

ISSN 2073-265

Jurnal 2006- ci ildən təsis
olunmuşdur.

**AZƏRBAYCAN
TƏBƏVƏTİNİN MÜASİR
NAİLİYYƏTLƏRİ**

**The modern achievements
of Azerbaijan medicine**

**Современные достижения
азербайджанской медицины**

Jurnalın redaksiyası:
Bakı 1122, Şərif-zadə,
196.
Tel: 4346210
4345247
Email:
piraiiyevayegana@mail.ru
ISSN 2073-2651

Rüblük elmi- praktik jurnal

Квартальный научно – практический журнал

№1 / 2011

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri

Nəşr edən:

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası**

Baş redaktor:
M.Q. Məmmədov

Redaksiya kollegiyası:

R.M. Ağayev (baş redaktorun müavini),
A.E. Dadaşova, H.H. Qabulov, P.S., Məmmədov,
R.M. Novruzov, Y.U. Pirəliyeva,
R.A. Pirverdiyeva (məsul katib)
F.X. Saidova

Redaksiya heyəti:

B.A. Ağayev	F.Ə. Quliyev
M.O. Bünyadov	M.O. Məsimov
Ç.A. Əlizadə	M.M. Məmmədov
E.M. Əliyeva	R.N. Məmmədhəsənov
A.B. Hacıyev	Ə.V. Musayev
N.M. Hüseynov	S.K. Musayev
N.M. Kamilova	G.N. Nəsrullayeva
Q.S. Qarayev	Ç.R. Rəhimov
Z.Ö. Qarayev	O.S. Seyidbəyov
E.M. Qasımov	R.K. Şirəliyeva
H.Ə. Qədirova	V.G. Verdiyev

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

NEONATAL SARIQLARIN DIFFERENTIAL DIAQNOSTIKASINDA HÜCEYRƏNİN ENERGETIK MÜBADİLƏSİNİN ÖYRƏNİLMƏSİNİN ƏHƏMIYYƏTİ

N.C. Quliyev, L.F. Əliyeva
K.Y. Fərecova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya institutu, Bakı

Hazırda yenidoğulma dövrünün ən aktual problemlərindən biri neonatal sariqlardır [1]. Neonatal sariqlar 65-70% yenidoğulanlarda aşkar olunur və rast gəlmə tezliyinə görə MSS-nin perinatal zədələnmələrindən sonra başlıca yerlərdən birini tutur. Lakin problemin aktuallığı tek rastgelme tezliyi ilə deyil, həm də onun ağır nəticələri ilə xarakterizə olununur [2]. Sarıqların səbəbleri müxtəlifdir. Müəyyən edilmişdir ki, 60% hiperbilirubinemiyaar qaraciyerin fermentativ yetkisizliyi fonunda yaranan konyuqasion sariqların payına düşür, yenidoğulanın hemolitik xəstəliyi- 0,6%, kefalohematoma zamanı sariq- 0,2-0,3% təşkil edir. Bundan əlavə, sariq yenidoğulanlarda ana südü ilə qidalandırılma zamanı 10-30% hallarda, polisitemiya zamanı isə 2-5% hallarda müşahidə edilir. Neonatal sariqlar həm də qaraciyerin parenximasının zədələnməsi, xolestaz, irsi xromosom və bir sıra digər xəstəliklərin təzahürü kimi də meydana çıxa biler. Sarığın patogenetik məxanizmlərindən asılı olaraq bu zaman qanda düz və ya qeyri-düz bilirubinin artması müşahidə olunur. Konyuqasion hiperbilirubinemiyaar çox zaman fizioloji sariq kimi qiymətləndirilsə də, sonradan, xüsusən vaxtından əvvəl və morfolofsional yetkin olmayan uşaqlarda qeyri-düz bilirubinin qanda patoloji toplanmasına getirib çıxara biler. Qeyd edilənlərin əsas səbəbi isə hamile qadınların sağlamlıq vəziyyəti, onların infeksion və somatik xəstəlikləri, hamilelik və doğuş patologiyaları, erken və gec həstozlar və s. neticesində inkişaf edən fetoplasentar çatmamazlıqdır [3].

Son 10 ilde neonatal sariqların rastgelme tezliyi 6 dəfə artmışdır ki, bu da problemin aktuallığını bir daha sübut edir [4]. Qeyri-düz bilirubin lipotrop maddədir və qanda yüksək konsentrasiyada toplandıqda daha çox baş beynin qabiqaltı strukturlarına toksik təsir göstərir. Bu da gelecekde yenidoğulanlarda bilirubin ensefalopatiyasının inkişafına və bunun neticesi olaraq letallığın artmasına və əlliyyə getirib çıxarı [5]. Qeyri-düz bilirubin həm də böyrəklərə, qaraciyərə, medealtı vəziyə, ürəyə və digər üzvlərə toksik təsir göstərərək, poliorqan zədələnmələrinə səbəb olur. Bütün qeyd edilənlər organizmdə turşu-qəlevi balansını dəyişərək, turş mübadilə məhsullarının qanda toplanmasına və metabolik asidoza səbəb olur. Qaraciyerin zədələnməsi isə yenidoğulma dövründə funksional imkanları onsuz da zəif olan bu ilzvin fealiyyətini daha da inəhdudlaşdırır. Proses dərininədikcə isə qanın reoloji xüsusiyyətləri də pozulur, bu isə özünü i və ii hemorragik sindromlarla biruzə verərək, xəstənin vəziyyətini daha da ağırlaşdırır [6]. Yuxarıda göstərilənlər neonatal sariqlar probleminin yenidən baxılması və daha dərindən öyrənilmesinin vacibliyini bir daha təsdiq edir.

V.A. Tabolin (1997) yenidoğulanlarda hiperbilirubinemiyaaya həsr edilmiş elmi-tədqiqat işlərini yekunlaşdıraraq göstərmişdir ki, qanda qeyri-düz bilirubinin 10-12 mg% (171- 205.2 mkmol/l) konsentrasiyasında beyn hüceyrlərinin oksigenlə təchizatı keşkin azalır [7]. Bu netice eksperimental işlərlə də təsdiq edilmişdir. Belə ki, eksperimental işlərlə müəyyən olunmuşdur ki, qeyri-düz bilirubin hüceyre səviyyəsində tənəffüsde iştirak edən kofaktörələr birləşdirərək, həmin sintezini tormozlayır, beyn və qaraciyer mitokondrilərində fosforlaşma proseslərini və ümumilikdə hüceyrenin enerji təchizatını pozur [8].

M. Kaplan, C.Hammerman, R. Feldman (2000) [9], E. Atay, A. Bozaykut və İlke O. İpek (2005) [10], F. Eghbalian, A. R. Monsef (2007) [11], M. Zarkeş, M. Jafroodi, T. Rostamy (2009) [12], neonatal hiperbilirubinemiyaar zamanı qan zərdabında anadangəlme qlükoza-6-fosfatdehidrogenazanın (G-6-FDH) defisitini öyrənmişlər. Belə neticeyə gəlinmişdir ki, G-6-

FDH-nin defisiti nüvə sənliği ilə nəticələnə bilən ağır qeyri-düz hiperbilirubinemiya sebəb olan ferment defektidir.

D.K. Stevenson, A.A. Fanaroff, M.J. Maisels və b; H. Okuyama, M. Yonetani, H. Nakamura və b. (2001) vaxtında və vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlarda həyatlarının ilk 7 gündə hiperbilirubinemiyən proqnozlaşdırmaq məqsədilə nefəsvermə zamanı karbon monooksidi (CO) həm tək ölçü vahidi kimi, həm də ümumi zərdab bilirubini ilə birgə təyin etmişlər. Melum olmuşdur ki, hər iki müayinənin həyatın ilk 36 saatı ərzində birgə aparılması zamanı yenidöğulanlarda bilirubinin produksiyasının artmasını (hemoliz) və ya eliminasiyasının azalmasını (konyuqasiya defektlerini) proqnozlaşdırmaq olar [13,14].

V.P. Bulatov, I.Ş. Trofimova, A.L. Storojev, S.I. Daminova (2002) müxtəlif mənşəli sənliqlər zamanı yenidöğulanlarda qan zərdabında və göbək qanında γ -glutamitranspeptidaza (γ -GT) və 5-nukleotidazanın aktivliyini öyrənmişlər. Müayinə zamanı hər iki fermentin aktivliyi konyuqasion sənliqli və hemolitik xəstəliyi olan yenidöğulanlarda daha çox artlığı müəyyən edilmişdir [15].

Jian She Wang, Nancy Tan, Anil Thawan (2006) idiopatik neonatal hepatitli uşaqlarda qarına- γ -glutamitransferazanın (γ -GGT) konsentrasiyasını təyin etmişlər. Bundan əlavə aspartat aminotransferaza (ASAT), alkalin fosfotaza (ALF) və ümumi bilirubinin de konsentrasiyası yoxlanılmışdır. Nəticədə, γ -GGT-nin konsentrasiyasının normal və ya aşağı həddində ASAT, ALF və bilirubinin ehəmiyyətli dərəcədə artlığı müəyyən olunmuşdur. Beləliklə, belə nəticəyə gəlinmişdir ki, idiopatik neonatal hepatitli uşaqlarda γ -GGT-nin konsentrasiyasının normal və ya aşağı həddə olması ağır, lakin bərpa olunan çox sayılı pozğunluqları proqnozlaşdırmağa imkan yaradır [16].

Davutoglu M., Guler E., Olgar S., Kurutas E.V., və b. (2008) neonatal hiperbilirubinemiyalar zamanı yenidöğulanlarda zərdab bilirubinin səviyyəsi ilə nitrat oksid (NO), malondialdehid (MDA) və eritrositlərin antioksidant ferment aktivliyi arasında mümkün korrelyasiya əlaqəsinin olmasını yoxlayıblar. Müayinə zamanı qeyri-düz hiperbilirubinemiyali yenidöğulanlarda eritrositar katalaza, superoksiddismutaza, glutation peroksidaza, G-6-FDH və qan zərdabında NO, MDA-nın konsentrasiyası öyrənilmişdir. Nəticədə, nitrat oksid (NO) və malondialdehidin (MDA) konsentrasiyası kontrol qrupu ilə müqayisədə müayinə qrupunda yüksək olmuşdur. Eritrositlərin antioksidant ferment aktivliyi isə eksi, müayinə qrupunda az, kontrol qrupunda yüksək olmuşdur ki, bu da yenidöğulanlarda hiperbilirubinemiyalar zamanı qeyri-düz bilirubinin hüceyrə membranını zədələməsinin sebəbidir [17].

Son illər müxtəlif patoloji vəziyyətlərin formalşamasında iştirak eden hüceyrələrin energetik mübadiləsinin pozulması diqqət merkezindədir. Dərman preparatlarının, etraf mühitin əlverişiz faktorlarının təsiri və xəsteliklərin, xüsusən, patoloji vəziyyətlərin uzun müddət davam etmesi hüceyrənin energetik aparıcı olan və bioloji katalizatorlar- fermentlərlə zəngin mitoxondrilərin oksidativ zədələnməsinə və onların disfunksiyasına gətirib çıxanır. Bu isə son nəticədə poliorqan zədələnmələrə sebəb olur [18]. Bu baxımdan, yüksək toksik təsiri ilə seçilən və yenidöğulanlarda daha çox təsadüf edilen qeyri-düz hiperbilirubinemiyənin yüksək informativliyə malik olan qanın formalı elementlərinin ferment statusuna, energetik mübadiləsinə təsirinin öyrənilmesi böyük maraq doğurur.

Kəskin hiperbilirubinemiya zamanı qeyri-düz bilirubinin hədsiz toplanması, ilk növbədə vaxtından əvvəl doğulanlarda və yenidöğulanların həyatının ilk 3 gündə neerotoksik effektinə görə (bilirubin ensefalopatiyası, nüvə sənliği, eqli inkişafın geri qalması və s.) çox təhlükəlidir. Bilirubinin toksiki effektinin dərəcesi, onun beyin toxumasında olan konsentrasiyasından və hiperbilirubinemiyən davam etmə müddətindən asılıdır. Qabarlıq hiperbilirubinemiya zamanı neerotoksik təsir hüceyrə quruluşunun pozulması ilə müşayiət olunur. Belə ki, qeyri-düz bilirubin toxumalann oksigenle təchizini və ATP sintezini pozur, tənəffüs zəncirində elektronların neqlini tormozlayır, tənəffüs və nikotinamidadenindinukleotiddən (NAD) asılı dehidrogenazaların aktivliyini zəiflədir və DNT zəncirinə daxil olub, informasiya blokadmasına

sebəb olur, zülalların sintezini və fosforlaşmasını pozur [19]. Bunun nəticəsində də enerji hasilatı pozulur və hüceyrənin enerjidən asılı hayatı vacib proseslərinin fealiyyəti zəifləyir [6].

Əsasında mitoxodrial çatmamazlıq duran hüceyrənin energetik mübadiləsinin pozulması, müxtəlif orqan və toxumaların patoloji prosesə cəlb olunma dərəcəsindən asılı olan geniş spektrde klinik əlamətlərə getirib çıxarıır. MSS-nin zədələnməsi zamanı bu özünü zəif yorğunluqdan tutmuş, ağır ensefalopatiyaya və ya polinevropatiyaya qədər, kardiologiyada isə ritmin zəif pozulmasından- dilatasion kardiomiopatiyaya qədər olan əlamətlərlə biruze verir. Hüceyre seviyyəsində olan dəyişikliklər, xəstəliyin klinik simptomlarının formalasmasına qədər meydana çıxır və bu simptomlar aradan qalxdıqdan sonra da bir müddət saxlanılır [20]. Bu zaman enerjidən daha çox asılı üzv və toxumalar: sinir hüceyrələri, ürek, qaraciyer, böyrəklər, endokrin sistem zərer çəkir. Mitoxondrilerin tam funksional aktivliyi çoxlu şərtlərdən asılıdır. Çünkü, onu təmin etmək üçün ilk növbədə zədələnməmiş mitoxondridaxili membranın olması vacibdir. Orqanizmdə baş verən bütün dəyişikliklər mitoxondrial proseslərin yerdəyişməsilə müşayit olunur ki, bu da ancaq mitoxondridaxili membran vasitəsilə həyata keçirilir [21].

Müyyən edilmişdir ki, limfositlərinin ferment statusunu öyrənərkən, bütün orqanizmin enzimatik statusu barəsində fikir yürütülmək olar. Bir çox klinik-eksperimental tədqiqatlar sübut etmişdir ki, limfositler tek spesifik immun fuksiyaları yerinə yetirmir, həm de orqanizmin vəziyyətini və onun intiqaf xüsusiyyətlərini dəqiq eks etdirən vahid informasiya sisteminin elementləridir [22]. R.P. Nartsissovun fikrine görə limfosit "toxumaların enzimatik güzgüsüdür" [23]. Bir çox xəstəliklərin, həmçinin mitoxondrial, əsas patogenetik faktorlarından en mühümü-toxuma hipoksiyasıdır. Aerob mübadile tipli hüceyre olan limfosit, bu patologiyada hədəf-hüceyre rolunu oynayır. Klinik sitokimyada toplanmış təcrübə onu göstərir ki, limfositlərin enzimlərinin aktivliyinin azalması, daxili üzvlərin- miokard, qaraciyer, böyrəklərin fermentativ çatmamazlığını eks etdirə bilər [22].

Beleliklə, müxtəlif mənşeli sənliqlər zamanı müxtəlif fermentlərin aktivliyi öyrənilsə də, hiperbilirubinəmiyalar zamanı sitokimyevi metodla periferik qanın limfositlərində suksinatdehidrogenaza (SDH), iaktatdehidrogenaza (LDH), qlüamatdehidrogenaza (QDG), α -qliseroftosfatdehidrogenaza (α -QFDG) kimi fermentlərin aktivliyi və onlar arasındaki əlaqələr tam öyrənilməmiş qalır. Bu enzimlər hüceyrənin aerob və anaerob enerji təminatında əsas yeri tutur və onların aktivliyinin azalması mitoxondrial disfunksiyanın markeri sayılır [24]. Qeyd etdiyimiz kimi, hiperbilirubinəmiyaların patogenezinin əsasında hüceyre, xüsusən, sinir hüceyrələri seviyyəsində gedən qabarlıq patoloji əlamətlər durur ki, bu da ağır nəticələre, xüsusən də bilirubin ensefalopatiyasına getirib çıxara bilər. Bu MSS-nin hüceyrələrinin kimyevi və patomorfoloji dəyişikliklərinə, onların sonrakı nekrozuna və qloz toxuma ilə evez olunmasına getirib çıxarır. Limfositlərin ferment aktivliyini öyrənərkən, bütöv orqanizmdə gedən ana- və katabolizm proseslərinin vəziyyəti fikir yürütülmək olar [25].

Hazırda sitokimyevi müayinə metodlarının anamnəstik, klinik, laborator müayinələrlə birgə geniş istifadə olunması, onların müxtəlif xəstəliklərin erkən diaqnostikası, müalicəsi və nəticəsinin proqnozlaşdırılmasında geniş istifadə imkanı sübut edilmişdir [26]. Yenidoğulanlarda sənliqlər zamanı limfositlərdə mitoxondrial fermentlərin öyrənilməsinə dair ədəbiyyatda məlumat azdır və bəzən biri-birinə ziddir. Bu da qarşıda qoyulmuş məsələni həll etməyə-yenidöşülmə dövründə müxtəlif mənşeli hiperbilirubinəmiyalar zamanı sitokimyevi statusun xüsusiyyətlərini, patoloji prosesin qiymətləndirilmesində bu göstəricilərin diaqnostik və proqnostik əhəmiyyətini öyrənməyə və müalicə tedbirlerinin daha da təkmilləşdirilməsinə əsas verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Sgro M., Campbell D., Shah V. Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. // CMAJ, 2006, v.175(6), p. 587-590
2. Яцык Г.В., Беляева Е.П., Бомбардирова Е.П. Эффективность препарата хофитол в терапии желтух новорожденных // Рос.вестник перинатологии и педиатрии, 2007, Т.52, №2, с. 20-22.
3. Кузнецов А.С., Фомина И.Г., Торзиманова А.И. Дифференциальная диагностика доброкачественных гипербилирубинемий // Клиническая медицина, 2004, №3, с.8-13

4. Чурилина А.В., Зяблицев С.В., Глуховская О.А. Нейроэндокринная регуляция метаболизма билирубина у детей с пролонгированным течением неонатальной желтухи / Питания экспериментальной и клинической медицины. Збірник статей. 2009, выпуск 13, том 2, с. 211-214.
5. Ергиева С.И., Осадчая В.Н., Хлынова Н.А., Касьянова А.С. Адекватная тактика ведения новорожденных с проявлением гипербилирубинемии // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН, 2009, №4, с. 46-48
6. Прахов А.В., Гиршович Ю.Д. Функциональное состояние миокарда левого желудочка у новорожденных с гипербилирубинемией // Педиатрия, 2004, № 1, с.23-27
7. Таболин В.А., Иванова А.В., Володин Н.Н., Мухина Ю.Г. Особенности метаболизма и печеночно-кишечной циркуляции желчных кислот у плода и новорожденного. // Педиатрия, 1997, №3, с.89-94
8. Hansen TW. Mechanisms of bilirubin toxicity: clinical implications // Clin Perinatol.2002,v.29, p.765-778
9. Kaplan M., Hammerman C., Feldman R., Brisk R. Predischarge bilirubin screening in glucose-6-phosphate dehydrogenase-deficient neonates. // Pediatrics, 2000, v.105, p.533-537
10. Atay E., Bozaykut A., Ozahi I. Glucose-6-phosphate Dehydrogenase Deficiency in Neonatal Indirect Hyperbilirubinemia. // Journal of Tropical Pediatrics, 2006, v.52(1), p.56-58
11. Eghbalian F., Monsef A.R. Evaluation of Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency without Hemolysis in Icteric Newborns // Iran J. Pediatr., 2007, v.17, No 1, p. 36-40
12. Zarkesh M., Jafroodi M., Rostamy T. Effect of Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency on Neonatal Hyperbilirubinemia. // Proceeding of the 21st International Congress of Pediatrics, 2009, Neonatology Abstracts, p. 52
13. Stevenson D.K., Fanaroff A.A., Maisels J. et.al. Prediction of hyperbilirubinemia in Near-Term and Term Infants. // Pediatrics, 2001, v.108, №1
14. Okuyama H., Yonetani M., Uetani Y., Nakamura H. End-tidal carbon monoxide is predictive for neonatal non-hemolytic Hyperbilirubinemia. // Pediatrics International, 2001, v. 43, p. 329-333
15. Булатов В.П., Даминова С.И., Трофимова И.Ш., Сторожева А.Л. Активность гамма-глутамилтрансептидазы – 5-нуклеотидазы у новорожденных с синдромом желтухи. // Казанский мед. журнал., 2002, №5, с. 351-353
16. Wang J. Sh., Tan N., Dhawan A. Significance of low or normal serum gamma glutamyltransferase level in infants with idiopathic neonatal hepatitis. // Eur J Pediatr., 2006, v.165, p.795-801
17. Davutoglu M., Guler E., Olgar S., et.al Oxidative stress and antioxidant status in neonatal hyperbilirubinemia. // Saudi Med J., 2008, v.29(12), p.1743-8
18. Passarella S., Atlante A., Valenti D., et.al. The role of mitochondrial transport in energy metabolism. // Mitochondrion, 2003, v.2 (5): 319-343.
19. Denney Ph. A., Daniel S. Seidman, et al. Neomatal hyperbilirubinemia. // The New England Journal of Medicine. — 2001. — Vol. 344, № 89, p. 581—590
20. Измайлова Т.Д., Петричук С.В., Шипенко В.М., Писарева И.В. От здоровой клетки к здоровому организму // Журнал лечащий врач, 2005, №4
21. Накостенко Т.Н. Изменения клеточного энергообмена и возможности их коррекции у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Автореф. дис...канд. мед. наук. М., 2007
22. Сухоруков В.С. К разработке рациональных основ энергетропной терапии. Рациональная фармакотерапия, 2007, №2, с.40-47
23. Нарциссов Р.П. Анализ изображения клетки – следующий этап развития клинической цитохимии в педиатрии // Педиатрия 1998 №4, с.101-105
24. Шабельникова Е.И. Морфофункциональные характеристики митохондрий лимфоцитов у детей при различных формах недостаточности клеточного энергообмена: Автореф.дис.канд. мед. наук.М., 2005, 26 с.
25. Васин М.В., Королева Л.В. Митохондрии в патологии / Матер. Всерос. Сов.Пущино,2001, с. 25-27
26. Толмачева Е.Л., Семенова Г.Ф., Петричук С.В., Брязгунов И.П. Митохондрии в патологии / Матер. Всерос. совещ. Пущино. М., 2001, с.42-44

РЕЗЮМЕ

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА КЛЕТОК ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОНATALЬНОЙ ЖЕЛТУХИ

Н.Дж.Кулиев, Л.Ф. Алиева

В обзорной статье анализируются некоторые аспекты изучения энергетических обмен клеток при дифференциальной диагностике неонатальной желтухи.

SUMMARY

**MEANING OF STUDY OF CELL ENERGY METABOLISM IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF
NEONATAL ICTERUS**

Quliyev N.J., Aliyeva L.F.

It was analysed some aspects of studying energetic metabolism during differential diagnostics of neonatal icterus

Daxil olub:04.10.2010

**DÜNYA OPTİKA BAZARLARININ İNKİŞAFI VƏ ONUN ƏCZAÇILIQ MARKETİNQİNİN
ÖYRƏNİLMƏSİ**

M.N. Vəliyeva, A.B.Bağirova
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Əczaçılıq marketinqi əczaçılıq yardımının göstərilməsi sahəsində istehlak və xidmət marketinqinin bir hissəsidir. Əczaçılıq marketinqi əczaçılıq yardımının həyata keçirilməsi prosesidir (əczaçılıq yardımında ehtiyac və tələblərin temin edilməsinə yönəlmüş fəaliyyət növü) [18].

Əczaçılıq marketinqinin xüsusiyyətləri eczaçılıq mehsullannın özünəməxsusluğunu, bazara çıxışı, çətinlikləri (lisenzialaşdırma, mütəxəssislərin sertifikatlaşdırılması və s.) istehlakçıların tərkibləri, əmtəə hərəkətlərində istehlakçı və satıcılar arasında qarşılıqlı münasibətlər ilə təyin edilir.

Marketing fəaliyyətinin əsas məqsədi gəlir eldə etməkdir. Bu məqsədə nail olmaq üçün alıcıların tələblərini ödəmək vacibdir.

Müasir marketinqin əsas vəzifələri aşağıdakılardan ibarətdir: analitik (təşkilatın daxili və xarici marketinq mühitini öyrənmək – bazarın təhlili); istehsalat (təşkilatın, elecə də əmtəə və xidmətin keyfiyyətinin və rəqabətə davamlılığının idarə olunması; yeni texnologiya, əmtəə və xidmətlərin işlənilməsi); təchizat (əmtəə hərəkəti sisteminin təşkili, ehtiyacın formalasdırılması və satışın stimullaşdırılması; əmtəə və məqsədyönlü qiymət siyasetinin aparılması); idarəetmə və nəzarət (strateji və operativ planlaşdırılmanın təşkili; marketinqi idarəetmənin informasiya teminatı; kommunikasiya sistemlərinin təşkili; marketinqə nəzarətin təşkili; əks əlaqələr; vəziyyətin təhlili) [1,3,57].

