atorvastatin treatment. *Biochem Pharmacol.* 2009 Jan 1;77(1):66-75
5. Bliiek BJ, van Schaik RH, van der Heiden IP, et al., Eurocran Gene-Environment Interaction Group. Maternal medication use, carriership of the ABCB1 3435C > T polymorphism and the risk of a child with cleft lip with or without cleft palate. *Am J Med Genet A.* 2009 Oct;149A(10):2088-92
6. Van der Bol JM, Mathijssen RH, Creemers GJ, et al., A CYP3A4 phenotype-based dosing algorithm for individualized treatment of irinotecan. *Clin Cancer Res.* 2010 Jan 15;16(2):736-42
7. Герасимова К.В., Сычев Д.А., Авксентьева М.В., и др., Клиническая фармакогенетика: фармакоэкономические аспекты.// Клиническая фармакология и терапия.- 2009.- №4.- с. 87-91.
8. Sychev D., Antonov I., Ignatev I., et al., Advantages of pharmacogenetic approach (polimorphisms of genes CYP2C9 and VKORC1 study) to warfarin dosing, against the standard method for Russian patients with constant form atrial fibrillation. // J Basic and Clinical Pharmacology.- 2009.- v.105.- p. 73-74.

Daxil olub: 15.05.2009. Rəyə göndərilib: 22.05.2009.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБЪЕМА И СТРУКТУРЫ ЗАТРАТ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Агасиев А.Р.

*Азербайджанский Государственный Институт
Усовершенствования врачей им. А.Алиева.*

Экономическая оценка деятельности учреждений здравоохранения занимает особое место при выборе управленческих решений. С развитием рыночной экономики возрастает роль постоянного и комплексного анализа динамики как объема, так и структуры затрат медицинских учреждений.

В настоящее время накопленный опыт при анализе затрат позволяет совершенствовать методы и подходы экономической оценки работы служб здравоохранения. Считается, что для полноценной экономической оценки необходимо учитывать все виды затрат (прямые медицинские; прямые немедицинские; косвенные и неосязаемые затраты). Анализ затрат, включаемых в себестоимость медицинских услуг, позволяет совершенствовать механизмы ценообразования, обосновать пути повышения рентабельности учреждения здравоохранения (3,5,6,7,8 и др.) Экономическая оценка особенно актуальна при формировании маркетингового комплекса и вариантов ценовых стратегий при оказании санаторно-курортных услуг (1,2,4).

Известно, что при экономическом анализе можно решить разные задачи (повышение обоснованности планов и результатов их реализации, выявление внутренних ресурсов и оценка оптимальности принятых решений), которые являются важными условиями

сокращения конкурентоспособности санаторных учреждений на рынке медицинских услуг. В данной работе поставлена цель путем сравнительной оценки объема и структуры затрат санаторных учреждений разных профилей определить варианты маркетинговых решений для планирования их перспективной деятельности.

Материалы и методы исследования. Материалами данного исследования явились первичные финансовые и медицинские документы санаторий разных профилей (кардиологический, гастроэнтерологический, неврологический и урологический) за 2006-2009 годы. Расчет затрат проводился с учетом идентификации описания использованных ресурсов в физических единицах (число койко дней). Состав затрат, включаемых в себестоимость услуг, определился в соответствии с положением утвержденного Кабинетом Министров Азербайджанской Республики № 111 от 16 августа 1996 года.

Полученные результаты и их обсуждение. Структура затрат санаторно-курортных учреждений разных профилей приведена в таблице 1.

Из этих данных очевидно, что во всех санаториях преобладающая доля расходов связана с приобретением продуктов питания (45,02% в гастроэнтерологическом, 53,29% кардиологическом, 46,86% урологическом и 67,09% неврологическом санаториях). В зависимости от профиля санаторно-курортного учреждения существенно изменяется доля расходов на приобретение продуктов питания. Это обусловлено, в первую очередь, разностью удельного веса остальных видов затрат (в основном хозяйственных затрат) в этих санаториях. Хозяйственные расходы составляют 10,22% в неврологическом, 18,55% в урологическом, 22,29% в кардиологическом и 25,88% в гастроэнтерологическом санаториях.

Относительно выражено различие между этими санаториями по удельному весу расходов на оплату труда сотрудников, социальных и страховых взносов (18,96% в гастроэнтерологическом, 10,06% в кардиологическом, 28,57% в урологическом и 14,31% в неврологическом санаториях). Ранги санаторий по удельному весу этого вида расходов и мощности (кочный фонд) санаторных учреждений имеют между собой сильную обратную корреляцию ($S=-1$). В малокочных санаториях относительно высока доля расходов на оплату труда сотрудников. Доля остальных видов затрат санаторно-курортных учреждений также зависит от профиля санаторий, но они занимают незначительное место в составе расходов.

Таблица 1.

Структура затрат (в % к итогу) санаторно-курортных учреждений разных профилей (в скобке приведено среднегодовое число коек)

Профиль санаторий: Виды затрат	Гастроэнтерология (150)	Кардиология (447)	Урология (54)	Неврология (320)
Заработная плата, социальные и страховые взносы	18,96	10,06	28,57	14,31
Приобретение продуктов питания	45,02	53,29	46,86	67,09
Приобретение медикаментов и перевязочных средств	4,75	3,29	2,37	6,39
Культурно-массовые мероприятия	0,04	0,05	0,05	0,06
Хозяйственные расходы	25,88	22,29	18,55	10,22
Износ белья и малоценного инвентаря	0,81	1,16	0,44	0,06
Амортизационные отчисления	0,68	7,92	0,66	0,19
Ремонтный фонд	1,36	0,46	0,44	0,06
Отчисления на благоустройства	0,01	0,01	0,01	0,02
Расходы аппарата управления	0,30	0,56	0,31	0,12
Общие курортные расходы	0,03	0,03	0,03	0,45
Земельный налог	2,16	0,88	1,71	1,03
итог	100,00	100,00	100,00	100,00

Суммарные расходы санаторий на содержание одной койки в течении года составляли 5040 AZN в гастроэнтерологическом, 3741 AZN в кардиологическом, 5143 AZN в урологическом и 3194 AZN в неврологическом санаториях. Минимальная величина расходов была отмечена в неврологическом санатории, которая по размеру коечного фонда (320 коек) занимает предпоследнее место среди сравниваемых санаторий. Коэффициент ранговой корреляции между размером коечного фонда санаторий и суммарным расходом на содержание одной койки в течении года составлял -0,8. Очевидно, что размер коечного фонда санаторий имеет обратную корреляцию с расходом на их содержание (в расчете на одну койку) в течении года.

Себестоимость одного койко-дня была минимальной (15,65 AZN) в неврологическом санатории и максимальной (23,47 AZN) в гастроэнтерологическом санаториях. Размер коечного фонда слабо коррелируется ($S = -0,4$) со себестоимостью одного койко-дня.

Условно постоянные расходы санаторий на содержание одной койки в году, которые не связаны непосредственно с оказанием медицинской помощи (коммунальные расходы, административные расходы, расходы на ремонт зданий и сооружений и прочие) составляли: 2530 AZN в гастроэнтерологическом, 1910 AZN в кардиологическом, 2611 AZN в урологическом и 1199 AZN в неврологическом санаториях. При этом размер постоянных расходов также имеет обратную корреляцию ($S = -0,6$) с размером коечного фонда.

Условно переменные расходы санаторий на содержание одной койки в год, которые связаны с оказанием помощи пациентам (медикаментозное обеспечение, питание и прочие) составляли: 2510 AZN в гастроэнтерологическом, 1831 AZN в кардиологическом, 2532 AZN в урологическом и 1995 AZN в неврологическом санаториях. При этом размер расходов имел обратную сильную ($S = -1,0$) корреляцию с размером коечного фонда. Очевидно, что с увеличением мощности санаторий уменьшается условно переменные расходы на содержание койки.

Условно постоянные расходы санаторий в расчете на один койко-день в санаториях разного профиля также были не одинаковыми (11,78 AZN в гастроэнтерологическом, 11,0 в кардиологическом, 11,56 AZN в урологическом и 5,87 AZN в неврологическом санаториях). При этом размер расходов имел среднюю обратную корреляционную связь с размером коечного фонда ($S = -0,6$).

Условно переменные расходы санаторий в расчете на один койко-день составляли: 11,69 AZN в гастроэнтерологическом, 10,58 в кардиологическом, 11,19 AZN в урологическом и 9,78 AZN в неврологическом санаториях. Очевидно, что условно переменные расходы санаторий относительно меньше изменяются в связи с разным размером коечного фонда, хотя между этими показателями выявляется средняя обратная корреляционная связь.

Динамика основных видов затрат санаторно-курортных учреждений в расчете на один койко-день за 2006-2008 годы отражена в таблице 2.

Очевидно, что себестоимость санаторной помощи в расчете на один койко-день в 2006 году была близкой в санаториях разного профиля (12,25 AZN в гастроэнтерологическом, 14,14 AZN в кардиологическом, 14,78 AZN в урологическом и 10,63 AZN в неврологическом санаториях.) В 2008 году величина этого показателя увеличилась разным темпом прироста (91,6% AZN в гастроэнтерологическом, 52,6% AZN в кардиологическом, 53,9% AZN в урологическом и 47,3% AZN в неврологическом санаториях). В этой связи увеличилась разность величин себестоимости одного койко дня (максимальная величина была в гастроэнтерологическом, минимальная в неврологическом санаториях). Темп прироста по отдельным видам затрат в санаториях разного профиля друг от друга существенно отличался. Так, например, в гастроэнтерологическом и кардиологическом санаториях значительно больше был темп прироста (соответственно 166,2 и 138,1%) хозяйственных расходов. Хозяйственные расходы неврологического санатория в расчете на один койко-день за 2006-2008 годы увеличились незначительно (6,7%).

Темп прироста расходов по заработной плате, социальным и страховым взносам также был разным в зависимости от профиля санаторий: 100,4% в гастроэнтерологическом (максимальная величина), 64,4% в кардиологическом (минимальная величина) санаториях.

Темп прироста расходов на приобретение продуктов питания в санаториях разного профиля был относительно близким (75,3 – 89,8%).

Таблица 2.

Динамика основных видов затрат санаторно-курортных учреждений в расчете на один койко-день.

Виды затрат	годы	Гастроэнтерология	Кардиология	Урология	Неврология
Заработная плата, социальные и страховые взносы темп прироста (%)	2006	2,21	1,32	3,55	1,18
	2008	4,45	2,17	6,50	2,24
		100,4	64,4	83,1	89,8
Приобретение продуктов питания Темп прироста (%)	2006	5,99	6,06	6,08	5,99
	2008	10,57	11,50	10,66	10,50
		76,5	89,8	75,3	75,3
Приобретение медикаментов и перевязочных средств Темп прироста (%)	2006	0,84	0,60	0,60	0,16
	2008	1,12	0,71	0,54	1,00
		33,3	18,3	-10,0	525,0
Хозяйственные расходы Темп прироста (%)	2006	2,28	2,02	2,98	1,50
	2008	6,07	4,81	4,22	1,60
		166,2	138,1	41,6	6,7
Прочие Темп прироста (%)	2006	0,93	4,14	1,57	1,80
	2008	1,26	2,39	0,83	0,32
		35,5	-42,2	-66,2	-82,2
Итого Темп прироста (%)	2006	12,25	14,14	14,78	10,63
	2008	23,47	21,58	22,75	15,66
		91,6	52,6	53,9	47,3

Более выраженное расхождение прослеживалось по темпу прироста расходов на приобретение медикаментов, который был максимальным в неврологическом (525%) и минимальным в урологическом (10%) санаториях. Сходная ситуация была характерна для темпа прироста хозяйственных расходов.

Таким образом, сравнительная оценка объема и структуры затрат санаторно-курортных учреждений позволяет прийти к заключениям:

- Расходы санаторий на содержание одной койки в течении года колеблется в широких пределах в зависимости от профиля санаторно-курортного учреждения (максимальная величина-5143 AZN в урологическом санатории, минимальная величина - 3194 AZN в неврологическом санатории). Размер коечного фонда и объем расходов на содержание одной койки имеет между собой обратную корреляцию ($S=-0,8$);

- В структуре расходов санаторно-курортных учреждений преобладают расходы на приобретение продуктов питания (45,02-67,09% в санаториях разного профиля), на заработную плату, социальные и страховые взносы (соответственно 10,06-28,57%) и хозяйственные расходы (10,22-25,88%), доля которых существенно отличается друг от друга в санаториях разного профиля;

- Ранги санаторий по удельному весу зарплаты в составе общих расходов имеют сильную обратную корреляцию с их рангами по размеру коечного фонда;

- Себестоимость одного койко-дня колеблется в пределах от 15,65 до 23,47 AZN в зависимости от коечного фонда и профиля санаторных учреждений и не коррелируется с размером коечного фонда ($S=-0,4$);

- Условно постоянные (1199-2611 AZN) и переменные (1831-2532 AZN) расходов на содержание койки в году колеблется в широких пределах, которые имеют обратную корреляцию с мощностью санаторий;

- При расчете на один койко день пределы колебания условно постоянных расходов (5,87-11,78 AZN) широкие, условно переменных расходов узкие (9,78-11,69 AZN);

- Объем и структура видов расходов, формирующих себестоимость санаторной помощи, в динамике изменяются, темп изменения зависит от вида затрат и профиля (мощности) санаторий.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Ветитнев А.М, Антощенко Е.В. Варианты ценовых стратегий санаторно-курортных организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Москва.-2007.-№2.-с.38-41.
2. Гайдаров Г.М.,Латышева Е.А., Алексеева Н.Ю.,Кузьмина В.В. Фармоэкономический анализ качества финансового менеджмента в современном многопрофильном учреждении // Экономика здравоохранения. Москва 2009.№10 (142)-с.16-21.
3. Кемалов Р.Ф. Некоторые особенности формирования маркетингового комплекса при оказании санаторно-курортных услуг // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Москва.- 2006.-№3.с.41-43.
4. Окушко Н.Б. Анализ затрат и принятие управленческих решений // Экономика здравоохранения. Москва.-2009,8 (140), с. 16-25.
5. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. Москва, ООО «Медицинское информационное агентство». – 2006.-472 с.
6. Соколов Е.В., Костыркин Е.В. Методы расчета тарифов на медицинские диагностические услуги // Экономика здравоохранения. Москва.-2009.-№7 (139).с.21-25.
7. Ушакова Е.И. Подходы к повышению структурной эффективности здравоохранения региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Москва.-2009.-№6.с.37-39.

X Ü L A S Ə

SANATOR-KURORT MÜƏSSİSƏLƏRİNİN XƏRCLƏRİNİN HƏCMİ VƏ STRUKTURUNUN MÜQAYİSƏSİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Agasiyev Ə.R.

Tədqiqatda kardioloji, nevroloji, qastroenteroloji və uroloji sanatoriyaaların xərclərinin həcmi və strukturu müqayisəsi qiymətləndirilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, sanatoriyanın bir çarpayını il ərzində saxlamaq üçün ümumi xərcləri və xərclərin növbəsinə görə strukturu müəssisənin profilindən və çarpayı fondundan asılı dəyişir. Sanatoriyaalar arasında fərq bir çarpayı gününün maya dəyərinə, şərti daimi və dəyişən xərclərə görə daha böyükdür. Son illərdə xərclərin həcmi və strukturu fərqli tempə dəyişir.

Sanatoriyaaların xərclərinin tərkibində əsas yerləri qidalanma (45,02-67,09%), əmək haqqı (10,06-28,57%) və təsərrüfat xərcləri (10,22-25,88%) tuturlar.

S U M M A R Y

DESCRIPTIVE INFORMATION: SANATORIUM, COST PRICE,STRUCTURE OF COSTS, FIXED AND VARIABLE COSTS.

Agasiyev A.R.

In this work the comparative evaluation of the volume and structure of costs of cardiologic, neurologic, gastroenterologic and urological sanatorium in dynamics was carried out. It was established that total costs for keeping of one bed and structure of costs significantly differ in the sanatorium with different specializations. Differences are more expressed over the volumes of relatively fixed and variable expenses and cost price of one bed / day. Expenses for all types of costs significantly increases in dynamics. The expenses for purchase of foodstuffs (45.02 – 67.09%), salary, social and insurance fee (10.06-28.57%) and business expenses (10.22 - 25.88%) are prevalent in the structure of costs of sanatoriums.

Daxil olub: 17.04.2009. Rəyə göndərilib: 24.04.2009.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

Шукюрова Э.Д.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии.

Пищевые токсикоинфекции в условиях стран с жарким климатом имеют высокую социально-экономическую значимость [2-3]. Она определяется наличием вспышечной заболеваемости с большим числом пострадавших, возможностью летальных исходов, практически обязательной наступлением временной нетрудоспособности [4-5]. Особо тяжелые последствия отмечаются при вспышках пищевых токсикоинфекций среди детского и пожилого населения.

В отдельных работах [1, 6] высказываются соображения, что пищевая безопасность (безопасность пищевых продуктов) является составной частью безопасности государства. В условиях рынка особую значимость принимают государственные усилия по осуществлению своевременного и направленного контроля за продуктами питания.

Материалы и методы. За период 2005 – 2008 г. в г. Баку проанализирована спорадическая и вспышечная заболеваемость пищевыми токсикоинфекциями, эффективность государственного санитарно-эпидемиологического надзора и определены мероприятия, способствующие снижению заболеваемости пищевыми токсикоинфекциями.

Результаты и обсуждение. Пищевые токсикоинфекции в городе Баку сохраняют свою актуальность, их эпидемиологическая и социально-гигиеническая значимость повышается. Если в 2005 г. было зарегистрировано 619 случаев, то в 2006 г. 702 случая, в 2007 г. – 792 случая, в 2008 г. - 874 случая заболевания. Выявленный темп роста – 10,3% в год, существенный средне-многолетний уровень заболеваемости 41,7 случаев на 100 тысяч населения говорит о необходимости повышенного внимания к этой проблеме и разработке новых организационно-медицинских решений.

Материалы проведенных исследований показали взаимосвязь вспышечной и спорадической заболеваемости пищевыми токсикоинфекциями с реализацией недоброкачественной пищевой продукции.

Поэтому основой профилактики пищевых токсикоинфекций является *гигиенический контроль* за качеством пищевых продуктов.

Эпидемиологическое расследование 10 крупных групповых очагов пищевых токсикоинфекций в городе Баку с общим числом пострадавших 390 человек позволило в 3 случаях установить связь заболеваемости с пищевыми предприятиями. Недоброкачественная продукция выпускалась предприятиями по изготовлению кондитерских изделий, молочных продуктов, прохладительных напитков.

Гигиенический контроль за качеством пищевых продуктов включает в себя совершенствование пищевого производства, внедрение в нем передовых технологий, его лицензирование, сертификацию продуктов. Производство продуктов питания должно осуществляться в соответствии с утвержденными государственными стандартами. Рекомендуются внедрение на предприятиях системы контроля качества. Предприятия должны быть «прозрачны» для потребителя и органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора как в плане используемых технологий, так и результатов текущего надзора. Особую значимость имеет контроль за продукцией детского питания.

Материалы эпидемиологических расследований позволили связать основную массу вспышечной заболеваемости (7 вспышек из 10) с предприятиями розничной торговли и общественного питания. На предприятиях розничной торговли ведущее значение имеет проверка сертификатов на продукцию, запрещение торговли «случайной» продукцией, которая, как правило, и является опасной в эпидемиологическом отношении, проверка условий хранения продукции, сроков хранения, соблюдение принципов «товарного соседства». В частности высокую предупредительную эффективность показали проверки

вышеуказанной направленности розничных продуктовых торговых сетей («Золото», «Универсал», «Илкин», «Тайга»).

Фаст-фуд и ресторанный бизнес является в настоящее время недостаточно контролируемой сферой. Это в ряде случаев связано с уведомительным характером лицензирования данных предприятий. С одной стороны, представляется необходимым разработка и внедрение доступных санитарных требований. С другой стороны, обязательным является закрытие объектов, допустивших санитарные нарушения, создание условий, при которых нарушение санитарных правил или применение отсталых технологий является экономически не выгодным. Санитарно-гигиенический контроль за предприятиями детского (дошкольного и школьного питания) должен быть особенно жестким.

Материалы исследования позволили связать снижение заболеваемости пищевыми токсикоинфекциями в районах города Баку с активностью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за продуктами питания. В частности, существенным фактором оказалась активность органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора по анализу проб пищевых продуктов на соответствие физическим, химическим и бактериологическим требованиям. Ослабление надзора, малое количество исследованных проб продуктов (по району города) ведет к бесконтрольности в сфере производства и реализации продуктов питания и росту заболеваемости.

Эпидемиологический контроль за пищевыми токсикоинфекциями включает анализ заболеваемости, расследование вспышек, ветеринарный надзор и надзор за объектами окружающей среды. Оценка этиологической структуры заболеваемости пищевыми токсикоинфекциями в городе Баку показала ведущую значимость сальмонелл, золотистого стафилококка и шигелл. Существенной оказалась также заболеваемость, вызванная эшерихиями, иерсиниями и листериями. В целях совершенствования анализа заболеваемости повышено качество этиологической расшифровки пищевых токсикоинфекций.

Сальмонеллы, шигеллы, золотистый стафилококк и иерсинии идентифицированы как этиологические агенты вспышечной заболеваемости. Наибольшее количество пострадавших зафиксировано во время вспышки стафилококковой этиологии (65 человек), сальмонеллезной этиологии (64 человека). Современные подходы к расследованию вспышек включали: 1) обязательность полного расследования, 2) проведение опросов как заболевших, так и не заболевших, 3) максимальное выявление случаев, активное выявление и обследование максимального количества человек. Особую значимость имеет мониторинг за развитием эпидемического, эпизоотического процесса и циркуляцией возбудителя во внешней среде. Мониторинг за развитием эпидемического процесса важен применительно к дизентерии Зонне и Флекснера, так как наибольшее число пищевых вспышек, в том числе протекающих по типу пищевой токсикоинфекции, отмечается на фоне подъема заболеваемости указанными инфекциями. Применительно к животноводческим хозяйствам важным представляется мониторинг за высеваемостью сальмонелл и эшерихий. При возникновении вспышек сальмонеллеза в животноводческих хозяйствах запрещается продажа скота, вывоз мяса, птицы и яиц в торговую сеть. Выявлена выраженная корреляция между высеваемостью йерсиний и листерий в овощеводческих хозяйствах и на овощных базах и заболеваемостью пищевыми токсикоинфекциями людей с данным этиологическим фактором. Это указывает на значимость бактериологического мониторинга овощей, фруктов, инвентаря, тары, оборудования, а также грызунов. При выдаче профилактических рекомендаций учитывается психрофильность данных микроорганизмов, то есть их способность реализовывать потенциал патогенности при низких температурах, например, при хранении в холодильнике.

При выявлении указанных возбудителей в овощных хозяйствах и овощебазах запрещается приготовление сырых салатов из овощной продукции. При неблагополучии животноводческих хозяйства по листериозу запрещается реализация молока и сыров.

Медицинские мероприятия («медицинский блок») при пищевых токсикоинфекциях включают, прежде всего, обучение врачей первичного медицинского звена своевременной диагностике пищевых токсикоинфекций и правилам забора материала на исследование.

Важным представляется определение показаний для своевременной госпитализации пострадавших, особенно при угрожающих жизни состояниях. Отказ от применения антибиотиков и назначение эубиотиков (эрцефурила, интетрикса, энтерола) позволили сократить сроки госпитализации.