Yuxarıda qeyd olunanları nézəre alaraq, bu məqalədə məqsədimiz edəbiyyat materialları əsasında optika bazarının subyektlərini, onların fəaliyyətini və müasir dövrde optika sahəsində aparılan marketinq tədqiqatlarını öyrənməkdir.

Dünya əhalisinin təqribən 4 milyardı görmə qabiliyyətinin korreksiyasına ehtiyac duyur. Görme korreksiyası üçün nézərdə tutulan optik vasitələrdən təqribən 1,3 milyard nəfər istifadə edir. Görmənin korreksiyası üçün vasitələrlə təminat ABŞ-da – 60%, Qərbi Avropada – 35%, Cənubi Amerikada – 19%, Avstraliyada – 16%, Afrikada – 15,5%-dir [43].

Görme orqanı olan gözün zəifləməsinin, xəstəliklərinin və qüsurlarının qarşısının alınması üçün əşlərdən beri marketinq tədqiqatları aparılır [4]. Tədqiqatlar və araşdırımlar neticesində bu sahədə müəyyən əmtəələr yaradılır və onların əhali tərefindən alınması və istifadəsi üçün bazara çıxırlılar. Belə əmtəələrdən günəş eyneklerini, dərman vasitələrinə yaxın tutulan optik vasitə və ləvazimatları, yeni (kontakt) linsaları və onlara qulluq vasitələrini göstərmək olar [2]. Bu əmtəələrin istehsalını, topdan və pərakəndə satışını, nümayişini təşkil etmək üçün müəyyən bazar obyektləri, sərgi salonları (optika mağazaları, salonları, şirkətlər, firmalar) yaradılır.

Bazar obyektləri avadanlıqja və lazımlı ləvazimatlarla təchiz olunurlar. Bu obyektlərdə təcrübəli kadrlar işlə təmin olunurlar.

Eynək optikası bazarının inkişafında və bazar münasibətlərinin yaranmasında və genişləndirilməsində beynəlxalq sərgi salonlarının böyük əhəmiyyəti vardır [41, 66].

Hələ 2006-ci ilde Parisdə «Silmə-2006» adı altında optik vasitələrin sərgiləndiyi salonun sahəsi 85000 m² olmuşdur. 36 ölkədən 966 şirkət bu sərgidə iştirak etmişdir. Sərgiye gələnlərin sayı 46640 nəfəri ötüb keçmişdir [41].

2007-ci ilde Qonkonqda təşkil olunan optik sergide 530 şirkət iştirak etmiş ve gelənlərin sayı 10.064 nəfər olmuşdur [66]. Optika bazarında ən başlıca yer günəş eynekləri, eynək çərçivələri, eynək linsaları, kontakt linsalar onlara qulluq vasitələri və optik aksesuarların istehsalı ilə məşğul olan şirkət və firmalara məxsusdur.

Onlardan beynəlxalq aləmde ən məşhur olanların bəzilərinin adını qeyd etmək olar: Luxottica (İtaliya), Safilo (İtaliya), Innotica (İtaliya), Allison (İtaliya), Immagine Eyewear (İtaliya), Cazal (Almaniya), Neostyle (Almaniya), Menrad (Almaniya), Rodenstock (Almaniya), Morel (Fransa), Opal (Fransa), Yafont (Fransa), Seiko-Epson (Yaponiya), Carl Zeiss (Almaniya), Essilor (Fransa), Marchon (Amerika) [22, 27, 28, 32, 35, 37, 39, 45, 56].

«Safilo Group» şirkətinin «Christian Dior» markasından tutmuş «Max-Mara» markasına kimi 30-dan çox məşhur markaların istehsalına lisenziyası vardır. Bu şirkətin ABŞ-da 45 mağazası fealiyyət göstərir [60].

«Luxottica» şirkətinin bütün dünyada 5500 optika mağazası fealiyyət göstərir. İllik mal dövriyyəsi 7 milyard avro (2004-cü ilin məlumatı) təşkil edir [43].

Eynək linsalannın istehsalında «Essilor International» (2,4 milyard avro), «Hoya» (8 milyard avro), «Carl Zeiss Vision», «Seiko» (150 milyard avro), «Rodenstock» (300 milyard avro), «Indo International» (100 milyard avro), «Thai Optical Co» qrup (420 milyard avro), firmaları, kontakt linsalannın bazarında isə «Johnson&Johnson», «Bausch&Lomb», «Ciba Vision», «Vision Care» şirkətləri liderlik edirlər [43].

Istehsal olunan optik vasitələrin istehsalçıdan istehlakçıya çatdırmaq həmin məhsulların pərakəndə satışı ilə məşğul olan optika salonlarının və mağazalarının öhdəsinə düşür.

Qeyd edilir ki, optika salon açmaq fikrine düşmüşünüzse onda onu elə küçədə açmalıdır ki, oradan heç olmasa 1 saat ərzində 100 adam keçir [6]. Optika salonu klubu sahibləri tekçə eynək satışı ilə deyil, həm de eynək taxanınn görüş yeri ünsiyyət yeri olmasını arzulayırlar. İş hecmi böyük olan optika salonlarının sahəsi geniş ticarət zallarından, həkim-oftalmoloq kabinetlərindən, emalatxanalarından ibaretdir [12, 25].

Rusiyada fealiyyət göstərən «KATTI SARK», «Optik styl - Murom», «OKTOPUS», «Grand Fashion», «Mir optika», «Virta», «İnter optika», «Oçkarik», «Optik üentr» şirkət və salonları bu ölkənin optika bazarında məşhurdurlar.

Omsk şəhərində yerleşən «Optik Üentr» şirkətinin bir neçə salonu vardır. Şəhərin mərkəzində fealiyyət göstərən salonun sahəsi 280 m², 3000-ə yaxın eynək çərçivəsi modeli bu şirkətdə alicilərə təklif olunur. Qiymətlər 5-15 min rubl arasında dəyişir. Ən bahalısı 80 min rubldır. Çeşid ilde bir neçə dəfə genişləndirilir. Şirkətin salonlarında emalatxana və həkim-oftalmoloq kabinetləri fealiyyət göstərir [24, 27].

«Oçkarik» Moskva optika salonunda həkim-oftalmoloq kabinetinin fealiyyəti xüsusi qeyd olunur. Kabinet müasir avadanlıqlarla – avtorefraktometr, yanış lampası, sınaq linsaları dəstli, sınaq eynəyi, dioptrimetri, oftalmoskop, kontakt linsalannın bənkı, kontakt linsaları ölçmek üçün stol ilə təchiz olunmuşdur [25].

«İnter optika» firmasının Rusiya optika bazarında xüsusi mövqeyi vardır. Bu şirkətdə 180 nəfər işleyir. Bunların arasında yüksək ixtisaslı həkimlər, optik məsləhətçilər, optik ustalar, marketinq bürosunun, iqtisadi büronun, mühəndis və nəqliyyat xidmətinin əməkdaşları fealiyyət göstərir. Bu şirkət təkcə Rusiyada deyil, həm də Avropada ən böyük optika firmasıdır. 11 ərzində 40 min aliciya eynək düzəldir. Bu şirkətin onlarla markası və brendləri vardır [23].

«OKTOPUS» şirkətlər qrupu Samara şəhərində optika bazarının lideridir. Tərkibində 3 böyük firma fealiyyət göstərir: «OOO OKTOPUS», «OOO OFTAMED», «OOO Toçka zrenie». Bu şirkətlər qrupu kontakt linsalannın istehsalı, çatdırılması ilə məşğul olur [26].

Bu şirkətdə oftalmoloji klinika da fealiyyət göstərir.

Müasir dövrde internet istifadəçilərinin ilbəl etməsini nəzəre alaraq internet-mağazalar təşkil olunur [62].

Rusiyada 2007-ci ilin yayına olan məlumatata görə 63 internet mağaza fealiyyət göstərməşdir [4]. Rusyanın əhalisi 140 mln-dan çoxdur. Hər 2 nəfərdən birinin görmənin korreksiyasına ehtiyacı vardır. Rusyalıların 80-85%-nın tələbatı idxlərin hesabına ödənilir.

Rusiyada optika bazarı aşağıdakı istiqamətlərdə inkişaf etməkdədir: texnoloji təchizatın artması və istehsalçıların imkanlarının genişləndirilməsi; mərkəzləşdirilmiş yaxşı təchiz

olunmuş laboratoriyaların meydana gelmesi; görmənin korreksiyası vasitələrinin çeşidinin genişləndirilmesi; oftalmoloji avadanlığının təkmilləşdirilmesi və oftalmoloji kabinetlərin, salonların təchiz edilmesi, görmənin diaqnostikasının keyfiyyətinin yüksəldilməsi; yeni informasiya texnologiyalarının tətbiq edilməsi [43].

Optika bazasının, onun obyektlərinin inkişafı, işlərinin daha səmərəli qurulması, xidmətin keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün yeni-yeni ideyalar üzərində işlənilir, qabaqcıl şirkət, firma, optika salon və mağazalarının iş təcrübələri, internet, ədəbiyyat materialları, televiziya və radio vasitesi ilə yayılır.

Optika bazarında optika mağazalarını 3 kateqoriyaya bölgürər:

1. Ənənəvi mağazalar – bu mağazalarda heç bir müasirlik yoxdur.
2. Ənənəvi-müasir mağazalar – bu mağazalarda müasirlik nəzəre çarpır.
3. Müasir mağazalar – bu mağazaların uzun müddət möhkamlənmiş optik ənənələrlə heç bir əlaqəsi yoxdur [48].

Mütəxəssislər optika mağazalarının dünənini və bu gününü xarakterizə etməyə və onların dünənki və bu günü elamətlərini verməyə çalışırlar.

Dünənki gün:

1. Ailevi mağaza.
2. Gelirin artırılmasına zeif istiqamət (hədəf).
3. Rəqabetin məhdud xarakteri.
4. Çeşid və qiymət bir-birinə oxşardır.

Bu günü gün:

1. Yeni anbar sahibkarları özlerinə yol açır.
2. Sahibkarlar gəlir əldə etməyə daha iddialıdır.
3. Sahibkarlar yeni müasir mağazalar açırlar.
4. Rəqabet daha ciddi xarakter alır [48].

Rənci Erkolenin fikrincə gelir əldə etməye, bazara istiqamətlənmək, çeşidə, qiymətə, informasiyaya, kompyüterləşməyə diqqət yetirmək mağazaların uğurla işləməsinə şərait yaradır [48].

Marketing fealiyyəti sahəsində ticarət təşkilatlarında əmtəə bazarında qiymətlərin tənzimlənməsinə çox diqqət yetirir. Qiymət qoyma prosesini daima təkmilləşdirməyə və optimallaşdırmağa çalışırlar [9,42,52].

Bundan əlavə pərakəndə satışla meşğul olan hər bir təşkilat marketing mühitini, o cümlədən rəqibləri və alici auditoriyasını öyrənməlidir [11,13,17,32,33].

Rəqabet o vaxt alicinin xeyrine fealiyyət göstərir ki, o əlaqə normalarına söykənir [15, 21, 40].

Əhaliyə xidmət göstəren hər bir təşkilat özünün əmtəə siyasetinə diqqət yetirir. Bu təşkilat tələbata, ehtiyaca uyğun əmtəə çeşidi formalasdırmağa çalışırlar. Bu onların əsas vəzifelerindən sayılır [10,29,31,44,53].

Qeyd olunur ki, təşkilatların rəhbərlerinin çeşidin planlaşdırılması üzrə bilik və təcrübələri azdır [29].

Qeyd etmek lazımdır ki, elə beynəlxalq ələmdə də optika sahəsində çalışan mütəxəssislər, tədqiqatçılar marketing tədqiqatları istiqamətində informasiyanın, reklamın öyrənilməsinə çox fikir verirlər. Çünkü, əməcələr, o cümlədən eynaklər, linsalar və kontakt linsalar eləcə də onların markaları, brendləri haqqında informasiya verilmədikdə və ya informasiya etibarlı olmadıqda o optika mağazasında istehlakçının hüquqları pozulur, onlar seçim etməkdə çətinlik çəkir və sonda həmin mağaza müştərilarını itirir, beləliklə də o obyektin qazancı azalır [48, 58-60, 68, 69, 71-73]. Ona görə də optika mağazalarının eləcə də aptek təşkilatlarının fealiyyətini izlədikdə, onların bu fealiyyət növünü yeni informasiyanı inkişaf etdirmələri, təkmilləşdirmələri də tədqiqat obyektidir [14, 30, 35, 38].

İnformasiyanı mütəxəssislər daxili və xarici olmaqla iki sahəyə ayıırlar [1, 34]. Birinci sahə firmanın daxilində baş verən hadisələri eks etdirən informasiyadan, ikinci sahə – xarici informasiya isə firmadan xaricdə baş verən hadisələr haqqında məlumatlardan ibarətdir [34].

Xarici ölkələrdə informasiya menbələrinin şəbəkəsi çox genişdir. Onlar kitabları, jurnalları, interneti, daimi sərgiləri, reklamı əhatə edir. İstehlakçılar üçün nəzərdə tutulmuş xüsusi optika

dərgiləri alicılara yeni məhsullar, xidmətlər və imkanlar haqqında yüksək səviyyədə məlumat verməklə yanaşı, həm də optikada çalışanlar üçün satış həcminin artmasında köməklik göstəren güclü marketing alətidir [65].

Bu gün Rusyanın optika bazarda bütün tələblərə tam cavab verən jurnallar nəşr olunur. Digər ölkələrdə də optika sahələrində informasiya mənbəyi olan bir çox nəşrlər vardır: «Optimedia» (Türkiyə), «4 your eyes» (Türkiyə), «Beko» (Rusiya), «VEDERA» (İtaliya), «Der Augenoptiker» (Almaniya), «Eyecare Business» (Amerika), «Optician» (B.Britaniya), «Doz» (Almaniya), «Visioncare Product News», «Focus», «Contakt Lens Spektrum», «Bienvu», «Eyecare Professional Magazine» [59-64].

Onlayn rejimində satışın hazırkı zamanda Rusiyada tətbiq edilməsindən söhbət açılır [9, 19, 64].

Alicilar, xüsusilə də müasir gəncər, eləcə də topdansatış şəbəkələri internet vasitəsi ilə istenilen məlumatları eldə edir və onların eynək linsalarını, çərçivələrini seçmək imkanları olur və alış prosesini heyata keçirmək üçün sıfariş edirlər [9, 19, 64]. Rusiyada internetdən istifadə edənlərin sayı il ərzində 5,4 mln. nəfər artır [49].

Optika mağazalarında eləcə də aptekin optika şöbələrində insanların informasiyanı seçkili qəbul etməsini nəzəre alırlar. Her kesin təfəkkürünün xüsusiyyətləri esasında özünəməxsus alış strategiyası vardır. Bu xüsusiyyətləri nəzərə alaraq optika mağazasının satış məslehətçisi üçün böyük əhəmiyyəti olan neyrolinqvistik proqnozlaşdırma üzrə insanların 4 tipini ayırmışlar: vizuallar, auditler, kinestetiklər, digitallar [46, 67].

Birincilər xarici alemi görməklə, ikincilər eşitməklə, üçüncülər özlerini hiss etməklə, dördüncülər əmətələrin tərkibinə, lazımlılığına, funksiyasına yönələn fikirlərin səviyyəsi ilə münasibətlərini qururlar [67].

Optika mağazalarında, eləcə də apteklərdə reklam və informasiya zamanı yaşılı alicılara xüsusi diqqət yetirirlər [55]. Bəzi sahibkarlar reklama xərclənən pulların havaya sovrulduğunu və əhəmiyyəti olmadığını söyləyirlər. Ona görə də reklam kompaniyasının maliyyə planlaşdırılmasına diqqət artırılmışdır. Reklam kompaniyasının büdcəsi celb edilən əhalinin sayına, reklam olunan əmənin dəyerinə, həmin məhsulun müəssisenin dövriyyəsindəki payına və şirkətin bazardakı payına (vəziyyətinə) əsaslanmalıdır [33, 44].

Təcrübədə bir neçə bündə strategiyasından istifadə edirlər: satış həcmi və gelirdən faiz; maliyyə vesaitlərinin hesabatından; rəqiblərin reklam faizindən; reklam kompaniyasının məqsədi üzrə bündənin müəyyən edilmesi [33, 44].

Bir çox müəlliflər reklamın satışın stimullaşdırılmasında effektli rol oynadığını sübut etməyə çalışmışlar [20, 33, 47, 50]. Onlar effektiv reklamın işlənməsinin bir neçə mərhələlərini göstərmişlər:

I mərhələ – reklam aksiyasının məqsədinin müəyyənəşdirilməsi.

II mərhələ – xəber, məlumat göndərilecek müştərilerin, əsas məqsədli qrupların müəyyənəşdirilməsi.

III mərhələ – mağazanın güclü tərefinin müəyyən edilmesi.

Reklami 6 sade məsələnin həllinə yönəltməyi təklif edir: r

1. diqqət çəkməlidir;
2. maraq oyatmalıdır;
3. aydın, başaduştırlen və inandırıcı olmalıdır;
4. müştərinin nöqtəyi-nəzərini eks etdirməlidir;
5. alış hissini oyatmalıdır;
6. əsas idəyaya yönəldilməlidir [48].

Reklam həm də əmətələrin irəliledilmesi məqsədi ilə həkimlərə və aptek işçilərinə təsir vasitəsidir [60-63]. Əczaçılıq təşkilatlarında, o cümlədən optikada müştəri bazasının yaradılmasında reklamın rolü olduqca böyükdür [46]. Müasir optika mağazalarının fəaliyyətində mərcəndayzinq prinsiplərinə emel etməyi daha üstün tuturlar. Mərcəndayzinq marketing tədbirlərinin tərkib hissəsidir. Mərcəndayzinqin informasiyanın təşkilində rolü böyükdür. Bu üsul əmətələrin, o cümlədən də eyneklerin optika mağazalarının salonunda nümayişinin təşkilinə, alicıların çeşid seçimlərinə və cəlbəcici şərait yaradılmasına imkan verir [61].

Merçandayzinq ingleis sözü olub əmteələr – mallar deməkdir. Bu termin sözbəsöz «ticaretin incəsanetini» kimi tərcümə olunur. Merçandayzinq malların maksimal satış hərəkətini təmin etməye yönəldilən kompleks tədbirlərdən ibarətdir [60].

Optika mağazalarında bütün alış prosesini şərti olaraq 3 kateqoriyaya bölmək olar:

1. dəqiq planlaşdırılmış alış;
2. hissəvi planlaşdırılmış alış;
3. impulslu alış [60].

Merçandayzinq siyasetinin tərkib hissələrindən biri alıcılar üçün cəlbedici şəraitin yaradılmasıdır ki, bu da həm keyfiyyət, həm miqdar, həm de peşəkar iş baxımından satış həcmini artırır [60]. Merçandayzinq optika mağazalarının dizaynını, interyerini alıcılar üçün daha rahat vəziyyətə getirir. Qeyd edilir ki, «Optika üçün vizual merçandayzinq» (Vizualghıy merçandayzinq də optiki) kitabının müəllifi S.Şmal işləq aksentlərinin satışı stimullaşdırıb iləcəyini söyləyir. Sarı, yaşlı və mavi rənglər (istehlakçıların sevdiyi rənglər) optika mağazalarının müştərilərinə alış etmələrinə səbəb olur [61].

Optika mağazalarının fəaliyyətinin tərkib hissələrindən biri də peşəkar satışın təşkilidir. Peşəkar satışın məqsədi müştərilərlə əlaqədə olan saticının işinin təşkilindən, informasiyanın toplanmasından, müştərinin razılığının eldə edilməsindən, yeni müştərilərin cəlbindən ibarətdir.

Satışı bilavasitə heyata keçirən saticıları 2 kateqoriyaya bölürler:

1. Canlı distribyutor.
2. Yaradıcı satıcı.

Canlı distribyutor: alıcı ne istəyir onu verir. Yaradıcı satıcı isə satışa başqa cür yanaşır:

- Yaradıcı satıcı alıcıda yeni sorğu yaratmaq qabiliyyətinə malikdir.
- Yaradıcı satıcı istənilməyen əməkəni sata bilər.
- Yaradıcı satıcı yeni bazar yaradır [48].

Alıcıları bir başa əlaqədə olan şəxslərin işini 4 qabiliyyətlə qiymətləndirirlər:

- inandırıcı ünsiyyət qabiliyyəti;
- müştərinin təlabatını aşkar etmək qabiliyyəti;
- telefonla danışmaq və ünsiyyət qurmaq qabiliyyəti;
- mehsulu lazımi tərzdə təqdim etmək qabiliyyəti [48].

Apteklərdə optik vasitələrin satışını təşkil etməklə yanaşı fəvqəladə vəziyyətlərdə xəstələrə dərman xidmeti göstərmək üçün dərman vasitələrinin xüsusi siyahısının və ehtiyatının yaradılması təklif olunur [20].

Optika bazarının inkişafında işçi qüvvəsinin peşəkarlığının, onların bılık və bacanqlarının, iş təcrübəlerinin artırılmasının böyük rolü vardır. Bundan başqa optika bazarının yüksək tempə inkişafı, yeni optika salonlarının yaradılması, xarici qərb «oyunçularının» gelişisi, yeni iş yerlərinin açılmasına səbəb olur. Beləliklə, bütün bazar iştirakçıları tərefindən qeyd olunan ixtisaslı kadrların çatışmamazlığı – problemi meydana çıxır [39]. Bu çatışmamazlığı aradan qaldırmaq və problemləri həll etmək üçün əczaçılıq və eleca də optika sahəsində kadrların yetişdirilmesi məsələlərinə dikkət yetirir və tədqiqatlar aparırlar [5-8, 16, 28, 45, 51].

Müəlliflər optika sahədə çalışıran 4 əsas işçi kateqoriyasını təklif edirlər:

1. Eynakların yigilması: üzrə usta-resept üzrə hazır eynək çərçivələrindən və optik linsalardan eynəklerin hazırlanması;
2. Optik məsləhətçi – müştərilərə eynəklerin, eynək çərçivələrinin, linsaların seçilmesində köməklik göstərir, müyafiq məsləhətlər verir;
3. Optometrist – refraksiyadakı qüsürü müəyyənləşdirir, eynək təyin edir, kontakt linsaları seçir.
4. İnzibatçı (menecer) – optika salonunun rəhbəri, inzibati və biznes məsələlərini həll edir, malın alınmasını, işçinin seçilməsini, qiymət siyasetini heyata keçirir [22].

Bu bölgünü optik salonların işçi tələbi ilə olan müracietlərində də görmək olar. Onlar elave olaraq hekim oftalmoloq, kassir-məsləhətçi vəzifələrini də təklif edirlər [54, 56].

Bezi optika müəssisələrinin rəhbərləri belə güman edirlər ki, yaxşı saticılar doğulurlar. Lakin, müvəffəqiyət qazanan firmalar bunun eksini sübut edir. Satışda – öyrənirlər, təcrübə keçirlər və təkmiləşirlər. Bir çox ölkələrin optikləri satıcı-məsləhətçilərin və digər işçilərin tədrisinin vacib olduğunu söyləyirlər [55, 59]. Müəyyən edilmişdir ki, Sankt-Peterburq Tibbi-

Texniki Kollegin tədris sahəsində iş təcrübəsi çox əhəmiyyətlidir. Bu tədris ocağında texnik-optik (təhsil müddəti 2 il 10 ay), optometriya sahəsində daha dərinləşdirilmiş təhsilli texnik-optik (təhsil müddəti 3 il 10 ay) hazırlanır [22, 36, 37].

Tibbi Texniki Kolleg regionlarda optika mağazaları işçiləri üçün aşağıdakı istiqamətlərdə kurslar təşkil edir:

- «Optika» müəssisəsinin işinin təşkili (optika mağazalarının rəhbərləri və menecerləri üçün);
- Görmenin korreksiyası vasitələrinin hazırlanma texnologiyası (eynək malları üçün);
- Tibbi-optik-optometristlərin işlərində müasir aspektlər (optometristlər üçün) [22].

Ümumiyyətə optika sahəsində tədrise bir çox ölkələrdə yüksək önem verir. Bələ ki, həl-hazırda Almaniyada 9 optika məktəbi fəaliyyət göstərir [63].

Bələliklə, ədəbiyyat materiallarının təhlili göstərdi ki, optika bazارında fəaliyyət göstərən obyektlərin marketing tədbirlərinə uyğun fəaliyyət proqramları, onları əhatə edən makro- və mikro- marketing mühitləri yoxdur. Milli optika bazarında baş verə biləcək dəyişikliklər lazıminca araşdırılmamışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Amstrong Q., Kotler F. Marketing. lük addım. 7-ci neşr 2006, 581 s.
2. «Dərman vasitələri haqqında» Azərbaycan Respublikasının Qanunu 2006-cı il
3. Kotler F. Marketingin asasları. (ruslaşdan tərcümə). Bakı: Ergün, 1993, 559 s.
4. Aqafovov G. Internet-torqovlə MKL noviy vitok razviliə. Veko dekabr, 2007, c. 72-75
5. Алферова Т.В. Управление эффективностью труда персонала фармацевтических организаций // Фармация, №2, 2007, с. 22-24
6. Андреева М.Л., Пивоваров А.Н., Уткина Т.Б., Гаврилин М.В., Гашан В.В., Зайцев В.П., Тереков А.Ю., Семченко С.П., Шестаков Г.Н., Шульженко В.И., Олешко Г.И., Егоров В.А. Формирования компетенций студентов в системе профессиональный подготовки в фармацевтическом вузе // Фармация, №1, 2010, с. 53-56
7. Андрианова Г.Н., Кушникова Н.С. Факторы определяющие кадровую политику аптечных организаций // Фармация, №1, 205, с. 28-32
8. Артиков В.Т., Хицова Л.Н., Сливкин А.М. Принципы формирования целостности фармацевтического образования в классических университетах // Фармация, №6, 2003, с. 33-36
9. Береговых В.В., Ершова Л.И., Косянова О.В., Лопатин П.В. Анализ цен на лекарственные средства // Фармация, №1, 2003, с. 38-39
10. Береговых В.В., Никулина С.В., Пятигорская Н.В. Проблемы Российской национальной лекарственной политики // Фармация, №5, 2005, с. 36-37
11. Большева С.Н., Лагуткина Т.П. Воздействия маркетинговых коммуникаций на врачей и фармацевтических работников // Фармация, №6, 2004, с. 18-22
12. Вологодская оптическая компания – сегодня и завтра // Веко декабрь 2002, с. 61
13. Галихина О.В., Сафиуллин Р.С., Фассахов Р.С. Социологическое исследования потребителей противоаллергических препаратов в Республике Татарстан // Фармация, №1, 2006, с. 25-28
14. Геллер Л.Н. Информационные технологии в сфере обращения лекарств // Фармация, №1, 2006, с. 28-32
15. Де Джордж Р.Т. Деловая этика / Перевод с англ. Р.И. Стояпера – СПб. Экономическая школа – М.: Прогресс, 2001, Т1. 496 с.
16. Джапорова Р. Маркетинг услуг профессионального образования // Маркетинг, №8, 2005, с. 55-65
17. Джупарова М.А., Сбоева С.Г., Абрашкина Е.А., Горбатюк Т.В. Построение конкурентной карты рынка аптек // Фармация, №5, 2010, с. 25-28
18. Дремова Н.Б., Овод А.И., Коржовых Э.А., Литвинова Т.М. Фармацевтическая помощь: термин и понятие // Фармация, №2, 2005, с. 37-45
19. Зернина К. Интернет-проект что выбирает новое поколения // Веко сентябрь 2006, с. 32
20. Ибрагимова Г.Я. Лекарственная помощь при повреждении глаз в экстремальных условиях // Фармация, №1, 2004, с. 26-29
21. Ибрагимова Г.Я., Сбоева С.П. Фармацевтическая этика и деонтология – Уфа. Башкирский Государственный Медицинский Университет, 2001, 131 с.
22. Ильясов И. Инновационная образовательная программа новая структура подготовки кадров // Веко сентябрь 2007, с. 90-92
23. Интероптика – 15 лет // Веко январь, февраль 2007, с. 114-116
24. Кабинет врача – офтальмолога в Московской салоне оптик «Очкарик» // Веко март 2008, с. 128-131
25. Клубный салон // Веко декабрь 2002, с. 42-45

26. Козловцев А. Группа компаний «Октопус» - лидер Самарского оптического рынка // Веко июнь 2008, с. 48-51
27. Козловцев А. Омский «Оптик Центр» - высокие стандарты с Сибирским размахом // Веко март 2008, с. 128-131
28. Краснок И.И., Арзамасцев П.П., Сорокина А.А., Самылина И.А. Разработка предложений в проект образовательного стандарта по специальности «Фармация» // Фармация, №6, 2006, с. 40-41
29. Куликова О.А., Лаврентьева Л.И., Желткевич О.В., Соколова О.В. Закономерности формирования аптечного ассортимента // Фармация, №1, 2007, с. 19-21
30. Лагуткина Т.П., Больщева С.Н. Комплексный подход к изучению роли провизора в продвижении фармацевтической продукции (экономические вести) // Фармация, №10, 2001, с. 19-22
31. Лагуткина Т.П., Больщева С.Н. Формирования отношения фармацевтического работника к новому лекарственному средству // Фармация, №3, 2003, с. 14-18
32. Лагуткина Т.П., Грибкова Е.И. Изучение целевых аудиторий при продвижении лекарственных средств // Фармация, №6, 2004, с. 23-26
33. Максимкина Е.А., Пудриков К.А. Социологический опрос-инструмент исследования контрактных отношений на фармацевтическом рынке // Фармация, №1, 2009, с. 32-33
34. Маслова Т.Д., Божук С.Т., Ковапик П.Н. Маркетинг / СПб.: Питер, 2005, 400 с.
35. Матюшина Г.П. Совершенствование офтальмологическим растворов для контактных линз // Фармация, №5, 2004, с. 46-48
36. Миннуллин И.П. Оптометрист в России – кто он? // Веко №2, 2006, с. 50-54
37. Миннуллин И.П. Петербургский медико-технический колледж вы играя образовательный конкурс // Современный оптометрия №6, 2007, с. 44-45
38. Мироненкова Ж.В., Васнецова О.А. Маркетинговые исследования фармацевтических информационных сетей // Фармация, №4, 2004, с. 24-26
39. HAL: сильная экспансия в Европу // Оптические новости №6, 2007, с. 22
40. Нильва И.Е. Этика фармацевтического бизнеса как основа саморегулирования аптечного ритмика // Фармация, №3, 2008, с. 7-9
41. Октябрьский Париж, как мировая оптическая столица // Веко январь-февраль 2007, с. 12-13
42. Парфейников С.А. Совершенствования системы ценообразования на лекарственные средства в южном Федеральном округе // Фармация, №2, 2003, с. 3-6
43. Пигулевская М. Мировой оптический рынок в условиях глобализации // Веко апрель 2007, с. 26-32
44. Прокопенко И.Л., Шестаков Т.Н. Маркетинговое изучение совершенного фармацевтического рынка диуретических средств // Фармация, №1, 2010, с. 23-26
45. Пухальская В.Т., Довгий А.М., Жукова И.Б. Инновационные образовательные технологии в фармации // Фармация, №5, 2010, с. 46-48
46. Раздорская И.М., Григорьева С.В., Тимошенко Е.Ю. Создания клиентской базы фармацевтической организации // Фармация, №2, 2007, с. 17-19
47. Рассел Дж.Т., Лейн У.Р. Рекламные процедуры Клеппнера / СПб.: Питер, 2003, 928 с. (Фармация, №6, 2006, с. 22)
48. Ренци Эрколе. Маркетинг магазин оптики (перевод. с итал.) / Спб.: РА, «Веко» 2006, 160 с.
49. Речканов А. Интернет-торговля МСЛ эпизод перемирие? // Веко октябрь 2006, с. 92-95
50. Росситер Дж.Р Перси Л. Реклама и продвижение товаров / Под ред. Л.А.Волковой – СПб.: Интер, 2000, 656 с. (Фармация, №6, 2004, с. 22)
51. Сагинова О. Природа и характер образовательных услуг // Маркетинг, №3, 2005, с. 53-63
52. Суюнов Н.Д., Икрамова Г.М., Зайнутдинов Х.С. Анализ цен бронхолитических препаратов на фармацевтическом рынке Узбекистана // Фармация, №2, 2010, с. 26-31
53. Тельнова Е.А., Гильдеева Г.Н. Роль государства в формировании ассортиментной политики // Фармация, №3, 2007, с. 3-6
54. Требуется оптика-профессионала? Пожалуйста! // Веко №6, 2007, с. 92
55. Третьякова Е.В., Мошкова Л.В., Коржавых Э.А. Подготовка специалистов в области гериатрической фармации // Фармация, №6, 2010, с. 42-44
56. Уголок Франции в Москве // Веко май 2007, с. 128
57. Управления и экономика фармация. Учебник / Под ред. В.Л.Багировой. М.: Медицина, 2004, 720 с.
58. Френкель А. Нейминг. Как игра слова становится бизнесом. М.: Добрая книга, 2006, 320 с.
59. Хейт Мэтт. Выдающиеся бренды / Перевод с англ. Ростов на Дону, Феникс, 2006, 386 с.
60. Хорошая осень для «Lixottica» и «Safilo» // Веко ноябрь 2003, с. 77
61. Чуланова Е. Мерчандайзинг в магазине оптики. Часть II Демонстрация товаров // Веко март 2007, с. 68-74
62. Чуланова Е. Новые возможности сайта «Ochki-net.» // Веко июнь 2006, с. 74-75
63. Чуланова Е. Оптическая образования в Германии вчера, сегодня, завтра // Веко март 2008, с. 96-102

64. Чуланова Е. Продажи в режиме Онлайн // Веко октябрь 2006, с. 68-71
65. Щербакова О. Виды рекламы очковых линз // Веко ноябрь 2007, с. 46-52
66. Щербакова О. Оптическая выставка в Гонконге // Веко январь-февраль 2007, с. 112-127
67. Эмоциональные и рациональные компоненты процесса продажи // Веко март, 2008, с. 48-52
68. Яворский Д.А. Фармацевтическая торговая марка: проблемы выбора // Фармация, №8, 2007, с. 22-24
69. Якутина Е. Научиться продавать. Это возможно? // Веко сентябрь 2006, с. 50-51
70. Best Global Brands, 2006 / Available at: www.interbrand.com
71. Cynthia H. Starr, When drug Names Spell Trouble // Drug Topics, 2010, v.144, №10, p. 49
72. Guideline in the acceptability of invented names for human medicinal products processed through the centralized procedure (CPMP) 328/98 Revision S EMEA, London, 2007 Available at: <http://www.emea.eu.int>
73. Rawson Kate. The name of the Game: Adjusting to a Tougher FDA Brand Name Review Process // The RPM Report: 2006, v.2, №1, p. 20-26

РЕЗЮМЕ

О РАЗВИТИИ МИРОВОГО ОПТИЧЕСКОГО РЫНКА И ИЗУЧЕНИЕ ЕГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА

М.Н. Велиева, А.Б.Багирова

В обзорной научной статье приводятся сведения по развитию мирового оптического рынка. Отмечено, что в настоящее время обеспечения средствами для коррекции зрения приходится 60% на долю США; 35% - Западной Европы; 19% - Южной Америки; 16% - Австралия; 15,5% - Африки. Проведенный маркетинговый анализ оптического рынка позволил представить наиболее современный товарный ассортимент следующих производителей: Luxottica, Safileo Эроуп, Иннотика, Аллисон, Иммажине Ейewear, Жазал, Неостилье, Менрад, Роденсток, Морел, Опал, Яафонт, Сенко-Епсон, Жарл Зеисс, Ессилор, Маржшон. Отдельно показан информационный фонд по изученным оптическим средствам; в виде книг, журналов, выставок, интернет-сайтов, что привлекает население всех стран в организации реализации средств для коррекции зрения.

SUMMARY

ON DEVELOPMENT OF OPTICAL MARKET AND STUDY OF ITS PHARMACEUTICAL MARKETING

M.N. Veliyeva, A.B.Bagirova

In scientific article information on development of world optical market is revealed. It is indicated that, 60% of supply of means for correction of sight is delivered by USA, 35% by Western Europe, 19% by Southern America, 16% by Australia, 15.5% by Africa. Conducted marketing analysis of optical market enabled to demonstrate the most modern trade assortment of following firm of production: Luxottica, Safileo Group, innotica, Allison, Immagine Eyewear, Cazal, Neostyle, Menrad, Rodenstock, Morel, Opal, Yafont, Seiko-Epson, Carl Zeiss, Essilor, Marchon. Separately, information fund on study with optical means is indicated: in figure of books, magazine, internet sites, which attracts population of all countries to organization of realization of means for correction of sight.

Daxil olub:29.11.2010

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ВОПРОСЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Г.Т.Мамед-заде

НИИ акушерства и гинекологии МЗ Азербайджанской Республики, Баку

Врождённые пороки развития (ВПР) являются актуальной проблемой здравоохранения ввиду их высокой распространённости [2, 5, 18]. ВПР у детей представляют собой наиболее сложную составляющую в структуре детской заболеваемости, инвалидности и причин смертности [1]. Тяжёлые ВПР, а также ВПР с летальным исходом выходят на первое место среди причин младенческой смертности в развитых странах, ограничивают возможности лечения и реабилитации больного ребенка, обусловливая огромные затраты общества на оказание ему медицинской помощи как малоэффективные. Медицинская и социальная значимость врожденных пороков у детей придает проблеме профилактики ВПР особый статус, как реальному резерву снижения детской заболеваемости, инвалидности и смертности.

В настоящее время профилактика врожденных пороков включает четыре уровня онтогенеза человека: прегаметический, презиготический,пренатальный, постнатальный [15].

На прегаметическом уровне проводят мероприятия по охране окружающей среды и здоровья родителей в репродуктивном возрасте. Охрану окружающей среды с генетической точки зрения необходимо осуществлять посредством удаления из нее мутагенных факторов,

терато- и канцерогенов. Охрану здоровья семьи в репродуктивном возрасте родителей следует осуществлять путем своевременного выявления и лечения соматической, андрологической, гинекологической патологии, соблюдения режима дня, рационального питания.

На презиготическом уровне проводят медико-генетическое консультирование с обследованием семьи и преконцепционной профилактикой, что позволяет выявить факторы риска для гамето- и эмбриогенеза (профессиональные и бытовые вредности; отягощенность генетического и акушерского анамнезов; нарушения гормональной функции; патологии сперматогенеза; цитогенетические нарушения; соматические патологии; носительство инфекций и т.д.)

На пренатальном уровне, на 9-11-й неделе беременности проводят УЗИ плода, на 14-20-й неделе определяют уровни альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина человека, после чего по показаниям выполняют амнио-, плаценто- и кордоцентез. На 16-21 неделю беременности осуществляют повторное УЗИ плода. Профилактические мероприятия этого уровня также дают возможность значительно снизить частоту осложнений беременности (гестозов, угрозы прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточности, дистресса плода).

На постнатальном уровне проводят осмотр новорожденного с использованием соматогенетического исследования с синдромологическим анализом и дополнительными методами клинико-генетического обследования. Повторные осмотры проводят в 3, 6 и 12 месяцев.

Решающая роль в комплексе мероприятий по профилактике и предупреждению ВПР принадлежит пренатальной диагностике, позволяющей предотвратить рождение детей с тяжелыми, не корригируемыми пороками развития, с социально значимыми генными и хромосомными болезнями и тем самым уменьшить генетический груз популяции [3,4]. Система выявления ВПР плода основана на использовании ультразвуковой диагностики, биохимическом массовом обследовании беременных, а при необходимости, на применении генетических методов обследования.

При проведении исследования в целях исключения ВПР плода ультразвуковая диагностика [14,16] позволяет четко визуализировать и определить тип порока у плода; кроме того, этот метод позволяет значительно упростить инвазивные диагностические операции во время беременности (амниоцентез и хорионбиопсию). Можно четко определить локализацию плаценты при ее предлежании, объем амниотической жидкости при подозрении на маловодие или многоводие. Значение УЗИ на ранних сроках беременности, помимо прочих, заключается в выявлении клинически еще никак не проявляющихся ВПР плода в периоды беременности, когда еще возможно ее искусственное прерывание [9].

Вопрос о необходимости и важности массового скрининга УЗИ поддерживается многими авторами [9, 14, 16]. При этом, особое внимание должно быть уделено женщинам из групп риска рождения ребенка с ВПР для снижения частоты наследственных и врожденных заболеваний в определенных группах населения и в конкретных семьях. Важное значение придается эхографическому исследованию фетоплацентарной системы, поскольку изменения в фетоплацентарном комплексе могут свидетельствовать о патологии плода [17].

Точность ультразвуковой диагностики, по данным различных исследований, составляет от 45 до 87% [14, 16, 17], на основании чего можно сделать вывод о том, что при скрининговых исследованиях каждый второй случай ВПР, подлежащий УЗ диагностике, в условиях практического здравоохранения пропускается и констатируется только после рождения.

Поскольку роль инфекции в формировании ВПР подчеркивается многими исследователями, стратегия борьбы с внутриутробными инфекциями может быть использована как профилактика ВПР [6, 10]. Главной стратегией борьбы с внутриутробными инфекциями является достижение высокого уровня защищенности плодов и новорожденных от антенатального и интранатального инфицирования TORCH-инфекциями и инфекциями, передающимися половым путем, и организация системы консультативно-диагностического обслуживания беременных женщин в целях предупреждения внутриутробных инфекций на конкретной территории [10]. Управление эпидемическим процессом осуществляется в комплексе акушерами-гинекологами, педиатрами, инфекционистами, эпидемиологами, иммунологами и вирусологами. В сферу системы

профилактических и противоэпидемических мероприятий входит деятельность по нейтрализации источников возбудителя инфекции, предупреждению путей и факторов его передачи, повышению невосприимчивости к инфекции. Особенно важна диагностика тех инфекций у беременных, которые могут передаваться эмбриону или плоду, например, токсоплазмы, цитомегаловируса, вирусов простого герпеса, ветряной оспы, краснухи, кори [6].

Среди профилактических программ существенное место занимает мониторинг ВПР. Мониторинг представляет собой быстродействующую предупреждающую систему, посредством которой может осуществляться выявление зон с повышенной частотой ВПР и, таким образом, контроль средовых факторов, обладающих тератогенными свойствами, что и приводит к возникновению ВПР среди детей, подвергшихся их действию в период внутриутробного развития [7, 11, 12, 20].

Основная цель программы мониторинга состоит в обнаружении изменений частот ВПР, что может быть сигналом к поиску новых тератогенов или к указанию на существенное повышение концентрации ранее действовавших факторов. По мнению исследователей, этот метод является самым практическим способом выявления причин ВПР и их связи с воздействием потенциальных тератогенов, большая часть которых является результатом техногенной деятельности человека [1, 7]. На международном уровне мониторинговые регистры ВПР представлены двумя системами: EUROCAT и Clearinghouse [19]. Региональные регистры могут входить как в одну из систем, так и в обе системы. За время существования этих программ в странах Европы и Америки накоплен большой опыт проведения мониторинговых исследований, разработаны методические подходы к их организации.

Перспективным направлением является подготовка женщины к предстоящей беременности (преконцепционная профилактика). Показанием для нее, по данным исследователей, служит наличие в семье риска возникновения ВПР, привычного невынашивания беременности, мертворождений в анамнезе, различных эндокринопатий, проживание в экологически неблагоприятных условиях [8]. Данная профилактика предполагает проведение за 3-4 месяца до зачатия генетической консультации и всестороннего гинекологического обследования. При наличии инфицированности половых путей женщине необходима деконтаминация, при выявлении нарушений менструальной функции – ее нормализация. Рекомендуется перед планированием беременности за 2 месяца и в первые ее 10-12 недель не получать антибактериальную терапию.

Одним из наиболее значимых достижений мировой генетики последних десятилетий явилось планирование «безопасной» беременности относительно предупреждения некоторых распространенных пороков развития у плода, связываемых с фолиевой недостаточностью матери, посредством массового лечения женщин репродуктивного возраста фолиевой кислотой в периконцепционный период. Этот метод первичной индивидуальной профилактики ВПР имеет большое практическое значение, являясь приемлемой альтернативой пренатальному скринингу ВПР и селективным абортам при наличии плода с ВПР. За 2-3 месяца до беременности целесообразно проведение профилактического лечения витаминами, микроэлементами, обязательен прием фолиевой кислоты (до 3 мг/сут) [13]. Оптимальная суточная потребность в фолиевой кислоте в период зачатия составляет 0,7 мг, в то время как ее потребление обычно равняется 0,2 мг.

Существуют три теоретические возможности первичной профилактики ВПР с помощью фолиевой кислоты: диета, богатая солями фолиевой кислоты, витаминные добавки фолиевой кислоты и обогащение пищевых продуктов витаминами. Применение женщинами фолиевой кислоты, начинаяющееся перед зачатием и продолжающееся в ранний гестационный период, приводит к снижению числа случаев повторения и возникновения дефектов нервной трубки у потомства.

В норме в течение 28 дней после оплодотворения развитие нервной трубки плода завершается, и очень важно, чтобы в этот период беременные принимали фолиевую кислоту. Дефекты нервной трубки развиваются вследствие нарушений ее закрытия либо, в некоторых случаях, в результате повторного открытия. Анэнцефалия приводит либо к мертворождению, либо к скорой смерти после рождения, в то время как новорожденные со spina bifida сегодня выживают, особенно при интенсивном лечении и хирургических вмешательствах. Эти дети чаще всего становятся тяжелыми инвалидами с параличами и нарушениями тазовых функций. В

легком варианте – это кифозы и сколиозы. Такие лица отстают в умственном развитии, психологически они менее адаптивны к окружающей среде. Возможность предотвращения достаточно широкого спектра анатомических дефектов развития у плода и новорожденного, представляющих собой в большом числе случаев летальные и тяжелые формы ВПР, безопасность фолатной терапии, простота и доступность метода определяют для практического здравоохранения необходимость разработки и внедрения системы превентивных мероприятий массового порядка.

Таким образом, в настоящее время существует несколько направлений в профилактике ВПР у детей, из которых наиболее перспективными считаются пренатальная подготовка, охрана окружающей среды и пренатальная диагностика. Необходимо продолжать поиск путей, повышающих эффективность пренатальной диагностики данной патологии, а также новых методов исследования, в том числе неинвазивных, которые позволяют диагностировать ВПР плода на ранних сроках беременности.

Первичная профилактика врожденной патологии, проводимая на всех уровнях раннего онтогенеза, позволит значительно снизить уровень ВПР, улучшить здоровье как современного, так и будущих поколений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю. Социально-гигиеническое значение и пути снижения детской смертности и инвалидности от врожденных пороков развития // РМЖ, 2002, № 2, с. 12-14.
2. Амелина С.С. Частота и структура врожденных пороков развития у детей в Ростовской области //Медицинская генетика, 2006, №6, с. 29-37.
3. Антонов О.В. Методы пренатальной диагностики врожденных пороков развития // Медицинская помощь. - 2005. - №4. - с. 18-21.
4. Ахмадзин А.Ю. Мониторинг и пренатальный скрининг ВПР - основа профилактики и диспансеризации врожденных пороков сердца //Пренатальная диагностика, 2004, №2, с.150-151
5. Баранов А.А. Клинические рекомендации // Педиатрия, 2007, 272 с.
6. Бойко Т.В. Внутриутробная инфекция как одна из основных причин младенческой смертности / Материалы III съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. М., 2000, с. 34-35.
7. Бочков Н.П. Мониторинг врожденных пороков развития // Вестник перинатологии и педиатрии,1996,№2,с. 20-24.
8. Васильева И.Ю. Периконцепционная профилактика врожденной патологии //РМЖ, 2005, Т. 13, № 1(225), с. 22-25.
9. Волков А.Е., Михельсон А.А. Ультразвуковая диагностика врожденных пороков в ранние сроки беременности // Пренатальная диагностика, 2004, №3., с. 231.
10. Врожденные и перинатальные инфекции: предупреждение, диагностика и лечение: Пер. с англ. / Под ред. М.-Л. Ньюэлл и Д. Мак-Интайра. , СПб.: Петрополис, 2004, 442 с.
11. Демикова Н.С. Мониторинг врожденных пороков развития и его значение в изучении их эпидемиологии //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2003, № 4, с.13-17
12. Елизарьева Т.Ю., Фокина А.П., Кох Э.Э. Мониторинг врожденных пороков развития и его значение в профилактике врожденной патологии /Т.Ю. Елизарьева, //Пренатальная диагностика, 2004, №2, с.152-153
13. Жученко Л.А. Вклад фолат-зависимых пороков в структуру врожденных пороков развития в Московском областном регионе и динамика их частоты в период с 2000 года по 2005 год // Медицинская генетика, 2009, Т.8, №2 (80), с. 8-14
14. Ковтун О.П. Оценка использования пренатального ультразвукового метода для выявления врожденных пороков центральной нервной системы //Вестник Уральской медицинской академической науки, 2003, №2, с.46-48
15. Козлова СИ., Краснова А.Я., Жданова Л.А. Профилактика врожденных пороков развития в периконцепционном периоде // Справочник фельд. и акушерки., 2003, № 3, с.17-26
16. Эсетов, М.А. Оценка основных параметров фетометрии в 10-14 нед беременности при трансвагинальной эхографии / М.А. Эсетов // Пренатальная диагностика, 2005, Т.4, №1, с.10-14.
17. Alagarsamy S. Comparison of clinical criteria with echocardiographic findings in diagnosing PDA in preterm infants //J. Perinat. Med.,2005, v.33,2, p.161-164.
18. Conde-Agudelo A. Epidemiology of fetal death in Latin America //Acta Obstet Gynecol Scand, 2000, v.79(5), p.371-8.
19. EUROCAT Central Registry, University of Ulster, 2006 // www. eurocat. ulcer. ac.uk/pubda

20. Zhuchenko L. Monitoring System of Moscow Region, Russia // Annual Report 2007 with data for 2005. International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research. Published by the International Centre for Birth Defects. Director P. Mastroiacovo. Roma – Italy, 2008, p. 230-233.

XÜLASƏ

ANADANGƏLMƏ İNKİŞAF QÜSURLARI VƏ ONLARIN PROFİLAKTİKASI (MƏSƏLƏLƏRİ)

G.T.Məmməd-zade

Məqalədə döllerde anadangəlmə inkişaf qüsurları barəsində ədəbiyyat məlumatları verilmişdir. AlQ səhiyyənin aktual problemi hesab olunur, çünkü AlQ geniş yayılmışdır.

AlQ-nin müxtəlif səviyyəli profilaktikası məsələləri təhlili olunmuşdur. Uşaqlarda AlQ-nin profilaktikasının müxtəlif istiqamətləri qeyd olunmuşdur, onlardan prekonsepsion hazırlıq, etraf mühitin qorunası və prenatal diaqnostika daha prespektiv metodlar hesab olunur.