При этом медицинский блок взаимосвязан с гигиеническим и эпидемиологическим блоком, так как направлен на своевременное выявление случаев и постановку этиологического диагноза.

Таким образом, организационный аспект проблемы пищевых токсикоинфекций основывается на соединении и взаимном влиянии гигиенического, эпидемиологического и клинического блоков.

Вывод

Сравнительный анализ эффективности мероприятий по профилактике пищевых токсикоинфекций показал, что в основе профилактики лежит эпидемиологический, гигиенический и медицинский блоки, которые в совокупности обеспечивают снижение заболеваемости. Внутри блоков приоритеты распределялись следующим образом.

Гигиенический блок: совершенствование пищевого производства и внедрение передовых пищевых технологий, лицензирование и сертификация пищевого производства, административные мероприятия по прекращению несанкционированной торговли пищевыми продуктами, совершенствование методов упаковки продуктов, текущий санитарно-гигиенический контроль предприятий общественного питания. Эпидемиологический блок: выявление, этиологическая расшифровка, извещение о случаях заболевания, выявление очагов и определение границ очагов, расследование групповых очагов, санитарное просвещение по качеству приготовления продуктов питания в домашних условиях, микробиологический контроль пищевых продуктов (полуфабрикатов, овощей).

Медицинский блок: обучение врачей первичного звена и скорой медицинской помощи, санитарное просвещение населения о необходимости квалифицированной медицинской помощи и пагубности самолечения, своевременность госпитализации пострадавших.

Определенные приоритеты использованы администрацией города и административных районов в целях совершенствования деятельности для профилактики пищевых токсикоинфекций.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Антоненко А.Д. Совершенствование системы обеспечения эпидемиологической безопасности населения (на примере Ставропольского края). Авт. дисс. докт. мед.. Ставрополь. – 2008.
2. Малеев В. В., Актуальные вопросы терапии пищевых зоонозов - 1995 (Пищевые зоонозы - сальмонеллезы, кампилобактериоз, иерсиниозы, листериоз. 1995 С. 23-24)
3. Шаханина И., Пищевые зоонозы. эпидемиологическая и экономическая значимость в Российской Федерации - 1995 (Пищевые зоонозы - сальмонеллезы, кампилобактериоз, иерсиниозы, листериоз. 1995 С. 21-22)
4. Шендеров Б. А., Функциональное питание и пробиотики. Микроэкол. аспекты - 1997 (В помощь практикующему врачу)
5. Ющенко Г. В., Проблема "других" пищевых зоонозов (экологические и эпидемиологические аспекты) - 1995 (Пищевые зоонозы - сальмонеллезы, кампилобактериоз, иерсиниозы, листериоз. 1995 С. 22-23)
6. Ющук Н. Д., Острые инфекционные диареи. Обзор - Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии. 2000 Т.10. №6. С. 22-28

Daxil olub: 21.04.2009. Rəyə göndərilib: 28.04.2009.

PENSIYAÇILARIN PENSİON TƏMİNATIN NÖVLƏRİNƏ GÖRƏ STRUKTURUNUN REQİONAL XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Eyvazov R.Q

Ə. Əliyev adına ADHTİ – nin sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili kafedrası

Müasir səhiyyənin ildən ilə ağırlaşan problemlərindən biri pensiyaçıların tibbi – sosial təminatı hesab olunur [1,2,3,5,6]. Problemi ağırlaşdıran şərtlərdən biri pensiyaçılar arasında xəstəliklərin geniş yayılmasıdır. Bu baxımdan bağlı sağlamlığı ilə bağlı pensiyon təminatı olan şəxslərin xüsusi çəkisi daha önəmlidir. Ədəbiyyatda əlilliyin tibbi – sosial aspektləri geniş şərh olunsada, pensiyaçıların pensiyon təminatının növlərinə görə strukturu barədə məlumatlar məhduddur. Bunu nəzərə alıb tədqiqatımızda qeyd olunan məsələnin həlli planlaşdırılmışdır.

Tədqiqatın material və metodları. Azərbaycanda rəsmi statistika mənbələrində dörd qrup pensiyaçılar ayırd edilir: yaşa görə; əlilliyə görə; ailə başçısının itirilməsinə görə; sosial pensiyalar və iş ştatına görə. Pensiyon təminatın ayırd edilmiş növlərinə aid şəxslərin fərqli cəhətlərindən ən mühümünü onların sağlamlıq durumunun kəskin fərqlənməsidir. Ona görə də tibb xidmətlərinə tələbatın həcmi ciddi artıran pensiyaçıların sayından əlavə onların pensiyon təminatına görə qruplarının xüsusi çəkisidir. Tədqiqatımızda rəsmi statistika mənbələrinə əsasən pensiyaların pensiyon təminatının növlərinə görə strukturunun dinamikası (2000 – 2005 – ci illərdə), göstəricinin iqtisadi rayonlar üzrə (Bakı; Abşeron; Gəncə – Qazax; Şəki – Zaqatala; Lənkəran; Quba – Xaçmaz; Aran; Yuxarı Qarabağ; Kəlbəcər – Laçın; Dağlıq Şirvan; Naxçıvan) səviyyəsi müəyyənəndirilmişdir. Statistik işlənmə keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodları ilə aparılmışdır [4].

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi: Azərbaycanda əhalinin 15,1 – 16,5 % - i pensiyaçıların payına düşür. Son illərdə əhali arasında pensiyaçıların xüsusi çəkisi zəif tempələ olsa da mütəmadi artımla səciyyəlidir. Pensiyaçıların pensiyon təminatın növlərinə görə bölgüsü 1 – ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi, 2000 – ci ildə ayrı – ayrı növlərə görə pensiyaçıların xüsusi çəkisi biri – birindən fərqlənir: 61,3±0,04% yaşa görə; 13,3±0,03% əlilliyə görə; 11,6±0,03 % ailə başçısının itirilməsinə görə; 13,8±0,03% sosial pensiyaçılar və iş ştatına görə. Bəzəliklə pensiyaçıların böyük qismi (38,7±0,04%) sağlamlığı ilə bağlı ciddi problemləri olan şəxslərdir. 2000 – 2005 – ci illərdə pensiyaçılar arasında yaşa görə pensiyaçı alanların payı dinamik azalmışdır. Azalmanın trendi qanunauyğundur. Əlilliyə görə pensiya alanların xüsusi çəkisi yüksək tempələ mütəmadi artımla səciyyəlidir. 2000 – 2005 – ci illərdə (müvafiq olaraq 13,3±0,03 və 18,3±0,03%) artma tempi 37,6% olmuşdur (orta illik artma tempi 7,5%). Ailə başçısının itirilməsinə görə pensiya alanların xüsusi çəkisi 2000 – 2005 – ci illərdə dinamik azalmışdır (azalma tempi beş il ərzində 16,4%; orta illik azalma tempi 3,3%). Sosial pensiyaçıların və iş ştatına görə pensiya alanların xüsusi çəkisi də mütəmadi artımla səciyyəlidir (artma tempi – beş ildə 21,0%; orta illik – 4,2%). Bəzəliklə, pensiyaçıların tərkibində əlilliyə görə və iş ştatına görə, həcmnin sosial pensiya alanların payı artır, 2000 və 2005 – ci illərdə müvafiq olaraq 27,1 və 35,0% təşkil etmişdir.

Azərbaycanda iqtisadi rayonlarda (ölkədə qəbul olunmuş təsnifata müvafiq) pensiyaçıların pensiyon təminatın növlərinə görə bilgisi 2 – ci cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi, yaşa görə pensiya alanların xüsusi çəkisi 47,1±0,29% - lə 60,0±0,22% intervalındadır. Göstəricinin yüksək səviyyəsi Dağlıq Şirvan və Gəncə – Qazax iqtisadi rayonunda, aşağı səviyyəsi isə Kəlbəcər – Laçın regionunda qeydə alınmışdır. Respublikanın orta səviyyəsindən aşağı göstərici (55,3±0,04%) Lənkəran (50,9±0,14%), Aran (54,9±0,09), Yuxarı Qarabağ (52,1±0,21%), Kəlbəcər – Laçın (47,4±0,29%), Naxçıvan (53,2±0,21%) iqtisadi rayonlarında, yuxarı göstərici isə Bakı (59,6±0,09%), Abşeron (56,9±0,19%), Gəncə – Qazax (60,0±0,11%), Şəki – Zaqatala (59,5±0,6%), Quba – Xaçmaz (59,3±0,18%), Dağlıq Şirvan (60,0±0,22%) iqtisadi rayonlarında qeyd alınmışdır.

Əlilliyə görə pensiya alanların xüsusi çəkisi də geniş intervalda (15,2±0,13% ilə 35,5±0,27%) dəyişir. Göstəricinin yüksək səviyyəsi Kəlbəcər – Laçın, aşağı səviyyəsi isə Quba – Xaçmaz iqtisadi rayonunda müşahidə olunmuşdur. Respublika üzrə orta səviyyədə (18,3±0,03%) statistik düstür yüksək səviyyə Kəlbəcər – Laçın (35,5±0,27%), Yuxarı Qarabağ (24,7±0,18%), Naxçıvan (23,4±0,18), Lənkəran (20,9±0,11%) və Abşeron (19,7±0,15%) iqtisadi rayonlar üçün səciyyəvidir. Respublikanın orta səviyyəsindən statistik düstür aşağı səviyyəli göstərici Gəncə – Qazax (15,6±0,08%), Quba – Xaçmaz (15,2±0,13%), Dağlıq Şirvan (15,4±0,17%) iqtisadi rayonlarında qeyd alınmışdır. Göründüyü kimi, sağlamlığında ciddi problemləri olan pensionerlərin (əlilliklə bağlı) xüsusi çəkisi ölkənin regionlarında biri birindən kəskin fərqlənir (fərqi maksimal səviyyəsi 2,3 dəfə təşkil edir).

Cədvəl № 1.

Azərbaycanda pensiyaçılarının pensiyası təminatı növlərinə görə bölgüsünün dinamikası (%)

İllər Pensiyası təminatı növləri	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	Yaşa görə	61,3±0,04	60,2±0,04	59,0±0,04	57,8±0,04	56,6±0,04
Əlilliyə görə	13,3±0,03	13,8±0,03	14,4±0,03	15,5±0,03	17,3±0,03	18,3±0,03
Ailə başçısının itirdiyinə görə	11,6±0,03	11,2±0,03	10,9±0,03	10,6±0,03	9,6±0,03	9,7±0,03
Sosial pensiyalar və iş ştatına görə	13,8±0,03	14,8±0,03	15,7±0,03	16,1±0,03	16,5±0,03	16,7±0,03

Regionlar arasında fərq sosial pensiyaçıların xüsusi çəkisinə görə də müşahidə olunur. Belə ki, iş ştatına görə və sosial pensiya alanların xüsusi çəkisi: Lənkəranda ən yüksək (18,9±0,11%), Bakı və Abşeronda isə ən kiçik (11,3±0,06%) səviyyədə olmuş, biri – birindən statistik dürüst 1,7 dəfə fərqlənmişdir.

Alə başçısının itirilməsi görə pensiya alanların xüsusi çəkisi də geniş intervalda dəyişmişdir (4,1±0,11% ilə 12,1±0,12% arasında). Göstəricinin yüksək səviyyəsi: Abşeron, aşağı səviyyəsi: Kəlbəcər – Laçın iqtisadi rayonlarında qeydə alınmışdır. Maksimal və minimal səviyyə biri – birindən 3 dəfəyə qədər fərqlənir.

Sağlamlığında ciddi problemləri olan pensiyaçıların bütövlükdə xüsusi çəkisi 40,0-52,6% arasında dəyişmiş, göstəricinin ən yüksək səviyyəsi Kəlbəcər – Laçın, aşağı səviyyəsi isə Gəncə – Qazax və Dağlıq Şirvan iqtisadi rayonlarında qeyd alınmışdır. Bu göstəricinin inzibati rayonlar üzrə təhlili onlar arasında fərqi daha çox olduğuna sübut edir. Belə ki, Ağsu rayonunda yaşa görə pensiya alanların xüsusi çəkisi ən yüksək olub 66,1% təşkil etmiş, göstəricinin səviyyəsi ən aşağı olan Cəbrayıl rayonu ilə (35,5%) müqayisədə 1,9 dəfə çox olmuşdur.

Cədvəl № 2.

Azərbaycanda və onun iqtisadi rayonlarında pensiyası təminatı növlərinə görə pensiyaçıların bölgüsü (%)

İqtisadi rayonlar	Pensiyası təminatı növləri			
	Yaşa görə	Əlilliyə görə	Ailə başçısının itirilməsinə görə	Sosial pensiyalar və iş ştatına görə
Bakı	59,6±0,09	18,6±0,07	10,5±0,06	11,3±0,06
Abşeron	56,9±0,19	19,7±0,15	12,1±0,12	11,3±0,12
Gəncə – Qazax	60,0±0,11	15,6±0,08	10,3±0,07	14,1±0,08
Şəki – Zaqatala	59,5±0,16	18,5±0,12	8,1±0,09	13,9±0,11
Lənkəran	50,9±0,14	20,9±0,11	9,3±0,08	18,9±0,11
Quba – Xaçmaz	59,3±0,18	15,2±0,13	10,7±0,12	14,8±0,13
Aran	54,9±0,09	17,8±0,07	10,6±0,06	16,7±0,07
Yuxarı Qarabağ	52,1±0,21	24,7±0,18	7,2±0,11	16,0±0,15
Kəlbəcər – Laçın	47,4±0,29	35,5±0,27	4,1±0,11	13,0±0,19
Dağlı Şirvan	60,0±0,22	15,4±0,17	8,7±0,13	15,9±0,17
Naxçıvan	53,2±0,21	23,4±0,18	9,3±0,12	14,1±0,14
Azərbaycan üzrə Cəmi	55,3±0,04	18,3±0,03	9,7±0,03	16,7±0,03

Beləliklə, ölkənin inzibati və iqtisadi rayonlarında əhali arasında pensiyaçıların, pensiyaçıları arasında isə sağlamlığı ilə bağlı problemləri ağır olan kontingentin (əlillirin) xüsusi çəkisi fərqlidir. Bu da regionlarda əhalinin tibb xidmətləri ilə təminatında ciddi çətinliklər törədir.

bilər. Ona görə də səhiyyə və sosial müdafiə sistemlərində resursları planlaşdırılmasında, ərazidə yerləşdirilməsində bu amilin rolu nəzərə alınmalıdır.

Aldığımız nəticələrin əsas yekunları kimi aşağıdakı mühüm müddəaları qeyd etmək vacibdir:

- Ölkədə əhalinin 15%-dən çoxu pensiyaçılardır və onların xüsusi çəkisi ildən – ilə dinamik artma ilə səjiyyətlənir;

- Pensiyaçıların pension təminatının növlərinə görə bölgüsü stabil deyil, ildən ilədəyişir, iqtisadi və inzibati rayonlarda biri – birindən statistik dürüst fərqlənir;

- Ölkədə pensiyaçıların xüsusi çəkisinin artması əsasən sağlamlığı ilə bağlı ağır problemləri olan kontingentin (əlilliyə görə, ailə başçısının itirilməsinə görə, iş ştatına görə və sosial pensiya alanlar) hesabınadır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Бубнова Е.В., Гусева Н.К. Вопросы медико - социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2008. - № 3. - с.14 – 18.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 г//Здравоохранение Российской Федерации – 2002 №3 с. 8 – 15.
3. Редько И. А. Проблемы бытового травматизма. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - № 6. - с. 15 – 20.
4. Стентон Г. Медико – биологическая статистика. М. – 1999. - 459 с
5. Чеченин Г. И., Жилина Н. М., Сахарова Д. И. и другие. Потеря жизненного и трудового потенциала по причине болезней системы кровообращения взрослого населения. // Здравоохранения Российской Федерации. – 2009. - № 1. - с. 35 – 41.
6. Юзбашев Г.И., Джавадова Ф.Г. Некоторые медико – биологические особенности причин инвалидности среди нефтяников // Здоровье. – 2006 - № 3. с 192 – 195

РЕЗЮМЕ

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПЕНСИОНЕРОВ ПО ВИДАМ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Эйвазов Р.Г.

В работе изучена структура пенсионеров по видам пенсионного обеспечения (пенсионеры по возрасту, по инвалидности, социальные пенсионеры и прочие). Установлено, что в Азербайджане доля пенсионеров в составе населения превышает 15% и в динамике за последние годы имеет тенденцию увеличения. В структуре пенсионеров заметно увеличивается доля лиц, имеющие серьезные проблемы в составяние здоровья (инвалиды). Доля этих лиц в составе пенсионеров изменяется в динамике, различна в экономических и административных районах республики. Считается, что структура пенсионеров является важным критерием для определения потребности населения в медико санитарной помощи. Рекомендуются учитывать это при планирование ресурсного обеспечения регионального здравоохранения и службы социальной защиты.

Daxil olub: 16.05.2009. Rəyə göndərilib: 23.05.2009.



* TİBBİN TARİXİ * * ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ *
* HISTORY of MEDICINE *

**К 90- летию ОРГАНИЗАЦИИ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ !!! АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА (история кафедры, окончание)**

Шамсадинская Н.М.

Из кафедры акушерства-гинекологии II АМУ

Махбуба Абдул Керим кызы Махмудбекова (1902-1976) родилась в г. Шуше, в семье Керим бека Мехмандарова, земского и городского врача окончившего Петербургский университет, который заведывал Шушинский городской больницей в течении 50 лет (В г. Шуше после его смерти в 1926 г. больнице было присвоено его имя). Махбуба Керимовна являлась племянницей известного генерала русской армии Мехмандарова, активно участвовавшего в русско – японской войне 1904-1905 гг.

М.К.Махмудбекова училась на русском языке в Шушинском Мариинском училище 7 лет, по окончании которого поступила в среднее учебное заведение. В 1920 г., в 18 лет после установления советской власти в Азербайджане, энтузиасткой вступив в жизнь, окончила 3-х месячные педагогические курсы на азербайджанском языке в г.Шуше и в сентябре этого же года включилась в работу по организации начальных школ, детских садов, учительской семинарии, где заведывала женским сектором. На курсы в г. Шуше были привлечены молодые девушки, грамотные, но ходившие еще в чадре, которые позже стали педагогами школ. Совместно с педагогами в октябре 1920 г. был открыт женский клуб («Maarif ocağı»- «Очаг просвящения»), председателем которого М.К.Махмудбекова была по 1922 г. В клубе открылись курсы для безграмотных работниц ткацких мастерских.

В 1922 г., переехав в Баку, поступила в Высший педагогический институт, где было открыто специально женское отделение, и осенью этого же года поступила на медицинский факультет Азербайджанского Государственного Университета. После окончания АМИ в 1929 г. была оставлена ординатором акушерско-гинекологической клиники возглавляемой проф. Ф.Н.Ильиным. В 1933 г. была переведена на должность ассистента кафедры. После присуждения в 1935 г. ученой степени кандидата медицинских наук по совокупности работ, в 1959 г. утверждена в звании доцента кафедры акушерства и гинекологии.

В 1960 г. М.К.Махмудбекова защитила диссертацию на степень доктора медицинских наук под названием: «Беременность и роды при заболеваниях сердечно-сосудистой системы», В 1963 г. переведена на должность профессора II кафедры акушерства и гинекологии, а с 1964 г. по 1970г. избрана заведующей той же кафедры. С 1953 г. читала лекции на азербайджанском и русском языках.

М.К.Махмудбекова была участницей съездов акушеров-гинекологов (IX, X, XI и XII). В 1969 г. избрана в члены правления Всесоюзного общества акушеров –гинекологов, где выступала с докладами. В 1966 г., будучи членом оргкомитета I съезда акушеров-гинекологов Азербайджана, выступила с докладом по экстрагенитальным заболеваниям, в 1965 г была делегатом II съезда акушеров-гинекологов РСФСР в г. Ростове и докладчицей на Всесоюзной конференции эндокринологов в г. Душанбе, в 1966 г. – делегатом IV Украинского съезда акушеров-гинекологов в г. Киеве, в 1968 г. – докладчица на I съезде акушеров-гинекологов Казахстана, в г Алма-Ате, в 1971 г. на I съезде акушеров-гинекологов Армении в г. Ереване, где также выступила с докладом.

В 1973 г. вышла в свет монография на азербайджанском языке – «Беременность и роды при заболеваниях сердечно – сосудистой системы» - итог ее 25 летнего труда.

С 1968 по 1974 гг. М.К.Махмудбекова возглавляла научное республиканское общество акушеров-гинекологов. С 1971 г. являлась членом Аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Аз.ССР. Под ее руководством подготовлены 2 кандидата 1 доктор медицинских наук. В 1960 г. М.К.Махмудбекова получила звание заслуженного врача республики. Человек высокой эрудиции и культуры, удивительной скромности,

доброжелательности, преданный избранной профессии, М.К.Махмудбекова оставила самые теплые воспоминания. Умерла она скоропостижно от инсульта в 1976 г..

12 октября 1970 года на вакантную должность заведующей кафедрой II-го лечебно-профилактического факультета Азербайджанского Медицинского Института им. Н.Нариманова по конкурсу была избрана доцент кафедры Н.М.Шамсадинская.

Назия Мусса кызы Шамсадинская родилась в г. Баку в 1926 г в семье служащих. Отец, М.М.Шамсадинский, член КПСС с 1921 г., будучи секретарем Аз ЦИКа и мать, Т.И.Таирова, первый дипломированный агроном-биохимик, окончившая АзСХИ в 1926 г, была направлена в Московский Институт каучука и гуттаперчи, где поступила в аспирантуру. По возвращении ею организована биохимическая лаборатория в филиале Академии наук СССР (ныне Академия наук АР). В годы сталинских репрессий (1937-1938) родители были осуждены и сосланы, отец в Коми АССР, а мать в Сибирь. К этому времени мать была студенткой последнего курса АМИ. После полной реабилитации, через 17 лет, родители вернулись в Баку, отец был восстановлен в ряды коммунистической партии (со старым стажем), работал Уполномоченным Совета по делам религии при Совете Министров СССР по Азербайджанской ССР. Мать проработала долгие годы в Красноярском крае врачом, заведующей отделением, главным врачом пяти стационаров, которые были организованы ею самой в разные годы ссылки. Получив специальное разрешение из Министерства Высшего образования СССР была допущена к сдаче госэкзаменов и, в 1956 г. ей вручили диплом врача. Работала инспектором в системе Азводздрава и одновременно заведывала гинекологическим отделением роддома им Рогова. Заслуженный врач республики, «Отличник здравоохранения», будучи персональным пенсионером республиканского значения, умерла в 1975 г. Отец умер в 1974 г. также персональным пенсионером республиканского значения.

Н.М.Шамсадинская окончила I образцовую школу Ворошиловского района г Баку в 1943 г., и как дочь репрессированных родителей, имея аттестат отличника не была принята в Азгосмединститут, хотя по тем временам отличники учебы должны были бы приняты в ВУЗы без экзаменов в течение 2-х лет. Написав заявление на имя Сталина, она получила положительный ответ из Комитета по делам высших школ за подписью профессора В.В.Кочергина и была принята без вступительных экзаменов на I курс лечебно-профилактического факультета в 1944 г. В течение 5 лет училась на «отлично». Являясь активной участницей студенческого научного общества, на II курсе сделала доклад на тему «Сон, сновидение, гипноз» по кафедре нормальной физиологии (П.Ю.Ростовцев), на III курсе – доклад по кафедре патологической физиологии (зав. каф., проф. М.М.Мирсалимов) под названием «Наркоз – общий и местный», по кафедре факультетской хирургии (зав., проф. Ф.А.Эфендиев) – «Капельное переливание крови при анемии». Несмотря на положительную рекомендацию проф. Ф.А.Эфендиева для поступления в аспирантуру, не была принята по известной причине. Имея подпись академика М.Миркасымова, Председателя Госэкзаменационной комиссии АМИ, диплом I степени ей не был вручен.