Erken ontogenet dövründə aparılan ikiin profilaktik tedbirlər nəticəsində AlQ-nin rastgelmə tezliyini azaltmaq, həm müasir nəslin, həsmçinin gələcək nəsillərin sağlamlıq səviyyəsini artırmaq mümkün olacaq.

SUMMARY

CONGENITAL DEVELOPMENTAL MALFORMATION AND THE WAYS ITS PROPHYLACTICS

Mamed-zade G.T.

The data about fetus congenital developmental malformation (CDM) are presented in this article, that is one of the problem in healthcare due to their high distribution. Different levels of CDM prophylactics were discussed. Meaning of some directions in CDM prophylactics are estimated, and concluded, that most perspective is preconception, preservation of environment and prenatal diagnostics.

Primary CDM prophylactics, conducted on all early ontogenesis levels allow to significantly decrease CDM and improve the health of modern and future generation.

Daxil olub:28.10.2010

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ

А.Г. Гасанов

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку,

Научный центр здоровья детей Российской Академии Медицинских Наук, г.Москва

Прогресс в изучении этиопатогенеза, диагностики и лечения целого ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы за последние годы очевиден. Это связано с успехами современной генетики, биохимии, методов функциональной диагностики и морфологии. Основной концепцией патогенеза хронической сердечной недостаточности (ХСН) в течение последних десятилетий являлась концепция нейрогормональной гиперактивации ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатико-адреналовой (САС) систем [25,27]. Благоприятными эффектами РААС и САС являются увеличение сократимости, повышение частоты сердечных сокращений и общего периферического сосудистого сопротивления, повышение перегрузки за счет веноконстрикции. К неблагоприятными моментам относятся повышенная потребность миокарда в кислороде, снижение ударного объема сердца, коронарная вазоконстрикция и проаритмогенное действие. Следовательно, несмотря на теоретическую привлекательность, значимость нейрогормональной гиперактивации в развитии хронической сердечной недостаточности оказалась переоцененной [2, 6, 8]. Сегодня правильнее говорить не о чрезмерной активации отдельных нейрогормональных систем, даже таких мощных как ренин-ангиотензин-альдостероновой или симпатико-адреналовой, а о дисбалансе нейрогормональных факторов, вызывающих пролиферацию или апоптоз клеток и ремоделирование миокарда.

Достижением кардиологии последнего времени следует считать установление значение иммунных механизмов в генезе сердечной недостаточности. Была предложена цитокиновая модель развития ХСН [4]. Согласно этой модели, гемодинамическая перестройка и гипоксия, являющиеся одними из важных звеньев патогенеза развития сердечной недостаточности индуцируют иммунологические изменения. При этом образуются провоспалительные цитокины: фактор некроза опухоли-α, интерлейкин1, интерлейкин6. Фактор некроза опухоли-α является с

одной стороны одним из маркеров, а с другой, одной из причин развития ХСН. Существуют несколько гипотез, объясняющих избыточную индукцию цитокинов.

Гипотеза миокардиальной индукции цитокинов объясняет образование миокардиальных цитокинов с позицией гемодинамической перестройки в виде повышенного уровня конечно-диастолического давления левого желудочка, что является причиной диастолического стресса. Согласно гипотезе экстрамиокардиальной продукции цитокинов выработку последних объясняет с позицией возникновения эндотелиальной дисфункции, нарушения эндотелий зависимой дилатации сосудов, тканевой гипоксии, увеличение уровня свободных радикалов и снижения сердечного выброса. Гипотеза бактериальной продукции цитокинов объясняет избыточную их продукцию вследствие венозного застоя в кишечнике, тканевой гипоксии, что способствует повышенной проницаемости стенки для бактерий и эндотоксинов.

Цитокиновая модель развития сердечной недостаточности тесно связана с теорией эндотелиальной дисфункции. Генез развития сердечной недостаточности связан не только повреждением миокарда, но и нарушением целостности эндотелия сосудистой стенки. Роль провоспалительных цитокинов в развитии ХСН сложна и может быть объяснена несколькими механизмами. К ним относятся отрицательное инотропное действие, ремоделирование сердца вследствие изменение структуры коллагенового состава внеклеточного матрикса, возникновение дилатации желудочков, гипертрофии кардиомиоцитов, усиление явлений апоптоза, нарушение эндотелий зависимый релаксации артерий.

Важной функцией эндотелия является независимый локальный механизм регуляции сосудистого тонуса. Причины развития эндотелиальной дисфункции являются гемодинамическая перегрузка проводящих артерий, гиперактивация РААС и САС, нарушение рецепторного аппарата эндотелия, нарушение образования или блокада действия систем брадикинина, оксида азота и эндотелиального фактора релаксации. Маркерами эндотелиальной дисфункции являются снижение эндотелий зависимой вазодилатации, увеличение десквамированных эндотелиоцитов, повышение уровня эндотелина-1, повышение эндотелиального ангиотензинпревращающего фермента, ослабление влияния брадикинина, подавление экспрессии (инактивации) NO синтетазы. В настоящее время стало очевидным, что в формировании хронической сердечной недостаточности немаловажную роль играют изменения структуры внеклеточного матрикса и гибель клеток путем апоптоза [7,10,17,20,22,24].

Последние годы появились новые данные о путях развития ХСН включающих симбиоз изменений как самой клетки в виде апоптоза кардиомиоцита, так и альтерации внеклеточного матрикса, в совокупности приводящих к формированию фиброзированию и ремоделированию миокарда [9,13,14,28]. Выявлена альтерация компонентов внеклеточного матрикса, которая осуществляется при дисбалансе активности матриксных металлопротеиназ (ММП) и их тканевых ингибиторов (ТИММП). Причем деструкция коллагеновой сети миокарда может быть вызвана факторами, индуцирующими или повышающими активность матриксных металлопротеиназ, либо снижающими фоновую активность их тканевых ингибиторов. Однако синергично-антагонистические отношения указанных ферментов и их ингибиторов в процессах повреждения внеклеточного матрикса (ВМ) кардиомиоцитов при хронической сердечной недостаточности по существу не исследовались. Остаются невыясненными вопросы регуляции активности матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов в процессах деградации коллагена и фиброзирования миокарда, сопровождающихся ремоделированием сердца и реконструкцией его камер.

В детской кардиологии работ, посвященных изучению молекулярных механизмов апоптоза при различных заболеваниях сердца в сочетании с изучением активности матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов, оценкой их взаимосвязи и влияния на выраженность процессов миокарда нет.

Нарушение морфометрических и функциональных параметров сердца, как составная часть ремоделирования является следствием комплексного нарушения его структуры и функции в ответ на повышения активности ММП во внеклеточном матриксе и утрату части жизнеспособного миокарда.

Результаты последних исследований свидетельствуют о важной роли внеклеточного матрикса в формировании ХСН, который в основном определяет механические свойства миокарда, как во время систолы, так и диастолы [3]. Несмотря на широкое изучение вопросов клинической значимости и лечения при сердечно-сосудистых заболеваниях во взрослой популяции, роль повышения активности ММП, процессов апоптоза и нарушения функций эндотелия в развитии, прогрессировании, а также их прогностическая значимость и терапевтическая тактика у детей не определены.

Как известно, оксидативный стресс и ряд других патологических факторов, возникающие при нарушении регуляции метаболизма миокарда, проводят к активации матриксных металлопротеиназ и проапоптических агентов. Результатом этого процесса является резкое изменение в балансе ММП, ТИММП-1 и усиление экспрессии проапоптических стимулов, способствующих еще большему повреждению миокарда. Для изучения состояния ВМ, параметров апоптоза и их регуляторов в формировании недостаточности кровообращения у детей нами был проведен анализ изменения содержания биологических агентов, характеризующих эти процессы в зависимости от этиологического фактора.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что уже на самых ранних этапах формирования недостаточности кровообращения отмечаются существенные изменения в балансе систем ММП-1, ММП-2, ММП-9 и их тканевого ингибитора-1. Как полифункциональные белки ММП секретируются в межклеточное пространство в латентной форме. В патологических условиях эти ферменты, разрушая такие компоненты ВМ, как коллаген, эластин, фибронектин, гликозамингликаны и др. активно участвуют в процессах альтерации его структуры, что позволяет считать ММП эффекторами ремоделирования. Как известно, экспрессия ММП регулируется условиями тканевой перестройки и их естественными тканевыми ингибиторами (ТИММП).

В структуре причин развития ХСН у детей ДКМП занимает одно из центральных мест. У пациентов с ХСН, развивавшейся при ДКМП, выявлена зависимость изменения содержания изучаемых нами ММП и ТИММП-1 от стадии НК. Так, у этих больных с НК I-IIА стадией отмечено повышение концентрации всех изучаемых ММП и снижение ТИММП-1. Можно предположить, что повышение активности ММП на фоне снижение уровня ТИММП-1 при наименьшей степени выраженности НК является признаком активации коллагенолитических процессов и свидетельствует о наличие разрушения коллагеновой сети, что может являться причиной повышения растяжимости миокарда и дилатации левого желудочка и тем самым нарушения его систолической функций.

У больных на начальных стадиях формирования ХСН в ответ на снижение сократительной способности сердца, вследствие повышения его растяжимости, формируется гипертрофия миокарда левого желудочка. Однако, степень гипертрофии у больных с НК I-IIА стадией при ДКМП неадекватна степени дилатации левого желудочка. Неспособность миокарда к развитию адекватной гипертрофии как основного механизма долговременной компенсации систолической дисфункции обусловливает стойкое и прогрессирующее снижение сократительной способности и расширение камер сердца.

Концентрации изученных матриксных металлопротеиназ и их тканевого ингибитора-1 в сыворотке крови больных детей с ДКМП изменились по мере нарастания НК. В отличие от НК I-II А стадий, у детей с НК IIБ-III стадий при ДКМП, отмечено уменьшение содержания ММП-1, которое сопровождалось гиперпродукцией ТИММП-1. У этих пациентов содержание ММП-2 и ММП-9 осталось на высоких уровнях и имело тенденцию к повышению. Возможно, такие изменения в соотношениях ММП в последних стадиях ДКМП связаны с повышением индукции ММП на уровне генов [22]. Не исключено, что при прогрессировании патологического процесса происходит не только активация проферментов, а также повышается их *de novo* синтез на уровне генов.

У больных с ДКМП при НК IIБ - III стадии, падение уровня ММП-1 сопровождается гиперпродукцией тканевого ингибитора-1, что приводит к ослаблению коллагенолитических процессов. Помимо этого, не исключено, что высокие концентрации ТИММП-1, путем индукции фибробластов могут усиливать синтез коллагена и других белковых компонентов ВМ [8], что является одной из причин развития фиброза. Развивающейся в результате гемодинамической

нагрузки реактивной фиброз в конечных стадиях ХСН приводит к дезадаптивному ремоделированию в виде дилатации камер сердца и неблагоприятному исходу заболеваний у таких детей

Таким образом, результаты исследования компонентов ММП у детей с ДКМП позволяют более объективно судить об их роли в механизмах развития фиброза во ВМ и формировании ХСН. Значительное увеличение уровня всех изучаемых ММП на фоне снижение содержания их тканевого ингибитора-1 в начальных стадиях НК указывает на их существенную роль в дилатации левого желудочка, нарушении его систолической и диастолической функции и тем самым развитии ХСН.

Важным представляется не только изолированное содержание ММП, повышение которых способствует деградации коллагенов ВМ процессов, но и их соотношение с уровнем ТИММП-1. Преобладание уровня ТИММП-1 ведет к снижению коллагенолитических процессов и развитию избыточного миокардиального фиброза на поздних стадиях формирования ХСН при ДКМП.

Учитывая, что ММП-2 и ММП-9 осуществляют дальнейшее разрушение не только денатурированных коллагенов, но фибронектина и коллагенов I и III типов внеклеточного матрикса, можно предположить, что деградация белков внеклеточного матрикса ведет к перманентному характеру фиброзирования и может быть одной из причин нарушений гемодинамики у таких больных.

У всех больных с ГКМП снижение уровня ММП-1 сопровождалось повышением концентрации ТИММП-1, у тех же больных. У всех обследованных пациентов с ГКМП уровень ММП-2 и ММП-9 в сыворотке крови был достоверно повышен ($p<0,001$) относительно его содержания в референтной группе.

Обнаруженные нами у детей с ГКМП, повышение содержания тканевого ингибитора-1 на фоне снижения концентрации ММП-1 может приводить к снижению утилизации коллагена и следовательно, его накоплению во внеклеточном матриксе. С другой стороны не исключено, что высокие концентрации ТИММП-1, путем индукции фибробластов могут усиливать синтез коллагена и других белковых компонентов ВМ, что является одной из причин развития фиброза способствующего повышению упругости миокарда и увеличению толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка у обследованных нами больных с ГКМП.

Повышение упругости миокарда является причиной импульсивного сокращения ЛЖ во время систолы и ведет к повышению ФВ. Однако повышение сократимости сердечной мышцы у пациентов с ГКМП свидетельствует не об увеличении инотропного состояния миокарда, а указывает на гипердинамический характер его сокращения в условиях сниженной постнагрузки вследствие развития фиброза. Кроме того, изменение состава компонентов внеклеточного матрикса, вследствие нарушенного баланса ММП-1/ТИММП-1, является причиной накопления других белковых компонентов внеклеточного матрикса – фибронектина, эластина, ламинина, интегринов и др. Их аккумуляция в внеклеточном пространстве способствует утолщению стенок левого желудочка, тем самым уменьшая размеры ЛЖ, что имеет важное патогенетическое и клиническое значение при ГКМП [21].

Гипертрофия миокарда развившаяся в результате фиброзирования, сопровождается различными нарушениями ритма и проводимости сердца. Фиброзные изменения в межжелудочковой перегородке часто приводят к блокадам ножек пучка Гиса. Сложные нарушения ритма и проводимости сердца часто ассоциируются с внезапной смертью [5].

Таким образом, установленные у детей с ГКМП нарушения баланса между ММП и ТИММП-1, приводят к нарушению изомерного состава компонентов внеклеточного матрикса, к аккумуляции коллагенов и других белковых компонентов во внеклеточном матриксе сердца, что является основой развития фиброзной ткани. Изменение структуры внеклеточного матрикса является причиной патологического ремоделирования сердца, утолщения стенок сердца, нарушения диастолической функции левого желудочка, а также ритма и проводимости сердца, что может привести к внезапному летальному исходу у этих больных.

Развитие хронической сердечной недостаточности как синдрома при рестриктивной кардиомиопатии (РКМП) является следствием дисбаланса в системе сложнейших биохимических, структурных и геометрических механизмов ремоделирования миокарда. Определение содержания ММП и ТИММП-1 у детей с хронической сердечной

недостаточностью при РКМП является предметом нового научного направления. Как показали результаты наших исследований, в нарушении структуры и геометрии сердца значительная роль отводится внеклеточному матриксу, деструкция белков которого осуществляется матрикными металлопротеиназами и их тканевыми ингибиторами.

Механизм развития избыточного миокардиального фиброза при РКМП является сложным и не до конца изученным процессом. По мнению Weber K.T. (1997) любые изменения в структуре ВМ является путем к развитию фиброза [27]. Возможно, причиной развития фиброзной ткани в ВМ миокарда у больных с РКМП являются медиаторы ренин-ангиотензин-альдостериновой (РААС) и симпатико-адреналовой систем (САС) [18, 23], запуск, которых осуществляется миокардиальным стрессом разной этиологии. Молекулярным механизмом действия ангиотензина II и альдостерона является микроповреждение и ухудшение эндотелиальных функций, что ведет к утолщению сосудистых стенок и усилению фиброза.

Фиброзирование при РКМП является сложным многофакторным и необратимым процессом, который требует своего дальнейшего углубленного исследования. Изучение новых направлений в этой области, раскрытие молекулярных и генных механизмов развития РКМП и попытки воздействия на причину заболевания до ее клинической манифестации может открыть перспективы для более оптимистического подхода к этой проблеме.

Таким образом, исследования клинического и биохимического значения ММП и ТИММП-1 в изменении структуры ВМ позволили постулировать ключевую роль этих ферментов в альтерации компонентов ВМ и ремоделировании сердца. Как известно, матрикные металлопротеиназы, в частности ММП-1, является единственным из известных ферментов, способных расщеплять коллагены ВМ сердца на два фрагмента (желатину), которые подвергаются дальнейшему распаду при активном действии желатиназ - ММП-2 и ММП-9. Известно, что желатиназы также способны деградировать фибриллярные коллагены, эластины и другие компоненты ВМ, что приводит к повышению жесткости сосудов. ТИММП-1 с одной стороны ингибирует активность ММП-1, с другой он способен путем индукции фибробластов увеличить экспрессии коллагенов ВМ. По мнению Martos R. и соавт. (2007), повышение концентрации ММП-2 и ММП-9 способствуют разрушению структуры ВМ и развитию фиброза [19]. Все эти данные дают основание предполагать, что любые изменения в соотношениях ММП и их тканевого ингибитора способствует нарушению устойчивого баланса между синтезом и распадом коллагена, что является началом фиброзирования в ВМ. Именно фиброз миокарда является причиной диастолической дисфункций и декомпенсации сердечной деятельности у больных с ГКМП [27].

По результатам наших исследований диастолическая дисфункция миокарда встречается при всех видах кардиомиопатий и ВЛС. Рядом авторов диастолическая дисфункция рассматривается как важная причина развития систолической дисфункции. Однако открытым остается вопрос, является ли диастолическая дисфункция миокарда самостоятельным фенотипом сердечной недостаточности или это лишь стадия развития систолической недостаточности.

Как показали результаты наших исследований, активация ММП наблюдалась во всех фенотипических вариантах кардиомиопатий и врожденных пороков сердца, что приводит к нарушению структуру ВМ и развитию фиброза.

Таким образом, гомеостаз ВМ является важным фактором для нормальной структуры и функции сердца. Развитие фиброза в ВМ связано с нарушением баланса между ММП и их тканевыми ингибиторами, изменения которых зависит от комплекса факторов: механический стресс, активные метаболиты, цитокины и факторы роста. Такое сочетание местных и общих регуляторных факторов позволяет заключить, что ВМ миокарда весьма чутко реагирует на различные возникающие ситуации, а нарушения в ВМ имеют различный характер в зависимости от комбинации повреждающих факторов. На основании этих данных можно предположить, что при различных заболеваниях сердца вариация концентраций ММП и их тканевого ингибитора-1 определяет варианты ремоделирования.

На основании клинических и катамнестических наблюдений больных детей, собственных клинико-инструментальных и биохимических исследований основных параметров регуляции активности матрикных металлопротеиназ и процессов апоптоза, а также выявленных значимых кореляций этих показателей с изменениями геометрии сердца при различных

стадиях недостаточности кровообращения, нами предложена оригинальная схема патогенеза повреждений миокарда при кардиомиопатиях (Рис 1).

На молекулярном уровне инициация процессов структурно-функциональной перестройки сердца при кардиомиопатиях на сложном каскаде реакций, которые, помимо гемодинамических стимулов, связаны с экспрессией генов и белков, ассоциированных с апоптозом, дисфункцией эндотелия и изменениями внеклеточного матрикса миокарда. При этих формах патологии миокарда эндотелий не способен продуцировать необходимое количество оксида азота для удовлетворения метаболических потребностей, вследствие чего поражается эндотелийзависимая вазодилатация, что сопровождается сверхэкспрессией индуцибельной NO-синтазы (iNOS) в кардиомиоцитах и макрофагах, возникающей вследствие активации свободнорадикальных процессов и угнетения активности антиоксидантных ферментов супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы. Избыточные концентрации локально экспрессированного оксида азота оказывают прямое токсическое действие на кардиомиоциты и их внеклеточный матрикс, индуцируют апоптоз кардиомиоцитов и активируют процессы интерстициального роста и фиброза, что определяет темпы патологического ремоделирования сердца.

Стойкое увеличение локальной продукции оксида азота при кардиомиопатиях и врожденных пороках сердца у детей обуславливает значимое повышение активности матриксных металлопротеиназ, что приводит к усилению распада коллагенов и фиброзированию миокарда при одновременной активации апоптоза кардиомиоцитов. В этих условиях нарушения баланса в системе матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов определяют динамику повреждений изомерного состава коллагенов внеклеточного матрикса миокарда, которые сопровождаются избыточным развитием фиброзной ткани в миокарде, что обуславливает интенсивность его ремоделирования.



Рис. 1. Молекулярные и клеточные механизмы ремоделирования миокарда при кардиомиопатиях и врожденных пороках сердца у детей

Под действием высоких концентраций оксида азота, ионы кальция (Ca^{2+}) переходят из внеклеточной среды в цитоплазму, за счет повышения проницаемости биомембран, что является одной из причин индукции митохондриального пути развития апоптоза кардиомиоцитов. Повышение уровней Ca^{2+} внутри митохондрий способствует появлению транзиторных пор во внутреннем слое мембран митохондрий. В образовании проницаемых пор (mPTP) во внешнем слое митохондриальных мембран важную роль играет митохондриальный NO, который может проникать в митохондрии из сарколеммы и вырабатываться в митохондриях под воздействием повышенной активности Ca^{2+} -чувствительных митохондриальных NOS (mtNOS). Наряду с этим высокие концентрации NO в митохондриях необратимо повреждают компоненты дыхательной цепи, ингибируют продукцию АТФ и тем самым способствуют его истощению [16]. Дефицит АТФ в кардиомиоцитах является одной из причин нарушения систолической и диастолической функций сердца.

Образование проницаемых пор ассоциируется с повышенным выходом в цитоплазму цитохрома С, эндонуклеазы G, апоптоз-индуцирующего фактора AIF и других проапоптотических факторов. В этих условиях цитохром С, активация проапоптотического фактора (ApaF-1) и метаболиты АТФ способствуют формированию комплекса апоптосом, играющего роль индуктора каспазы 9, которая активирует эффекторную каспазу-3, являющуюся основным фактором деградации ДНК и гибели кардиомиоцитов путем апоптоза. На месте апоптозированных клеток развивается репаративный фиброз, что приводит к нарушению систолической и диастолической функций сердца и обуславливает биоэлектрическую нестабильность миокарда. Неизбежно возникающий фиброз, сдавливая капиллярную сеть миокарда, может быть фактором, провоцирующим гибель новых кардиомиоцитов, что способствует прогрессированию недостаточности кровообращения.

Разработанная нами концепция возникновения и формирования сердечной недостаточности у детей явилаась основой принципиально нового подхода к её лечению, который включает коррекцию нарушений баланса в системе ММП, регуляцию процессов программирующей гибели кардиомиоцитов и их регуляторов. Несомненными достоинствами этого вида терапии является снижение активности нейрогормональных систем, повышение антиоксидантной системы и мобилизация адаптационных свойств сердца, что в итоге способствует стабилизации процессов фиброзирования, апоптоза и биоэлектрической активности миокарда и определяет благоприятные исходы эффективного лечения хронической сердечной недостаточности при кардиомиопатиях и врожденных пороках сердца у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басаргина Е.Н., Гасанов А.Г., Бершова Т.В. и др. Состояние матриксных металлопротеиназ и их роль в формировании хронической сердечной недостаточности у детей с дилатационной кардиомиопатией // Педиатрическая фармакология, 2009, Т.6, №3, с.84-88
2. Березин А.Е. Новый класс лекарственных средств – ингибиторы металлопротеиназ – в лечении сердечной недостаточности // Клиническая медицина, 2004, Т.80, №5, с.7-15
3. Капелько В.И. Ремодеоиривание миокарда: роль матриксных металлопротеиназ // Кардиология, 2001, Т.41, №6, с.49-55
4. Казначеева К.С. Механизмы развития цитокининдуцированного апоптоза // Гематол. и трансфузiol, 1999, Т. 44, №1, с.40-43
5. Леонтьева И.В., Литвинова И.С., Даниленко Н.В. и др. Факторы риска жизнеугражающих состояний при гипертрофической кардиомиопатии у детей // Вест. аритмол., 2000, №18, с.26-27.
6. Мареев В.Ю. Новые идеи в лечении хронической сердечной недостаточности. Инотропная стимуляция сердца в эру ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и β-адреноблокаторов // Кардиология, 2001, Т.41, №12, с.4-11
7. Москалева Е.Ю., Севрин С.Е. Возможные механизмы адаптации клетки к повреждениям, индуцирующих программированную гибель. Связь с патологией // Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 2006, №2, с.2-15
8. Скворцов А.А., Мареев В. Ю., Насонова С.Н. и др. Необходимо ли тройная комбинация различных групп нейрогормональных модуляторов для лечения больных со стабильной умеренной хронической сердечной недостаточности // Тер.архив, 2006, Т.78, №2, с.14-20
9. Хежева Ф.М., Мазур Н.А. сывороточные маркеры фиброза у больных артериальной гипертонией // Кардиология , 2006, Т46, №3, с.64-67

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

10. Alter P., Jobmann M., Meyer E. et al. Apoptosis in myocarditis and dilated cardiomyopathy: Does enterovirus genome persistence protect from apoptosis? — An endomyocardial biopsy study // *Cardiovascular Pathology*. 2001, v.10, №5, p. 229-234
11. Jeong Y., Chaupin D. F., Matsushita K. et al. Aldosterone activates endothelial exocytosis // *PNAS*, 2009, v.106, №10, p. 3782 – 3787
12. Jordan A., Roldan V., Garica M. et al. Matrix metalloproteinase -1 and its inhibitor TIMP-1, in systolic heart failure: relation to functional data and prognosis // *J. of Internal Medicine*, 2007, v.262, №3, p.385-392
13. Cambronero F., Marin F., Roldan V. et al. Biomarkers of pathophysiology in hypertrophic cardiomyopathy: implications for clinical management and prognosis // *Eur. Heart J.*, 2000, v.30, №2, p.139-151
14. Eltyeb A., Graham S. Apoptosis in chronic heart failure // *Cardiology*, 2007, v.114, №3,p. 375-379
15. Heymans S., Schroen B., Vermeersch P. et al. Increased Cardiac Expression of Tissue Inhibitor of Metalloproteinase-I and Tissue Inhibitor of Metalloproteinase-2 Is Related to Cardiac Fibrosis and Dysfunction in the Chronic Pressure-Overloaded Human Heart // *Circulation*, 2005, v.112, №8, p.1136 – 1144
16. Kroncke K.D., Fehsal K., Kolb-Bachofen V. Inducible nitric oxide synthase in human disease // *Clin.Exp. Immunol.*,1998,v.113, P.147-156
17. Lubos E., Schnabel R., Rupprecht H. J. et al. Prognostic value of tissue inhibitor of metalloproteinase-1 for cardiovascular death among patients with cardiovascular disease: results from the AtheroGene study // *Eur. Heart J.*, 2006, v.27, №2, p. 150 – 156
18. Marcy T.R., Ripley T.L. Aldosterone antagonists in the treatment of heart failure // *Am. J. Health Syst. Pharm.*, 2006, v.63, № 1, p. 49 – 58
19. Martos R., Baugh J., Ledwidge M. et al. Diastolic Heart Failure: Evidence of Increased Myocardial Collagen Turnover Linked to Diastolic Dysfunction // *Circulation*, 2007, v.115, №7, p.888 – 895
20. Miner E.C., Miller W.L. A look between the Cardiomyocytes: The Extracellular Matrix in Heart Failure // *Mayo. Clin Proc.*, 2006, v.81, №1, p. 71-76
21. Papadopoulos D.P., Economou E.V., Makris T.K. et al. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitor on collagenolytic enzyme activity in patients with acute myocardial infarction // *Drugs Exp. Clin. Res.*, 2004, v.30, №2,P.55-65
22. Reinhardt D., Sigusch H.H., Henße J. et al. Cardiac remodelling in end stage heart failure: upregulation of matrix metalloproteinase (MMP) irrespective of the underlying disease, and evidence for a direct inhibitory effect of ACE inhibitors on MMP// *Heart*, 2002, p. 525-530
23. Rude M.K., Duhaney T.A.S., Kuster G.M. et al. Aldosterone Stimulates Matrix Metalloproteinases and Reactive Oxygen Species in Adult Rat Ventricular Cardiomyocytes // *Hypertension*, 2005,v.46, №3, p. 555 – 561
24. Schaper J., Lorenz-Meyer S., Suzuki K. The role of apoptosis in dilated cardiomyopathy // *Herz.*, 2009, v. 24, №3, p.219 214
25. Schnee J.M., Hsueh W.A. Angiotensin II, adhesion, and cardiac fibrosis // *Cardiovasc. Res.*, 2000, v.46, p. 264-268
26. Spinale F.G. Myocardial Matrix Remodeling and the Matrix Metalloproteinases: Influence on Cardiac Form and Function // *Physiol. Rev.*, 2007, v.87, p.1285-1342
27. Weber K.T. Fibrosis a common pathway to organ failure. Angiotensin II and tissue rapair. // *Semin. Nephrol.*, 1997, №17, p.467-491
28. Xiao J., She Q., Wang Y., et al. Effect of allopurinol on cardiomyocyte apoptosis in rats after myocardial infarction // *European Journal of Heart Failure.*, 2009, v.11, №1, p. 20-27

XÜLASƏ

KARDİOMİOPATİYA OLAN UŞAQLARDA ÜRƏK ÇATIŞMAMAZLIĞININ FORMALAŞMASININ PATOGENETİK YOLLAR

A.Həsənov

Son illər ürək-damar sisteminin bir sıra xəsteliklerinin etipatogenezinin tədqiqində, diaqnostikasında və müalicəsində baş verən nailiyyatlar göz önündədir. Bu müasir genetika, biokimya, funksional diaqnostika metodlarının və morfolojiyanın uğurları ilə bağlıdır. Tərifimizdən işlənib hazırlanmış uşaqlarda ürək çatışmamazlığının baş vermesi və formalaşması konsepsiyası onun müalicəsinə yeni prinsipiyal yanaşmanın əsasının təşkil etmişdir. Buraya MMP sistemində balans pozuntularının correksiyası, kardiomiositlərin programlaşmış məhvi prosesinin tənzimlənməsi aid edilir. Bu növ müalicənin əsas üstün cəhəti neyrohumoral sistemin aktivliyinin aşağı düşməsi, antioksidant sistemin artması və ürəyin adaptasiyon xüsusiyyətlərinin səfərbər olunmasıdır. Neticədə fibrozlaşma, apatoz və miokardin bioelektrik aktivliyi prosesi stabillaşır.

SUMMARY

**PATHOGENETIC WAYS OF FORMATION OF HEART FAILURE IN CHILDREN WITH
CARDIOMYOPATHY**

A.G.Hasanov

Progress in the study of etiopathogenesis, diagnosis and treatment of some diseases of the cardiovascular system in recent years is obvious. This is due to advances in modern genetics, biochemistry, and methods of functional diagnosis and morphology. We have developed the concept of emergence and formation of heart failure in children was the basis of a fundamentally new approach to its treatment, which includes the correction of the imbalance in the MMP, the regulation of programmed death of cardiomyocytes. The undoubted advantages of this type of therapy is to reduce the activity of neurohormonal systems, increasing the antioxidant system and the mobilization of adaptive properties of the heart, which ultimately contributes to the stabilization processes, fibrosis, apoptosis and bioelectric activity of myocardium.

Daxil olub: 14.12.2010

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.

Ф.А. Садыхова, Л.Ф.Рзаева

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им.А.Алиева,
г.Баку

Серьезную медицинскую и социальную проблему в дерматовенерологии и акушерстве и гинекологии в настоящем представляют заболевания женских половых органов, вызываемых различными возбудителями, передаваемыми половым путем, или неспецифической микрофлорой [2,5,9].

Бактериальный вагиноз - новый термин в классификации инфекций мочеполового тракта, принятый в 1984 году на 1-м Международном симпозиуме по вагинитам (Стокгольм, Швеция), заменивший целый ряд ранних названий: неспецифический вагинит (1892 год), вагинит, вызванный *Haemophilus* (1955 год), вагинит, вызванный *Corynebacterium* (1963год), гарднереллез (1980 год), анаэробный вагиноз (1982 год), неспецифический вагиноз (1983 год).

В основе бактериального вагиноза лежит нарушение микробиоценоза влагалища: усиленный рост аэробной и анаэробной микрофлоры, замещающей лактобациллярную микрофлору.

Название бактериальный объясняется повышением количества аэробных и анаэробных бактерий с преобладанием последних, а отсутствие лейкоцитов (клеток, ответственных за воспаление) -вагиноз. Снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл осуществляется не одним патогенным микроорганизмом, а совокупностью нескольких, вследствие чего бактериальный вагиноз является полимикробным заболеванием [1,11].

При данном заболевании влагалищные выделения включают смешанную флору, состоящую из пептококков, пептострептококков, бактероидов, мобилункуса, микоплазм, гарднерелл и небольшого количества вагинального эпителия.

Первичными возбудителями бактериального вагиноза считаются анаэробные бактерии – *Gardnerella vaginalis*,*Mobiluncus spp.* *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides spp.* и др.

При этом характерно отсутствие воспалительной реакции со стороны влагалища. Установлено, что массивное разрастание смешанной флоры связано с потерей «нормальных» лактобактерий, доминирующих в вагинальной экосистеме.

Отмеченное вполне логично учитывая специфику данной группы микроорганизмов, а именно, участие лактобацилл во многих ферментативных процессах организма человека. Кроме того, они продуцируют молочную кислоту, аминокислоты, витамины, H_2O_2 , лизоцим и другие антибиотические субстанции. В организме человека лактобациллы - члены микробных сообществ, участвуют в поддержании гомеостаза слизистых оболочек и препятствуют колонизации полостей условно-патогенными микроорганизмами.

В структуре воспалительных заболеваний женских половых органов репродуктивного возраста частота бактериального вагиноза составляет 40-60%, у беременных-20-25% [2,11,12].

Развитию бактериального вагиноза могут способствовать эндогенные(изменение гормонального статуса, снижение иммунореактивности, нарушение микробиоценоза кишечника) и экзогенные факторы (предшествующая антибактериальная терапия, перенесенные и

сопутствующие воспалительные заболевания мочеполового тракта, применение гормональных средств, иммунодепрессантов).

Одним из основных факторов, ведущих к бактериальному вагинозу, является кишечный дисбактериоз.

Выявлено, что у 50-55% женщин, страдающих бактериальным вагинозом, установлен дисбактериоз кишечника, что говорит о едином дисбиотическом процессе в организме с доминирующим проявлением либо в генитальной, либо в пищеварительной системах [1,3,7].

В связи с отмеченным представляется логичным комплексный подход к диагностике и лечению вагинального дисбактериоза, то есть с учетом состояния микробиоценоза кишечника.

Сопоставление состояния микробиоценоза при бактериальном вагинозе с микробиоценозом в норме позволяет более точно понять основные механизмы возникновения воспалительных процессов гениталий женщины, а также изменения микросистемы влагалища в ответ на различные неблагоприятные воздействия.

Следует отметить, что «норма» в данном случае понятие относительное, так как провести четкую границу между сапрофитами и патогенными микробами, входящими в состав нормальной флоры, часто невозможно. Сложившиеся положения о нормальной микрофлоре не абсолютны. И тем не менее термин «нормальная микрофлора» объединяет микроорганизмы, более или менее часто выделяемые из организма здорового человека.

Таблица 1
Нормальная микрофлора человека

Тонкая кишка		
Enterococcus	++	
Lactobacillus	++++	
Энтеробактерии	++++	
Стафилококки	++	
Пептострептококки	+	
Bifidobacterium	++++	
Толстая кишка		
Bacteroides	++++	
Clostridium	++	
Candida	+	
Энтеробактерии	++	
Enterococcus	+++	
Пептострептококки	+++	
Плесневые грибы	++	
Стафилококки	++	
Влагалище		
Норма		Причинные возбудители. Анаэробные бактерии
Lactobacillus		Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp. Bacteroides spp., Mycoplasma hominis
Bifidobacterium		
Молочнокислые стрептококки		
Candida		
Mycoplasma		±
Staphylococcus aureus		±

Примечание: ++++ - выделяют почти всегда; +++ - обычно выделяют; ++ - выделяют часто; + - выделяют иногда; ± - выделяют сравнительно редко

Изменения в составе и функциях нормальной микрофлоры кишечника сопровождаются различными нарушениями: развитием инфекций, диареи, запорами, синдромом мальадсорбции, гастритами, колитами, язвенной болезнью, злокачественными новообразованиями, аллергиями, мочекаменной болезнью, гипо- и гиперхолестеринемиями, карIESом, артритами, поражениями печени и др.

Следует отметить, что одним из основных микробных биотопов организма человека является мочеполовая система. Верхние отделы мочевыводящих путей обычно стерильны, в

нижних отделах доминируют *Staphylococcus epidermidis*, негемолитические стрептококки, дифтероиды, часто выделяют грибы рода *Candida*, *Torulopsis* и *Geotrichum*.

В наружных отделах доминирует *Mycobacterium smegmatis*. У 15-20% беременных женщин из влагалища выделяют *Streptococcus agalactiae* группы В, представляющий серьезную опасность для новорожденных в плане развития пневмоний и гноино-септических поражений.

Нормальная микрофлора играет важную роль в защите организма от патогенных микробов, например, стимулируя иммунную систему, принимая участие в реакциях метаболизма. В тоже время эта флора способна привести к развитию инфекционных заболеваний.

В норме среднее количество микроорганизмов во влагалищном секрете для аэробов и анаэробов составляет 105-106 КОЭ/мл. При этом преобладают пероксидпродуцирующие лактобациллы, обеспечивающие основной защитный механизм путем конкуренции с более патогенными микроорганизмами.

Следует отметить, что у здоровых женщин превалирует аэробная флора по отношению к анаэробной (10:1) [1,3,6].

При бактериальном вагинозе происходит увеличение концентрации аэробных и анаэробных микроорганизмов на несколько порядков. Так, концентрация микроаэрофильных бактерий (*Gardnerella vaginalis*) повышается в 100 раз, а анаэробных микроорганизмов (*Bacteroides spp*, *Peptococcus spp*) в 1000 раз и более.

Также увеличивается количество непродуцирующих H_2O_2 анаэробных лактобактерий. На этом фоне происходит снижение концентрации факультативных лактобацилл.

Это приводит к уменьшению количества молочной кислоты, снижению кислотности влагалищного содержимого и росту анаэробов. В сложной цепи патогенеза воспалительных заболеваний женских половых органов существенная роль отводится иммунным реакциям организма. Снижение неспецифической резистентности у этих больных является одной из причин воспалительного процесса, рецидивирующего его течения, торможения регенерации и восстановления функции пораженных органов [4,8].

Исследования многих авторов [1,2,5,12] показали, что бактериальный вагиноз может привести: в гинекологической практике - к эндометритам, сальпингоофориту, воспалительным осложнениям после операций и инвазивных процедур, а также кольпитам и неопластическим процессам шейки матки; бесплодию, увеличению риска заражения венерическими заболеваниями (низкий редоксипотенциал тканей и высокий уровень pH), а в акушерской практике - к кориоамниониту, послеродовому эндометриту, преждевременным родам, рождению детей с низкой массой тела.

В настоящее время дискутабельным является вопрос о передаче бактериального вагиноза половым путем [2,8].

Диагностика бактериального вагиноза основывается на данных клинического обследования и специальных лабораторных методов исследования [1,3,10].

Основными клиническими проявлениями бактериального вагиноза являются гомогенные выделения из влагалища, пенистые, слегка тягучие, белого или серого цвета с неприятным запахом. Длительность существования этих симптомов может исчисляться годами. Нередки явления продолжительных и обильных менструаций, болей внизу живота, выделения из половых путей желтого цвета и др. [2,4,9].

Особенностью бактериального вагиноза является отсутствие признаков воспаления (отека, гиперемии) стенок влагалища. Слизистая оболочка обычно розового цвета. Колпоскопическая картина характеризуется наличием дистрофических изменений и сочетанием с патологическими процессами шейки матки.

Следует отметить, что существует и бессимптомное течение заболевания, когда полное отсутствие клинических проявлений заболевания сочетается с положительными лабораторными признаками.

Несмотря на то, что дисбиотические нарушения влагалища не относятся к острым заболеваниям, назначаемая терапия этим больным является чрезвычайно важным и ответственным моментом в целях профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний и их осложнений.

Таким образом, учитывая распространенность бактериального вагиноза среди женщин репродуктивного возраста, серьезность осложнений вызываемых бактериальным вагинозом, частоту рецидивов представляется важным более тщательное обследование данной группы больных для выявления экзо- и эндогенных факторов, влияющих на микробный пейзаж влагалища. Ведущая роль среди эндогенных факторов отводится заболеваниям желудочно-кишечного тракта с кишечным дисбактериозом. Выше-сказанное необходимо учитывать при назначении этиологического и патогенетического лечения с целью повышения эффективности терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Байрамова Г.Р. Клинические особенности и эффективность различных методов терапии бактериального вагиноза: Автореф. дис.....докт.мед.наук. М., 1992
2. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. СПб, 2001, 364с.
- 3.Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Н.Н. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. Учебное пособие. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999, 80с.
- 4.Тютюнник В.Л. Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза // Фарматека, 2005, №2(98), с.20-24.
- 5.Centers for Disease Control: Sexually trasmited diseases // MMWR, 1998, v.28(4), p.61-63
- 6.Khosravi A.R. Eslami A.R. ,Shokri HŞ.Kashanian M. Zataria multiflora cream for the treatment of acute vaginal candidiasis // Int Gynaecol Obstet., 2008, v.7(5), p.75-80
- 7.Malary O.T. Shariat M, Heshmat R, Majlesi F,et al. Vulvovaginal candidiasis and its recated factors in diabetic ülomen // Taiyan J.Obstet Gynecol., 2007, v.46(4),p.399-404.
- 8.Playford F.G. Sorrell T.C. Optimizing therapy for Candida infections // Semin Respir Crit Care Med., 2007, v.28(6), p.678-68
- 9.Sobel J.D. Vulvovaginitis-then Candida becomes a problem // Dermatol Clin., 1998, v.16, p.763-768
10. Thomason J.L., Gelbard S.M., Scaglion N. Bacterial vaginosis:current reüieü üith indications for asymptomatic therapy // Amer J.Obstet Gynecol., 2001, v.165(4), p.1210-1217
- 11.Verboon-Macieolek M.A., Gerards J.L., Stoutenbeek P., Van Loon A.M. Congenital infection:diagnostic serology of the mother not allays definitive // Ned Tijdschr Geneeskdt., 2001, v.145(4), p.153-156.
- 12.Üathinc B,Hoist E,Hovelius B. Erytromycin versus metronidazolein the treatment of bacterial vaginosis // Acta Obstet Gynecol Scand., 1999, v.72(6), p.470-471

XÜLASƏ

BAKTERİAL VACİNOZ PROBLEMİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ

F.A.Sadixova, L.F.Rzayeva

Bakterial vecinoz ciddi tibbi ve sosial problemdir. Məqalənin müəllifləri hesab edirler ki, bakterial vaginozun əsasını uşaqlıq yollarının mikrobiosenozonun pozulması təşkil edir: laktobasillyar mikrofloranı əvəz edən aerob və anaerob (*Gardnerella vaginalis*,*Mobilincus spp*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides spp.* və s.) mikrofloranın sürətli artımı. Uşaqlıq yollarının turşulğunun və laktobassil tərkibin aşağı düşməsi bir deyil, topiu mikroorganizmlər tərefindən həyata keçirilir. Bunun nəticəsində bakterial vaginoz polimikrob xəstəlik hesab olunur. Bu zaman uşaqlıq yolları tərəfdən iltihabi reaksiyalara olmaması da xarakterikdir. Reproduktiv yaşda olan qadınlarda cinsiyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri stukrunda bakterial vaginoz 40-60%, hamilelərde- 20-25% təşkil edir. Bakterial vagnozun yaranmasına endogen (hormonal statusun dəyişməsi, ö immunit reaktivliyin aşağı düşməsi, bağırsaqlann mikrobiosenozonun pozulması) və ekzogen (əvvəlcədən apanılmış antibakterial terapiya, sidik- cinsiyyet traktin keçirilmiş və ya yanaşı gedən iltihabi xəstəlikləri, hormonal vasitələrin, immundepressantların istifadə olunması) faktorlar təsir edir. Bakterial vaginoza sebeb olun faktorlardan biri bağırsaq disbakteriozudur. Təyin olunmuşdur ki, bakterial vaginozdan əziyyət çəkən qadınların 50-55%- də bağırsaq disbakteriozu olmuşdur. Bu da orqanizmdə vahid disbiotik prosesin olduğunu göstərir.

SUMMARY

MODERN CONDITION OF BACTERIAL VAGINOS PROBLEM

F.A. Sadikhova, L.F.Pzayeva

Bacterial vaginos is the serious medical and social problem. The authors of an article mark that the disturbance of vagina microbiolocenos underlies bacterial vaginos: earnest growth of aerobic and unerobic (*Gardnerella vaginalis*, *Mobilincus spp*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides spp* and others) microflora replacing lactobacillar microflora. The lowering of vagina acidity and concentration of lactobacilli carry out not only the pathogene microorganism and the totality of some ones, owing to bacterial vaginos is polymicrobial disease. In spite of this it is characteristic lack of the inflammatory reaction on the part of vagina. The incidence of bacterial vaginos forms 40-60 per cent, in pregnants 20-25 per cent in the structure of the inflammatory diseases of female sexual organs of the reproductive age. To the development of bacterial vaginos can promote endogenic (the changing of hormonal status, the lowering of immunoreactivity, the disturbance of intestine microbiocenos) and

exogenic factors (the previous antibacterial therapy, the transferred and attendant inflammatory diseases of urogenital tract, the application of hormonal remedies, immunodepressants). One of the basic factors leading to bacterial vaginos is intestinal disbacteriosis. It was revealed that in 55 per cent women suffering bacterial vaginos were determined intestine disbacteriosis that told about united disbacteriosis process in the organism.

Daxil olub:16.12.2010

МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ: МЕТАБОЛИЗМ, МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ

H.M. Камилова, K.P.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Гестоз беременных — одна из актуальных проблем современного акушерства, так как он является наиболее распространенными тяжелым осложнением беременности, характеризуется глубоким расстройством функций жизненно важных органов [2,11,12]. На долю гестоза приходится в среднем 13–16% от всей акушерской патологии, и этот показатель не имеет тенденции к снижению за последние 10 лет. Гестоз составляет 12–15% среди причин материнской смертности (то есть каждый ее 7–8 случай) и занимает третью позицию в рейтинге ее структуры. А последствия гестоза, сказывающиеся на жизни и здоровье потомства, накладывают самый серьезный отпечаток, становятся одной из ведущих причин перинатальной смертности (2–3%) и патологии новорожденных (около 70%). В современном акушерстве под гестозом подразумевают синдром полиорганной функциональной недостаточности, который патогенетически связан с беременностью и характеризуется генерализованной вазоконстрикцией и перфузионными нарушениями в плаценте и жизненно важных органах [9,10,12]. Состояния, относящиеся к синдрому гестоза, включены в МКБ–10 в блок рубрик 010–016 класса XV. При гестозах происходят значительные изменения белкового, минерального обменов, симпатической иннервации, микроциркуляции в различных региональных сосудистых бассейнах, приводящих к выраженным метаболическим расстройствам [13,15,16,17]. В областях с нарушенной микроциркуляцией постепенно нарастает кислородная задолженность, гипоксия, ацидоз, отражающиеся на состоянии костной ткани (кислая среда способствует растворению минеральной фазы кости) [3].

Лечение гестоза представляет довольно сложную задачу. Поэтому совершенно не случайно долгие годы ведущие научные школы не оставляют попыток разработки методов первичной профилактики этого акушерского недуга [11,17]. Одной из основных причин, обуславливающих повышение чистоты случаев развития гестоза, является недостаточная обеспеченность организма беременной женщины микроэлементами [1,2]. Минеральная недостаточность — это акушерская и перинатальная проблема, ибо она регистрируется по данным литературы у 40–70% беременных женщин, в зависимости от региона. Микронутриентная потребность значительно возрастает также во время лактации. Высокая потребность в витаминах и минералах в эти периоды жизни связана с активизацией функций эндокринных желез, ускорением обмена веществ, повышением потерь витаминов и минералов с мочой, а во время родов — с плацентой и околоплодными водами, при лактации — с молоком. Кроме того, беременная женщина передает часть витаминов и минералов плоду — для удовлетворения его потребностей.

Доктор Линус Полинг, дважды лауреат Нобелевской премии, утверждает: "Вы можете проследить при каждом заболевании или патологическом состоянии дефицит минералов". Минералы — это химические элементы, которые встречаются в земной коре. Они подразделяются на две категории: микроэлементы и макроэлементы. Организм нуждается в макроэлементах в больших количествах, тогда как микроэлементы нужны нам в незначительных количествах.

Минералы необходимы для жизнедеятельности организма и принимают участие во многих процессах [4,7]: 1) дают прочность нашему скелету; 2) соединяют органические структуры (белки и липиды); 3) активизируют ферментные системы; 4) контролируют водный баланс

(осмоса и выделения); 5) регулируют кислотно-щелочное равновесие; 6) усиливают эффект нервно-мышечной передачи.

нервно-мышечной передачи. Доказано, что каждый микроэлемент несет индивидуальную физиологическую функцию. Установлена необходимость присутствия одних витаминов и микроэлементов для полноценного функционирования других [5,6,8,14]. Издательство "Истоки"

функционированием других [5,6,9,14].

Натрий (Na) - один из важнейших для организма минеральных веществ. Название "Натрий" (англ. и франц. Sodium, нем. Natrium) происходит от древнего слова, распространенного в Египте, у древних греков и римлян. Большая часть Натрия в организме человека находится в крови и жидкости, которая окружает клетки, - межтканевой жидкости. Минерал поступает с пищей и напитками, а выводится с потом и мочой. Здоровые почки могут регулировать выведение Натрия с мочой так, чтобы его содержание в организме практически не изменялось. Интересный факт установили канадские ученые. Они обнаружили, что у вспыльчивых и раздражительных людей Натрий быстро выводится из организма. У спокойных и доброжелательных людей, а также у тех, кто испытывает положительные эмоции, например, у влюбленных, это вещество усваивается хорошо.

К серьезным нарушениям жизнедеятельности организма приводят нарушения метаболизма калия. Он является основным внутриклеточным анионом и составляет 2/3 общего количества клеточных анионов (1/3 часть представлена магнием); 98% его находится внутри клеток, 2% — во внеклеточной жидкости. Имеется прямая корреляционная связь между потреблением калия лицами преклонного возраста и плотностью костной ткани: при высоком потреблении калия с пищей наблюдается более высокая минеральная плотность кости (K. L. Tucker et al., 1999). Одним из последствий экспериментального недостатка калия у животных является нарушение роста. Следует отметить, что в нормальных условиях в пищевых продуктах содержится достаточное количество калия (поступает в основном с растительной пищей). Потребность человека в калии достаточно высокая: она достигает примерно 2 г/сут. Ионы калия и натрия имеют первостепенное значение для обеспечения возбудимости мембран. Различие в концентрации данных ионов по разные стороны мембранны обеспечивает существование источника энергии для функционирования мембранных процессов. Ионы K⁺ необходимы для функционирования многих внутриклеточных ферментов, в том числе катализирующих фосфорилирование карбоксильных групп или фенольных анионов, реакции элиминирования. Калий поддерживает осмотический и кислотно-основной гомеостаз, участвует в обеспечении трансмембранный разности потенциалов, принимает участие в синтезе белка, гликогена, АТФ, креатинфосфата, ацетилхолина, фосфорилировании глюкозы, передаче возбуждения по нервно-мышечному волокну. От соотношения ионов калия с другими ионами зависит состояние нервно-мышечной возбудимости, сократительная способность миокарда, секреция желез пищеварительного канала.