Н.М.Шамсадинская по направлению Министерства здравоохранения республики выехала в г.Ордубад Нахичеванской АССР, где проработала 5 лет районным акушером-гинекологом и заведующей родильным отделением ЦРБ.

Н.М.Шамсадинская с 1955 по 1957 гг. работает ординатором в клиническом роддоме им. Н.К.Крупской. В 1957 г., получив рекомендательное письмо проф. Ф.Н.Ильина, поступила в аспирантуру по кафедре акушерства-гинекологии Азербайджанского Медицинского Института. В 1962 г в г. Тбилиси защитила кандидатскую диссертацию на тему «Материалы к изучению эклампсии в Азербайджане», утвержденную ВАК-ом СССР через 3 месяца. В 1970 г, будучи доцентом кафедры по конкурсу была избрана на должность заведующей той же кафедры. В 1973 г. защитила докторскую диссертацию под названием «Тазовая артериография в изучении анатомического и функционального состояния сосудов матки и ее придатков» (анатомо-вазографические, экспериментальные исследования и клинические наблюдения). Научными консультантами были член- корр.АМН СССР заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Б.В.Огнев, член- корр. АМН СССР заслуженный деятель науки РСФСР и Узбекской ССР, профессор П.Н.Мазаев, заслуженный врач АР, профессор Х.Д.Кулиева.

В течение IX пятилетки сотрудники кафедры занимались научно-исследовательской работой по проблеме «Научные основы охраны здоровья женщины, матери и новорожденного», имеющей всесоюзное значение. В частности, НИР в течение 10 лет

выполнялись по теме: «Влияние вредных факторов внешней среды на репродуктивную функцию женщины». Работа велась на предприятиях нефтеперерабатывающего завода «Азнефть-яг». За годы X пятилетки кафедры была подключена к разработке еще одной проблемы – «Геронтология и гериатрия». В последующие годы выполнение НИР продолжилась по теме «Клинико-диагностическое значение факторов риска в этиологии анемии, невынашивания беременности и внутриутробной инфекции».

В 1973 – 1975 гг Н.М.Шамсадинская по совместительству работала главным акушером-гинекологом Бакинского отдела здравоохранения. В 1974 и 1977 гг. закончила семинары по обмену опытом при факультете повышения квалификации в МОЛМИ им. И.М.Сеченова, в 1983 г – на ФНК во II МОЛМИ им Н.И.Пирогова. в течении 7 лет являлась Председателем городской комиссии родовспоможения при Бакздраве (1973-1979). В 1980-1986 гг по приказу Министра здравоохранения была назначена Председателем республиканской комиссии родовспоможения. В 1984 г. Н.М.Шамсадинская выступала на XIV Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в г. Кишиневе, в 1985 г.- в г. Ивано-Франковске.

Привлекая молодых сотрудников кафедры и практических врачей к научно-исследовательской работе Н.М.Шамсадинская, с 1978 г. подготовила 39 кандидатов и двух докторов медицинских наук. Она автор более 200 научных работ, одной монографии, (совместно с проф. Д.Я.Гусейновым) под названием «Медикаментозная терапия в акушерстве и гинекологии», (Баку, Азернешр, 1986 г. 339 стр.), 14 медицинских рекомендаций и одного рационализаторского предложения. В монографии представлены основные сведения по различной патологии беременности и гинекологической заболеваемости, а также по фармакодинамике и лечебных свойствах лекарственных средств, используемых при этих патологических состояниях. Кроме того, даны многочисленные образцы рецептов по излагаемым препаратам. Теперь книга переводится с кириллицы на латинский график, дополняется новыми главами и описанием современных лекарственных средств. В настоящее время Н.М.Шамсадинская является членом Большого Ученого Совета АМУ, членом Диссертационного Совета Д 03.011 при АМУ, заместителем председателя Научного Республиканского общества, членом Аттестационной комиссии МЗАР, экспертом журнала «Консилиум», рецензентом «Азербайджанского медицинского журнала».

Ассоциацией акушеров-гинекологов и перинатологии Грузии ей присвоено звание Почетного Члена Ассоциации и вручена Почетная грамота (за подписью Президента Ассоциации, Лауреата Государственной премии, заслуженного деятеля наук, академика АМН Грузии, профессора П.Я. Кинтрая).

Н.М.Шамсадинская заведывала кафедрой акушерства и гинекологии II с 1970 г. по март 1994 г, и с 1998 г. по декабрь 2003 г. В настоящее время она профессор той же кафедры. 1994-1998 гг на вакантную должность заведующей кафедры была избрана доцент К.Г.Касимова.

Камиля Габиб кызы Касимова родилась в г.Закаталы АзССР в 1937 г., в семье служащего. По окончании средней школы в г. Баку в 1954 г поступила в Азербайджанский Медицинский Институт им. Н.Нариманова, который закончила с «отличием».

По распределению молодых специалистов работала акушером-гинекологом в ЦРБ Московского района Таджикской ССР, затем – заведующей родильным отделением. Переехав в г. Баку, поступила в клиническую ординатуру по кафедре акушерства и гинекологии Азгосмединститута. В 1968 г. была зачислена ассистентом на той же кафедре. В 1970 г ею защищена кандидатская диссертация под названием «Различные формы артериальной гипотонии у беременных и гистохимические изменения плаценты при них». В 1982 г. была избрана доцентом той же кафедры, а с 1994 по 1998 гг заведывала вышеназванной кафедрой. В 1969, 1975, 1983 и 1989 гг усовершенствовалась по специальности в клиниках I-го МГМ института им И.М Сеченова, II-го МГМ института им. Н.И.Пирогова. Продолжая традиции кафедры, активно включалась в преподавательскую и хирургическую деятельность, являясь ургентным врачом. Совместно с М.С.Касимовым и К.А.Курбановым в 1995 г.ею издана монография «Диетические блюда азербайджанской кулинарии». В настоящее время работает доцентом кафедры.

С 2004 г. кафедрой акушерства-гинекологии II АМУ заведует доктор медицинских наук, заслуженный врач республики, профессор Х.Ф.Багирова.

Хиджран Фирудин кызы Багирова родилась в селении Дюз-Гырыхлы Товузского района, в 1967 г. после окончания средней школы поступила на I курс лечебно-

профилактического факультета Азгосмединститута им. Н.Нариманова, который окончила в 1973 г.

В 1975-1977 гг поступила в клиническую ординатуру в Всесоюзный Онкологический Научный центр. С 1977 г работала в гинекологическом отделении ВОНЦ в должности старшего лаборанта, врачом, затем младшим научным сотрудником.

В 1984 г. защитила кандидатскую диссертацию под названием «Комбинированное лечение рака шейки матки I B ст. с использованием внутрисполостной гамма-терапии на шланговом аппарате «АГАТ-В». В 1991 г. АМН СССР ей присвоена высшая категория врача.

С 1993 г. переехав по семейным обстоятельствам в г. Баку, поступила на кафедру акушерства и гинекологии II Азербайджанского Медицинского Университета ассистентом, с 1998 г. – доцентом и с декабря 2003 г по настоящее время заведует той же кафедрой.

В 2000 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Рецепторы женских половых гормонов и простагландины серии E при новообразованиях матки» (научные консультанты академик РАН и РАМН, проф. Н.Н. Трапезников, член-корр. РАМН, проф. Н.Е. Кушлинский).

Х.Ф.Багирова является членом Большого Ученого Совета, Ученого Совета II-го лечебно-профилактического факультета, проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам, членом Диссертационного совета Д.03.011, заместителем Председателя Республиканского научного общества акушеров-гинекологов, член Ученого Совета Научного Исследовательского Института, член пленума Медицинского Ученого совета МЗ.АзР, а также Председателем Азербайджанско-Германского научного общества акушеров-гинекологов.

На клинической базе кафедры – в роддоме №5 им.Ш.М.Алескеровой консультирует тяжелых больных, выполняет акушерские и гинекологические операции, проводит научно-практические конференции и читает лекции на азербайджанском и русском языках.

Кафедра акушерства-гинекологии II оказывает шефскую помощь в Шеки, Закаталы, Балакян, Кахи, Огуз. Профессора Н.М.Шамсадинская, Х.Ф.Багирова, доценты – Т.Г.Ширинова, К.Г.Касимова, Ш.Д.Исмаилова, И.А.Тагиева консультируют беременных и гинекологических больных по отделениям, активно участвуют в работе комиссии родовспоможения, анализируют случаи материнской и перинатальной смертности.

В 2007 г под редакцией проф. Х.Ф.Багировой с участием коллектива авторов издан учебник на азербайджанском языке «Мамалыг», 367 стр.

Лекционные и практические занятия проходят на IV, V курсах и на VI – в субординатуре на азербайджанском и русском языках и с 2008 – на английском. Программа составлена на современном уровне и в начале каждого учебного года обсуждается. Внедрены ситуационные задачи, тестовый контроль, составлены графы логических структур по акушерству и гинекологии. Лекции и практические занятия (курации) сопровождаются иллюстративным материалом: слайдами, таблицами. Периодически проводятся открытые занятия, результаты которых обсуждаются на кафедральных занятиях и оформляются в виде «Заключения о качестве занятий». На кафедре работает студенческий кружок при студенческом научном обществе Университета (СНО). Лучшие доклады представляются на студенческие научные конференции. Самые активные студенты награждаются «Дипломами» и книгами.

В клиническом родильном доме и в женской консультации №5 оказывается консультативно-медицинская помощь женскому населению не только Сабаильского района г.Баку, а также пациенткам из различных регионов республики. На VI курсе субординаторы также работают в женской консультации.

Пятилетним планом научно-исследовательских работ предусмотрено дальнейшее изучение актуальной проблемы современной медицины, в частности, утверждена тема под названием «Охрана здоровья беременных и женщин репродуктивного возраста».

Отметив пройденный путь кафедры акушерства-гинекологии II-го лечебно-профилактического факультета АМУ нельзя не сказать о том, что заведующими кафедрами были подготовлены 14 докторов и 82 кандидатов медицинских наук.

К началу 2009-2010 учебного года основной состав кафедры состоит из следующих сотрудников:

1. Профессор, доктор мед. наук., засл. врач АР - Х.Ф.Багирова – зав. кафедрой
2. Профессор, доктор мед.наук, заслуж.д.н. - Н.М.Шамсадинская
3. Доцент, канд.мед.наук- Т.Г.Ширинова
4. Доцент, канд.мед.наук - К.Г.Касимова

5. Доцент, канд.мед.наук - Ш.Д.Исмайлова
6. Доцент, канд.мед.наук- С.К. Багирова
7. Доцент, канд.мед.наук----И.А.Тагиева
8. И.о. доцента, канд.мед.наук----С.А.Алиева
9. Ассистент, канд.мед.наук---Я.А.Гусейнова
10. Ассистент, канд.мед.наук----Р.А.Садыхова
11. Ассистент канд.мед.наук----Г.Р.Джавадова
12. Ассистент канд.мед.наук---- Р.П.Гасанова
13. Ассистент, канд.мед.наук --- Ш.Г.Кадимова
14. Ассистет, канд.мед.наук -----Ф.А.Тагиева
15. Ассистент, канд.мед.наук -----Э.Г.Сарыева
16. Ассистент, канд.мед.наук--- П.И.Алиева
17. Ассистент, канд.мед.наук ----Н.М.Шамсадинская (мл)
18. Ассистент, канд.мед.наук ---А.М.Рзаева
19. Ассистент, канд.мед.наук ---- С.А.Агаева
20. Ассистент, канд.мед.наук----Ш.М.Джебраилзаде
21. Ассистент, безученой степени ----- З.Г.Гуейнова



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

KƏSKİN DAŞLI XOLESİSTİT VƏ ŞƏKƏRLİ DİABET.

Əliyev Ş.H., Abasov H.M.

Ə.Əliyev adına Az.D.H.T.İ cərrahiyyə klinikası.

Xolesistektomiya kəskin daşlı xolesistitin əsas və radikal müalicəsi kimi qəbul edilsə də, diabetik xəstələrdə müalicə taktikası mübahisəli qalır. Göstərilir ki, kəskin xolesistitin cərrahi müalicəsi şəkərli diabetin proqnozunu ağırlaşdırır. İltihabi proses, qara ciyər və mə'dəaltı vəzin funksiyasının pozulması fonunda cərrahi müdaxilə qanda və sidikdə şəkərin miqdarının artmasına, bir çox hallarda ketonuriya və ağır asidozun inkişafına səbəb olur. Bu səbəbdən diabetiklərdə xolesistektomiya əsasən öd kisəsində destruktiv dəyişikliklər inkişaf etdiyi halda həyatı göstərişlərlə icra olunur.

Diabetik xəstələrdə kəskin daşlı xolesistitin müalicə taktikası, müddəti, əməliyyatdan doğan və şəkərli diabetlə əlagədar fəsadları öyrənmək məqsədilə 1997 – 2008-ci illərdə müalicədə olmuş 201 xəstədə xolesistektomiyanın nəticələrini təhlil etmişik.

Xəstələrin yaşı (187 qadın; 17 kişi) 44 – 77 il, diabetlə xəstələnmə müddəti 2 – 28 il arasında dəyişir. Xəstəliyin başlamasından klinikaya müraciət etmə müddəti 2 – 72 saat olmuşdur.

Xəstələrdə qanda şəkərin miqdarı 8,7 – 20,5 mmol/l, böyük əksəriyyətdə II tip orta ağır forma geyd olunmuşdur.

Cərrahi əməliyyata əsas göstəriş kimi artan intoksikasiya, taxikardiya, taxipnoe, solameyili leykositoz, sağ qabırqa altında peritonun qıcıqlanma əlamətləri nəzərə alınmışdır.

Bu kriteriya üzrə 82 nəfərdə xolesistektomiya təcili (ilk 6 – 24 saat), qalan 119 nəfərdə 3 – 15 gün ərzində icra olunub.

Tədqiqatdan, məlum olmuşdur:

-ödə kisəsinin destruksiya dərəcəsi hec də həmişə kəskin xolesistitin müddətindən və qanda şəkərin miqdarından asılı olmayaraq bütün hallarda şəkərli diabetin müddəti və xəstənin yaşı ilə sıx əlaqəlidir;

-aparılan konservativ müalicəyə (antibiotiklər, ağrıkəsicilər, infuzion) baxmayaraq prosesi kataral formada sabitləşdirmək mümkün olmur və bütün hallarda destruksiya inkişaf edir;

-konservativ müalicənin uzadılması xəstələrin 36 % - də destruktiv xolesistitin ağırlaşmış formalarının (empiema, perivezikulyar abses, xolangit, pankreatit və s.) inkişaf etməsinə səbəb olur. Qeyd olunan ağırlaşmalar təcili xolesistektomiya ilə müqayisədə 3 – 4 artıq rast gəlinir;

-konservativ müalicənin uzadılması fibrozun əmələ qəlməsinə səbəb olaraq texniki çətinliklər yaratmaqla əməliyyatın gedişini ağır və təhlükəli edir (antegrad xolesistektomiya məcburiyyəti, qanaxma, daşın kisədən xoledoxa düşməsi, xoledoxun zədələnməsi və s.);

-iltihabi – toksik mənbənin uzun müddət qalması konservativ müalicənin effektini azaltmaqla poliorqan çatmamazlığını, dekompensasiya olunmuş hiperqlikemiya səbəb olur. Təcili xolesistektomiyadan sonra isə klinik mənzərə diabetsiz xəstələrdən fərqlənmir və iltihabi proses 24 – 72 saat ərzində sönür;

Nəticələr:

1. Şəkərli diabetli xəstələrdə kəskin daşlı xolesistit cərrahi əməliyyata mütləq göstərişdir və təcili xolesistektomiya (açıq və ya endoskopik) aparılmalıdır.

2. Konservativ müalicə (infuzion, antibakterial, ağrıkəsicilər, insulinoterapiya və s.) köməkçi vasitə rolunu oynamaqla yalnız erkən xolesistektomiyadan sonra effektivdir.

3. Xüsusilə ağır hallarda xolesistektomiya aparıla bilməsə dekompressiv əməliyyat (açıq və ya endoskopik) icra olunmalıdır.

4. Diabetli xəstələrdə planlı xolesistektomiya ağırlaşmaların əsas profilaktikası sayılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2001
2. Astapenko V.Q. İzbrannie razdeli çastnoy xirurgii. Minsk, 1976
3. Bayramov N.Y. Öd yollarının cərrahi xəstəlikləri. Ankara, 2004
4. Qrinberq A.A. Neotlojnaə xirurgiə bröşnoy polosti. Moskva, 2000, str.493
5. Skripniçenko D.F. Neotlojnaə xirurgiə bröşnoy polosti. Kiev, 1986, str. 349
6. Sultanov H.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2000
7. Sabiston Textbook of Surgery, David C. Sabiston, W.B. Saunders, 2004
8. Schwarts Principles of Surgery, Brumicardi, Shires, Spokeer, Mc. Grav Hill 7, Baski 2005

Daxil olub: 22.04.2009. Rəyə göndərilib: 29.04.2009.

ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ С ЛИФТИНГОВЫМ ВСПОМОЖЕНИЕМ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА

Керимов В.Н., Мамедов М.М., Ахмедов Б.В.

Госпиталь пограничных войск. г.Баку.

Лапароскопическая холецистэктомия на сегодняшний день является «золотым стандартом» лечения но при этом сохраняются большие принципиальные разногласия по вопросу показаний и противопоказаний к применению лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом с высокой степенью риска, сроки выполнения и выбор оперативного вмешательства и факторы риска (1,2,3,5,7,8). Внедрение видеоэндоскопических технологий позволили улучшить результаты хирургического лечения многих заболеваний, в том числе ЖКБ, но вместе с тем, выявленные вредные побочные эффекты напряженного карбоксиперитонеума обязательного условия проведения лапароскопической операции, усложнили проблему лечения больных острым холециститом с высокой степенью риска(5,6,9,10).

В связи с этим, исследования, изучающие возможность снижения вредных побочных эффектов карбоксиперитонеума и повышенного внутрибрюшного давления (ВБД) при

эндоскопических операциях являются актуальными и представляют большой научно-практический интерес.

Целью исследования: является применение лапароскопических операций при пониженном внутрибрюшном давлении с лифтинговым вспоможением, у больных различными формами острого холецистита с высокой степенью риска.

Материалы и методы исследования: Данное исследование выполнено на материале клинического исследования и лечения 107 пациентов страдающих ЖКБ и оперированных в клинике с 2004-2009 г.

Для выявления преимуществ лапароскопического способа лечения больных острым холециститом с сопутствующими заболеваниями при пониженном ВБД с лифтинговым вспоможением перед традиционными лапароскопическими методами лечения, была проведена сравнительная оценка их достоинств и недостатков, с целью определения роли и места в хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны. Все 107 пациентов, составившие материал настоящей работы, были выделены в две соответствующие группы:

I- контрольная группа представлена 43 пациентами, которым была проведена стандартная, традиционная предоперационная подготовка и выполнена традиционная лапароскопическая холецистэктомия,

II-Основная группа, здесь больные были разделены на две подгруппы.

В первой основной подгруппе А- 54 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с лифтингом передней брюшной стенки, а во второй подгруппе Б-10-больным произведена безгазовая лапароскопическая холецистэктомия.

В предоперационном периоде проводилось многокомпонентное обследование пациентов, задачей которого являлась оценка общего статуса больного, так и состояния отдельных органов и систем. На основании результатов этого обследования определялась тактика лечения. Кроме того, данные о состоянии сердечно-сосудистой и дыхательной систем стали отправной точкой в дальнейшем последовательном исследовании.

Результаты исследования. Показатели центральной гемодинамики в 1, 2, 3 группах больных на этапах исследования представлены в таблицах, соответственно. Как видно из представленных таблиц, исходные значения показателей центральной гемодинамики не имели достоверных межгрупповых отличий, то подтверждает высокую однородность изучаемых групп пациентов. Вводный наркоз (2 этап исследования) сопровождался достоверными ($p < 0,05$) изменениями основных показателей центральной гемодинамики по сравнению с исходными значениями. Так, во всех группах больных отмечено достоверное снижение САД, СДД, ПД, это связано с введением наркоза больным (с введением препаратов используемых для адекватного обезболивания во время проведения эндотрахеального наркоза). Обычно для обеспечения адекватной анестезиологической защиты использовалось сочетание пропофола и фентанила с ИВЛ через ЭТТ.

По нашему мнению, именно это сочетание обеспечивало наибольшую степень гемодинамической стабильности, которая является чрезвычайно важным для пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Во всех группах больных, наблюдалось ($p < 0,05$) по сравнению с 1 этапом, увеличение частоты сердечных сокращений, увеличение минутного объема сердца, сердечного индекса, вегетативного индекса Кердо и повышение потребности миокарда в кислороде, в то время как общее и удельное периферическое сосудистое сопротивление понижалось. На 3 этапе исследования изменения показателей центральной гемодинамики возрастали. Увеличивалось как количество достоверно различающихся показателей центральной гемодинамики в изучаемых группах, так и абсолютная величина различий.

Выявленные различия связаны, по нашему мнению, с действием на системную гемодинамику такого мощного дезадаптивного фактора, как напряженный карбокси-перитонеум. Так, в 1 группе после наложения карбоксиперитонеума увеличивались показатели АД, происходило компенсаторное увеличение ЧСС.

Таблица 1.

Показатели гемодинамики у больных 1 группы (традиционная ЛХЭ (ВБД=14-15 мм рт. ст.)) на этапах исследования.

Показатель	Этап 1	Этап 2	Этап 3	Этап 4	Этап 5	Этап 6
	М±г	М±г	М±г	М±г	М±ш	М±г
САД, мм рт. ст.	147,33±4,08	140,42±3,74	*152,5±6,27	*149,33±3,84	138,46±3,90	139,09±2,11
ДАД, мм рт. ст.	87,36±2,48	84,25±2,67	*88,8±4,26	*87,67±2,57	86,15±1,80	84,09±2,22
СДД, мм рт. ст.	107,33±2,82	106,00±2,82	*112,3±4,79	*109,45±2,90	103,59±2,34	102,42±2,01
ПД, мм рт. ст.	60,00±2,76	56,00±2,54	*60,7±3,19	*59,66±2,00	*52,31±2,81	55,00±1,78
Ч СС, мин ⁻¹	75,27±1,95	*88,47±1,06	*95,67±1,92	*85,27±1,62	*82,08±1,38	*78,9 1,44
У О, мл	38,20±1,86	36,21±1,71	*27,85±1,45	34,43±1,64	37,85±1,31	36,90±1,85
МОС, л/мин	2,87±0,11	*3,15±0,08	*2,65±0,11	*2,93±0,10	*3,01±0,09	2,99±0,11
ОПСС, дин*см*с ⁵	2707±36	*2456,82±41	*3201±47	*3287±51	*2795,15±38	2788,98±40
У И, мл/м ²	20,55±1,52	19,48±1,39	14,95±1,06	18,52±1,12	20,28±0,99	19,93±1,13
СИ, л/мин*м ²	1,57±0,07	*1,72±0,09	*1,45±0,09	*1,60±0,08	*1,65±0,07	1,66±0,07
УПСС, дин*см*с ⁵ *м ²	5007,95±42	*4564,77±54	*6107,85±39	*5215,40±45	5025,85±51	5080,79±49
ВИК, усл. ед.	-16,83±2,98	*2,76±0,59	*8,45±0,42	*-2,20±0,56	*-4,43±0,36	*-6,03±2,48
П МО ₂ , усл. ед.	112,25±4,98	*128,03±5,18	*144,27±4,24	126,82±5,97	115,94±4,90	*106,20±4,65

Примечание: звездочкой * отмечены данные при $p < 0,05$ по сравнению с предыдущим этапом.