Одним из важных микроэлементов является кальций. Кальций играет очень важную роль в жизни клетки. Участвует в процессе свертывания крови, а также в формировании нервной и мышечной ткани. При перемещении кальция внутрь клетки активируется мембранный фосфолипаза А2, которая катализирует образование арахидоновой кислоты. Присутствие кальция является необходимым условием для транспорта глюкозы в клетку. Потребление кальция с пищей составляет в среднем 1000 мг/сут, из которых в желудочно-кишечном тракте абсорбируется 200–400 мг. При гестозах нарушается маточно-плацентарное кровообращение, формируется хроническая плацентарная недостаточность. Дисфункция плаценты приводит к снижению интенсивности обменных процессов, изменению проницаемости плацентарного барьера для некоторых веществ, в частности витаминов и минеральных солей, что ведет к нарушению развития органов и систем плода, в том числе и

костной системы. Нарушения минерального обмена во время беременности сказываются не только на костной ткани женщины, но и на развивающемся плоде, что приводит к рождению детей с симптомами недостаточной минерализации костей. В отдельных случаях наблюдали рождение детей с признаками ракита.

Фосфор выполняет структурные функции: входит в состав костной ткани и фосфолипидов мембранных структур клетки; органические соединения фосфора являются центральным звеном энергетического обмена в форме АТФ, АДФ, цАМФ. Фосфаты являются компонентом буферной системы крови, других биологических жидкостей, входят в состав нуклеиновых кислот и принимают участие в процессах роста, деления клеток, хранения и использования генетической информации; обеспечивают поддержание кислотно-щелочного равновесия, участвуют в ферментативных процессах, обеспечивая проявление биохимических функций ряда витаминов, регуляцию обменных процессов.

Магний – важнейший микроэлемент, являющийся регулятором разнообразных биохимических и физиологических реакций.

По удельному весу в химическом составе организма человека магний занимает четвертое место после натрия, калия и кальция, его общее содержание достигает 25 г, причем практически весь магний является внутриклеточным катионом. Магний играет ведущую роль в энергетическом, пластическом и электролитном обмене, выступает в качестве регулятора клеточного роста, необходим на всех этапах синтеза белковых молекул. В частности, от наличия достаточного количества магния в организме зависят нормальное функционирование рибосом и связывание с ними информационной РНК – ключевого механизма биосинтеза белка. Кроме того, магний принимает участие в обмене фосфора, синтезе АТФ, регуляции гликогенолиза, построении костной ткани и т.д.

Особо важна роль магния в процессах мембранныго транспорта, где он является естественным антагонистом кальция. Магний является естественным антистрессовым фактором, тормозит развитие процессов возбуждения в центральной нервной системе и снижает чувствительность организма к внешним воздействиям. Указанные свойства определяют широкое применение магния для лечения и профилактики патологии беременных. Во время беременности и лактации потребность в магнии повышается на 20-30% (до 340-355 мг).

Особое значение дефицит магния приобретает в акушерско-гинекологической практике. Гипомагнезия при беременности обусловлена как уже упоминавшейся потребностью в этом элементе, необходимом для обеспечения полноценного роста и развития плода, так и повышенным выделением магния почками. Существенную роль могут играть стрессовые ситуации, рвота в ранние сроки беременности, заболевания желудочно-кишечного тракта и другие осложнения.

Наиболее низкие значения концентрации магния в крови беременных женщин выявляются при поздних гестозах, в частности при эклампсии. Не менее значима роль дефицита магния в невынашивании беременности. В этих условиях происходит патологическая активация кальций зависимых контрактильных реакций в миометрии и возрастает угроза прерывания беременности, особенно во втором-третьем триместрах. Кроме того, гипомагнезия способствует развитию повышенной возбудимости ЦНС, что провоцирует центральные механизмы спастической реакции матки.

Следует помнить, что магний является физиологическим регулятором продукции альдостерона. Недостаточность магния ведет к увеличению секреции альдостерона, задержке жидкости в организме и развитию отеков..

Дефицит магния у беременных проявляется в основном в повышении нервно-психической (раздражительность, подверженность стрессу, ощущение тревоги, бессонница, астения) и мышечной возбудимости (боль в пояснице, судороги, повышение тонуса матки, иногда вплоть до выкидыша). Цинк относится к числу наиболее значимых для человека микроэлементов. Впервые клинические признаки цинкдефицита у человека описаны в 1969 г. А. Прасадом у иранских подростков в виде синдрома карликовости, гипогонадизма и железодефицитной анемии. Запасы цинка в организме человека невелики и составляют 1,5-2 г. Наиболее богаты цинком скелетные мышцы (62,6%). Высокая концентрация цинка отмечается в гипофизе, поджелудочной и предстательной железах, сетчатке глаза, меньшая – в печени, почках и костях.

От 400 до 800 мкг цинка содержится в крови, в том числе 78–85% – в эритроцитах, 12–22% – в плазме, 3% – в лейкоцитах. При неосложненной беременности цинк содержится в амниотической жидкости.

Цинк поступает в организм через желудочно-кишечный тракт с пищей и за счет эндогенной секреции поджелудочной железы. В двенадцатиперстной кишке всасывается 40–65%, в тощей и подвздошной – 15–21%, на уровне желудка и толстой кишки усваивается 1–2% цинка.

Цинк участвует в росте, делении и дифференцировке клеток, что обусловлено его влиянием на белковый, нуклеиновый обмен, работу генетического аппарата клетки. Цинк входит в состав костной щелочной фосфатазы и связан с кальцификацией скелета, формированием гидроксиапатита, что определяет его роль в созревании костной системы. Цинк важен для реализации линейного роста человека как внутриутробно, так и постнатально. Недостаточность цинка внутриутробно отрицательно влияет на функцию желез внутренней секреции, включая гипофиз, эндокринный аппарат поджелудочной железы. При дефиците цинка в антенатальном периоде угнетается транспорт материнских антител через плаценту, клеточный иммунитет, снижается фагоцитарная активность, уменьшаются размеры и отмечается недоразвитие тимуса, ослабевают барьерные функции эпителия респираторного и желудочно-кишечного тракта, повреждается эпидермальный эпителий. При дефиците цинка у трети беременных диагностируют угрозу прерывания, у половины – гестоз, у каждой пятой – выкидыши, у 30% – многоводие, у 28% – патологические изменения плаценты (рис. 4). Более трети (36%) имеют гинекологическую патологию. В целом при недостаточной обеспеченности цинком осложненное течение беременности регистрируется в 2 раза чаще. Установлено, что частота осложнений родов, несвоевременного отхождения околоплодных вод, аномалии родовой деятельности отмечают тем чаще, чем ниже уровень сывороточного цинка у женщины.

Медь играет исключительную роль в жизнедеятельности организма. Недостаточность меди ведет к нарушению биосинтеза фосфолипидов, остеогенеза, аномалии в образовании кератина и пигментов, модулировании синтеза простагландинов и гистаминной активности, синтеза адреналина и инсулина. Дефицит меди в организме вызывает уменьшение всасывания и использования железа, вследствие чего возникает микроцитарная и гипохромная анемия, ослабление деятельности ферментов. Дефицит меди провоцирует развитие респираторного дистресс-синдрома у новорожденных.

Дефицит меди и цинка вызывает угнетение процесса выработки и дифференцировки Т-лимфоцитов, нарушение продукции цитокинов.

Хром участвует в регуляции уровня сахара в крови в качестве фактора толерантности к глюкозе. Уровень хрома снижается при беременности, после рождения и ряде патологических состояний. Недостаточность хрома приводит к развитию диабетоподобного синдрома, лежащего в основе патогенеза различных заболеваний.

Железо является необходимым элементом для физиологического течения гестации и рождения здорового ребенка. Роль железа состоит в переносе кислорода и участии в прямых и опосредованных окислительных процессах (с помощью 72 железосодержащих ферментов). Установлено, что низкое содержание в организме железа ведет к ослаблению функции иммунной системы. Железо также необходимо для нормального функционирования миоглобина, цитохромов, пероксидаз и каталаз. При дефиците железа у беременных возникает прогрессирующая гемическая гипоксия с последующим развитием вторичных метаболических расстройств. Поскольку при беременности потребление кислорода увеличивается на 15–33%, это усугубляет развитие гипоксии.

Наибольшее количество железа содержится в эритроцитах и клетках мозга. При дефиците железа в клетках мозга происходит нарушение развития нервно-психических функций у детей. Показатель интеллектуального развития у них снижен, замедляется становление логического мышления, речи, затруднена обучаемость.

При низком содержании железа в организме уменьшается насыщенность тканей гранулоцитами и макрофагами, угнетается фагоцитоз, ответ лимфоцитов на стимуляцию антигенами, снижается уровень антителообразования. В связи с развитием сидеропении страдает глюкокортикоидная функция надпочечников и яичников. Йод входит в состав гормонов

щитовидной железы и имеет огромное значение для вынашивания беременности и рождения здорового потомства.

Эффекты йода как в отношении течения беременности, так и внутриутробного развития ребенка чрезвычайно широки и опосредованы гормональной продукцией щитовидной железы. Но наиболее четко аргументированным для перигестационного периода является нейропротекторный эффект этого микроэлемента и нейротератогенный эффект при его дефиците, который характеризуется необратимыми нарушениями формирования головного мозга эмбриона-плода-младенца (на этапе его анатомической закладки в I триместре и на различных стадиях его функционального созревания). При дефиците йода повышается риск самопроизвольного выкидыша, а при рождении ребенка — развитие неврологического и миокседематозного кретинизма.

Таким образом, недостаточность макроэлементов и микроэлементов на прегравидарном этапе, в также во время беременности может быть причиной репродуктивных потерь, осложнений в лактационном периоде и в целом оказываться на здоровье новорожденного. Развитие микроэлементоза (патологического процесса, вызванного дефицитом, или избытком, или дисбалансом макро- и микроэлементов) оказывает негативное влияние на течение перигестационного периода.

Каждый микроэлемент несет индивидуальную физиологическую функцию. Доказано, что многие эссенциальные микроэлементы являются каталитическими центрами наиважнейших ферментов, в том числе и витаминзависимых коферментов. Следовательно, при гиповитаминозах имеется дефицит апофермент-витамин-минерального комплекса, что определяет необходимость применения препаратов, содержащих витамины и микроэлементы одновременно. Установлена необходимость присутствия одних витаминов и микроэлементов для полноценного функционирования других.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Профилактика и лечение нарушений обмена кальция в акушерстве, гинекологии и перинатологии. СПб, 2006, 240 с.
2. Вениковский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы. М., 2005, 312 с.
3. Данилова Н.Р., Абрамченко В.В., Бойко И.Н. Профилактика и лечение нарушений обмена кальция при гестозе // Критические состояния в акушерстве и неонатологии: материалы III Всерос. междисциплинарной науч.-практ. конф. Петрозаводск, 2005, с.89-91
4. Девис М., Остин Доу., Патридж Д. Витамин С: химия и биохимия / пер. с англ. М., 1999, 176 с.
5. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в иммунологии и онкологии. М., 2007, 544 с.
6. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в неврологии. М., 2007, 304 с.
7. Маршалл В.Дж. Клиническая биохимия. СПб., 2002, 384 с.
8. Ребров В.Г., Громова О.А. Витамины, макро- и микроэлементы. М., 2008, 960 с.
9. Репина М.А. Презклампсия и материнская смертность. СПб., 2005, 208 с.
10. Серов В.Н., Маркин А. Критические состояния в акушерстве. Рук-во для врачей. М., 2003, 704 с.
11. Сидорова И.С. Гестоз. М., 2003, 416 с.
12. Токова З.З., Фролова О.Г. Гестоз и материнская смертность // Российский вестник акушеров-гинекологов. 2005, №3, с.52-55
13. Шифман Е.М. Презклампсия, эклампсия, НЕ Р-синдром. Петрозаводск. 2002, 432 с.
14. Ataleah A.N., Hofmeyr G.J., Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems // Cochrane Database Syst. Rev. 2000, № 2, p.59.
15. Callahan T.L., Caugey A.B. Hypertension and Pregnancy / Obstet. Gynecology. 4-th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2007, p. 98-105.
16. Lopez-Jaramillo P. Calcium, nitric oxide, and preeclampsia // Semin. Perinatol., 2000, № 24, p. 3-36.
17. Sibai B.M. Diagnosis, prevention and management of eclampsia // Obstet. Gynecol. 2007, v.102(2), p. 402-410

XÜLASƏ

**MİNERAL TƏRKİB: NORMAL GEDİŞATLI HAMILƏLİK VƏ HESTOZLA AĞIRLAŞMIŞ HAMILƏLİK
ZAMANI METABOLİZMİ, TƏSİR MEXANİZMİ VƏ KLINİK TƏTƏBİQİ**

N.M.Kamilova, K.R.Məmmədova

Hamiləlik zamanı hestoz- müasir mammalığın aktual problemlərindən biridir, çünkü o Ən geniş yayılmış hamiləlik ağrılılaşmasıdır və heyati vacib organların funksiyalarının dərinləndən zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. Bütün mammalıq patologiyalarının 13-16%- ni hestoz təşkil edir və son ilde bu göstərici enmə tendensiyasına malik deyildir. Organizmin böyük həcmində mikroelementlərə ehtiyacı

vardır, baxmayaraq ki, bize mikroelementlər çox az lazımdır. Minerallar organizmin həyat fəaliyyətində böyük rol oynayır və bir çox proseslərdə iştirak edir. Hər bir mikroelement fərdi fizioloji funksiyaya malikdir. Sübut olunmuşdur ki, essensial mikroelementlər ən vacib fermentlər, eləcə də vitaminasılı kofermentlər üçün katalitik mərkəz rolunu oynayır. Yəğn olaraq hipovitaminlaşma zamanı apoferment-vitamin-mineral kompleksində qılıq baş verir ik, bu da tərkibində vitaminı və mikroelementlər olan preparatların tətbiqinə göstərişdir.

SUMMARY

MINERAL COMPOSITION: METABOLISM, MECHANISM OF ACTION AND CLINICAL APPLICATION IN THE NORMAL PROCEEDING OF PREGNANCY COMPLICATED WITH GESTOSIS AND

N.M. Kamilova, K.R. Mamedova

Preeclampsia pregnant women - one of the urgent problems of modern obstetrics because it is the most common serious complication of pregnancy, is characterized by a profound disturbance of functions of vital organs. The share of preeclampsia have a srednem 13-16% of all obstetric pathology, and this figure does not tend to decrease over the past 10 years. The body needs a macro in large quantities, while the trace elements we need in small amounts. Minerals are essential for the life of the organism and are involved in many processes. Each trace element is an individual physiological function. Proved that many of the essential trace elements are the most important catalytic centers of enzymes, including vitaminzavismiyh coenzymes. Consequently, when there is a shortage hypovitaminosis apoferment-vitamin and mineral complex that determines the need for preparations containing vitamins and trace elements simultaneously. The necessity of the presence of some vitamins and minerals for proper operation of the others.

Daxil olub:31.09.2010

ZEYTUN FƏSİLƏSİNƏ AİD NÖVLƏRİN KİMYƏVİ TƏRKİBİ VƏ İSTİFADƏSİ

E.H. Kərimli, T.A. Süleymanov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Zeytun - Oleales sırasına yegane zeytun – *Oleacea L.* fəsiləsi aiddir ki, onun da yer kürəsində 30 cinsə daxil olan 600-ə qədər növü vardır.

Sərt yarpaqlı, həmişəyaşıl, bezen yarpağını töken kol və ya ağaç bitkiləridir. Yarpaqları qarşı – qarşıya və ya növbəli düzülmüş, sadə və ya mürekkebdirlər, yarpaqlılıqları yoxdur. Çiçekqrupu salxmışkili, süpürge-

vari və ya destə şəkilli olub, yarpaqların qoltuğunda yerləşmişdir. Kasaciq 4 - dilimlidir, bezen o olmur. Çiçek tacı 4 paylı olub, bitişikləçəkli, boruşekilli və ya qifşekillidir. Erkəkciklər 2, nadirən 3 - 5 ədəd olmaqla tacın borusuna birləşmişlər. Yumurtalıq üstdür, ikiyuvalıdır. Meyvələri çayırdağmeyvə, açılan qutucuq, giləmeyvə, qanadmeyvə və digərlərindən ibarətdir [1].

Zeytun cinsinə aid növlərin eksəriyyəti üçün arealda reliktlik xarakterikdir. Demək olar ki, bütün zeytunkimilər entomofil bitkilərdir. Adətən yumurtalıqdan ifraz olunan xoş etirli nektar heşəratları özüne celb edir.

Zeytun sırasına fəsilənin tanınmış əsas nümayəndələri görüş -*Fraxinus L.*, zeytun - *Olea L.*, yasəmen-*Syringa L.*, yasəmen-*Casminum L.*, bırgöz - *Ligustrum L.* cinslərinə daxil olan növlərdir.

Siranın əsas nümayəndələrindən olan görüsünün 70 növü şimal yarımkürəsinin müləyim, təyin olunmamış növləri isə Asiya və Amerikanın tropik zonalarında yayılmışdır. Azərbaycanda görüsün 4 növüne rast gelinir.

Yasəmen - *Jasminum L.* - cinsi özündə 200- e qədər növü birləşdirir ki, bunlardan da Azərbaycanda 2 növüne rast gelinir.

Yasəmen- *Syringa L.* - cinsinə 28 növ daxildir. Azərbaycanda 3 növünə rast gelinir ki, onlardan da 2 növü becerilir, bir növü isə yabani halda (*S. Persica*) cənub zonasında yayılmışdır.

Bırgöz - *Ligustrum L.* cinsin 28 növü vardır. Onların çox hissəsi Qərbi – şərqi Asiyada yayılmışdır. Azərbaycan florasında 1 növü yayılmış, bir neçə növü isə dekorativ məqsədlərlə becerilir.

Zeytun- Olea L. cinsinin 32 növü vardır. Vətəni Aralıq dənizi sahili ölkələri hesab edilir. Azerbaycanda 1 növü becərilir.

Son dövrlərə qədər zeytun geniş şəkilde aralıq dənizi sahillərində becərilirdi. Hal-hazırda isə zeytun bitkisine bütün subtropik ölkələrdə Yunanistan, İspaniya, Türkiye, Əlcəzair, Tunis, Fransa, ABŞ və s. rast gəlmək olar. MDB məkanında Zaqqafqaziyada, Türkmenistanda, Krimda və Krasno-darda becərilir.

Zeytun 300- 400 il, yaxşı şərait olduqda isə 1000 ilə qədər ömür süre bilər. Onun 500- dən çox növü var [9].

Zeytunkimiler fəsiləsinə daxil olan növlerin insanlar üçün əhəmiyyəti böyükdür. Bunlardan zeytun və görünüşü xüsusi qeyd etmək olar. Zeytun yağından yeyinti sənayesində, saçlara qulluq üçün vəsitişlərin hazırlanmasında, həmçinin də tibbdə bir sıra xəstəliklərin müalicəsində istifadə olunur. Zeytun haqqındaki məlumatların tarixi minilliliklərə gedib çıxır. Onun barəsində misir mətnlərində, misir vazalarının üstündəki şəkillərdə, eləcə də Hemerin «İlliada» əsərində rast gəlinir.

Göyrüşdən tibbdə sidikqovucu, işlədici, xinin əvəzedicisi kimi, həmçinin bir sıra Avropa və cənubi Asiya ölkələrində geniş yayılmış adı görüş növündən parket istehsalında, qabığından isə müxtəlif rənglərin alınmasında istifadə edilir. Ondan alınan manninin yuxarı tənəffüs yollarının xəstəliklərində istifadə olunur.

F. chinensis Roxb.- çin görünüşü etriyyatda, kagız və parça istehsalında, eləcə də görüşün bir çox növleri yaşıllaşdırma işlərində istifadə olunur [5].

KİMYƏVİ TƏRKİBİ. Göyrüş növlerinin tibb təcrübəsində istifadəsi məqsədile, son dövrlərde müxtəlif ölkələrdə geniş miqyaslı elmi tədqiqat işləri aparılır. İlk növbədə görüş növlerinin fitokimyəvi tədqiqi istiqamətində aparılan tədqiqatlar diqqəti cəlb edir.

F. raibocarpa Regel. yarpaq və qabıqlarından D-mannit, yarpaqlarından kversetin-3-O- β -D-qlükopiranozid (izokversitin), rutin, qabıqlarından isə flavonoid kempferol-3-O-D-D-qlükopiranozid (astragalin) və kempferol ayrırlaraq strukturları öyrənilib [8].

F. ormus L. qabıqlarından yeni kumarin - sekoiridoid eskuzid ayrırlaraq, strukturu öyrənilib [20]. F. sogdiana Bge. növünün qurudulmuş və xirdalanmış qabıqlarından oksikumarinlər alınmışdır. Bele ki, qabıqlarından 5,7-dimetoksi-6-oksikumarin olan fraksinol, 5,7-dimetoksi-6-O- β

D-qlükopiranozilkumarin olan fraksi-nozid, həmçinin 5,6- dioksi- 7- metoksikumarin olan izofraksetin alınmışdır. Müxtəlif xromatoqrafik üsulların köməyiylə görüşdən əsas oksikumarinlər olan eskuletin, eskulin, sixorin, fraksin, fraksinol alınmış və spektrofotometrik üsulla miqdarı təyinatı aparılmışdır [5].

F. americana L., F. tourneyi Britton., F. oregano Ash., F. pennsylvanica Marsh., F.lanceolata Borkh.) növlerinin tərkibində az miqdarda 0,3% - e qədər kumarin vardır. F. sogdiana Bge., F. oxyacarpa Wild., F. ormus L., F. excelsior L., F. syriaca Bge., növleri isə oksikumarinlərlə daha zəngindirlər. F. ormus L.növündə meyve əmələ getirme vaxtı yarpaqlarında- 4.6%, zoqlarnda-2.75%, budaqların qabığında isə - 2.65 % kumarinlər olduğu müəyyən edilmişdir. Eskulin, fraksin, sixorin və eskuletine demek olar ki görüşün eksər növlerində rast gəlinir. Fraksinol ancaq F. excelsior L. növündə tapılmışdır [5].

F. excelsiorL. növünün yarpaqlarından yeni sekoiridoid olan ekselsiozid və 7- β -D-qlükopiranozil -11- metil oleozid, oleozid dimentil esteri, liqstrozid, oleuropein, 10-hidroksiliqstrozid, verbaskozid alınmışdır. Bu komponentlərin strukturları təcrübədə NMR, 13NMR cihazlarının köməyi vasitəsilə öyrənilmişdir.

Həmçinin F. excelsior L. növünün yarpaqlarında mannit, alma turşusu, nişasta, kumarinlərdən: fraksinol (0,21%), eskulin (1,08%), sixorin (0,13%), fraksin (1,13%), flavonoidlərdən: 3-O- β -D-qlükopiranozil-5,7,3'- tetrahidroksi-flavon, 3- O- α - L- ramnopiranozil (6-1)- O- β - D- qlikozil - 5, 7, 3'- tetra-hidroksiflavon, kversitin, izokversitin, rutin, eləcə də aşı maddələri (4,11%), qabıqlarında isə nişasta, sorbit, askorbin turşusu, saponinlər (eleutrozid) (4- O - β - D - qlükopiranozil - 3, 5 - dimetoksidarçın, kumarinlər: eskuletin, fraksinol, eskulin, fraksinozid, 6,7- dimetoksi-8-O- β - D- qlükopiranozil, izofraksetin, flavonoidlərdən: kversetin (0,7%), aşı maddələri (3,18%), meyvelərində piyli yağlar (12%) və protein (10-11%) olduğu müəyyən olmuşdur [12, 38].

F. oxycarpa Willd. növünün qabıqlarından yeni birləşmə olan epoksikoniferil spirti və hidroksikumarinler: eskulin, fraksin, eskuletin, izoskopoletin, fraksetin və sekoiridoidlər: liqstrozid və 10-hidroksiliqstrozid təcrid olunmuşdur [13].

F. griffithii C. B. Clarke. bitkisinin qurudulmuş yarpaqlarının fitokimyəvi tədqiqi zamanı 11 sekoiridoid qlikozidləri: qrifitozid A, qrifitozid B, qrifitozid C, 7- epi - 7- O- (E) - kaffeoolloqanik turşusu, fraksiformozid, izoliqstrozid turşusu, safqanozid D, izoliqstrozid, formozid, oleozid dimetil esteri 1"- O - β - qlükozilformozid, siringalakton izole olunmuşdur. Alınan birləşmələr radikal zərərsizləşdirici feallığa malik olub, güclü antioksidant təsir göstərirler [27].

F. americana L. növünün yarpaqlarının tədqiqi neticesində 18 məlum birləşmə ilə yanaşı 5 sekoiridoid qlikozidləri: dimetilliqstrozid, (2"^R)-və (2"^S)-2"- hidroksioleuropein, fraksamozid və framerozid təcrid edilmişdir. Onların identifikasiyası spektroskopik araşdırma və kimyəvi üsullarla apənmişdir [33].