Таблица 2.

Показатели центральной гемодинамики у больных 2 группы (комбинированная ЛХЭ (ВБД—3-6 мм рт. ст.))

Показатель	Этап 1	Этап 2	Этап 3	Этап 4	Этап 5	Этап 6
	М±г	М±г	М±г	М±г	М±г	М±г
САД, мм рт. ст.	148,92±2,47	*140,76±2,66	*130,29±2,15	*137,81±3,00	139,32±2,60	138,43±2,00
ДАД, мм рт. ст.	87,70±1,38	85,29±1,70	"78,14±1,31	*85,3±1,85	85,41±1,47	83,43±1,42
СДД, мм рт. ст.	108,11±1,66	*102,45±1,92	*95,19±1,52	*102,81±2,16	103,38±1,75	101,76±1,54
ПД, мм рт. ст.	61,22±1,59	*51,47±1,64	51,14±1,33	52,50±1,68	53,92±1,69	55,00±1,18
Ч СС, мин ⁻¹	78,27±0,96	*90,85±1,70	"77,31, ±1,31	*84,13±1,67	84,19±1,03	82,31±1,16
У О, мл	37,11±0,97	34,56±1,17	36,70±1,06	"33,94±1,09	34,84±1,12	36,39±1,03
МОС, л/мин	2,88±0,09	*3,06±0,09	2,83±0,08	2,84±0,1	2,94±0,10	2,98±0,08
ОПСС, дин*см*с ⁵	2666±38	2388±42	2241 ±36	2710±45	2690±39	2720±41
У И, мл/м ²	19,07±0,97	18,31±1,02	19,82±0,89	19,12±0,77	17,69±0,71	18,22±1,14
СИ, л/мин*м ²	1,47±0,10	*1,73±0,09	1,56±0,07	1,64±0,09	1,49±0,07	1,54±0,10
УПСС, дин*см*с ⁵ *м ²	4953,42±34,33	*4436,9±43,22	4163±54,48	5035,03±35,61	4998±33,54	5703,43±458,19
ВИК, усл. Ед.	-12,83±2,49	*5,53±0,02	*-1,56±0,67	-2,10±2,32	-1,7611,79	-1,57±1,53
ПМО ₂ , усл. Ед.	116,43±2,21	*121,94±4,11	*109,32±2,76	*116,42±3,83	117,69±3,06	114,29±2,75

Таблица 3.

Показатели центральной гемодинамики у больных 3 группы
(безгазовая ЛХЭ ВБД=0 мм рт. ст.).

Показатель	Этап 1	Этап 2	Этап 3	Этап 4	Этап 5	Этап 6
	М±т	М±т	М±П	М±т	М±щ	М±т
САД, мм рт. ст.	147,95±2,44	*136,39±2,56	*129,46±2,06	*137,65±2,83	138,85±2,49	137,43±2,01
ДАД, мм рт. ст.	87,56±1,32	85,28±1,62	*77,97±1,26	*85,00±1,75	85,38±1,40	82,97±1,39
СДД, мм рт. ст.	107,69±1,60	*102,31±1,83	*95,14±1,45	*102,55±2,04	103,21±1,67	101,13±1,52
ПД, мм рт. Ст.	60,38±1,63	*51,1± 1,58	51,49±1,28	52,65±1,60	53,46±1,64	54,46±1,19
ЧСС, мин ¹	78,46±0,92	*90,36±1,64	*77,24±1,28	*83,94±1,59	83,97±0,99	82,35±1,11
УО, мл	37,01±0,95	35,66±1,10	36,22 ±1,07	*34,49±1,09	34,85±1,08	36,65±1,01
МОС, л/мин	2,89±0,08	*3,04±0,07	2,94±0,08	2,88±0,10	2,82±0,10	3,01±0,08
ОПСС, дин*см*с ⁵	2717±36	2412±39	2380,16±41,2	2716,53±44,3	2740±52,62	2779±49,86
УИ, мл/м ²	19,40±0,92	18,39±1,05	*20,62±1,10	*18,31±0,78	18,15±0,79	18,39±1,00
СИ, л/мин* м ²	1,51±0,09	*1,74±0,10	1,59±0,07	1,55±0,07	1,50±0,07	1,54±0,09
УПСС, дин*см*с ⁵ *м ²	5048,18±46,17	*4481±36,30	4422±48,28	*5047±34,89	5090±42,8	5163,85±39,74
ВИК, усл. ед.	-12,36±2,39	*4,99±0,99	*-1,43±0,58	-2,93±0,64	-1,99±0,71	-1,00±1,56
ПМО ₂ , усл. ед.	115,93±2,12	*123,90±3,94	*107,38±2,69	*116,02±3,64	116,99±2,95	113,50±2,67

Примечание: звездочкой * отмечены данные при $p < 0,05$ по сравнению с предыдущим этапом; жирным шрифтом выделены данные при $p < 0,05$ по сравнению с 1 группой.

Механизм изменения показателей гемодинамики происходит вследствие механического фактора (возросшее внутрибрюшное давление) и воздействие гуморальных факторов медиаторами: катехоламинов, протангландинов, ренин – ангиотензинзиновой системы особенно вазопрессина. [116] Повышение ОПСС также объясняет повышение АД во время снижения МОС.

В 1 группе пациентов УО был достоверно ниже ($p < 0,05$) ($27,80 \pm 1,45$ мл), чем у больных 2 ($36,7 \pm 1,06$ мл) и 3 групп ($36,27 \pm 1,07$).

Показатели МОС (рис.) в 1 группе больных, оперированных традиционным лапароскопическим способом ($2,65 \pm 0,11$) были меньше чем у тех пациентов, у которых использована лифтинговая методика ($2,83 \pm 0,08$ л/мин и $2,94 \pm 0,08$).

Аналогичные соотношения сохранились и в показателях СИ. Начавшееся после вводного наркоза уменьшение ОПСС в 1 группе, после введения карбоксиперитонеума на 3 этапе исследования ОПСС стало увеличиваться. Механизм связан с тем, что после наложения напряженного карбоксиперитонеума, гиперкарбия вызывает стимуляцию симпатической нервной системы, проявляющуюся возрастанием уровней катехоламинов в плазме крови, которые вызывают спазм периферических сосудов.

В 1 группе пациентов мощная симпатическая импульсация, возникающая в результате раздражения рецепторного аппарата симпатического отдела вегетативной нервной системы брюшной полости под действием напряженного карбоксиперитонеума, вызвала значительное увеличение индекса вегетативной реактивности. Так ВИК возрастал с $2,78 \pm 0,59$ у.е. на 2 этапе до $8,45 \pm 2,42$ усл. ед. на 3 этапе.

Начавшее на 2-ом этапе исследования незначительное увеличение показателя ПМО₂ во всех группах, в 1-ой группе показатель увеличивался, а в 2-ой и 3-ей группе показатель ПМО₂ уменьшался. Это связано с тем, что при увеличении гиперкарбия доставка кислорода к клеткам организма уменьшалась, в том числе и к миокарду, а потребность клеток к кислороду увеличивалась. Это создавала риск у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. А в группах где отсутствовал напряженный карбоксиперитонеум, вследствие адекватной

анестезиологической защиты показатель PMO_2 уменьшался и соответствовала $109,3 \pm 2,76$ и $107,34 \pm 2,69$.

На 4-ом этапе значение ОПСС в 1-ой группе оставалась высокой, что еще раз доказывает наличия не только механических факторов при создания напряженного карбоксиперитонеума, но и влияние гуморальных факторов, так как газ в брюшной полости на данном этапе отсутствовал. Остальные показатели на 4-ом этапе незначительно отличались друг от друга.

У пациентов 1 группы продолжилось снижение ВИК: последний вошел с $-2,20 \pm 2,56$ у.е. на 4 этапе исследования до $-4,43 \pm 2,36$ у.е. на 5 этапе, тогда как во 2 и 3 группах больных изменения этого показателя были недостоверны. Потребность миокарда в кислороде на 5 этапе исследования не имела достоверных межгрупповых отличий. На 6 этапе исследования (3 сутки послеоперационного периода) достоверных различий показателей гемодинамики в изучаемых группах пациентов выявлено не было.

Выводы.

Таким образом, в результате анализа полученных данных установлено влияние карбоксиперитонеума и его составляющей - величины внутрибрюшного давления на гемодинамику пациентов. Так после наложения напряженного карбоксиперитонеума происходит увеличение СДД и ЧСС. Уменьшение УО после создания напряженного карбоксиперитонеума в группе больных, оперированных традиционным лапароскопическим способом с внутрибрюшным давлением 14 - 15 мм рт. ст. приводило к уменьшению минутного объема сердца.

Создание напряженного карбоксиперитонеума сопровождалось компенсаторным увеличением ОПСС вследствие уменьшения МОС. Происходящие изменения МОС и ОПСС связаны с вызванными КП изменениями вегетативной реактивности. Результатом происходящих под действием КП изменений вегетативной реактивности и центральной динамики является рост потребности миокарда в кислороде.

Отсутствие групповых различий в PMO_2 до и после оперативного вмешательства является подтверждением того, что рост потребности миокарда в кислороде вызван влиянием карбоксиперитонеума.

Отсутствие различий изучаемых показателей между пациентами 2 и 3 групп свидетельствует, что наложение карбоксиперитонеума с ВВД-3-6м рт.ст. не оказывает существенного влияния на гемодинамику пациентов.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. [Евсеев М.А.](#) Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // *Хирургия*. 2001. № 9. С. 30-31.
2. [Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э.](#) Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // *Хирургия*. 2005. № 6. С. 20-23.
3. [Бебуришвили А.Г.](#) Желчная гипертензия и острый холецистит // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С. Савельева. М.: Медиа. Медика, 2003. С. 198-206.
4. [Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И.](#) Желчнокаменная болезнь. М.: Видар, 2000. -165.
5. [Прудков М. И., Столин А. В., Кармацких А. Ю.](#) Экспресс-диагностика гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита. // *Хирургия*. 2005. № 5. С. 32-34
6. [Бебуришвили А. Г., Махин И. В.](#) Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложнений абдоминальной хирургии // *Эндоскопическая хирургия*. 2006, Т.12 №5, С 25-29.
7. [Шулуто А. М., Прудков М. И.](#) Отдаленные результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза. *Анналы хирургической гепатологии* 2005. Т. №3, С 44-49
8. [Винник Ю. С., Миллер С. В., Мухин С. П. и др.](#) Возможности лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. // *Эндоскопическая хирургия*, 2000, №2, с.17
9. [Галлингер Э. И., Карпенкова В. И., Амелина М. А.](#) Результаты лапароскопической холецистэктомии. // *Эндоскопическая хирургия*, 2002, №2, с.25

Daxil olub: 22.05.2009. Rəyə göndərilib: 29.05.2009.

MÜXTƏLİF ŞİDDƏTLİ FİZİKİ YÜKLƏNMƏLƏR ZAMANI SKELET ƏZƏLƏLƏRİNDƏ OKSİGENİN UDULMA KINETİKASININ TƏDQIQI

Əbiyev Q.Ş., Hacıyev Ə.M.

AMEA-nın A.İ.Qarayev ad. Fiziologiya institutu

Məlumdur ki, orqanizmin oksigen sərfi ancaq mülayim və daha aşağı şiddətli fiziki yüklənmələrdə əsil tarazlıq sürətinə çatır. Laktat həddindən yüksək şiddətlərdə oksigen sərfi ya tarazlıq sürətinə müəyyən gecikmə ilə çatır, ya da ki, işin sonuna qədər tarazlıq vəziyyətinə doğru yavaş sürətlə yüksəlir. Bu, nisbətən yüksək şiddətli işlər zamanı oksigen sərfinin kinetikasının mürəkkəbləşdiyini göstərir: mülayim şiddətli işlər üçün səviyyəvi olan sadə (monoeksponensial) tezdəyişən kinetikaya əlavə, yavaşdəyişən oksigen sərfi komponenti qoşulur (7). Oksigen sərfinin əlavə komponentinin əsasında duran fizioloji mexanizmlər hələ bu günə qədər tam aydınlaşdırılmayıb.

Əvvəlki tədqiqatlarımızda biz fiziki yüklənmələr zamanı oksigen sərfinin yavaş dəyişən komponentinin əsasında oksigenin qeyri-energetik sərfinin, yəni mitoxondrilərdə superoksid radikalları formasında enerji yaranmasından (oksidləşdiriji fosforlaşma yolundan) kənarlaşmasının durması fərziyyəsini irəli sürmüşdük (2). Bu fərziyyənin 4 müxtəlif şiddətli fiziki yüklənmə (laktat həddinə qədər və ondan sonra) zamanı oksigen sərfinin kinetikasının eksperimental və model tədqiqatları ilə əsaslandırılması həyata keçirilib (3), qanda lipid peroksidləşməsi məhsullarının dəyişmə kinetikasının öyrənilməsi əsasında oksigen sərfinin qeyri-energetik təbiəti təsdiqlənmişdir (1). İntensiv fiziki yüklənmələrdə orqanizm tərəfindən oksigen sərfinin yavaş komponentinin mənbəyi (orqan mənsubiyyəti baxımından) ilə bağlı sual aktual olaraq qalır. Təqdim olunan işdə bu mənbənin gərgin iş zamanı oksigenin əsas sərfedijisi olan skelet əzələləri ilə bağlılığı irəli sürülür və bunun tədqiqi üçün müxtəlif şiddətli iş zamanı skelet əzələlərinin oksigeni udma sürətinin qiymətləndirilməsi həyata keçirilib.

Material və metodlar. Təcrübələr 6-aylıq ağ siçovullar üzərində aparılıb. Heyvanlar ixtiyari olaraq 2 qrupa bölünüb, bunlardan biri məşq keçməmiş, digəri isə fiziki yük verilməklə məşq keçmiş heyvanlardan ibarət olmuşdur. Hər iki qrupdan olan heyvanlar yenə də iki alt qrupa bölünüb və bunlardan birinə daxil olan heyvanlar dekapitasiyadan qabaq sakitlik halında saxlanılıb, digərinə daxil olanlar isə birdəfəlik fiziki yükə məruz qalıblar. Məşq yükləri diametri 44 sm olan barabanda qaçış fiziki yüklənməsi ilə verilib. Yüklənmə gündəlik olaraq barabanın 15 m/dəq sürətlə fırlanması recimində, ilk günlər 10-20 dəq müddətində olmaqla, sonra isə 3-jü həftədən başlayaraq 30 dəq müddətində verilib. Məşq prosesi 6 həftə ərzində həftədə 5 gün olmaqla davam edib. Birdəfəlik fiziki yük 2 müxtəlif şiddətli recimə verilibdir: mülayim şiddətli iş - barabanın 15 m/dəq və submaksimal şiddətli iş – barabanın 25 m/dəq sürətlə fırlanması recimlərində. Məşq yüklərinin başa çatmasından 1 sutka sonra həm məşqsiz, həm də məşqli heyvanların yarısı sakitlik, yarısı isə 5 dəq (10 və 15 dəq) uyğun fiziki yük alandan dərhal sonra dekapitasiya edilənlər və əzələ toxumaları ayrılıbdır. *Gastrocnemius (m.gastrocnemius)* əzələsinin qırmızı və ağ hissələri uyğun olaraq oksidativ və qlikolitik lif növləri kimi tədqiq olunub. Oksigenin udulma sürəti 10%-li əzələ toxuması homogenatında (fizioloji məhlulda) Klark elektrodunun istifadəsi ilə polyarografiya üsulla öyrənilib. Oksigen udulması kinetikasının modelləşdirilməsi “Origin” kompüter proqramının (Microcal, USA) istifadəsi ilə həyata keçirilib. Təcrübə ölçmələrin müqayisəsi Stüdentin t-kriterisi əsasında aparılıb.

Nəticələr və müzakirə. Mülayim və submaksimal şiddətlərə uyğun yüklənmələrə məruz qalmış ağ siçovulların (məşqsiz və məşqli) yüklənmədən əvvəl və yüklənmənin 5, 10 və 15 dəq müddətində ağ və qırmızı əzələlərində oksigenin udulma sürətinin ölçmələrinin nəticələri jədvəldə verilib.

Məşqsiz heyvanlarda ağ əzələdə 5 dəq mülayim yüklənmədən sonra oksigenin udulma sürəti təxminən 27% artır, lakin artımın etibarlıq dərəcəsi aşağıdır ($p > 0,05$). 10 və 15 dəq yüklənmədən sonra isə artıq etibarlıq dərəcəsi $p < 0,05$ ilə xarakterizə olunan artım 30,5% və 31,1% müşahidə olunur. Submaksimal yüklənmənin təsiri altında məşqsiz heyvanlarda ağ əzələdə yüklənmənin 5 dəq başlayaraq etibarlı artım (32,1%, $p < 0,05$) nəzərə çarpır və bu artım monoton

olaraq 15 dəq yüklənmədən sonra 54,5%-ə çatır ($p < 0,01$). Submaksimal iş zamanı oksigenin udulma sürətinin maksimal dəyişməsi mülayim iş nisbətən xeyli fərqləndiyi müşahidə olunur.

Cədvəl

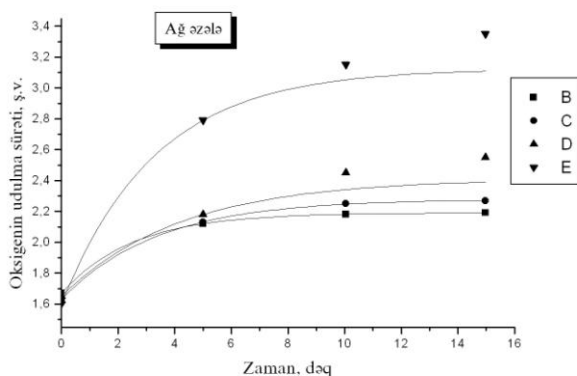
Ağ siçovulların skelet əzələlərində müxtəlif şiddətli fiziki yüklənmə zamanı oksigenin udulma sürəti, Ş.V./1 q toxuma. 1-ci sətir – mülayim iş; 2-ci sətir – submaksimal iş.

Əzələ növü	Məşqsiz heyvanlar				Məşqli heyvanlar			
	Sakitlik halı	5 dəq yükləndən sonra	10 dəq yükləndən sonra	15 dəq yükləndən sonra	Sakitlik halı	5 dəq yükləndən sonra	10 dəq yükləndən sonra	15 dəq yükləndən sonra
Ağ əzələ	1,67 ±0,11	2,12 ±0,17	2,18 ±0,17*	2,19 ±0,18*	1,63 ±0,10	2,13 ±0,16*	2,25 ±0,18*	2,27 ±0,18*
	1,65 ±0,11	2,18 ±0,16*	2,55 ±0,19*!	2,72± 0,21**!	1,60 ±0,11	2,79 ±0,18**	3,23± 0,20**!	3,61± 0,21**!
Qırm. əzələ	1,99 ±0,12	2,54 ±0,15*	2,70 ±0,18*	2,78 ±0,18*	2,12 ±0,13	2,85 ±0,16*	3,01 ±0,19**	3,06 ±0,18**
	2,03 ±0,12	2,93 ±0,18**	3,20 ±0,19**	3,65± 0,21**!	2,12 ±0,17	3,52 ±0,19**	3,84 ±0,22**	4,22± 0,21***!

*, **, *** - sakitlik halına nisbətən fərqlərin etibarlıq səviyyəsi $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$
! – monoeksponensial kinetikadan kənara çıxan qiymətlər

Məşqli heyvanlarda ağ əzələdə mülayim yüklənmənin 5, 10 və 15 dəq sonra oksigenin udulma sürəti etibarlı monoton artıma məruz qalır və sonda 39,3 % göstərir; göründüyü kimi məşqsiz heyvanlar üçün eyni şiddətli yüklənmədən fərq azdır. Lakin submaksimal şiddətli yüklənmə zamanı məşqli orqanizmdə ağ əzələdə oksigenin udulma sürətinin artımı kəskinləşir: 15 dəq yüklənmədən sonra sakitlik halına nisbətən artım 109,4% ($p < 0,01$) təşkil edir. Onu da qeyd edək ki, artıq 5 dəq yüklənmədən sonra udulma sürətinin artması yüksək olmuşdu, 82,6% ($p < 0,01$). Məşqsiz heyvanlarla eyni şiddətli işin müqayisəsində maksimal artımın təxminən 2 dəfə yüksəldiyini görürük.

Ağ əzələdə müxtəlif şiddətli yüklənmələr zamanı oksigen udulmasının kinetik göstərijilərini müqayisə etmək üçün şəkl. 1-ə diqqət yetirək. Bu şəkildə ağ əzələdə yüklənmənin 5, 10 və 15 dəq müddətlərində oksigen udulması sürətinin təjribi qiymətləri əsasında qurulmuş model (eksponensial) kinetik əyriləri göstərilmişdir.



Şəkl.1. Mülayim və submaksimal yüklənmələr zamanı ağ siçovulların skelet əzələsində (ağ əzələ) oksigenin udulma sürətinin dəyişmə kinetikasi: B və J – məşqsiz və məşqli heyvanlarda mülayim şiddətli yüklənməyə; D və E – məşqsiz və məşqli heyvanlarda submaksimal şiddətli yüklənməyə uyğundur. Kinetik əyrilər sakitlik halında və 5, 10 və 15 dəq işdən sonra əzələ toxumasında ölçülmüş oksigenin udulma sürətinin qiymətləri əsasında qurulmuş monoeksponensial modelləşdirilmə əsasında qurulub.

Mülayim yüklənmə zamanı ağ əzələdə oksigen udulmasının dəyişməsinin model kinetikasına görə qiymətləndirilən zaman sabitləri (τ) məşqsiz və məşqli orqanizmlər üçün uyğun olaraq $2,51 \pm 0,93$ və $3,39 \pm 1,25$ dəq təşkil edir. Bunların arasında fərq etibarlı deyil. Qrafikdən göründüyü kimi eksperimental nöqtələr model monoeksponensial əyrilərlə üst-üstə düşür. Modelləşdirmə submaksimal yüklənmə zamanı isə ağ əzələdə oksigen udulmasının sürətinin dəyişməsinin zaman sabitləri məşqsiz və məşqli orqanizmlərdə $4,20 \pm 1,31$ və $3,30 \pm 1,12$ dəq qiymətlərini verir. Lakin submaksimal yüklənmə zamanı mülayim yüklənmədən fərqli olaraq 10 və 15 dəq yüklənmədən sonra həm məşqsiz, həm də məşqli heyvanlar üçün oksigen udulmasının sürəti göstərilən zaman sabitləri ilə səjiyyəlonən monoeksponensial kinetikaya uyğun qiymətlərdən yüksək qiymət göstərir. Belə ki, məşqsiz orqanizm üçün 10 dəq yüklənmədə ~9% (2,34 model

kinetikaya görə), 15 dəq yüklənmədə isə ~14% (2,39) artıq sürət müşahidə olunur, məşqli orqanizm üçün bu fərqlər – uyğun olaraq 6% (3,05) və 16% (3,11) təşkil edir. Skelet əzələsində submaksimal iş zamanı monoeksponensial kinetikadan kənara çıxan oksigenin udulmasının bu qiymətlərini oksigenin udulmasının ikinci bir komponentinin əmələ gəlməsi ilə izah etmək olar. Əlbəttə, bu fərqlərin etibarlıq səviyyəsi aşağıdır ($p > 0,05$), lakin hər iki nöqtənin eyni tərəfə (çoخالma istiqamətində) olması bu yüksəkliyi tendensiya kimi qəbul etməyə və 2-ji komponentin olması ehtimalına imkan verir. Onu da qeyd edək ki, məşqli orqanizmdə bu komponentin özünü göstərməsi məşqsiz orqanizmə nisbətən bir qədər gecikir.

Qırmızı skelet əzələsində müxtəlif şiddətli yüklənmələr zamanı oksigenin udulması sürətini qiymətləndirmək üçün yenidən yuxarıdakı jədvələ müraciət edək. Məşqsiz heyvanlarda qırmızı əzələdə 5 dəq mülayim yüklənmədən sonra oksigenin udulma sürəti 27,6% artır, artım etibarlıdır: $p < 0,05$. 10 və 15 dəq yüklənmədən sonra isə etibarlıq dərəcəsi yenə də $p < 0,05$ ilə xarakterizə olunan artım 35,7% və 39,7% müşahidə olunur. Submaksimal yüklənmənin təsiri altında məşqsiz heyvanlarda ağ əzələdə yüklənmənin 5 dəq başlayaraq etibarlılığı yüksək olan artım (44,3%, $p < 0,01$) müşahidə olunur və bu artım monoton artaraq 10 dəq yüklənmədən sonra 57,6%-ə ($p < 0,01$) və 15 dəq yüklənmədən sonra isə 79,8%-ə çatır. Qırmızı əzələdə də submaksimal iş zamanı oksigenin udulma sürətinin maksimal dəyişməsi mülayim işə nisbətən xeyli, təxminən 2 dəfə çox artdığı müşahidə olunur.

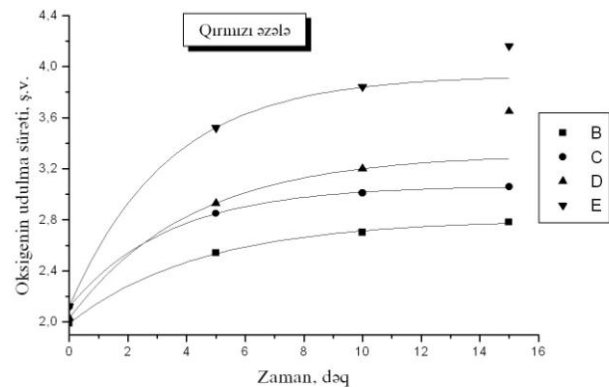
Məşqli heyvanlarda qırmızı əzələdə mülayim yüklənmənin 5, 10 və 15 dəq sonra oksigenin udulma sürəti etibarlı monoton artıma məruz qalır: 5 dəq sonra 34,4%, 10 dəq sonra 42,0% və sonda 15 dəq sonra 44,3% göstərir. Burada da məşqsiz heyvanlar üçün mülayim şiddətli yüklənmədən oksigenin udulma sürəti bir qədər çoxdursa da, fərq etibarlı deyil. Lakin submaksimal şiddətli yüklənmə zamanı məşqli orqanizmdə qırmızı əzələdə oksigenin udulma sürətinin artımı kəskinləşir: 5 dəq yüklənmədən sonra 66,0% artım ($p < 0,01$), 10 dəq sonra 81,1% ($p < 0,01$) və nəhayət, 15 dəq yüklənmədən sonra sakitlik halına nisbətən artım 96,2% ($p < 0,001$) təşkil edir.

Qırmızı əzələ üçün müxtəlif şiddətli yüklənmələr zamanı oksigen udulmasının kinetik göstərijilərinin müqayisəsi şək.2-də verilib. Bu şəkildə yüklənmənin 5, 10 və 15 dəq müddətlərində oksigen udulması sürətinin təjribi qiymətləri əsasında qurulmuş model (eksponensial) kinetik əyrləri göstərilmişdir.

Şək.2. Mülayim və submaksimal yüklənmələr zamanı ağ siçovulların skelet əzələsində (qırmızı əzələ) oksigenin udulma sürətinin dəyişmə kinetikası. İşarələr və şərtlər şək.1-dəki kimidir.

Mülayim yüklənmə zamanı qırmızı əzələdə oksigen udulmasının dəyişməsinin model kinetikasına görə qiymətləndirilən zaman sabitləri məşqsiz və məşqli orqanizmlər üçün (B və J ayrıləri) uyğun olaraq $\tau = 4,51 \pm 1,65$ və $3,42 \pm 1,49$ dəq təşkil edir. Burada da bütün eksperimental nöqtələrin, qrafikdən görüldüyü kimi, model monoeksponensial əyrlərlə üst-üstə düşdüyü məlum olur. Submaksimal yüklənmə üçün isə

modelləşdirmə qırmızı əzələdə oksigen udulmasının sürətinin dəyişməsinin zaman sabitləri məşqsiz və məşqli orqanizmlərdə uyğun olaraq $4,14 \pm 1,71$ və $3,37 \pm 1,68$ dəq qiymətlərini verir. Submaksimal yüklənmə zamanı mülayim yüklənmədən fərqli olaraq 15 dəq yüklənmədən sonra həm məşqsiz, həm də məşqli heyvanlar üçün oksigen udulmasının sürəti yuxarıda verilən zaman sabitlərinə uyğun monoeksponensial kinetikadan irəli gələn qiymətlərdən yüksək qiymət göstərir. Belə ki, məşqsiz orqanizm üçün 15 dəq yüklənmədən sonra ~11% (3,28) artıq sürət müşahidə olunur, məşqli orqanizm üçün bu fərq 8% (3,91) təşkil edir. Demək olar ki, ağ əzələdə submaksimal iş zamanı müşahidə olunan monoeksponensial kinetikadan kənara çıxma qırmızı skelet əzələsində də özünü göstərir. Lakin qırmızı əzələdə bu yalnız 15 dəq submaksimal işdən sonra meydana çıxır və demək olar ki, monoeksponensial kinetikadan yüksək oksigen udulması sürəti oksigen udulmasının 2-ji komponenti ilə bağlıdır. Qırmızı əzələ oksidativ tipli əzələ olduğundan onun antioksidant sistemi yaxşı inkişaf etmişdir, bu baxımdan ağ əzələyə nisbətən oksigenin udulmasının 2-ji komponentinin ümumi kinetikaya daha gec pay verməsi başa düşülən bir nəticədir (4,6).



Beləliklə müxtəlif şiddətli fiziki yüklənmələrdə həm ağ, həm də qırmızı skelet əzələlərində oksigen udulmasının sürətinin ölçmələri və onların kinetik analizi göstərir ki, mülayim şiddətli yüklənmə zamanı oksigen udulması monoeksponensial kinetika üzrə baş verir, yəni oksigenin udulması bir mexanizmlə, ehtimal ki, oksigenin energetik sərfi ilə təyin olunur, lakin işin şiddəti artdıqda (submaksimal şiddət) oksigenin udulması kinetikasi mürəkkəbləşir və 2-ji komponent, bizim fikrimizə, qeyri-energetik komponent üzə çıxır. Məşqli orqanizmdə məşqsiz orqanizmə nisbətən 2-ji komponentin üzə çıxması hər iki əzələ üçün bir qədər zəif və geşikən ola bilər. Sonunjunun fiziki yüklənmələrin oksidant-antioksidant balansına təsir etmək qabiliyyəti ilə bağlılığı, bizim fikrimizə, həm nəzəri, həm də təjribi bir əsasa malikdir (6), eyni zamanda bu məsələ müxtəlif xarakterli idman hərəkətlərində oksigen sərfinin tədqiqatlarda bir yanaşma kimi əhəmiyyətlidir (5).

Skelet əzələlərində oksigen udulmasının ikikomponentliyinin meydana çıxması, əlavə komponentin əsasında duran oksigenin qeyri-energetik sərfinin digər tədqiqatlarımızda özünü lipid peroksidləşməsi kimi prosesin sürətlənməsində göstərməsi nəticələrimizin yüksək şiddətli fiziki yüklənmələr zamanı orqanizmin oksigen sərfinin yavaş komponentinin təbiətinə, müxtəlif əzələ növləri üçün spesifikliyində antioksidant sisteminin roluna aydınlığın gətirilməsi üçün vacib əhəmiyyətini vurğulayır.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Hacıyev Ə.M., Əbiyev Q.Ş. İntensiv fiziki yüklənmələr zamanı orqanizmin oksigen sərfinin qeyri-energetik komponentinin tədqiqi. Bədən Təربiyəsi və İdman Akademiyasının Elmi Xəbərləri. Bakı: AzDBTİA, 2009, №1, S.73-80
2. Абиев Г.Ш., Гаджиев А.М. Выявление неэнергетической компоненты потребления кислорода организмом при физических нагрузках различной мощности / Современные проблемы и развитие физической культуры и спорта. Региональная научно-практическая конференция посвященная 60-летию факультета физической культуры Поморского государственного университета им. М.В.Ломоносова (Архангельск, 5-6 ноября 2008 г.). Архангельск: Поморский университет, 2008, С.85-86
3. Абиев Г.Ш., Гаджиев А.М. О природе медленной компоненты потребления кислорода организмом при интенсивных физических нагрузках. Вестник молодых ученых Дагестана, 2009, №2, С.170-181
4. Гаджиев А.М., Керимова А.К. Оксидативные аспекты адаптации мышц к физическим нагрузкам. Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды. Материалы I Международной научно-практической конференции, 9-11 октября 2006 г. Челябинск: Изд. ЧГПУ, 2006, с. 354-358
5. Гаибов Р.Г., Абиев Г.Ш., Алиев С.А., Керимова А.К., Гаджиев А.М. Мышечная деятельность и свободно-радикальные процессы: новые аспекты исследований. Труды 4-го международного междисциплинарного конгресса «Нейронаука для медицины и психологии», 10-20 июня 2008 г., Украина, Крым (г. Судак) М.: МАКС Пресс, 2008, с. 81-82
6. Ji L. Antioxidant enzyme response to exercise and aging. Med. Sci. Sports Exerc., 1993, v. 25, p. 225-231
7. Whipp B. The slow component of O₂ uptake kinetics during heavy exercise. Med. Sci. Sports Exerc., 1994, v.26, p.1319-1326

РЕЗЮМЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ ПОГЛОЩЕНИЯ КИСЛОРОДА В СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦАХ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ РАЗЛИЧНОЙ МОЩНОСТИ

Абиев Г.Ш., Гаджиев А.М.

Работа выполнена в рамках исследований двухкомпонентности потребления кислорода организмом при выполнении физических упражнений. Превращение кислорода в его активные формы при интенсивных физических нагрузках рассматривается как медленная компонента потребления кислорода наряду с основной, быстрой компонентой, используемой для продукции энергии. На основе измерений скорости поглощения кислорода в белой и красной скелетных мышцах у крыс, подверженных умеренной и субмаксимальной нагрузкам, компьютерного кинетического анализа показан вклад медленной компоненты потребления кислорода в кинетику процесса с увеличением мощности. Утверждается, что источником неэнергетической компоненты кислорода являются скелетные мышцы и физическая тренированность организма отодвигает начало проявления этой компоненты. Последнее может быть объяснено адаптивными изменениями в антиоксидантной системе под действием хронических (тренировочных) физических нагрузок.

SUMMARY

STUDY OF OXYGEN ABSORPTION KINETICS IN SKELETAL MUSCLES DURING PHYSICAL EXERCISE WITH DIFFERENT INTENSITIES

Abiyev G.Sh., Hajiyev A.M.

The study is performed in the frame of our idea of two-component nature of pulmonary oxygen uptake in organism during physical exercise with different intensities. Beside of oxygen consumption in mitochondrial respiratory system for energy production using the oxidized phosphorylation pathway, it is suggested second pathway of generation of reactive oxygen species which will participate in consequent free radical reactions occurred in cell components during high intensity exercises. Experimental oxygen absorption rate measurements in skeletal white and red muscles in rats exercised at moderate and submaximal intensities and model computer kinetic analysis have been conducted: it has been shown that second component of oxygen uptake may contribute to process kinetics in dependence of exercise intensity. Non-energy component of oxygen uptake is suggested to originate from skeletal muscles. Physical training of organism put off slow component manifestation onset that may be explained by adaptive changes in (skeletal muscles') antioxidant system under action of chronic exercise.

Daxil olub: 23.05.2009. Rəyə göndərilib: 30.05.2009.

ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН**Бахшалиев Б.Р., Султанов А.П., Назаров А.И.***Кафедра хирургических болезней III, АМУ.*

Диагностические ошибки у женщин, поступающих в хирургические стационары с подозрением на острый аппендицит, при наличии гинекологических заболеваний довольно часты, колеблются от 1,9 до 30% [1, 6, 13, 14, 16]. Нами проанализированы 4113 историй болезней больных, оперированных в клинике за последние 30 лет по поводу острого аппендицита. Мужчин было 1859 (45,2%), женщин – 2254 (54,8%). По нашим данным в группе женщин, оперированных по поводу острого аппендицита, были обнаружены различные гинекологические заболевания у 245 пациенток, что составило 10,8%. Распределение больных по виду гинекологических заболеваний, ставших причиной диагностических ошибок, и возрасту представлено в таблице. Наиболее частой причиной диагностических ошибок у женщин, поступивших в клинику с подозрением на острый аппендицит, были острые воспаления матки и придатков – у 87 (38,7%). У 65 больных процесс локализовался справа, у 10 – слева, а у 12 женщин был двусторонним. Чаше воспаление принималось за острый аппендицит в возрастной группе от 20 до 50 лет. Больные жаловались на боли в животе, которые у 31 локализовались в правой подвздошной области, у 19 – внизу живота, у 37 носили разлитой характер. Анализ показал, что причиной ошибочных диагнозов были: недостаточно полный сбор анамнеза, недооценка ряда клинических симптомов (постепенное формирование болевого синдрома, локализация болей преимущественно внизу живота с иррадиацией в поясницу, ложные позывы к мочеиспусканию и тенезмы, связь болей с менструальным циклом, общая слабость, адинамия, субфебрильная температура в течение нескольких предыдущих дней). Как гинекологи, так и хирурги не придавали должного значения изучению динамики пульса, анализов крови и мочи, данным бимануального и ректобимануального исследований, наличие выделений из влагалища.

Распределение больных по виду заболевания и возрасту

Послеоперационный диагноз	Возраст больных, годы							Всего больных	К общему числу больных
	До-14	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старшие 60		
Воспалительные заболевания гениталий	1	10	38	22	13	2	1	87	38,7
Внематочная беременность	-	2	13	20	1	-	-	36	16,0
Разрыв кисты яичника	2	9	14	3	3	-	-	31	13,8
Апоплексия яичника	1	8	13	2	2	-	-	26	11,6
Перекрученная киста яичника	1	3	8	7	2	1	1	23	10,2
Поликистоз яичника	-	4	5	3	2	1	1	16	7,1
Дисменорея различной этиологии	-	1	1	2	1	1	-	6	2,6
Всего	5 2,2	37 16,4	92 40,9	59 26,2	24 10,7	5 2,3	3 1,3	225 100	100

При установлении ошибочного диагноза «острый аппендицит» использовались общеизвестные симптомы: Щеткина-Блюмберга, Розвинга, Ситковского, Воскресенского и др. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита с острыми заболеваниями внутренних половых органов женщин недостаточно использовались симптомы И.А.Промтова (смещение матки кверху по оси вызывает резкую боль при воспалении гениталий), симптом Поснера (смещение матки в стороны вызывает резкую боль при воспалительных процессах, исходящих из гениталий), симптом И.П.Жендринского (усилении болей в положении стоя) свидетельствует об остром аппендиците, уменьшении болей – о сальпингоофорите.

В структуре воспалительных заболеваний чаще встречались воспаления придатков матки, сопровождавшиеся болями в нижних отделах живота, над лобком, в паховых областях, в пояснице. По данным ряда исследователей [1, 6, 13, 14, 16], установлению истинного характера патологии способствует проводимое методически правильное бимануальное исследование.

Мы поддерживаем точку зрения относительно того, что аднексит и параметрит подлежат консервативному лечению, а аппендицит и пиосальпинкс требуют оперативного вмешательства [3]. В большинстве наблюдений истинную причину болей установить трудно и здесь возможны три варианта ошибок: 1) острый аппендицит квалифицируется как воспаления придатков и проводится опасная для больного консервативная терапия; 2) острый аппендицит принимается за гинекологическое заболевание, требующего оперативного вмешательства; 3) при операции ограничиваются удалением вторично-измененного отростка без ревизии половых органов, или наоборот, не осматривается лежащий рядом с придатком и поддерживающий воспаление червеобразной отросток.

Оперативные вмешательства у 76 больных были выполнены в течение 2-3 ч. с момента госпитализации, у 11 – к концу 24-36 ч. Как правило, операции, выполненные в первые часы с момента госпитализации, делались доступом Волковича-Дьяконова, при более поздних сроках с развитием перитонита основным доступом была лапаротомия продольным разрезом. У 26 больных удалены трубы и придатки с одной стороны с явными макроскопическими признаками гнойно-некротического процесса, одномоментно у 19 больных произведена аппендэктомия, поскольку зафиксировано воспаление червеобразного отростка. Всем больным после санации брюшной полости и малого таза производилось их дренирование.

У 36 больных (16%) причиной диагностических ошибок была внематочная прервавшаяся беременность. Как правило, клиническая картина прерванной внематочной беременности, чаще трубной, сопровождалась симптомокомплексом острого внутрибрюшного кровотечения. У 26 женщин внематочная беременность протекала по типу трубного аборта, правостороннего – у 14 больных, левостороннего у 9 женщин, у 3 женщин он был двусторонним.

Все больные оперированы. У 22 больных был использован доступ Волковича-Дьяконова, который после обнаружения крови при ограниченных возможностях ревизии брюшной полости оставляли и производили срединную лапаротомию. У 14 больных операция сразу начата со срединной лапаротомии. У всех больных использован наркоз. У 17 – комбинированный внутривенный наркоз, у 19 – эндотрахеальный наркоз. Во время операции у всех больных удалены трубы (у 24 – справа, у 9 – слева, у 7 – больных кистозно-измененные яичники справа). Летальных исходов не было.

При ошибочной диагностике острого аппендицита у женщин довольно часто встречаются апоплексии и разрывы кист яичников. Кровоизлияния в ткани яичника, и незначительные кровотечения в брюшную полость при апоплексиях создают значительные сложности в диагностике острого аппендицита. Частота апоплексий яичников у женщин, поступающих в отделения экстренной хирургии, колеблется от 3,2 до 16,4% [4,7]. По нашим данным апоплексия яичников было принято за острый аппендицит у 26 больных (11,6%). У 19 больных отмечена апоплексия справа, у 7 – слева. В основном это были девушки, и молодые женщины в возрасте от 15 до 30 лет, у 18 человек апоплексия развилась в предменструальном периоде, у 8 – во время месячных. Нарушения менструального цикла до появления острых болей отмечены у 6 больных.

Все больные с апоплексией оперированы. Доступ по Волковичу-Дьяконову применен у 12 больных, по Леннандеру у – 10, срединная лапаротомия у -4. Яичник ушит у 7 больных, экономная резекция произведена 17, а-2 больным произведена овариэктомия справа и связи с гнойным расплавлением яичника. Из 26 больных с апоплексией яичника одномоментно выполнена аппендэктомия у 17. Не являясь сторонниками, так называемых попутных аппендэктомий, мы удаляли червеобразный отросток лишь при наличии воспалительных изменений или его травматизации при ревизии.

У 31 больной (138%) были обнаружены разрывы кист яичников, у 21 – справа, а у 10 – слева. В отличие от апоплексии яичника, это заболевание начиналось с остро развившихся болей в животе, общей слабости, тошноты, рвоты, были выражены симптомы раздражения брюшины. Ректовагинальное и бимануальное исследования теряли свою информативность из-за резко выраженного болевого синдрома. Все больные оперированы под общим обезболиванием. У 7 больных применен доступ по Волковичу-Дьяконову, у 9 – по Леннандеру, а у 15 – срединная лапаротомия. Из за больших размеров кист, дистрофии яичников, некроза стенок кисты 6 больным произведено овароэктомия, 4 – сальпингоэктомия, 21 больной произведено удаление кист с резекцией яичников. У 14 женщин с данной патологией обнаружены воспалительные изменения в червеобразном отростке, им выполнена аппендэктомия.

Перекрученные кисты яичников обнаружены у 23 (10,2%) женщин, поступивших в клинику с предварительным диагнозом – острый аппендицит. Клиническая картина перекрученных кист яичников характеризовалась более быстрым и резким развитием болей в животе, связанных с ишемией и некрозом перекрученной ножки кисты. Быстро нарастающие симптомы перитонита снижали диагностическую ценность и информативность гинекологических методов обследования. Недооценка данных гинекологического анамнеза, результаты осмотра гинеколога создавали предпосылки для диагностических ошибок. У 9 больных процесс локализовался слева, у 14 – справа. Все больные оперированы под общим обезболиванием, им проводилась срединная лапаротомия.

У 16 больных (7,1%) причиной установления ошибочного диагноза «острый аппендицит» послужил поликистоз обоих яичников с присоединившимся хроническим воспалением и апоплексией отдельных кист. Клиническое проявление поликистоза были стерты, установление диагноза представляло трудность, как для гинекологов, так и для хирургов.

Дисменореи различной этиологии были причиной ошибочного диагноза острого аппендицита у 6 женщин. Локализация болей в правой подвздошной области определила выбор доступа – по Волковичу-Дьяконову. Под общим обезболиванием произведена ревизия илеоцекальной области и малого таза. Червеобразный отросток не удалялся.

Анализ клинических наблюдений позволил сделать ряд выводов:

1. Наряду с широко известными симптомам и острого аппендицита (Щеткина-Блумберга, Розвинга, Ситковского, Воскресенского, Образцова и др.) необходимо шире использовать для дифференциальной диагностики с заболеваниями половых органов у

женщин симптомы Промтова, Жендринского, Поснера и др., пункцию заднего свода влагалища, лапароцентез с постановкой «шарящего катетера», лапароскопию.

2. При сомнениях в диагнозе (острый аппендицит, заболевание внутренних половых органов) целесообразен совместный осмотр больной хирургом и гинекологом, в случаях неясного диагноза больные должны госпитализироваться в хирургическое или гинекологическое отделение с обеспечением совместного динамического наблюдения.

3. При обнаружении во время операции неизмененного червеобразного отростка необходимо произвести ревизию органов малого таза для исключения наличия в нем крови или воспалительного выпота.