F. chinensis Roxb. növünün yarpaqlarından oleuropein, neoleuropein, sixorin, həmçinin yeni sekoiridoid qlikozid-fraksinozid alınmış və strukturu müeyyen olunmuşdur [15].

F. paxiana Lingelsh. qabıqlarının metanollu ekstrakindan 15 komponent ayrılmış və onların strukturları müeyyen olunmuşdur. Bunlar eskulin, eskuletin fraksin, fraksetin, salidrozid, osmantuzid H, liriodendirin, 3-(4- β -D-qlükopiranozilksi-3-metoksi) - fenil-2E-propenol, treo - siringildiserol, euskafik turşusu, 3-hidroksi-1- (4- hidroksi- 3,5- dimetoksifenil)- 1-propanon, omega-hidroksipropioguayakon, sinapilaldehid, betulin turşusu və mannitol alınmışdır [36].

F. angustifolia Vahl. yarpaqlarının metanollu ekstraktindən yeni nonqlikozid sekoiridoid olan ligstral, iki yeni diqlikozid olan anqustifoliozid A [6"-O-(β -d-qlükopiranozil) -oleuropein] və anqustifoliozid B [6"- O -(β - d - qlükopiranozil)-liqstrozid], həmçinin də iki sekoiridoid qlikozid olan liqstrozid və oleuropein təcrid olunaraq kimyevi və spektral analiz üsullan-nın köməyi ilə identifikasiya edilmişdir [19].

F.oxycarpa Willd. yarpaqlarından üç sekoiridoid qlikozid fraksikarbozid A, 6"-O-trans-p-kumaroil -10- hidroksioleuropein, fraksikarbozid B, 6"-O – transkafzid B, 6"-O- transkaffeoil-10-hidroksioleuropein və fraksikarbozid C, 3"-O -asetil - 6"- O-transkaffeoil-10-hidroksioleuropein ayrılmışdır.

Bunlarla birgə *F. oxycarpa* Willd. yarpaqlarından 4 yeni sekoiridoid; oleuropein, liqstrozid 10 – hidroksioleuropein və 10- hidroksiliqstrozid, həmçinin üç lignan: (+)-pinoresinol-4'- O- α -D-qlükopiranozid, (+) - fraksiresinol-1-O- α -D- qlükopiranozid, (+)- 1-hidroksipinoresinol-4'-O- β - D- qlükopiranozid, iki fenilproponoidqlikozid: verbaskozid və 6-O-kaffeoil – α - D - qlükopiranozid, üç flovonol qlikozid: kempferol-3- α - D- qlükopiranozid, kempferol-3-O- α -L-ramnopiranozil-(1 \rightarrow 6)- α -D- qlükopiranozid, kversetin-3-O- α -L-ramnopiranozil-(1 \rightarrow 6) α -D-qlükopiranozid ayrılmış və identifikasiya edilmişdir [24].

F. insularis Hemsl. növünün yarpaqlarından yeni sekoiridoid qlikozid: insularozid-3'-O- α - d-qlikozid, insularozid-3',6 -di-O- α -d- qlikozid, insulozid və desramnozileasetozid, həmçinin birlükde liqstrozid ayıllaraq kimyevi və spektroskopik üsullarla quruluşları öyrənilmişdir [32].

F.sieboldiana Var. növünün qabıqlarının xromatoqrafik fraksiyasından feniletanol qlikozidlər; kalsiolearozid A, kalsiolearozid B və asetozid, həmçinin 4 hidroksikumarin; eskulin, fraksin, fraksetin və eskuletin və bir lignan – olivil alınmışdır [16].

F. uhdei Wenz. növünün yarpaqlarından yeni sekoiridoid uhdenozid, həmçinin liqstrozid və 10 - hidroksioleuropein ayıllaraq spektroskopik və kimyevi üsullarla öyrənilmişdir [29].

F. rhynchophylla Hance. növünün yarpaqlarından təkrar boru xromatoqrafiyası üsulu ilə Sephadex LH-20 üzərində 70% -li asetonla işleyərək yeni sekoiridoid qlikozid oleuropein - 4"- metil efiri, iki qlikozid: liqstrozid və oleuropein təcrid olunaraq ayrılmışdır. *F. rhynchophylla* Hance. qabıqların-larından bir neçə kumarin təcrid olunmuşdur ki, bunlardan skopoletin, fraksidin, fraksetin, eskuletin, eskulin, fraksin, 6,7-dimetoksi - 8- hidroksi-kumarin, fraksisekozid, o cümlədən ferulaldehidi göstərmək olar [11].

F. formosana Hayata. növünün yarpaqlarından beş yeni sekoiridoid qlikozid, formozid, 1"-O-d- qlükozilformozid, 1"- O - α - d – qlükozilfraksi-formozid izoliqstrozid turşusu və framozid,

həmçinin onlarla birgə 8 - epikingizid, benzil- 1 - O- α -d - qlikozid və nikotiflorin ayrılmışdır. Onların quruluşları kimyevi və spektroskopik üsullarla öyrənilmişdir [31].

F. mandschurica Rupr. növünün qabıqlarından yeni feniletanoid qlikozid kalsiolearozid A, kalsiolearozid B və kalsiolearozid A-2'- α -L- ramnopiranozid ayrılmışdır [35].

Fraxinus L. cinsinə daxil olan növlerin kimyevi tərkibi haqqında məlumatlar cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl
Fraxinus L. cinsinə daxil olan növlerin kimyevi tərkibi

Bitkinin növü	Xam-mal	Biooji fəal maddələr	Formulu	Ərimə t°(C°)	Ədəbiyyat
		Flavonoidlər			
F. excelsior L.	yarpaq	Kversitrin İzokversitrin	C ₂₁ H ₂₀ O ₁₁ C ₂₁ H ₂₀ O ₁₂	181-185 218-220	
	qabıq	kversetin	C ₁₀ H ₁₅ O ₇	308-311	[12, 38]
		Feniletanoid qlikozidlər			
F. mandschurica Rupr.	qabıq	kalsiolearozid -A-2'- - α -L- - ramnopiranozid	C ₂₉ H ₃₆ O ₁₅		[35]
	qabıq	kalsiolearozid-A	C ₂₄ H ₂₈ O ₁₁		
F. sieboldiana Var.	qabıq	kalsiolearozid B	C ₂₄ H ₂₈ O ₁₁		[16]
F. excelsior L. F.raibocarpa Regel.	yarpaq yarpaq	Rutin	C ₂₇ H ₃₀ O ₁₆	242	[8, 38]
F.raibocarpa Regel. F.oxycarpa Willd.	yarpaq yarpaq	İzokversetin	C ₁₂ H ₂₀ O ₁₂	228	
F.raibocarpa Regel.	qabıq	Astraqalin	C ₂₁ H ₂₀ O ₁₁	196-198	[8, 24]
F.raibocarpa Regel.	qabıq	Kempferol	C ₁₀ H ₁₅ O ₆	270-273	
F.oxycarpa Willd.	yarpaq	Kempferol. Kempferol-3-O- α -L- ramnopiranozil - -(1→6) - β - D - qlüko- piranozid. Kversetin-3-O- α -L- ramnopiranozil- -(1→6)- β -D-qlüko- piranozid.			[24]

Cədvelin ardı

1	2	3	4	5	6
		Iridoid			
F. excelsior L. F. oxycarba Willd. F. chinensis Roxb. F. insularis Hemsl. F. uhdei Wenz. F. rhynchophylla Hance.	yarpaqların-dan	oleuropein liqstrozid oleuropein-4-metil ester	C ₂₅ H ₃₂ O ₁₃ C ₂₅ H ₃₂ O ₁₂ C ₂₆ H ₃₄ O ₁₃		[11,12,15, 2429,30]
F. griffithii Clarke.	yarpaq	A-C qrifitozid(1-3)			[27]
F. angustifolia Vahl.	yarpaq	Ligstral anqustifoliozidA[6"-O-(β-D-qlükopiranozil)-oleuropein]	C ₁₁ H ₁₄ O ₆ C ₃₁ H ₄₂ O ₁₈		[19]
		Kumarinlər			
F. excelsior L. F. ormus L. F. sogdiana Bge. F. oxycarpa Willd. F. americana L. F. chinensis Roxb. F. paxiana Linge-Ish. F. sieboldiana Var.	yarpaq qabıq qabıq qabıq yarpaq yarpaq qabıq qabıq yarpaq	Fraksinozid Izofraksetin Eskuletin Eskulin Sixorin Fraksin Fraksetin	C ₁₇ H ₂₀ O ₁₀ C ₁₀ H ₈ O ₅ C ₉ H ₆ O ₄ C ₁₅ H ₁₆ O ₁₉ C ₁₅ H ₁₆ O ₉ C ₆ H ₁₈ O ₆ C ₁₀ H ₈ O ₅	134-136 228-230 269-271 147-150 212-215 320 227	[5,11, 12,13,15,1 6,20,27,36]
F. oxycarpa Willd.	qabıq	Izoskopoletin Salidrozid	C ₁₂ H ₈ O ₄ C ₁₄ H ₂₀ O ₇	186-188	[13]
F. rhynchophylla Hance.	yarpaq	Skopoletin	C ₁₀ H ₉ O ₄	203-205	[11]
		Saponinlər			[36]
F. excelsior L.	qabıq	Eleutrozid			
		Liqnanlar			
F. oxycarba Willd.	yarpaq	(+)-pinoresenol-4'-O-β-D-qlükopiranozid. (+)-fraksiresinol-1-O-β-D-qlükopiranozid. (+)-1-hidroksipinoresinol-4'-O-β-D-qlükopiranozid.			[24]

Zeytun fəsiləsinə daxil olan Casminum L, Syringa L, Ligustrum L. və Olea L. cinslərindən olan növlərin də fitokimyevi tədqiqatları aparılır. J. officinale L.var. grandiflorum çiçəklərinin kimyevi tərkibinin öyrənilməsi yüksək effektli maye xromatoqrafiyası, rekristallizasiya, silikagel və Sephadex LH - 20 ilə boru xromatoqrafiyası vasitəsilə təmizlənərək, quruluşluşları spektral analiz əsasında öyrənilmiş, nəticədə 6 sekoiridoid: casgranozid, caspoliozid, 8-epikingizid, 10-hidroksioleuropein, 10-hidroksiliqstrozid 7-oleozid, 11-dimetil ester birləşmələri təcrid edilmişdir [37]. S. reticulata subsp. növünün yarpaqlarından beş yeni iridoid qlikozid: (8Z)-liqstrozid, (8Z)-nüzhenid, 6'-O-α-D-qlükopiranozilsiringopikrozid, 3'-O-α-D-qlükopiranozilsiringopikrozid, 4'-O-α-D-qlükopiranozilsiringopikrozid, həmçinin (8E) - nüzhenid təcrid olunaraq strukturu kimyevi və spektroskopik üsullarla öyrənilmişdir [21]. S.

vulgaris L. qabıqlarından 11 təbii fenol birləşmələri - darçın feniletil spirti, kofein turşusu və digər birləşmələr alınmışdır. Sonrakı tədqiqatlarda *S. vulgaris* qabıqlarından 4 iridoid oleuropein, dezmetil oleuropein, liqstrozid, nyuzenid alınmışdır. Birləşmələrdən 4 - üncüsü əvvəller *L. lucidum* və *L. yaponicum* bitkilerindən də ayrılmışdır. *S. vulgaris L.* qabıqlarından həmçinin iki liqnan ayrılmış və identifikasiya olunmuşdur: (+)-larisirezinol-4 - α -D-qlükopiranozid və (-)-olivil-4- α -D-qlükopiranozid. *S. vulgaris L.* bitkisinin yarpaqlarından iki yeni fenilqlikol töremələri, (S)-(+) -2-(3,4- dihidroksi fenil)-2- etoksiletanol və (S)-(+) -2-(3,4-dihidroksi fenil)-2- asetoksi-ethanol təcrid olunmuşdur. Bunlarla yanaşı daha iki yeni birləşmə fenetilols, p-hidroksilfenetanol alınmışdır. Alınmış fenol birləşmələrinin antifungal təsiri də müəyyən edilmişdir [6].

L. lucidum Ait. növünün meyvələrinin kimyəvi tərkibi xromatoqrafik və spektral analiz üsullarına əsasən müəyyən edilmiş və neticədə 7 flavonoid: apigenin, kosmosin, apigenin-7- O-asetil- β -D-qlikozid, apigenin-7-O- β -D-lutinozid, luteolin, luteolin- 7-O- β - D -qlükopiranozid, kversetin təcrid olunaraq identifikasiya olunmuşdur. *L.lucidum* Ait. meyvələrinin tərkibindəki 20 birləşmə etanollu ekstraktın siliqagel, sephadex LH-20, boru xromatoqrafiyası üsulu vasitəsilə təcrid olunaraq identifikasiya olunmuşdur: oleanol turşusu, krateqolik turşusu, asetil oleanol turşusu, lupeol, betulin, damarenediol-II, 3 - β -asetil - 20, 25- epoksi- dammaran-24- α -ol, 25 - epoksidammaran-3- β , 24- α -diol, dammara-24-en-3- β -asetil-20S-ol, 20, 24p - dammaran-25- en- 24-hidroperoksi-3 - β , 20- diol, fokvierol, oligantas, dammarenediol II 3-O-palmitat, okotillo II3-O-palmitat, (E)-25-hidroperoksi - 23- en- 3 - β , 20 - diol, verbaskozid, cimidahurinin, 2-(3,4- di-hidroksifenil)- etil -O- β - D-qlükopiranozid, osmantuzid H, 2-(3, 4-dihidroksi-fenil) etanol [17].

L.lucidum Ait. meyvələrindən iki yeni dammarintrerpen 3- β -asetil-20S: 24R-dammaran-25-en-24-hidroperoksi -20-PR və 20, 24p-dammaran-25-en-24-hidroperoksi-3- β , 20-diol, həmçinin üç tanınmış triterpen dammaran, 3- β -asetil-20S, 25 - epoksidammaran-24- β -PR, 20S-dammaran-23-en-3- β , 24- α -diol, 20S-dammaran-23- en-3- β , 20, 25-tirol ayrılmışdır.

L.lucidum Ait. meyvələrindən iki yeni sekoiridoid qlikozid liquzides A və B ayrılmışdır [18].

L.yaponicum Thunb. növü yarpaqlarının butanollu fraksiyasından yeni sekoiridoid qlikozid,nuezhenid A həmçinin 5 məlum qlikozid:(8Z)-nuezhenid, oleonuezhenid, osmantuzid B və osmantuzid D ayrılmışdır. Aynımış bu 6 birləşmə insan neyroblastoma SH-SY5Y hüceyrələrini 6-hidroksidofaminin induksiya olunmuş neyrotoksik təsirindən qoruyaraq neyroprotektor təsir göstərir [30].

L. vulgaris L. növünün yarpaqlarından YEMX, YEMX-MC analiz üsulları ilə flavonol qlikozidlər və sekoiridoidlər ayrılmışdır. Sekoiridoidlərdən oleuropein, liqstrozid, liqustalozid B və liqstrozid, kempferolun dörd qlikozidi (kempferol-3-O- qlikozid -7- O - ramnozid, kempferol - 3, 7- O - diramnozid, kempferol-3-O-ramnozid, kempferol-3-O-qlikozid) və iki kversetin qlikozidi (kversetin-3- O- qlikozid 7-O-ramnozid və kversetin 3,7-O- diramnozid) ayrılmışdır [10].

L. ovalifolium Aurea. yarpaqlarından sekoiridoidqlikozidləri liqustalozid A metil hemiasetal, liqustalozid B metil hemiasetal, liqustalozid A dimetil asetal, liqustalozid A butil-metil asetal və liqustalozid B butil hemiasetal, elecədə 5 sekoiridoid: liqustalozid B dimetil asetal, 10- hidroksi oleuropein, 10- hidroksi liqstrozid, oleuropein və liqstrozid, bir iridoid: loqanin və iki feniletil spirli qlikozid: 3-4 - dihidroksifeniletil- α -D- qlikozid və p- hidroksifeniletil- α -D- qlikozid ayrılmışdır. Heyvanlar üzərində aparılan təcrübələrdə bu maddələrin butanollu çıxarışının hipotenziv təsirə malik olduğu müəyyən olunmuşdur [23].

Sıra daxil olan zeytun növleri xüsusi maraq kəsb edir. Zeytun nümayəndələrinin qabıqlarından hidroksikumarinlər: eskuletin, skopoletin, izo-skopoletin, skoparon aynımış və identifikasiya edilmişdir.

Bundan başqa *Olea europea L.* bitkisinin yarpaqlarından iki qlikozid oleuropein və liqstrozid və yeni sekoiridoid qlikozid oleurozid təcrid olunaraq identifikasiya edilmişdir. Onların strukturları sekoksiloganın 3,4- dihidroksi-feniletil esterden ibarətdir.

Olea europea subsp. *africana* növlərinin qabıqlarından iki yeni lignan qlikozidler, (+)-1-asetoksiptinoresinol 4"-metil efiri 4'- α -D-qlikozid, və (+) - 1-hidroksipinoresinol 4'- α -qlikozid və onlarla birgə (+) - 1- asetoksiptinoresinol 4'- α - D-qlikozid, eskulin və oleuropein təcrid olunaraq öyrənilmişdir [14].

Zeytunun yarpaqlarından triterpen turşuları (oleanol və zeytun), iridoid qlikozidleri, çoxatomlu spirt olan D-mannit alınmışdır [12].

Zeytun cinsinə daxil olan növlərin müxtəlif farmakoloji fəaliyətlərinə, eləcə də elmi və xalq təbabətində istifadəsinə dair məlumatlar vardır.

Göyrüş cinsinə daxil olan növlər qədimdən xalq təbabətində və tibbdə ofisinal dərman preparatı kimi istifadə olunur. Ən çox istifadə olunan 7 növüdür: *F. ormus*, *F. exselsior*L., *F. americana* L., *F. chinensis* Roxb., *F. yaponica* Ash., *F. rhyncophylla* Hance., *F. viridis* Var.

Ədebiyyat mənbələrindən məlumdur ki, *F. exselsior* L. (adi göyrüşün) yarpaqları, qabıqları və toxumlarının dəmləməsi su-duz, həmçinin yağı mübadilesinin pozulması zamanı baş verən piylənmə podaqra, böyük daşları, diurez, tuberkulioz, ödəm, qızılıça və sinqa xəstəliklərinin müalicəsində istifadəsi qeyd olunur. *F. ormus* L. və *F. yaponica* Ash. növləri revmatizm, titrətmə, soyuqdəymə, tənəffüs yollarının xroniki iltihabi, qaraciyər xəstəliklərində, ödqovucu, xora, açıq yaralarda, zəhərlənmələrdə, həmçinin möhkəmləndirici və ağrıkesici təsir göstərir. *F. ormus* L. qabıqlarının çıxarışı isə antimikrob fəallığı malikdir [20].

Bezi göyrüş növləri (*F. exselsior* L. və *F. americana* L.) uşaqlığın genital şışlərində, dismenoreyada, uşaqlığın hipertrofiyasında və funksional dəyişkənliliklərində istifadə olunur. Homeopatiya təcrübəsində uşaqlığın fizioloji çatışmazlığında və funksional dəyişkənliliklərində «Teep» adlanan tablet formasından istifadə olunur. *F. rhyncophylla* Hance. növünün ekstraktı xüsusi şəkildə bakterisid təsir malik olduğuna görə bakterial dizenteriyaların müalicəsində də uğurla istifadə olunur.

Göyrüşün növlərindən hazırlanan ekstraktları və metabolitləri iltihab əleyhinə, immunomodulyator, antimikrob, antioksidant, dərini regenerasiyaedicisi kimi (bərpasında), hepatoprotektor, sidiqovucu və antiallergik, həmçinin də fotodinamik zərərlərin qarşısının alması kimi təsirləre malik olduğu- aşkar edilmişdir [5].

L. Lucidum Ait. növünün tərkibində olan oleuropein hipotenziv təsire malikdir. Bunu heyvanlar üzərində aparılan təcrübələr də təsdiq etmişdir. *L. Lucidum* Ait. yarpaqlarının 1%-li spirtli ekstraktı qurbağanın izole edilmiş üreyinə tonizədici və stimulədici, sıçanlarda isə işemic reperfuziya zədələnməsi zamanı ürək əzələsinə qoruyucu təsir göstərir. Həmçinin *L. Lucidum* Ait. yarpaqlarından alınmış çıxarış antioksidant, immun və iltihab əleyhinə təsire malikdir. Antioksidant təsiri onun tərkibində olan oleanik turşusu ilə əlaqədardır. O, qırmızı qan hüceyrələrini sərbəst radikallardan qoruyur.

Aparılan sınaq təcrübələri zamanı *L. robustum* subsp. növü yarpaqlarının antioksidant, iltihab əleyhinə, hepatoprotektor təsiri də müəyyən olunmuşdur [22].

Casminum L. meyvələrinin yağından kosmetologiya təcrübəsində dərinin elastikliyini artırmaq üçün, həmçinin də dəridəki sızanaqların, allergik səpgilərin qarşısını almaqda, dermatitlərdə, ekzemada, dəriyə təravətləndirici və yumşaq ağardıcı təsir göstərmək məqsədilə istifadə edilir.

Yağı güclü antioksidant, radioprotektor, həmçinin iltihab əleyhinə, ürək-damar sistemine, qan dövranına, yuxarı tənəffüs yollarına, cinsiyət sisteminə müsbət təsir göstərir. Orqanizmin hormonal statusunu normallaşdırır. Qanda testosteronun, estrogenlerin, tiroksin, yod- tiroksin, tirozolun, insulinin, progestronun miqdarını normallaşdırır. Qadınlarda menustrasiya zamanı ağrıları aradan qaldırır. Kişi lərde impotensiyani artırır. Immunoloji reaktivliyi, həmçinin T və B- limfositlərin miqdarını artırır. Osteokondrozda, mialgiya və nevralgiya xəstəliklərində istifadə olunur [38].

Xalq təbabətində *S. vulgaris* L. çiçəkləri çaya əlavə olunaraq dəmləmə şəklində malyariya, diareya, mədə yarası, öskürek və çiçeklərinin ayrıca dəmləməsi qızdırma zamanı içilir. Çiçəkləri kerosində saxlanılır və revmatizm, radikulit xəstəlikləri zamanı istifadə olunur. Yarpaqları da dəmləmə şəklində malyariya xəstəliyi zamanı da içilir. Təzə dərilmüş yarpaqları irinli yaralarda, baş ağrılarında istifadə olunur [38].

Syringa pinnatifolia Hemsl. var. növünün yarpaqları hipoksiyalarda, trombositlərin aqreqasiyasında, ürəyin işemik miokard infarkti xəsteliklərində istifadə olunur [34].

Zeytunun yetişmiş meyvelərini konservləşdirilmiş halda qida məqsədlərlə, həmçinin yağ almaq üçün istifadə olunur. Zeytunun Kaps novündən (*O.Capensis*) yerli əhalilər istifadə edir. Zeytunun başqa növlerinin iqtisadiyatımızda çox böyük rolü var [1].

Zeytunun yetişmiş meyveləri bir sıra ölkələrdə yağ almaq üçün istifadə olunur. Hal-hazırda da tibbi zeytun yağı həlliəcici kimi bir sıra dərman preparatlarının inyeksiya məhlullarının, o cümlədən, kamfora yağı, hormonal təsirə malik olan preparatların (sinestrol, dietilstilbestrol, fenobolin, dimestrol testenat progestron və s.) hazırlanmasında istifadə olunur. Bundan başqa, zeytun yağı öd kisesi və böyrek xəsteliklərində istifadə olunan «Olimentin», «Sistenal», «Rovatineks», «Rovaxol» kimi preparatların tərkibine daxildir.

Zeytun yarpaqlarından alınmış triterpen turşuları geniş təsir diapazonuna malikdir. Məsələn, hipoxolesterinemic, ödqovucu, iltihabəleyhinə və s. Bundan başqa oleanol turşusu «Saparal» adlı preparatın tərkibinə daxil olan qlikozidlərin aqlikonudur. Oleanol turşusu əsasında şəkəreleyhinə preparat yaradılmışdır [7].

Zeytun turşusu hipoxolesterinemic, hipoglikemik təsirlərə malikdir, həmçinin də qanın ləxtalanma və əksləxtalanma sistemine (eksperimental hiperxolesterinemiya zamanı) müsbət təsir göstərir [28].

Eləcə də zeytun yarpaqlarının estraktı mədənin selikli qişa hüceyrələrinin üzərini örterək qastroprotektor təsir göstərir. Zeytun yarpaqlarının tərkibindən alınan oleuropeinin kardioprotektor, neyroprotektor, trombositlərin aqreqasiyası əleyhinə, vazodilatator, antioksidant, iltihab əleyhinə təsir göstərir. D-mannit 15-20%-li məhlulu şəklində (Mannitol) tibbdə osmotik diuretik kimi istifadə edilir. Bundan başqa o «Sormantol» adlı preparatın tərkibinə daxildir [7,28].