4. При заболеваниях внутренних половых органов у женщин удалению подлежит червеобразный отросток с признаками воспаления или непосредственно вовлеченный в гнойно-деструктивный процесс. Считать аппендэктомию при сальпингоофорите, пиосальпинксе, тазовом перитоните-лечебной мерой, а не попутным оперативным вмешательством.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Бахшалиев Б.Р. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Баку. Азернешр 1997, с. 14-17
2. Доценко А.П., Шкира В.Н. // Апоплексия яичника под маской острого аппендицита // Клиническая Хирургия. Москва 1983. №5 с. 70-72
3. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. Ленинград. Медицина. 1972, с. 250
4. Константинов В.К., Ключев .И.И. // Трудности и ошибки диагностики острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний. // Вестник хирургии. 1981 г.№1., с. 136-139
5. Подоненко-Богданова А.П. Ошибки в диагностике острых хирургических и гинекологических заболеваний. Киев. Здоровье. 1980, с. 155
6. Ротков И.Л., Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. Москва, Медицина 1988, с 126
7. Скрипниченко Д.Ф., Неотложная хирургия брюшной полости. Киев. Здоровье. 1986, с 150
8. Хохоля В.П. Острые гинекологические заболевания, диагностируемые как острый аппендицит. Клин, Хирургия, 1976. №7., с. 53-58
9. Шевчук М.Г., Геных С.Н., Хохоля В.П., Панченко С.Н. // Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии // Киев. Здоровье. 1980, с. 220

X Ü L A S Ə

QADINLARDA KƏSKİN APPENDİSİTİN DİAQNOSTİKASINDA ÇƏTİNLİKLƏR VƏ BURAXILAN SƏHVLƏR

Baxşəliyev B.R., Sultanov Ə.P., Nəzərov Ə.İ.
III Cərrahi Xəstəliklər Kafedrası, Bakı

Müəlliflər qadınlarda kəskin apendisitin diaqnozunda olan çətinlikləri və səhvləri öyrənmək üçün 4113 kəskin apendisit diaqnozu ilə əməliyyat olunmuş xəstələrin xəstəlik tarixlərini analiz etmişlər. Kişilər 1859 (45,2%), qadınlar isə 2254 (54,8%) nəfərdir. Kəskin apendisit ilə əməliyyat olunmuş qadınlardan 245 nəfər (10,8%) xəstədə ginekoloji xəstəlik aşkar olunmuşdur. Çoxsaylı ginekoloji xəstəliklər arasında ən çox diaqnostik səhvə səbəb iltihabi xəstəliklər olmuşdur. Müəlliflər səhvin səbəblərini dəqiq anamnezin toplanılmamasında, müayinə metodlarının aparılmamasında, xüsusilə də ginekoloji müayinələrin (İ.A.Promtov, İ.P.Jendrinskiy, Posner sindromlarını) müəyyən edilməsində görürlər.

S U M M A R Y

THE DIFFICULTIES AND MISDIAGNOSIS OF WOMEN WITH ACUTE APPENDICITIS

Bakhshaliyev B.R., Sultanov A.P., Nazarov A.I.
Department of Surgical Diseases III, Baku

Researches were analyzed the history of 4113 operated patients with acute appendicitis to study the difficulties and mistakes in the diagnosis of acute appendicitis in women. Among them

1859 (45.2%) were Men and 2254 (54,8%) were women. The gynecological diseases are found in 245 women operated with acute appendicitis. The inflammatory diseases were the main reason of misdiagnosis among the numerous gynecological diseases. The authors were found the of reasons mistakes in determining the gathering of non exact anamnesis, non carrying out investigational methods, especially on gynecological investigations (I.A.Promptov, I.P.Jendrinsky, Posner Syndromes)

Daxil olub: 23.04.2009. Rəyə göndərilib: 6.05.2009.

ПРОБЛЕМА ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Архмамедов А.А., Сафаров А.М.

Кафедра ортопедической стоматологии АМУ.

Современные научные концепции и интересы человечества ставят перед различными областями медицины, в том числе и стоматологией, в качестве главной цели и задачи определение сущности и новых закономерностей в возникновении и развитии различных патологических состояний организма с целью их своевременного выявления и организации необходимых лечебно-профилактических мер.

С этой точки зрения, изучение мировой и отечественной литературы за последние годы убеждает в том, что проблема диагностики, распространенности основных стоматологических заболеваний, таких как кариес и воспалительные процессы в тканях пародонта, по сей день остается нерешенной и актуальной. Основу патогенеза данных патологий чаще всего составляют как определенные местные, так и общие (патологии органов и систем организма) факторы.

Согласно данным научных исследований уже незначительные изменения в организме, под воздействием инородных, чуждых организму различных внешних воздействий, являются причиной возникновения и развития глубоких патологических изменений в тканях слизистой оболочки ротовой полости.

Развитие стоматологии способствовало появлению факторов, ухудшающих гигиеническое состояние полости рта, к таковым можно отнести ортодонтические аппараты, например, брекет-систему, фиксирующуюся на зубах с помощью специальных бондингов или металлических колец (4, 8, 9).

Высокая частота поражения твердых тканей, имеется в виду очаговая деминерализация и кариес зубов, и, в последующем, развитие воспалительных заболеваний мягких тканей (гингивит, пародонтит) обусловлена нарушением экологической ситуации в полости рта и аккумуляцией зубного налета на поверхности эмали в области фиксации интраоральных ортодонтических аппаратов. И, как следствие ухудшения естественного очищения зубочелюстной системы и неудовлетворительной гигиены полости рта, определенные нарушения процессов микроциркуляции и трофики в тканях, у лиц, пользующихся ортодонтическими конструкциями, приводят в некоторых случаях к необратимым патологическим состояниям (1, 5, 6, 7).

Таким образом, применение ортодонтических аппаратов при лечении одной из наиболее распространенных стоматологических патологий – зубочелюстных аномалий – кроме целенаправленного полезного действия, может оказать и неблагоприятное влияние на различные системы полости рта (2, 3).

Как следует из результатов научных исследований последних десяти лет, несмотря на организацию определенных форм ортодонтической помощи, разработку определенных методов лечения и профилактики, проблема, связанная, в частности, с недооценкой врачами-ортодонтами факторов риска возникновения осложнений при применении различных интраоральных конструкций остается нерешенной. Таким образом, налицо факт отсутствия комплексной ортодонтической и сопутствующей специализированной пародонтологической помощи при лечении и профилактике зубочелюстных аномалий.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Алимova P.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъемных сложных ортодонтических конструкций. Стоматология, 2004, №6, с. 63-64
2. Медведовская Н.М., Петрова Н.П., Резниченко А.В., Березин Д.Ю. Осложнения, возникающие при лечении зубочелюстных аномалий различными видами ортодонтических аппаратов. Вопросы профилактики. СПб.: V Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. С.-Петербург, 2000, с. 88.
3. Оспанова Г.Б., Гуенкова И.В., Белкина О.В., и др. Динамика состояния тканей пародонта у детей и подростков с аномалиями прикуса в процессе ортодонтического лечения. Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения. Труды ЦНИИС. М., 1991, с. 44-47.
4. Панкратова Н.В., Слабковская А.Б. Состояние пародонта в процессе ортодонтического лечения // Ортодонтия, 1999, №2, с. 22-25
5. Петрова Н.П., Жуманкулов М.С., Медведовская Н.М., и др. Изучение микрофлоры и некоторых биохимических показателей ротовой жидкости у детей и подростков, пользующихся съемными и несъемными ортодонтическими аппаратами. В кн.: Ортодонтия. Диагностика и комплексное лечение при зубочелюстных лицевых аномалиях, сочетающихся с врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка, неба. Под ред. Ф.Я.Хорошилкиной. С.-Петербург, 2001, с. 228-237.
6. Ростоккина Е.Б. Состояние гигиены полости рта у детей, находящихся на ортодонтическом лечении // Стоматология, 1979, №6, с. 38-40
7. Рузуддинов С. Влияние протезных материалов на активность ферментов смешанной слюны: Автореф. дис. канд.мед.наук. М., 1974, 19 с.
8. Paolantonio M., Forston W.M., G.di Placido, et. al., Site-specific sublingual colonization by actinobacillus actinomycetem in orthodontic patients // Am.J. Orthod. and Dentofac. Orthop., 1999, v.115, №4, p. 423-428.
9. Radlanski R.J., Jager A., Schwestka R., Bertzbach F. Plaque accumulations caused by interdental stripping // Am.J.Orthod., 1988, v.94, p. 416-420.

X Ü L A S Ə**ORTODONTİK MÜALİCƏNİN FƏSADLARI**

Arxməmmədov A.A., Səfərov A.M.

Tibb sahəsinə aid dünya və vətən ədəbiyyatın öyrənilməsi zamanı məlum olmuşdur ki, üz-çənə deformasiyaları geniş yayılmış və onların müalicəsində istifadə edilən ortodontik aparatların tətbiqi parodont toxumalarında müəyyən iltihabi və destruktiv proseslərin yaranması ilə nəticələnir. Və bu ağırlaşmalara qarşı adekvat müalicə-profilaktika tədbirlərinin işlənilib hazırlanması aktual problem olaraq qalır.

S U M M A R Y**THE COMPLICATIONS OF ORTHODONTIC TREATMENT**

Arkhmamedov A.A., Safarov A.M.

The studying of foreign medicine literature shows that the use of orthodontic appliances in the treatment of wide spread ortho-facial anomalies results in the formation of some infectious and destructive process in the periodontal tissue. And the preparation of adequate treatment – prophylactic measures against these complications stand actual.

Daxil olub: 24.04.2009. Rəyə göndərilib: 2.05.2009.

ПАЦИЕНТЫ, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ КАК ГРУППА ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С

Дадашева А.Э., Михайлов М.И.

*ГУ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов
им.М.П.Чумакова, РАМН, г.Москва.*

На современном этапе развития медицины одной из важных актуальных аспектов проблемы борьбы с распространением инфекций, вызванных вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) является решение целой группы вопросов, связанных с разработкой и совершенствованием эффективных подходов и методов предотвращения распространения этих инфекций в процессе проведения гемодиализа (ГД) - важнейшего способа лечения почечной недостаточности (ПН) [4, 8].

Эпидемиологическое значение этих инфекций у пациентов, получающих лечение посредством ГД достаточно велико. Мировой опыт свидетельствует о том, что в период применения ГД, в зависимости от регионов, стран и даже отдельных центров ГД, заболеваемость трансфузионными вирусными гепатитами (ТВГ) колеблется в широком диапазоне от 15 до 80% [5, 7, 9, 11].

С позиций эпидемиолога гемодиализные больные - одна из важных групп высокого риска инфицирования ВГВ и ВГС [1, 2, 15]. Инфицированные пациенты являются источником дальнейшего рассеяния инфекции и причиной заражения в специализированных отделениях ГД не только больных, но и медицинского персонала, а оказываясь за их пределами могут становиться причиной возникновения внутрисемейных и иных вспышек заболеваемости ТВГ [6]. С позиций нефролога инфицирование пациентов ВГВ и ВГС в процессе проведения ГД сегодня рассматривается как одно из серьезных и достаточно часто регистрируемых и занимающих лидирующее место среди других осложнений этой процедуры по влиянию на исходы лечения и жизненный прогноз больных. Наряду с этим, такие пациенты представляют немалый интерес и с точки зрения специалистов, занятых диагностикой и лечением клинически манифестных форм этих инфекций, т.е. острых и хронических гепатитов В (ГВ) и гепатитов С (ГС).

Именно последнее обстоятельство побудило нас охарактеризовать важнейшие особенности развития и течения ВГВ- и ВГС-инфекций у пациентов, подвергающихся программному ГД. Чтоб представить эти особенности, в первую очередь, следует остановиться на некоторых особенностях гомеостаза у пациентов, регулярно подвергающихся процедуре ГД.

Во-первых, имеющие показания к ГД лица, как правило, отличаются наличием у них существенных изменений метаболического гомеостаза, обусловленные, с одной стороны, ПН, азотемией и сопряженными с ней нарушениями обмена белков и электролитов, а с другой стороны, модифицирующим действием на обменные процессы самой процедуры ГД. Нарушения метаболизма белков и электролитов неизбежно негативно отражается не только на реологических свойствах крови и функционировании сердечно-сосудистой системы, но и влияет на состояние центральной и периферической нервной системы [6, 8].

Во-вторых, у этих больных регулярно уже на ранних сроках ПН выявляются признаки иммунологической недостаточности (как в гуморальном, так и в клеточном звеньях), которая развивается по типу одного из вариантов метаболической иммунодепрессии (влияние "уремических токсинов" на иммунную систему) и в свое время названный "уремическим иммунным дефектом". Иными словами, у таких пациентов формируется вторичная иммунологическая недостаточность, что позволяет считать их иммунокомпрометированными [3]. Заметим, что последнее обстоятельство делает данный контингент больных весьма подверженным к инфицированию не только ВГВ и ВГС, но и другими патогенами: имеются данные о том, что у диализных больных с хроническими ТВГ вторичные инфекции (включая сепсис) развиваются более часто и протекают более тяжело.

Иммунологическая недостаточность, в итоге, приводит к длительной персистенции вирусов в организме, превращая отделения ГД в "резервуар вирусов", в которых серьезной опасности подвергаются не только больные, но и медицинский персонал [1, 2].

Поскольку характер течения ТВГ, как и любого других инфекционных заболеваний, в общем виде определяется характером взаимодействия вируса и реакцией организма больного, которая прямо зависит от состояния его иммунной системы, логично ожидать, что развитие инфекций и клиническое течение манифестных форм ТВГ и, в первую очередь, ГВ, имеющего иммуноопосредованный патогенез, у больных с азотемией будет иметь определенные отличия от таковых у остальной популяции больных этими ТВГ [6].

Перечисленные особенности, по существу, преморбидного состояния, по отношению к ВГВ- и ВГС-инфекциям, дают вполне реальные основания считать, что находящиеся на программном ГД пациенты являют собой особую, в клиническом отношении, группу лиц с высоким риском парентерального инфицирования названными вирусами. Острый ГВ (ОГВ) начинается постепенно с преджелтушного (продромального) периода, который прослеживается лишь в половине случаев и проявляется признаками, в большей или меньшей степени, характерными для этого заболевания. Этот период продолжается 2-4 недели, причем желтуха нарастает постепенно, однако тяжесть заболевания часто не соответствует ее выраженности.

В целом для диализных больных характерно преобладание легких безжелтушных форм ОГВ, однако при одновременном инфицировании ВГВ и вирусом гепатита D может происходить утяжеление течения болезни. В редких случаях инфекция может манифестировать и в форме внепеченочных проявлений: перикардита, миокардита, плеврита, асцита, полинейропатии и др. Период разгара ОГВ длится от 3 до 40 недель. Сравнительно редко желтушные варианты могут протекать тяжело, с развитием печеночной недостаточности и даже энцефалопатии. Длительность желтушного периода колеблется от 2-4 недель до 2 месяцев.

В периоде выздоровления желтуха постепенно ослабевает, нормализуются размеры печени, селезенки, кал и моча приобретают нормальную окраску (кризис болезни). Выздоровление также может затягиваться и иметь волнообразный характер, но в большинстве случаев полную нормализацию клинических и лабораторных показателей отмечают не позднее 6 месяцев от начала заболевания - только по истечении этого срока можно говорить об исходе ОГВ у них. Иначе говоря, временной интервал в 6 месяцев, обычно достаточный для констатации выздоровления или хронизации заболевания, у диализных больных увеличивается до 12 месяцев. Особенности течения хронического ГВ в условиях применения ГД изучены недостаточно полно, однако известно, что у диализных пациентов желтушные формы заболевания регистрируются реже по сравнению с общей популяцией больных этим заболеванием. Инфицирование ВГС больных с ПН, наряду с безжелтушными, может приводить к развитию и желтушных форм острого ГС (отмечаемых не чаще, чем в четверти случаев), для которых характерно менее агрессивное течение, по сравнению с острым ГВ.

В этих случаях инкубация длится в среднем 38-45 дней, а продрома, если проявляется: то может продолжаться от 1 до 30 дней, в среднем составляя около 10 дней. Желтушный период характеризуется волнообразным течением, однако колебания уровней гипераминотрансфераземии и гипербилирубинемии, далеко не всегда коррелируют с клиническими проявлениями. Клиническое течение ГС и морфологические изменения печени, а также отдаленный прогноз заболевания у больных с ПН, мало отличается от таковых в общей популяции больных ГС.

Таким образом, можно видеть, что ГВ и ГС у пациентов отделений ГД отличаются малосимптомным течением: тяжелые и осложненные формы наблюдаются в несколько раз реже, чем у "обычных" больных ТВГ. Заболевания протекают, в основном, в легкой или стертой форме и чаще приобретают хроническое течение. При этом активная репродукция вирусов наблюдается длительно, но не всегда сопровождается клиническими проявлениями или биохимическими изменениями. Все это существенно затрудняет их своевременную клиническую диагностику и объективную оценку активности инфекционного процесса. Этот факт не оставляет сомнений в необходимости тщательного постоянного контроля за показателями функционального состояния печени и специфических маркеров вирусных гепатитов у диализных больных. Надо отметить, что особенностью ГВ у диализных больных принято считать то, что активность сывороточных аминотрансфераз у них, в среднем, ниже

чем у "обычных" больных ГВ и, как правило, превышает 2-3 норм, хотя причины этого явления не вполне ясны. Возможно, что это связано с дефицитом пиридоксина, обусловленным самой процедурой ГД, а также с влиянием "уремических токсинов". Кроме того, не исключено, что в основе этого явления лежит ослабление, на фоне иммунодефицита, интенсивности иммунозависимой деструкции гепатоцитов. В меньшей степени аналогичная особенность выявлена и при ГС [13]. В связи с этой особенностью для скрининга активности гепатитов у пациентов в условиях применения ГД еще 10 лет назад были даже предложены пересмотренные нормативы для верхних границ нормы активности АлАТ и АсАТ - любое, даже незначительное или однократное превышение этих границ должно расцениваться как заболевание острым или обострение хронического вирусного гепатита.

Отмеченные выше и некоторые другие особенности течения этих заболеваний требуют индивидуального подхода к оценке состояния больного. Следует шире применять дополнительные (инструментальные) методы обследования - ультразвуковую диагностику, сцинтиграфию, по показаниям - пункционную биопсию печени.

Кроме того, очевидно особое место высокоинформативных методов диагностики вирусных инфекций, в частности полимеразной цепной реакции, которые в большей мере, чем в общей популяции, становятся арбитражными методами. В основе такого подхода лежит то, что свойственное больным с азотемией нарушение иммунитета, усугубляющееся на фоне ВГВ- и, в меньшей степени, ВГС-инфекций, приводит к отсроченной продукции "диагностических" антител и, тем самым снижает их информативность [13].

Стратегия и тактика лечения клинически манифестных форм ВГВ- и ВГС-инфекций у больных, подвергающихся ГД, также имеют некоторые особенности. Как известно, применяемые с этой целью препараты альфа-интерферона (ИФН), не только тормозят репродукцию вирусов, но и стимулируют процессы презентации их антигенов на мембранах гепатоцитов в комплексе с пептидами HLA I класса, что усиливает лизис инфицированных гепатоцитов цитотоксическими лимфоцитами. Кроме того, применение препаратов ИФН, даже при отсутствии отчетливого противовирусного эффекта, замедляет в печени процессы фиброобразования и склерозирования [6]. Однако, применение этих препаратов регулярно сопровождается развитием разнообразных дозозависимых побочных эффектов, частота и выраженность которых у больных с азотемией могут ощутимо увеличиваться. Поэтому, проходящие ГД больные в процессе лечения должны находиться под тщательным клинико-лабораторным мониторингом [13]. Применение же рибавирина у таких больных может приводить к более частому проявлению характерных для этого препарата побочных эффектов. Поэтому, проводя такое лечение необходимо более внимательно наблюдать за картиной периферической крови [10, 14].

Завершая обсуждение данного вопроса, можно с определенностью утверждать, что ТВГ у пациентов, находящихся на программном ГД и сегодня все еще остаются весьма серьезной проблемой, решение которой возможно лишь на основе результатов дальнейшего углубленного исследования патологической физиологии развития этих процессов на фоне тех изменений структурно-метаболического гомеостаза, которые формируются под воздействием самой процедуры ГД на важнейшие функции систем жизнеобеспечения организма.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Значение трансфузионных вирусных гепатитов в контингентах неинфекционных больных, отличающихся высоким риском инфицирования. - В кн.: Гепатиты В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. Тез. докл. 5-й Российской научно-практической конференции. М., 2003, с.74-75;
2. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Особенности распространения трансфузионных вирусных гепатитов в контингенте больных, отличающихся высоким риском инфицирования. - Биомедицина, 2005, N.4, с.43-45;
3. Дадашева А.Э., Михайлов М.И., Мамедов М.К. Аспекты клинического значения иммунокомпрометации лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С. - Биомедицина, 2009, N.4, с.18-20;
4. Ермоленко В.М. Хроническая почечная недостаточность.- В кн.: Нефрология: Руководство для врачей. Под ред. И.Е.Тареевой. М.: Медицина, 2000, с.596-657;
5. Зубкин М.Л. Вирусные гепатиты. Особенности в условиях заместительной терапии хронической почечной недостаточности.- Нефрология и диализ, 1999, N.1, с.27-34;
6. Исмаилов Х.И., З.В.Гасанова Э.В., Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные гепатиты и гемодиализ. - Биомедицина, 2005, N.4, с.4-10.

7. Михайлов М.И., Попова О.Е., Дадашева А.Э. Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С среди больных, находящихся на программном гемодиализе. - Здоровье (Баку), 2005, N.4, с.47-49;
8. Николаев А.Ю., Милованов Ю.С. Лечение почечной недостаточности. М: МИА, 1999;
9. Шведов А.К., Лобзин Ю.В., Жданов К.В. и др. Вирусные гепатиты у больных на диализе. Пособие для врачей. С.Пб, 2001, 56 с;
10. Dadasheva A., Mamedov M., Akmedbeili K. Thymosin-alpha-1 (Zadaxin) and peginterferon-alpha-2a (Pegasys) in the treatment of chronic viral hepatitis C patients.-In: Abstr. Liver diseases: advanced in treatment and prevention. Freiburg, 2003, p.52;
11. Girndt M., Kohler H. Hepatitis B Virus Infection Hemodialysis Patients.- Seminars in Nephrology, 2002, N.4, p.340-350;
12. Ismailov H., Dadasheva A. Complete recovering of chronic hepatitis B patients undergone hemodialysis after treatment with Roferon-A. - Azerbaijan J.oncology, 2002, v.1, p.132;
13. Ismailov H., Gadimaliyev F. Serological markers of viral hepatitis B and C and increasing activity of some liver enzymes among patients underwent hemodialysis. - Ibid., 2001, N.2, p.90;
14. Ismailov H., Gasanova Z. Spreading of hepatitis B and C infections among patients undergone programmed hemodialysis in Baku.- Azerb. J. Oncology, 2005, N.2, p. 131;
15. Svara F, Urbanek P, Sulkova S. Viral hepatitis of patients in a regular haemodialysis programme Review. - Pol. Arch. Med., 2004, v.112, p.953-959.

SUMMARY

PATIENTS UNDERGONE PROGRAMMED HEMODIALYSIS AS A GROUP OF IMMUNOCOMPROMISED PERSON WITH HIGH RISK OF PARENTERAL CONTAMINATION WITH HEPATITIS A AND B VIRUSES

Dadasheva A.E., Mikhailov M.I.

The paper is devoted discussion of clinical aspects of problem of viral hepatitis B and C among patients with failing renal function who underwent hemodialysis in specialized unit.

The authors demonstrate main specificities of these infections development and clinical course of hepatitis B and C among these patients and noted important significance of their studying.

Daxil olub: 29.05.2009. Rəyə göndərilib: 5.06.2009.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Имамова Л.Э., Бахшалиев А.Б.

НИИ Кардиологии им. Акад. Дж.Абдуллаева

Климактерический период (КП) – физиологический период в жизни женщины, характеризующийся обратным развитием - инволюцией половой системы, происходящим на фоне общих возрастных изменений. Согласно определению номенклатурного комитета Международной Федерации Гинекологии и Акушерства (МФГА) (1990), климакс - это период жизни, в течение которого женщина постепенно переходит от репродуктивного периода в нерепродуктивный (2).

В последние годы отмечается огромный интерес к проблеме КП. Почему проблема «климактерия» актуальна в настоящее время?

- Во-первых, прогрессивно увеличивается количество женщин старше 45 лет. Полвека назад в индустриальных странах средняя продолжительность жизни женщины составляла не более 50 лет. Сегодня 5% мировой популяции составляют женщины в возрасте 50 лет и старше. Стремительный рост числа людей старших возрастных групп вследствие увеличения продолжительности жизни человека и преобладание в них женской популяции как в странах Европы, так и во всем мире, обуславливают актуальность проблемы менопаузы. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2015 году 46% женщин планеты будет составлять возрастная группа старше 45 лет, то есть в менопаузе будет находиться практически половина всего женского населения.

- Во-вторых, у 50-60% из них наблюдаются симптомы патологического климакса (по большому счету, каждая женщина, вступившая в климактерический период, испытывает дискомфорт).

- В-третьих, именно на этом этапе снижается трудоспособность и качество жизни женщины. С увеличением продолжительности жизни особое медико-социальное значение приобретают аспекты, которые определяют качество жизни женщин этого возраста. Менопаузальный возраст, как правило, является возрастом наибольшей социальной активности женщины, накопившей определенный жизненный и творческий опыт, который она с пользой может отдавать обществу. Но именно в этом возрастном периоде в женском организме происходят изменения, отрицательно влияющие на качество жизни.

- В-четвертых, потеря эстрогенов, которая наблюдается в климактерии у женщин ведет за собой рост заболеваний, связанных с угасанием функций яичников(4).

Установлено, что эстрогены оказывают многостороннее влияние на обменные процессы и соответственно на функции различных органов и систем.

Соответственно, в последние десятилетия вопросам диагностики и лечения климактерических нарушений уделяется большое внимание.

Для детального рассмотрения данного периода в жизни женщины необходимо уточнить его терминологию. По времени этот период растянут до 10-ти и более лет.

1) Переход к менопаузе (menopausal transition) в течение длительного времени называли пременопаузой, то есть периодом подготовки организма женщины к прекращению менструальной функции (МФ), начинающийся с появления первых симптомов климактерия и заканчивающийся последней менструацией(7). Начинается с 45-47лет и продолжается до наступления менопаузы;

2) Менопауза- прекращение менструации на фоне угасания функциональной активности яичников. Этот период определяется ретроспективно при отсутствии спонтанных менструаций в течении 12 месяцев. По Номенклатуре КМФГА, менопауза – время последней менструации(16). Примерно у 50% женщин менопауза наступает в возрасте 45-50лет; у 25% после 50лет; у 25% ранее 45лет. Средний возраст менопаузы составляет 51,3года.

3) Перименопаузальный период – включает период с момента появления первых клинических, эндокринных, биологических симптомов менопаузы и два года после последней менструации;

4) Постменопаузальный период- начинается после менопаузы и заканчивается в 65-69 лет.

Таким образом, весь КП включает пременопаузу, менопаузу и следующие после нее 5-6лет постменопаузы.

Наступление КП у женщины связано с функциональными изменениями в системе гипоталамус – гипофиз - яичники и выражается в постепенном прекращении менструаций с последующим почти полным угасанием гормональной активности яичников(2,4). Это означает гормональную перестройку организма женщины, когда яичники перестают реагировать на гормоны, вырабатываемые гипофизом. В большинстве случаев организм женщины постепенно приспосабливается к новым условиям, и менопауза наступает незаметно, без резких нарушений состояния женщины. Единственным признаком наступления климакса в таких случаях является изменение, а затем прекращение менструаций. Такое течение климакса называется физиологическим.

При физиологическом течении перименопаузального периода происходит постепенное уменьшение функции яичников, которая клинически характеризуется наступлением менопаузы. Менопауза характеризуется закономерными инволюционными процессами, происходящими в женском организме, особенно в репродуктивной системе. Термин "менопауза" берет начало из первой книги, посвященной данной проблеме, написанной Gardanne в 1812г. Однако E.Tilt первым связал менопаузу и ее признаки с инволютивными изменениями в яичниках. По современным представлениям, в основе инволюции репродуктивной системы лежит возрастная гормональная перестройка в гипоталамо-гипофизарной структуре головного мозга, влекущая за собой необратимые изменения циклической функции гипофиза и, как следствие, изменения в циклической функции яичников.

При патологическом течении КП у части женщин наблюдается климактерический синдром. Климактерический синдром (КС)- комплекс вегетативно-сосудистых, нервно-психических и обменно-эндокринных расстройств, возникающих у женщин вследствие

гормональной перестройки организма. Развитие КС обусловлено резким снижением секреции эстрогенов и повышением уровня гонадотропинов(4). КС - мультифакторное заболевание, в развитии которого играет роль наследственная предрасположенность, факторы внешней среды, резкое снижение функции яичников, развивающееся на фоне нарушений взаимосвязи между подбугорной областью, гипофизом, корой большого мозга и подкорковой областью и соматическая патология.

При климаксе соматические заболевания обостряются, и климактерический синдром на фоне соматического заболевания характеризуется более тяжелым течением, нередко с атипичными проявлениями(2). Кроме того, в развитии патологического климакса большое значение имеет состояние внутренних органов женщины до появления климактерических изменений менструального цикла. Климактерический синдром наблюдается примерно у 60% женщин 45-50 лет.

К началу КП происходит "накопление повреждений", связанное с перенесенными заболеваниями, стрессовыми ситуациями, оперативными вмешательствами, а также с особенностями современного образа жизни. Высокая частота, большая интенсивность и продолжительность воздействия неблагоприятных факторов на фоне возрастной перестройки организма обуславливают снижение уровня "ресурсов здоровья", являясь только пусковым звеном в проявлении уже имеющейся патологии.

Одна из наиболее серьезных проблем, с которой часто сталкиваются врачи различных специальностей – это женщины, вступающие в период менопаузы с уже существующими различными соматическими заболеваниями. Особенности клиники КС обусловлены сочетанием с другими заболеваниями переходного возраста. Так, многие женщины подходят к периоду менопаузы с имеющимися заболеваниями эндокринной системы. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются наиболее распространенной эндокринной патологией, особенно у женщин старше 45 лет. При этом часто их манифестация приходится именно на перименопаузальный период(1,15).

В норме щитовидная железа (ЩЖ) продуцирует два гормона – Т3 (трийодтиронин) и Т4 (тироксин). Хорошо известно, что тиреоидным гормонам принадлежит существенная роль в регуляции разнообразных физиологических и клеточных функций. Эти гормоны регулируют процессы обмена жиров, белков, углеводов, функцию ССС, ЖКТ, психическую и половую деятельность. В свою очередь, интенсивность выработки этих гормонов регулируется тиреостимулирующим гормоном гипофиза ТТГ. Особенно высока роль тиреоидных гормонов в период физиологической гормональной перестройки. Это связано с тем, что с наступлением менопаузы снимается стимулирующее влияние эстрогенов на ЩЖ (1,19). Каковы же особенности климактерия у женщин с ЩЖ?

У женщин в КП нередко отмечается маскировка симптомов менопаузы и основного эндокринологического заболевания. В частности, симптомы, характерные для гипотиреоза, встречаются у 90-100% женщин в пери- и постменопаузе(3,17). С другой стороны, если женщина перименопаузального возраста жалуется на приливы, потливость, сердцебиение, эмоциональную лабильность, врач, скорее всего, отнесет это состояние к вазомоторным проявлениям КС.

Однако не стоит забывать, что эти же симптомы отмечаются при диффузном токсическом зобе. Помимо сходства клинической симптоматики, у женщин данной возрастной группы нередко отмечается стертая клиническая картина заболевания. К примеру, у пациенток с тиреотоксикозом возможно отсутствие зоба, тахикардии и типичного для этого заболевания экзофтальма.

У женщин с гипотиреозом наблюдаются субклинические формы заболевания(3,5). Указанные особенности снижают возможность своевременной постановки правильного диагноза и назначения адекватного лечения. Таким образом, большая вероятность развития патологии ЩЖ и сходство симптомов диктуют необходимость исследования функции и структуры ЩЖ у женщин в климактерии.

Важно отметить, что для эндокринных заболеваний в климактерическом периоде характерно взаимоотягощение проявлений основного заболевания и осложнение течения климактерия(12). У женщин, страдающих гипотиреозом в климактерическом периоде, происходит усугубление нарушений обмена липидов, быстрое прогрессирование атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний(17). В то время как для женщин данного возраста с тиреотоксикозом более характерны психологические нарушения и реже кардиологические проблемы. Данные проблемы наиболее выражены у пациенток с

декомпенсированной функцией ЩЖ. Для многих эндокринопатий, в том числе и ЗЩЖ, характерно раннее наступление менопаузы. При этом установлена четкая зависимость между возрастом начала заболевания и возрастом наступления менопаузы. В данном случае ранняя менопауза может быть следствием непосредственного влияния дисфункции ЩЖ на функционирование фолликулярного аппарата яичников(12).

Таким образом, подводя итог можно сделать следующие выводы:

1) Наступление менопаузы меняет типичную клиническую симптоматику эндокринопатий, что затрудняет их своевременную диагностику

2) Менопауза усугубляет проявления эндокринных заболеваний и приводит к развитию тяжелых осложнений, в частности ССЗ.

Многообразие клинических проявлений климактерических нарушений детерминировано расположением эстрогенных рецепторов во всех органах и системах, поэтому дефицит эстрогенов ведет к развитию КС, эндокринной, сосудистой патологии и др(7,13). Среди жалоб, предъявляемых больными с КС, особое место принадлежит сердечно-сосудистым симптомам(4). Частота сердечно-сосудистых заболеваний в репродуктивном возрасте составляет 8%, а в климактерическом 53%. В климактерическом периоде риск ИБС повышается в 3раза, а смертность от этой патологии составляет 50%(7,8).

Изучение влияния патологии ЩЖ на течение заболеваний сердечно-сосудистой системы также представляет особый интерес в связи с частой встречаемостью этих заболеваний. Наиболее важным органом – мишенью при нарушениях функции ЩЖ является сердце (15). У больных с дисфункцией ЩЖ электрофизиологические свойства миокарда, состояние внутрисердечной гемодинамики изучены недостаточно, что приводит к различиям в тактике ведения таких пациентов, и, как следствие, они порой становятся »футбольным мячом» между кардиологом и эндокринологом. Изменения, развивающиеся в сердечно-сосудистой системе при дисфункции ЩЖ, являются результатом как прямого действия тиреоидных гормонов на миокард, так и косвенного влияния, опосредованного через гемодинамические нарушения. Гормоны щитовидной железы реализуют свои эффекты на уровне кардиомиоцитов, эндотелиоцитов, а так же путем увеличения потребности тканей, в том числе и миокарда, в кислороде.

Механизмы влияния тиреоидных гормонов на сердечно-сосудистую систему многофакторны(10,11):

1)воздействие на уровне генома

2)негеномное, прямое влияние на миокард, включающее в себя воздействие на мембраны, саркоплазматический ретикулум и митохондрии

3)воздействие на периферическую циркуляцию.

Изменения, развивающиеся в сердечно-сосудистой системе под воздействием тиреоидных гормонов, могут быть следствием прямого их связывания с рецепторами кардиомиоцитов и опосредованного влияния через активацию симпатической нервной системы или через изменение периферического кровообращения, влияющего на пред- и постнагрузку сердца.

Прямое действие тиреоидных гормонов на кардиомиоциты осуществляется с помощью нуклеарных и экстрануклеарных механизмов. Первый заключается в связывании тиреоидных гормонов со специфическими рецепторами ядра кардиомиоцита. Экстрануклеарный механизм действия тиреоидных гормонов осуществляется без участия ядерных рецепторов и регулирует транспорт аминокислот, глюкозы, катионов через плазматическую мембрану клетки. Помимо прямого действия на миокард тиреоидные гормоны оказывают и не прямое влияние через автономную нервную систему.

Известно, что нарушение функции щитовидной железы имеет определенное значение в происхождении и течении ССЗ. Наиболее часто патология тиреоидной системы сопровождается синдромом гипер- или гипотиреоза(11,15).

Тиреотоксикоз – достаточно распространенный клинический синдром, обусловленный действием на организм избытка тиреоидных гормонов. Частота его встречаемости достигает 3% у женщин(19,20). Ведущими симптомами в клинической картине тиреотоксикоза у женщин в КП являются нарушения ритма, которые часто приводят к утрате трудоспособности(9,10,18). Нередко именно они диктуют тактику ведения этих больных и определяют прогноз заболевания.

Среди основных видов нарушений ритма у женщин менопаузального возраста с тиреотоксикозом выделяют тахикардию. Особенностью тиреотоксической тахикардии

является ее сохранение во время сна, в покое. Второе место занимает мерцательная аритмия (ФП/ТП) и предсердная экстрасистолия. Частота возникновения мерцательной аритмии связана с возрастом женщин, видом повышенного тиреоидного гормона и характером морфологического нарушения структуры ЩЖ.

В начале своего проявления ФП носит пароксизмальный или персистирующий характер, а по мере развития заболевания приобретает постоянный характер(8). Пониженная активность ЩЖ - гипотиреоз не заболевание как таковое, а состояние организма с низким уровнем гормонов ЩЖ (17,18).

Характерными нарушениями ритма являются синусовая брадикардия, наджелудочковые эктопические ритмы. Нередко отмечаются нарушения проводимости (внутрипредсердной и синоатриальной). Нарушения ритма в группе больных с гипотиреозом отличаются отсутствием утреннего подъема и значимым повышением в вечерние периоды. При гипотиреозе возрастает частота нарушений ритма в ночные часы.

Таким образом, аритмии ухудшают качество жизни таких больных, и может быть основным поводом для обращения к врачу. Детальный анализ литературы показал, что функциональная активность ЩЖ и сердца в период выключения функции яичников изучено недостаточно и остается предметом научных исследований до настоящего времени.

В связи с этим возникает необходимость дальнейших исследований состояния липидного спектра, показателей центральной гемодинамики, гормонов ЩЖ. Так же выявлено, что до настоящего времени в нашей стране не проводилось как эпидемиологических исследований по изучению данного вопроса, так и крупномасштабных программ по отработке тактики лечения подобного контингента больных в условиях сложившейся амбулаторной практики.

Таким образом, изучение влияния недостаточности функции ЩЖ на сердечно-сосудистую систему позволит проводить профилактику развития сердечно-сосудистых осложнений и более аргументированно выбирать метод ведения больных. Медицина не в состоянии предотвратить возрастные изменения женского организма, но справиться с проблемами, характерными для этого периода она в состоянии.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Браверман Л.И. Болезни щитовидной железы.М.,2000
- 2.Сметник В.П., Кулаков В.И. Руководство по климактерию. М.:МИА, 2001.-685с.
- 3.Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз (руководство для врачей) М.,2002
- 4.Сметник В.П. Защитное влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему. Consmed (экстравыпуск) 2002; 3-6
- 5.Стрижова Н.В., Мельниченко Г.А. Функциональное состояние щитовидной железы у больных с патологией эндометрия в пременопаузе. Акушерство и гинекология.2002;5:24-8
- 6.Аметов А.С., Коншева М.Ю., Лукьянова И.В. Сердечно-сосудистая система при тиреотоксикозе //Consilium medicus.- 2003.-Том3.- №11 - с.1-6.
- 7.Подзолкова Н.М., Подзолков В.И., Можарова Л.Г., Хомицкая Ю.В. Гормональный континуум женского здоровья: эволюция сердечно-сосудистого риска от менархе до менопаузы. Сердце.2004. Т.3 №6 с.276
- 8.Шапошник О.Д. Климакс и сердечно-сосудистые заболевания. Учебное пособие для врачей. Челябинск, 2005.
- 9.Быстрова Т.В., Трошина Е.А., Абдулхабирова Ф.М. Состояние сердечно-сосудистой системы при субклиническом тиреотоксикозе // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – Том 1.- №3.- 5с.
- 10.Зубкова С.Т., Тронько Н.Д. Сердце при эндокринных заболеваниях. -Киев; Библиотека практикующего врача, 2006. – 200с.
- 11.Петунина Н.А. К вопросу о состоянии сердечно-сосудистой системы при нарушениях функции щитовидной железы // Международный эндокринологический журнал. 2007. – 4(10). с.97-102.
- 12.Зайдиева Я.З. Особенности течения климактерия у женщин с эндокринными заболеваниями. -2007. – Том 15. №11
13. Сметник В.П., Ильина Л.М. Особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин и роль половых гормонов (обзор лит.) Проблемы репродукции. 2008. №2 с 80-87.
14. Чазова И.Е., Сметник В.П., Балан В.Е., Зайдиева Я.З., Майчук Е.Ю., Мычка В.Б., Кириченко А.А.,Подзолков В.И.,Подзолкова Н.М., Юрепева С.В. и др. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в пери- и постменопаузе: консенсус российских кардиологов и гинекологов. Проблемы репродукции. 2008 №5 с 79-87.
- 15.Беркетова Т.Ю. Особенности течения и терапии заболеваний щитовидной железы у женщин в пери- и постменопаузальном периоде. Фарматека. 2009№3 с.24-31
- 16.Burger H.G.// Menopause (Biology and Pathobiology) / Eds.: R.A.Lobo, J.Kelsey, R.Marcus. – 2000. – P. 147-155

17. Bongers – Schokking JJ, Koot HM, Wiersma D et al. Influence of timing and dose of thyroid replacement on development in infants with congenital hypothyroidism J. Pediatr. 2000; 136: 292-7
18. Corvilain B, van Sande J, Dumont JE, Vassart G. Somatic and germline mutations of the TSH receptor and thyroid diseases. Clin Endocrinol. 2001; 55: 143-58.
19. Fisher DA. Thyroid disorder. In: Principles and Practice of Medical Genetics/ Rimoïn D.L., Connor J.M., Pyerits R.E., Korf B.R., Eds . London: Churchill Livingstone, 2002; 2 183-202.
20. Atsma F., Bartelink ML.EL., Grobbee D.E. et al. Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease. a meta- analysis. Menopause 2006; 13: 265-79.

S U M M A R Y

FUNCTIONAL CONDITION OF THYROID GLAND AND HEART OF WOMEN IN CLIMACTERIC PERIOD

Imamova L.E., Baxshaliyev A.B.

The learning of reciprocal functional condition of thyroid gland and heart of women in climacteric period is still as sign of scientific investigation for our days. Many of investigations is noted the changes of thyroid status in climacteric period. It caused with the diagnostic best of ache of thyroid gland. This form is about of some modern mechanism this function of thyroid gland for development and wonderful movement of hardly-vascular ache. It is offered to do investigation in future to learn about pour in breach of function of thyroid gland on function of position of heart. Timely diagnosis and the therapy of the ache of thyroid gland and heart may be prevent and relieve the stream of demonstrative process it is good for life and may be its prognosis.

Daxil olub: 19.03.2009. Rəyə göndərilib: 26.03.2009.

QADINLARDA HİPERANDROGEN HALLARA DİAQNOSTİK YANAŞMA

**Şahpələngov Ə.Ş., Hüseynova G.K., Hüseynova L.Ə., Qarayeva K.Q.,
Aslanova Ü.K., Namazov F.D., Əzimova G.A.**

Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu.

Qadınlarda hiperandrogeniya kliniki olaraq özünü əsasən hirsutizmlə - terminal tüklərin həddindən artıq çox və kişi tipli inkişafı ilə biruzə verir. Hiperandrogeniyanın ən əsas səbəbi polikistoz dəyişikli yumurtalıqlardır. İndiyədək bu patologiyanın yumurtalıqların polikistoz sindromu adlandırılmasında ümumi rəyi gəlinmədiyinə baxmayaraq çox vaxt ABŞ-da yumurtalıqların polikistozuna həsr olunmuş konfransda qəbul olunan kriteriyalar götürülür.

YPKS diaqnozunun qoyulması üçün ən azı 2 kriteriya mövcud olmasıdır:

1. aybaşının müntəzəm olmaması

2. hiperandrogeniyanın kliniki əlamətləri

- hirsutizm (Ferriman-Qolvey şkalası ilə 8 baldan yuxarı), akne, kişi tipli saçtökülmə – biokimyəvi göstəricilər – androgenlərin qanda yüksək səviyyəsi.

Bu kriteriyalara əsasən YPKS diaqnozunun qoyulmasında yumurtalıqların morfologiyasının qiymətləndirilməsi üçün ultrasəs müayinəsi vacib deyil. Bu onunla əlaqəlidir ki, yumurtalıqların polikistoz dəyişikliyinə xəstəlik kimi deyil, simptom kimi baxılır.

Amma, YPKS həsr edilmiş 2003-cü il Rotterdam simpoziumunda qəbul olunan konsensusa əsasən, yumurtalıqların ölçüləri və strukturunun ultrasəs müayinəsinə eyni hüquqlu diaqnostik kriteriya verildi. Bu kriteriyalara əsasən YPKS ümumi qadın

populyasiyasında 4-7% tezliyi ilə rast gəlinir. YPKS idiopatik hirsutizmdən fərqi odur ki, hirsutizm zamanı aybaşı pozğunluğu qeyd edilmir.

İdiopatik hirsutizmdə ovulyasiya saxlanılıb, hirsutizm isə androgenlərin normal, yaxud normadan bir qədər çox olduğu halda 5- α -reduktazanın fəallığının artıq olması ilə əlaqəlidir. Yuxarıda deyildiyi kimi, YPKS diaqnozunun qoyulması üçün USM ilə yumurtalıqlarda polikistozun müşahidə edilməsi kifayət deyil. Polikistozlu o yumurtalıq sayılır ki, USM-də hər yumurtalıqda 8 və ya çox follikul tapılır və onların ölçüləri 2 mm-dən 8 mm-dək, yumurtalığın mərkəzi stroması böyümüşdür. YPKS olan qadınların 80-100%-da həqiqətən yumurtalıqların polikistozu varsa, idiopatik hirsutizm və digər patologiyalarda, hansılardakı androgenlərin səviyyəsi yüksək olur, yumurtalıqların polikistozuna rast gələ bilər.

Beləliklə, yumurtalıqların polikistozu tək YPKS üçün spesifik deyil. Ümumi sağlam sayılan qadın populyasiyasında 20% qadında yumurtalıqların polikistozu vardır.

YPKS olan qadınlarda xroniki anovulyasiya olmasına baxmayaraq, bəzən spontan ovulyasiya və mayalanma da rast gəlir.

Beləliklə 95% hallarda hiperandrogeniyanın səbəbi YPKS və idiopatik hirsutizmdir. Hiperandrogeniyanın digər səbəbləri - hiperprolaktinemiya, bəzi androgen effektiv dərmanlar, yumurtalıqların, yaxud böyrəküstü vəzlərin şişidir.

Düzgün diaqnoz qoyulmasında bu səbəblərin inkar edilməsi vacib rol oynayır.

Hirsutizm olan qadınlarda testosteron, prolaktin, dehidroepiandrosteron sulfat (DHEA-S) hormonlarını n, nadir hallarda isə digər hormonların yoxlanılması vacib yer tutur.

Bununla belə bilmək lazımdır ki, DHEA-S bütövlükdə böyrəküstü vəzlərdən əmələ gəlir, testosteron isə əsasən yumurtalıqlarda ifraz olunur.

Hirsutizm olan qadınlarda qanda ümumi testosteronun, yaxud testosteronun azad fraksiyasının öyrənilməsi androgenlərin hasilatının səviyyəsini göstərir. Ümumi testosteronun öyrənilməsi həm ucuzdur, həm də yaxşı standartlaşdırılıb.

Ümumi testosteronun səviyyəsi 150 nq/dl (5,2 nmd/l) artıq olması yumurtalıq və böyrəküstü vəzlərin şişini inkar edir. Androgenlərin səviyyəsi artıq olan qadınlarda azad testosteronun miqdarı ümumi testosteronun miqdarına nisbətən qeyri proporsional çoxdur.

Bu onunla əlaqəlidir ki, androgenlərin çoxluğu qaraciyərdə cinsi hormonları birləşdirici zülalın əmələ gəlməsini azaldır. Hiperprolaktinemiya olan qadınlarda hiperandrogeniyanın minimal səviyyəsində menstrual dəyişikliklər daha çox olur.

Diaqnostikaya qanda prolaktinin səviyyəsinin təyini kömək edir. Prolaktinin təyini ona görə vacibdir ki, hirsutizm və qeyri-müntəzəm aybaşı olan xəstələrdə hiperprolaktinemiya hipotalamus və hipofiz xəstəlikləri və şişləri ilə əlaqədar ola bilər. Onun üçün prolaktinin səviyyəsi yüksək olan xəstələrdə hipotalamo-hipofizar sahənin şəklinin çəkilməsi vacibdir. DHEA-S hormonunun yoxlanılması sürətlə inkişaf edən hirsutizm, yaxud virilizasi-yaya məruz qalan qadınlarda böyrəküstü vəzlərin şişinin diaqnostikasında kömək edə bilər. Cavan qadında onun səviyyəsi 500 nq/dl (13,6 mkm/l) artıq olması böyrəküstü vəzin şişinin olmasından şübhələnməyə əsas verir.

YPKS olan qadınlarda insulinrezistentliyin qiymətləndirilməsi müayinə planına daxil olunmalıdır. Bu insulinin səviyyəsinin acqarına yaxud şəkər yükün sınağından sonra təyini, qlukozaya tolerantlıq testi ola bilər. Normada sınaqdan 2 saat sonra qanda qlukozanın səviyyəsi 140 nq/dl, tolerantlıq azaldıqda 140-199 nq/ql olur. Bu göstəricilərin 200 nq/dl artıq olması II tip şəkərli diabet diaqnozunu təsdiqləyir.

Əlavə hormonal müayinələri etsradiol, follikulstimuledici hormon, lüteinləşdirici hormonların yoxlanılması və onların bir-birinə nisbətinin ayrılması daxil edilir.

YPKS olan qadınlarda adətən LH səviyyəsi yüksək, FSH səviyyəsi isə normal, yaxud normadan aşağı olur. Yaxın vaxtlaradək YPKS diaqnozu əsasın LH/FSH səviyyəsinin dəyişməsi əsasında qoyulurdu.

Lakin müasir tədqiqatların nəticəsi göstərir ki, LH hasilatı pulsasiya xarakterlidir və YPKS olan qadınlarda onun səviyyəsi LH təyini pulsasiyanın aşağı nöqtəsində aparıldığı zaman normal ola bilər.

Diaqnostik yanaşmanın əsasları aşağıdakılardır:

1) Hirsutizm səviyyəsi ailə üzvlərinin hirsutizmindən fərqlənməyən, aybaşı tsikli müntəzəm və ovulyator olan qadınların laborator müayinələrə ehtiyacı yoxdur.

2) Aybaşı tsikli qeyri-müntəzəm olan, orta səviyyəli hirsut qadınlarda qanda testosteron və prolaktin yoxlanılmalıdır.

3) Aybaşı tsikli qeyri-müntəzəm olan, hirsutizmi sürətlə inkişaf edən və virilizasiyaya məruz qalan qadınlarda DHEA-S yoxlanılmalıdır

4) USM – hiperandrojeniyanın differensial diaqnostikasının aparılmasında vacib rol oynayır.

5) Kompüter tomoqrafiya və maqnit rezonans tomoqrafiya böyrəküstü vəzlərin şişinə, hipofizin şişinə şübhə olduqda göstərişdir.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Jukova N.P., Zangko S.N. «Proqnozirovanie reproduktivnoqo zdorovgə jenhin» Vitebks 2003, 162 s.
2. Kulakov V.İ. «Struktura jenskoqo besplodiə i proqnoz vosstanovleniə reproduktivnoy funküii pri ispolğzovanii sovremennix gndoskopiçeskix metodov». Problemi reproduküii; № 3, 2001
3. Kulakov V.İ. «Besplodny brak» 2005, s. 355
4. Çernuxa Q.E. «Sovremennie predstavleniə o sindrome polikistoznix əiçnikov» - Consilium – Medikum. Prilojenie, Tom 04, № 8, 2002
5. Dunaif A. Endocrinol Metab. Clin North Am. 1999, 28, 341-59

Daxil olub: 25.12.2008. Rəyə göndərilib: 8.01.2009.

ПСИХО - ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Магалов Ш.И., Халилова Д.М.

Кафедра неврологии и медицинской генетики АМУ.

Эпилепсия – это хроническое заболевание, длящееся годами, а иногда, сопровождающее больного на протяжении всей его жизни. Наличие припадков, ожидание и страх перед ними, необходимость постоянного приобретения и приема подчас дорогостоящих препаратов, зависимость от окружающих, целый ряд трудовых и социальных ограничений- все это приводит к развитию у больных эпилепсией чувства неполноценности, неуверенности в собственных силах, снижению их социальной активности и не оставляют им шанса самостоятельно справиться с возникшими психологическими проблемами. Жизнь больного условно делится на два периода: до и после «Эпилепсии».

Создавшаяся психотравмирующая ситуация не может не отразиться на эмоциональном состоянии пациента.

Однако, как правило, врачи при лечении эпилепсии не принимают во внимание психо - эмоциональные изменения больного, считая их не главными в терапии данного заболевания, отдавая предпочтение медикаментозной терапии самих приступов. Хотя оттого насколько эффективны используемые врачом и больным методы преодоления психологического и эмоционального пресса, зависят и перспектива адаптации к болезни и лечению, и успешность реабилитации.

В последнее десятилетие в современной литературе наблюдается тенденция к отрицанию специфических личностных изменений при этом заболевании (Frsher, 1998 Tsopelas и Saintfort (2001 г.), известных ранее как термин “эпилептоидная личность”, и рекомендуются в случае появления психических расстройств у больного с припадками,

рассматривать их как психопатологические феномены, проявляющиеся как в рамках пароксизмов, так и в межприступном периоде.

Наиболее частым компонентом таких феноменов являются депрессия. Ее частота при эпилепсии достигает, по данным разных авторов, 22-44% (1,2,3) и возникает она независимо от формы болезни (3,5,6), хотя есть данные о том, что вероятность развития депрессии выше при височной эпилепсии (5,7).

Важность своевременного выявления и лечения депрессии и тревоги при эпилепсии связана со многими факторами, в частности с тем, что они:

- - снижают адаптационные возможности больного;
- - ухудшают течение или провоцируют припадок;
- - повышают риск осложнений и летальность;
- - нарушают социальное функционирование больного (в семье, коллективе);
- - снижают качество жизни;
- - повышают риск суицида;
- - могут вести к снижению социального статуса и потере работы; --- увеличивают риск инвалидизации (3,5,6).

В связи с этим в данной работе нами были изучены психопатологические изменения у 168 больных эпилепсией, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в неврологическом отделении КМЦ г. Баку.

Изучение тревоги и депрессии проводилось при помощи теста Zigmond. Со времени предложения этой методики в 1983 году, она продемонстрировала высокую валидность, надежность и возможность ее применения в широкой клинической практике (1,2, 5). Установлено, что психологическое состояние больных эпилепсией связано с тяжестью и частотой приступов, возрастом начала и продолжительностью заболевания, типами приступов, принимаемого противоэпилептического препарата и условиями их жизни.

Для выявления зависимости степени тревожности и депрессии от тяжести припадков, обследованные больные были разделены на 4 группы по шкале NHS3.

Таблица №1

Разделение больных по тяжести приступов по шкале NHS3

Группы больных	Количество больных
1- группа (длительная ремиссия)	18
2- группа (редкие легкие припадки)	27
3-группа(сложные парциальные п приступы со вторичной генерализацией)	75
4-группа: а) тяжелые генерализованные б) полиморфные	29 19

Как видно из таблицы №2, в первой и во вторых группах уровень депрессии и тревоги невысок, так как у больных этих групп на момент исследования либо отмечалась длительная ремиссия (первая группа), либо приступы были редкими и легкими (вторая группа).

Таблица №2

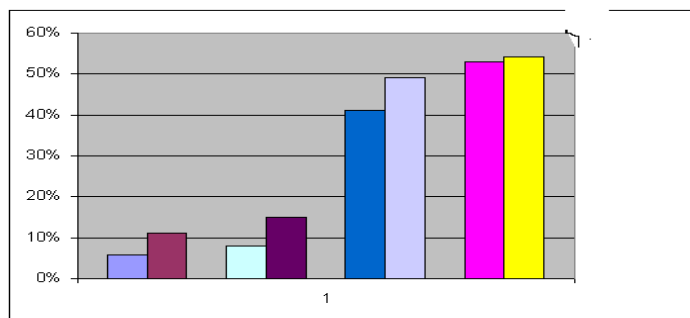
Показатели депрессии и тревоги по группам .

В то же время в 3 и 4 группах выявляется очень высокий уровень депрессии и тревоги, что объясняется, очевидно, увеличением тяжести припадков в последних 2-х группах. А близость показателей в 3-ей и 4-ой группах, очевидно связана

группы	депрессия	тревога	Депрессия и тревога
I	5,8%	11,11%	12,1%
II	7,41%	14,81%	16,8%
III	41,33%	49,33%	29,33%
IV	52,08%	54,17%	39,58%

с почти одинаковой тяжестью и течением заболевания. Таким образом, можно утверждать, что показатели уровня депрессии и тревоги нарастают прямо пропорционально тяжести припадка. Такое утверждение не противоречит литературным данным.

График уровня тревоги и депрессии по группам.

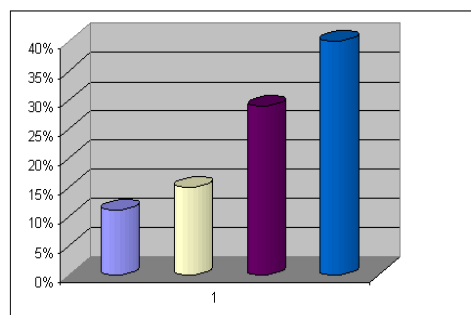


В то же время полученные нами показатели несколько отличаются от литературных. Так, в результатах Baker et al (2005) использовавших в своих исследованиях тест Zigmond, уровень депрессии равнялся 25%, а тревоги – 39%. Разница значений, очевидно, связана с тем, что Baker et al, не делили

больных на группы по тяжести заболевания и их данные носят более обобщенный, т.е. усредненный характер.

В исследованиях же Smith et al (2002), проведенных у лиц, страдающих тяжелой резистентной формой эпилепсии уровень депрессии составил всего лишь 15%, а тревоги – 33%. Их данные отличаются от наших показателей, однако необходимо отметить, что Smith et al, в своих исследованиях использовали другие опросники. Кроме того, в исследование были вовлечены больные иной социальной группы и защищенности, а также менталитета со свойственным им отношением к заболеванию. А столь высокий уровень депрессии у больных эпилепсией в Азербайджане, по нашему мнению, может быть связан с отсутствием должной медицинской помощи этой категории пациентов, недоступностью необходимых для лечения препаратов, недостаточной и несовершенной системой социальной реабилитации, а также неинформированностью больных и их родственников о приступах и мерах борьбы с ними.

График нарастания показателей тревоги и депрессии одновременно по группам



Обобщая, следует отметить, что вне зависимости от выбранного метода оценки, выраженность тревоги и депрессии снижается с уменьшением тяжести приступов. Существует также мнение, что высокий уровень депрессии отрицательно влияет на динамику заболевания и может сам по себе способствовать возникновению приступа (15,16,17). При исследовании зависимости выраженности депрессии и тревоги у больных эпилепсией от различных факторов нами была выявлена их корреляция с возрастом и полом больного, с длительностью заболевания и наличием стойкой ремиссии или, наоборот, резистентностью к терапии.

Так, согласно нашим данным, в каждой из 4-х групп больных уровень депрессии и тревожности значительно выше у женщин.

Возможно, это связано с большей склонностью со стороны женщин отягощать свое состояние, а также с более высоким уровнем тревожности свойственным им в сравнении с мужчинами.(20,21).

Кроме того, у женщин, страдающих эпилепсией, наблюдаются зависящие от пола особенности заболевания, затрудняющие его течение. Они имеют меньше шансов вступить в брак и сохранить его, чаще страдают бесплодием, у них повышен риск рождения детей с врожденными аномалиями и задержкой умственного и физического развития. В свою очередь, это приводит к тому, что девочки и женщины с эпилепсией больше страдают депрессией и хуже оценивают качество своей жизни, чем их сверстники мужского пола (22,23). В нашем исследовании из 104 больных, достигших брачного возраста только 17

вступили в брак (16,35%), шестеро их которых составляли женщины. У всех шестерых брак распался по причине заболевания. А до вступления брак они вынуждены были скрыть от будущих мужей факт заболевания.

Таблица №3.

Показатели депрессии и тревоги у лиц мужского и женского пола.

группы	Тревога		Депрессия	
	муж	жен	муж	жен
группа	4 ± 0,98	,26±1,21	12±0,35	,46±0,34
группа	58 ±1,46	,13±1,27	14±0,67	27± 1.91
группа	28± 1,31	,67± 1,56	57±1,46	,93± 1,22
группа	,9±1,65	,78±1,53	,23± 1,78	,43±1,56

Нами также выявлена также корреляция уровня депрессии с возрастом больных : у лиц моложе 20 лет (72,4%) чаще встречалась легкая депрессия, а у пациентов старше 20 лет (28,6%) - умеренная или выраженная депрессия. Такую

тенденцию можно объяснить тем, что чем старше больные, тем больше отмечается у них присоединение различных соматических заболеваний, растет продолжительность заболевания, уменьшается их социальная активность, а вместе с ней снижается финансовый доход.

Все эти факторы однозначно ухудшают психоэмоциональное состояние пожилых больных (А. Kramer, К. Perrine at al.1998). В то же время в литературе имеются и прямо противоположные мнения о том, что пожилые пациенты с большой длительностью заболевания демонстрируют более низкие показатели тревоги и депрессии. Вероятно, это связано с привыканием больных к своему состоянию и меньшим воздействием заболевания на социальные аспекты их жизни (10,11,12.13). Существенно влияла на депрессивное состояние больных эпилепсией и длительность заболевания. Известно, что любая болезнь сопряжена с ограничением личной свободы, формированием зависимости, которая при длительном течении заболевания может стать стабильной личностной характеристикой.

Возможно этим можно объяснить более выраженный депрессивный фон у больных с большим сроком заболевания. Так, у наблюдаемых нами больных, умеренный и высокий уровень депрессии наблюдался у лиц, страдающих эпилепсией свыше пяти лет (101 пациент (60,11%)), что очевидно связано как с социальными проблемами, с которыми сталкиваются больные, так и с отсутствием клинического эффекта от проводимого лечения.

И хотя современные исследования показали, что полный контроль над припадками достигается у 70-75% пациентов, а при неизлечимой эпилепсии наступают ремиссии в значительном проценте случаев (24-28), больные психологически не готовы к принятию того факта, что эпилепсию можно вылечить, а это, в свою очередь, приводит к недоверию врачам и назначаемым ими лечению. А многие пациенты и вовсе отвергают АЭП, считая нецелесообразным их длительный прием.

Особую тревогу у них вызывают те побочные эффекты (седация, снижение памяти, восприятия, дефицит внимания, риск бесплодия или рождения нездорового ребенка, влияние препаратов на внутренние органы), которые они оказывают (18,19). Чаще всего это возникает при политерапии эпилепсии или приеме старых препаратов (например, барбитуратов) по экономическим соображениям. Так, 7 больных (4,17%) в нашем наблюдении принимали АЭП только при приступах, отказываясь от них в межиктальном периоде, мотивируя это чрезмерной седацией и убеждением о негативном влиянии препаратов на внутренние органы.

Новые же препараты (депакин, ламотриджин, топирамат, кепра) характеризуются меньшим побочным действием и большей эффективностью в терапии приступов. Однако такие препараты не всегда доступны больным ввиду их дороговизны. Так, 37 больных (22,02%) в нашем наблюдении отметили, что нарушали режим приема препаратов ввиду отсутствия средств на их приобретение.

Итак, в основе возникновения депрессии и тревоги при эпилепсии играют роль разные причины, но наибольшее значение имеют сами припадки и побочные эффекты ПЭП, а также пессимистические установки, связанные с ложным представлением о неизлечимости заболевания.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что все больные эпилепсией, в той или иной степени страдают депрессивно-тревожными изменениями, степень выраженности которых зависит от успешности проводимой терапии как самих приступов, так психопатологических изменений, сопровождающих больного на пути возможного выздоровления.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATUQA – REFERENCES:

1. Blumer D., Montouris G., Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* 1995; 7: 445—456.
2. Edeh J., Toone B., Corney R. Epilepsy, psychiatric morbidity, and social dysfunction in general practice. Comparison between hospital clinic patients and clinic non-attenders. *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol* 1990; 3: 180—192.
3. Schmitz B. Depressive disorders in epilepsy. In: *Seizures, affective disorders and anticonvulsant drugs*. M. Trimble, B. Schmitz (Eds.). UK 2002; 19—34.
5. Kirshner H. Behavioral neurology. Practical science of mind and brain. Boston 2002; 474.
6. Robertson M., Trimble M. Depressive illness in patients with epilepsy: a review. *Epilepsia* 1983; 24: Suppl 2: 109—116.
7. MacDonald B. The prognosis of epilepsy. *Seizure*. 2001; 10;5: 347-358
8. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2001. - 256 с.
9. Trimble M. Psychosomatic aspects of epilepsy. *Adv Psychosomatic Medicine Basel* 1985; 13: 133—150.
10. Scharfetter C. *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart 2002; 363
11. Reynolds E. H. Early treatment and prognosis of epilepsy//*Epilepsiya*.-1987.- Vol.28.-p. 97-106.
12. Robins L.N., Helser J.E., Weissman M.M., et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites//*Arch. Gen. Psychiatry*1984.-Vol.41. – P. 949-958.
13. Scambler G., Hopkins A. Generating a model of epileptic stigma : the role qualitative analysis. *Soc Sci. Med* 1990, p 1187-1194.
14. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale . *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol.67. P.361-370
15. Kanner AM, Barry JJ. The impact of mood disorders in neurological diseases: should neurologists be concerned? *Epilepsy Behav* 2003;4(suppl 3):3-13.
16. Cramer JA, Blum D, Reed M, Fanning K; Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4:515-21.
17. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments. *Pharmacoeconomics* 2002;20:1039-59.
18. Baulac M, Arzimanoglou A, Semah F, Cavalcanti D. [Therapeutic options provided by new antiepileptic drugs]. *Rev Neurol (Paris)* 1997;155:21-33.
19. Sackellares Ch J, Kwong JW, Vuong A, et al. Lamotrigine monotherapy improves health-related quality of life in epilepsy: a double-blind comparison with valproate. *Epilepsy Behav* 2002;3:376-82.
20. Myers J.K., Weissman M.N, Tischler G.L., et al. Six- month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982// *Arch. Gen. Psychiatry* .-1984.- Vol. 41.-p. 959-967.
21. Robins L.N., Helser J.E. Weissman M.N, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites // *Arch. Gen. Psychiatry*.-1984.- Vol. 41-p.949-958.
22. Raty LK, Wilde Larsson BM, Soderfeldt BA. Health-related quality of life in youth: a comparison between adolescents and young adults with uncomplicated epilepsy and healthy controls. *Adolesc Health* 2003;33:252-58.
23. Gilliam F. The impact of epilepsy on subjective health status. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2003;3:357-62.
24. Collaborative group for the study of epilepsy. Prognosis of epilepsy in newly referred patients: A multicenter prospective study of the effects of monotherapy on the long-term course of epilepsy. /*Epilepsia* 1992; 33; 45-51
25. Braathen G., Theorell K. A general hospital population of childhood epilepsy./ *Acta Paediatr* 1995 Oct;84(10):1143-6
26. Shorvon S.D. The epidemiology and treatment of chronic and refractory epilepsy./ *Epilepsia* 1996;37 Suppl 2:S1-S3
27. Camfield P.R., Camfield C.S., Gordon K., et al. If a first antiepileptic drug fails to control a child's epilepsy, what are the chances of success with the next drug?// *J Pediatr* 1997 Dec;131(6):821-4
28. Cockerell O.C., Johnson A.L., Sander J.W., Shorvon S.D. Prognosis of epilepsy: a review and further analysis of the first nine years of the British National General Practice Study of Epilepsy, a prospective population-based study.//*Epilepsia* 1997 Jan;38(1):31-46.

X Ü L A S Ə

EPILEPSİYALI XƏSTƏLƏRİN PSIXO-EMOSİONAL DƏYİŞKİKLƏRİ.

Mahalov Ş.İ., Xəlilova D.M.

Bu işdə Azərbaycanda epilepsiyalı xəstələrin Ziqmond testi əsasında psixo-emosional dəyişiklikləri öyrənilmişdir. 168 xəstə NHS3 şkalası ilə 4 qrupa bölünmüşdür. I-ci qrupda depressiya – 5,8%; həyacan – 11,11%;

II-ci qrupda depressiya-7,4%; Həyacan- 14,81%; III-cü qrupda depressiya 41,33%; həyacan- 49,33%; IV-cü qrupda depressiya - 52,08%; həyacan- 54,17% təşkil etmişdir. Qadın xəstələrdə (53 xəstə - 31,55%) depressiya və həyacan kişilərə nisbətən 30-35% artıq olmuşdur. Beş ildən artıq epilepsiyadan əziyyət cəkən 101 pasiyentdə (60,11%) orta və ağır dərəcəli depressiya və həyacan aşqarlanmışdır. AEP-ni uzunmüddətli qəbulu depressiyanın və həyacanın artmasına səbəb olur. 7 xəstə (4,17%) preparatları tək tutma zamanı qəbul etdiklərini göstərmişlər.

S U M M A R Y

PSYCHO-EMOTIONAL CHANGES IN PATIENTS WITH EPILEPSY.

Magalov Sh.I., Khalilova D.M.,

In this work according to Zigmond test were studied psycho-emotional changes in patients with epilepsy in Azerbaijan. 168 patients are divided to 4 groups by NHS3 scale. Percentage of depression and anxiety in different groups were as follows:

1 – st group – depression 5,8%; anxiety 11,11% 2 –nd group - depression 7,4%; anxiety 14,81% 3rd group - depression 41,33 %; anxiety 49,33% 4- group - depression 52,08 %; anxiety 54,17%. In females (53 patients – 31,55%) depression and anxiety were higher than in males for 30-35%. In 101 patients suffered from epilepsy for more than 5 years (60,11%) moderate and severe depression, and anxiety were revealed. Long-term treatment with antiepileptic medications (AEM) caused in increase of depression and anxiety. 7 patients (4,17%) were noted that they take AEM yust during the seizure.

Daxil olub: 8.04.2009. Rəyə göndərilib: 15.04.2009.