Beləliklə, Oleales sırasına daxil olan növlerin əhəmiyyətli kimyəvi tərkibə və geniş spektri farmakoloci fəallıqlarına baxmayaraq, bu gün elmi təbabətde istifadə edilən dərman preparatları çox azdır və müstəqil respublikamızın ərazisində yayılan bu bitkilerin, xüsusilə də *Fraxinus* cinsinə daxil olan növlerin farmakoqnostik cəhətdən öyrənilməsi və onların əsasında yeni dərman preparatlarının yaradılması zəruridir. Bu göstərilən istiqmətdə tədqiqatların aparılması dərman bitki xammal bazasının genişləndirilməsinə, respublikamızın yerli dərman bitki xammalına olan tələbatının ödənilməsinə və yeni, səmərəli dərman vasitəsinin yaradılmasına imkan verəcəkdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Kərimov Y.B., Xəlilov C.S., İsləmova N.A. və b. Botanika praktikumu. Bakı: Zaman, 2000, 308 s.
2. Mövsümov. İ.S. Zeytun və onun emalı tullantılarının əhəmiyyəti // Azərbaycan Əjzaçılıq Jurnalı, 2004, №1, s. 62-64
3. Abyshov A.Z., Araev E.M., Kerimov Yu.B. Химия и фармакология природных кумаринов. Баку, 2003, 112с.
4. Къосев П.А. Полный справочник лекарственных растений М.: Эксмо, 2005, 992 с.
5. Каррыев М.О., Артемьева М.В., Баев Р.Т. и др. Фармахимия лекарственных растений Туркменистана. Ашхабад: Илым, 1991, 208 с.
6. Куркин В. А., Гриненко Н. А., Запесочная Г. Г. Иридоиды коры *Syringa bulgaris* // Химия природных соединений, 1990, № 5, с. 695
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства 15-е издание. М., 2005, 798 с.
8. Потопова И.М., Запесочная Г.Г., Баньковский А.И., Гидунова Е. М. Флавоноиды *Fraxinus paibocarpa* // Химия природных соединений, 1976, № 1, с. 100
9. Flora Azərbайдъana. Bakı. Izd.-vo AN Az CCP, v 8 - x tomax, 1952, t.7, c.76
10. Annalisa R., Patrizia P., Nadia M. et al Analysis of Flavonoids and Secoiridoids in Leaves of *Ligustrum vulgare* L. (Oleaceae) // J. Agric. Food Chem., 2000, v. 48, № 9, p. 4091-4096
11. Chuan-L., Yu Z., Zhen-Yuan Z. et al. Isolation and structure elucidation of secoiridoid glucosides from *Fraxinus rhynchophylla* leaves // Chemistry of Natural Compounds, 2009, v.45, № 6, p. 814-816
12. Damtoft S., Franzyk H., Jensen S. R. Excelsioside, a secoiridoid glucoside from *Fraxinus excelsior* // Journal of Phytochemistry, 1992, v.31, № 12, p. 4197- 4201
13. Dinichev B., Mikova T., Iossofa T. Epoxihydroxyiferil alcohol from *fraxinus oxycarpa* bark //Journal of Phytochemistry, 1995, v. 35, № 3, p. 801- 802

14. Hiroshi K., Takeshi U., Kiyokazu T. et al. Secoiridoid glucosides from *Olea europaea* // Journal of Phytochemistry, 1988, v. 27, № 6, p. 1757-1759
15. Hiroshi K., Masami M., Kiyokazu T. et al. Secoiridoid, coumarin and secoiridoid-coumarin glucosides from *Fraxinus chinensis* // Journal of Phytochemistry, 1992, v.31, №4, p. 1277-1280
16. Hyoung K., Yeon Y., Hokoon P., Yong Sup L. HIV gp 41 Binding Phenolic Components from *Fraxinus sieboldiana* var. *angustata* // Planta Med, 2002, v.68, №11, p. 1034-1036
17. Huang X., Yin Z., Ye W., Shen W. Chemical constituents from fruits of *Ligustrum lucidum* // C. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi, 2010, v.35, №7, p. 861
18. Huang X., Wang Y., Yin Z. et al. Two new dimeric secoiridoid glycosides from the fruits of *Ligustrum lucidum* // J. Asian Nat. Prod. Res, 2010, v.12, №8, p.685-90.
19. Ihsan C., Mohammed H., Taha K. et al. Secoiridoids from *Fraxinus angustifolia* //Journal of Phytochemistry, 1993, v.33, № 6, p. 1453-1456
20. Kostova N., Nikolov M., Chipilksa L. Antimicrobial properties of some hydroxycoumarins and *Fraxinus ornus* bark extracts // J. Ethnorharmacol, 1993, v.39, № 3, p. 205-208
21. Koichi M., Atsuko K., Tomokazu H. et al. Iridoide isolated from var reticulata Syringa // Chemical and Pharmaceutical Bulletin, 2002, v.50, № 4, p. 493-497
22. Lau K.M., He Z.D., Dong H. et al. Anti-oxidative, anti-inflammatory and hepato-protective effects of *Ligustrum robustum* // J. Ethnopharmacol, 2002, v.83, №1-2, p.63-71
23. Mohammed H., Ehab A., Elsalam I. et al. New secoiridoids from *Ligustrum ovalifolium* and their hypotensive activity // J. Pharmacognosy research, 2009,v.1,№2,p. 91- 97
24. Mohammed H. Secoiridoid glucosides from *Fraxinus oxycarba* // Journal of Phytochemistry, 1998, v.47, № 8, p. 1569-1576
25. Qiong-ming X., Quan L., Yanli L. et al. New lignans from *Syringa reticulata* var. *mandshurica* //Chemistry of Natural Compounds, 2010, v.46, №3, p. 366-369
26. Qiong Ming X., Yan Li L., Xiao Ran L. et al. Two new Phenylglycol derivatives isolated from var reticulata Syringa. mandshurica and antifungal activities // Chemical and Pharmaceutical Bulletin, 2009, v.57, № 8, p. 863
27. Rene A., Macahig, Liva H., Katsuyoshi M. et al. Secoiridoid and iridoid glucosides from the leaves of *Fraxinus griffithii* // Journal of phytochemistry, 2009, v.64, №1, p.4
28. Syed Haris O. Cardioprotective and neuroprotective roles of oleuropein olive // Saudi Pharmaceutical Journal, 2010, v. 18, №3, p. 111- 121
29. Shen Y.C., Chen C.Y. Additional secoiridoid glucosides from *Fraxinusuhdei*. // Planta Med, 1995, v.61, № 3, p. 281-283
30. Sung S.H., Kim E.S., Lee K.Y. et al. A new neuroprotective compound of *Ligustrum japonicum* leaves // Planta Med, 2006, v.72, № 1 p. 62-4
31. Takao T., Hiroko W., Atsuko I. Five secoiridoid glucosides from *Fraxinus formosana* // Journal of Phytochemistry, 1992, v.32, № 1,p. 133-136
32. Tanahashi T., Takenaka Y., Nagakura N., Four Secoiridoid glucosides from *fraxinus insularis* // Journal of Phytochemistry, 1998, v. 49, № 5, p. 1333-1337
33. Takenaka Y., Tanahashi T., Shintaku M. et al. Secoiridoid glucosides from *Fraxinus americana* // Journal of Phytochemistry, 2000, v.55, №3, p. 275-284
34. Yan Y., Wuliji O., Xiaocing Z., Xiaochuan Y. et al. Effect of essential oil of *Syringa pinnatifolia* Hemsl. var. *alashanensis* on ischemia of myocardium, hypoxia and platelet aggregation // Journal of Ethnopharmacology, 2010, v. 131, №5 p. 248-255
35. Yu-Juan C., Hong - Gui Z., Xin L. Phenylethanoid glycosides from the bark of *Fraxinus mandschurica* // J. Chemistry of Natural Compounds, 2009, v. 45, №3, p. 283-284
36. Zhi-jing M., Zhi-juan Z., Zhongguo Z. Studies on chemical constituents from stem, barks of *Fraxinus paxiana* // China journal of Chinese materia medica, 2008, v.33, № 16, p. 1990
37. Zhao Q., Yin F., Dong X. A new secoiridoid from the flowers of *Jasminum officinale* L. var. *grandiflorum*, // Xue Xue Bao, 2008, v. 4, №3, p. 513-517
38. www.pharmacyencyclopedia.com.ua/article

РЕЗЮМЕ

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ПРИМЕНЕНИЕ ВИДОВ СЕМЕЙСТВА МАСЛИНОВЫХ

Э.Г. Керимли, Т.А. Сулейманов

В данной работе приводятся сведения, касающие морфологической характеристики, химической изученности и применения в медицине представителей семейства Oleaceae. Представители семейства имеют богатый и разнообразный химический состав и применение. Особое внимание удалено роду *Fraxinus* в видах, которого содержатся кумарины, флавоноиды, сапонины и другие соединения.

Виды рода *Fraxinus*, произрастающие в Азербайджане в фармакогностическом аспекте не изучались, поэтому вызывает интерес к исследованию.

SUMMARY

CHEMICAL COMPOSITION AND USING SPECIES FAMILY OLIVES

E.G. Kerimli, T.A. Suleimanov

This work presents information about the morphological characteristics, chemical composition and application in medicine representatives plant the family Oleaceae. Representatives of the family have a rich and differshaped chemical composition and application. Particular attention is paid to the genus *Fraxinus* species, which contains coumarins, flavonoids, saponins and other compounds. Species of the genus *Fraxinus* growing in Azerbaijan not studied, pharmacognostic aspect so that is of interest to the investigation.

Daxil olub:01.12.2010

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ В МОЧЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДИАБЕТОЛОГИИ

М.В.Мирзазаде

Азербайджанский Медицинский Университет, VM Центр Эндокринологии, Диабета и Метаболизма, г.Баку

Самое раннее упоминание о диабете относится к 1552 году до н.э. и связано с именем египетского врача Hesy-Ra, который описал в качестве симптомов заболевания частое и обильное мочеиспускание [8]. Само слово «диабет» происходит от греческого «diabaino», и означает оно «проходить сквозь», «истечение».[6] Древние индийцы заметили, что моча больных диабетом притягивает муравьёв, и назвали это заболевание «болезнью сладкой мочи».[6,7]. В 1674 году Thomas Willis (Рис. 1) показал, что при полиурии (повышенном выделении мочи) моча может быть «сладкой», а может быть и «безвкусной». В первом случае он добавил к слову диабет (лат. diabetes) слово *mellitus*, что с латинского означает «сладкий, как мёд» (лат. *diabetes mellitus*), а во втором — «*insipidus*», что означает «безвкусный».[7,9]. На рис.2 представлена научная работа Thomas Willis [9].

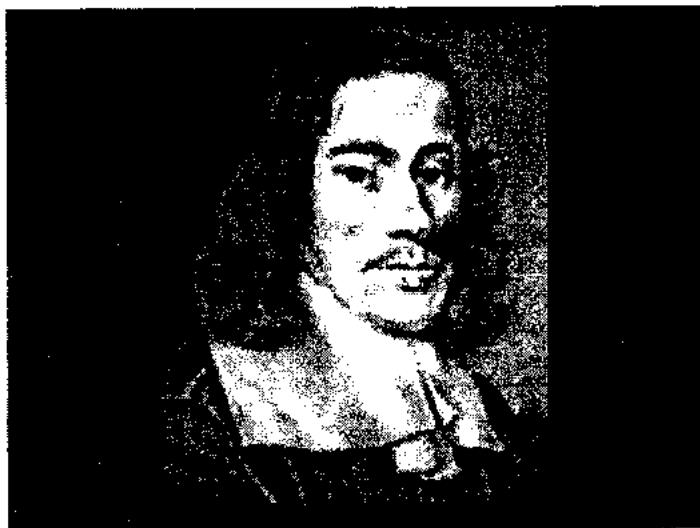


Рис.1.Thomas Willis (1621-1675) [9]

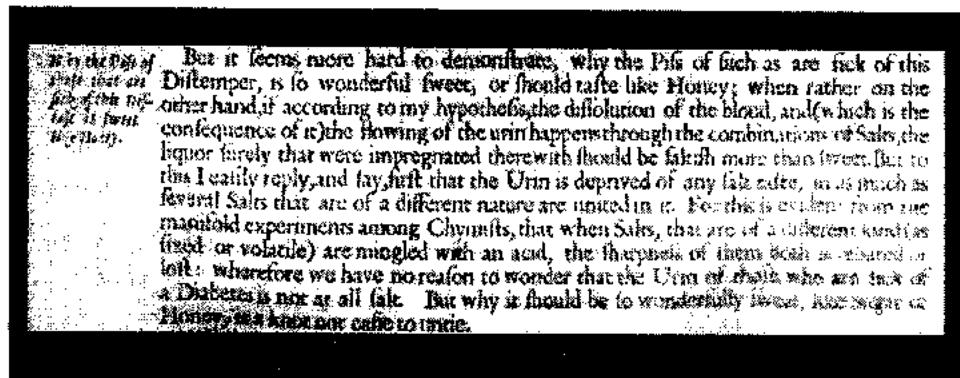


Рис.2. Отрывок из научной работы Thomas Willis [9].

В 1776 году Matthew Dobson (1731?-1784) доказал, что сладкий вкус мочи и крови больных диабетом обусловлен большим содержанием сахара. На рис.3 представлена научная работа Matthew Dobson, опубликованная в журнале *Medical Observations and Inquiries* [10].

В 1841 году был разработан метод определения глюкозы в моче [6,8]. Таким образом, само понятие сахарного диабета было неразрывно связано с наличием сахара в моче.

Когда появились технические возможности измерять сахар не только в моче, но и в крови, выяснилось, что вначале сахар повышается в крови, и только тогда, когда его концентрация в крови превышает пороговое значение для почек, он появляется и в моче. Объяснение причин сахарного диабета снова пришлось изменить, поскольку оказалось, что механизм удержания сахара почками не нарушен, а, следовательно, нет как такового «недержания сахара» [7]. От парадигмы «недержание сахара» отказались в пользу парадигмы «повышенный сахар крови». Эта парадигма и является на сегодня главным и единственным инструментом диагностики и оценки эффективности проводимой терапии.[7]

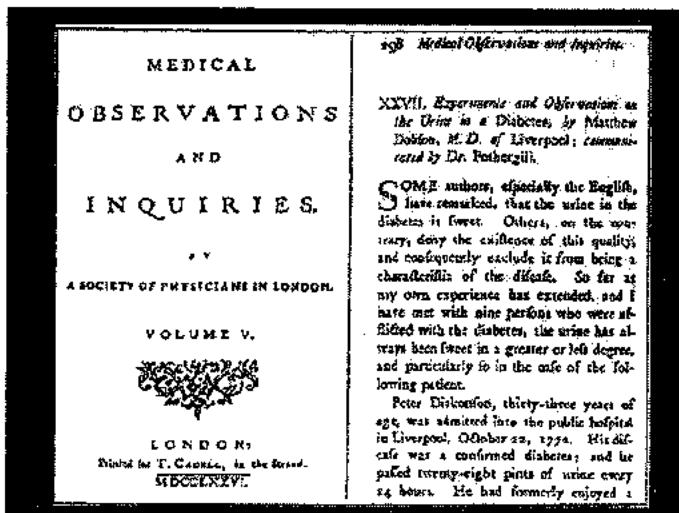


Рис.3. Научная работа Matthew Dobson, опубликованная в журнале *Medical Observations and Inquiries* [10]

Уровень глюкозы в моче отражает уровень глюкозы в крови [16]. В норме глюкоза в моче отсутствует или ее содержание не превышает 0,8 ммоль/л [3,4]. Появление глюкозы в моче происходит при превышении почечного порога, который в среднем соответствует 180 мг/дл или 10,0 ммоль/л. [4]

Определение глюкозы в моче было общепринятым тестом как для диагностики сахарного диабета [1-3], так и для контроля диабета. [3]

Хотя полноценность анализа глюкозы в моче как теста для диагностики сахарного диабета ограничена из-за низкой чувствительности метода(21-64 %) [1]. В то же время специфичность данного метода высока (> 98 %) и, таким образом, этот показатель может быть использован для

скрининга, особенно в тех местах, где затруднено применение более дорогостоящих методов [2]. В то же время наличие или отсутствие глюкозы в моче не является основанием для постановки или отрицания диагноза сахарного диабета [5].

Определение глюкозы в моче стало первым методом, использование которого стало возможным на дому. В 1940 году на рынке впервые появились сухие таблетки для определения глюкозы в моче [11], а в 1956 году Eli Lilly и Miles Laboratory независимо друг от друга разработали первые тест-полоски для анализа мочи на сахар. На рис.4 представлена упаковка тест-полосок для полуколичественного определения сахара в моче [12].



Рис.4. Тест-полоски предназначены для визуального качественного или полуколичественного определения глюкозы в моче человека[12]

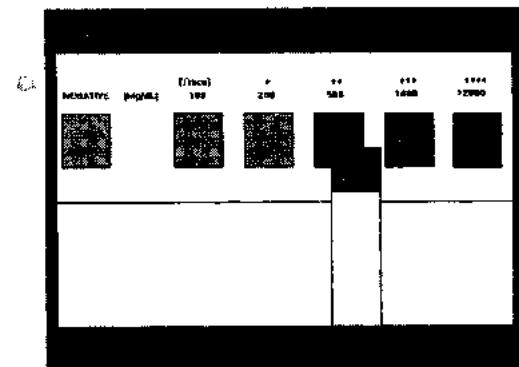


Рис. 5. Методика полуколичественного определения величины глюкозы в моче с помощью тест-полосок [13].

На рис. 5 представлена методика полуколичественного определения величины глюкозы в моче с помощью тест-полосок [13].

В 2005 году Международной Диабетической Федерацией была выражена ее официальная позиция по поводу определения уровня глюкозы в моче [14].

«Позиция Международной Диабетической Федерации по мониторингу глюкозы в моче такова [14]:

- Мониторирование глюкозы в моче не может заменить контроль глюкозы в крови, но скорее является альтернативой или дополнением, когда определение глюкозы в крови не доступно или по каким-либо причинам невозможно или нежелательно.
- Мониторинг глюкозы в моче должен по-прежнему оставаться доступным во всем мире.
- Информация о роли мониторинга глюкозы в моче и возможности его использования должна быть важной частью обучения по проблеме диабета для профессионалов в области здравоохранения и правительства
- Мониторинг глюкозы в моче может применяться отдельно или совместно с определением гликемии при различных обстоятельствах и ситуациях.
- Мониторинг глюкозы в моче должен оставаться в Листе Необходимых Препараторов Всемирной Организации Здравоохранения.
- Значительная поддержка промышленностью мониторинга глюкозы в крови не должна стать причиной недооценки роли мониторинга глюкозы в моче.
- При правильной интерпретации результатов и понятных ограничениях полученная с помощью мониторинга глюкозы в моче информация может быть полезной у больных сахарным диабетом типа 2, получающих лечение только диетой или диетой и таблетками, у людей с сахарным диабетом типа 2 на инсулинотерапии и у людей с сахарным диабетом типа 1, которые не могут проводить измерение глюкозы в крови или которые, по определенным причинам не используют определение глюкозы в крови.
- Поскольку мониторинг глюкозы в моче значительно дешевле, чем мониторинг глюкозы в крови, он играет очень важную роль в тех случаях, когда мониторинг глюкозы в крови

недоступен из-за его дороговизны, или когда мониторинг глюкозы в крови может проводиться относительно редко. Такое случается в определенных ситуациях как в развивающихся, так и в развитых странах.

- Целесообразность его использования должна определяться профессионалами в области здравоохранения совместно с людьми с диабетом и учитывать все обстоятельства.

- Преимущества/неудобства и значение

Тестирование мочи легко проводится быстрым нанесением мочи на тест-полоску или в используемые реактивы. Оно:

- не требует аппаратуры и связанного с нею обслуживания и потребности в замене батарей;
- не требует ланцетов и не вызывает связанных с применением ланцетов проблем;
- не требует решения проблем, связанных с изъятием старых и введением новых моделей глюкометров и тест-полосок к ним,
- не осложнено беспорядком и убытками вызываемыми наличием большого количества доступных глюкометров.

Таким образом, тестирование глюкозы в моче является более экологически целесообразной технологией по целому ряду причин.

Перед появлением в 1970-ых годах общедоступных методов контроля глюкозы в крови глюкозы крови, контроль глюкозы в моче широко использовался многими людьми, способными обеспечивать проведение хорошего контроля. Мониторинг глюкозы в крови в настоящее время заменил мониторинг глюкозы в моче в развитых странах. Однако, настойчивость во внедрении мониторинга гликемии в бедных странах может привести к тому, что будет потерян контроль вообще и не будет использоваться та важная информация, которая доступна благодаря мониторингу глюкозы в моче. Изъятие визуальных полосок для мониторинга глюкозы в крови сделало мониторинг глюкозы в крови еще более недоступным для людей с низкими доходами. Продолжение тестирования глюкозы мочи – критически важная проблема до тех пор пока тест-полоски для мониторинга глюкозы крови с помощью глюкометров не станут экономически более доступными.

Исследования в некоторых развивающихся странах показали, что значительный процент населения не может позволить себе постоянные покупки продукции, необходимой для контроля диабета. Мониторинг глюкозы в моче является жизненно необходимым средством выбора, способным гарантировать более приемлемый контроль по сравнению со случайными определениями гликемии.

Интерпретация

Необходимо понять ограничения, связанные с мониторингом глюкозы в моче и правильно интерпретировать его результаты. Следует учитывать, что тестирование глюкозы в моче показывает результат, полученный после последнего мочеиспускания. Если моча свободна от глюкозы, это – признак того, что уровень глюкозы крови ниже почечного порога, который может изменяться, но обычно соответствует уровню глюкозы крови 10 ммоль/л (180 мг/дл). Результаты тестирования мочи не позволяет дифференцировать умеренно повышенные и высокие уровни гликемии. Специфическая особенность – то, что отрицательный тест не позволяет различать нормогликемию и гипогликемию. При беременности тестирование мочи менее надежно, так как почечный порог для глюкозы может значительно снизится.

Некоторые тест-полоски, кроме определения глюкозы в моче также позволяют определять ацетон в моче. Измерение уровня ацетона в моче особенно полезно для раннего выявления и управления диабетическим кетоацидозом.

Мониторирование глюкозы в моче, является рентабельным и жизнеспособным методом контроля диабета, особенно когда стоимость мониторирования глюкозы крови недоступна или в тех случаях когда люди не хотят выполнять тестирование глюкозы в крови.

Мониторирование глюкозы в моче имеет большие ограничения и не заменяет мониторинг глюкозы в крови; например этот метод не позволяет различать низкие и нормальные уровни глюкозы крови, или высокие и очень высокие уровни глюкозы крови, и мало надежен при беременности. Однако, он может оказаться особенно полезен у людей с низким риском гипогликемии и не слишком высокими, устойчивыми уровнями глюкозы крови. Периодические измерения глюкозы в крови должны помочь в осуществлении приемлемого контроля диабета.

Все больший акцент делается на мониторинге глюкозы крови, например через рекламу, без соразмерной информации о роли мониторинга глюкозы в моче. Нехватка информации может привести к тому, что профессионалами в области здравоохранения, людьми с диабетом и правительствами как в развивающихся, так и в некоторых развитых странах, будет недооцениваться важность и возможность применения мониторинга глюкозы в моче при соответствующих обстоятельствах.»

В настоящее время мониторинг глюкозы в моче не был рекомендован стандартами Американской Диабетической Ассоциации [17], Канадской Диабетической Ассоциации [18], совместными рекомендациями Европейского Общества Кардиологов и Европейской Ассоциации по изучению диабета [19], Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики [20].

Таким образом, мониторинг глюкозы в моче при наличии возможностей использования более современных методов самоконтроля, таких как самоконтроль гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, определение уровня гликогемоглобина и, конечно, применение длительного мониторирования глюкозы, не является целесообразным. Однако в случаях когда другие методы контроля диабета невозможны в связи с финансовыми [15], психологическими или иными причинами, мониторинг глюкозы в моче должен осуществляться, так как лучше иметь недостаточно эффективный контроль, чем не иметь контроля вообще.

ЛИТЕРАТУРА

1. Engelgau MM, Narayan KMV, Herman WH. Screening for Type 2 diabetes // Diabetes Care, 2000, v.23, p.1563-80.
2. International Diabetes Federation. (2005) Global Guideline for Type 2 Diabetes/ 82 p.
3. Столица Медикл. Глюкоза в моче. <http://smed.ru/guides>
4. INVITRO. №109 Глюкоза (в моче) (Glucose). <http://www.invitro.ru/analizes/for-doctors/140/2258/>
5. World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications Report of a WHO Consultation, 1999, http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who_dmc.htm#MetabSynd
6. Грицай А. Сладкая болезнь. <http://www.mobus.com/zdorove/211922.html>
7. Википедия. Сахарный диабет.История изучения сахарного диабета. Недержание глюкозы. <http://ru.wikipedia.org/wiki/>
8. Los Angeles Chinese Learning Center. History of Diabetes. <http://chinese-school.netfirms.com/diabetes-history.html>
9. Royal College of Physicians of Edinburg (RCPE). Diabetes, Doctors and Dogs. An exhibition by the College Library for the 43rd St. Andrew's Day Festival Symposium prepared by John Dallas, Rare Books Librarian. <http://www.rcpe.ac.uk/library/exhibitions/diabetes/diabetes.php>
10. Ian Macfarlane Mathew Dobson (1735-1784) and diabetes. www.lmi.org.uk/medical_society/07/07MacFarlane.pdf
11. Law W.T., Akmal N., Usmani A.M. (Eds.) Biomedical Diagnostic Science and Technology. Marsel Dekker Inc., 2002, p.344.
12. Диа-Аптека. Тест полоски Уриглюк-1. http://diabet.apteka.ru/product_info.php?products_id=176
13. Urine Reagent Strips (1 parametr) Tests for glucose. Catalog No. URS-1. www.rapidtest.com/URS-1G.doc
14. International Diabetes Federation. (2005) Position Statement - Urine Glucose Monitoring. http://www.idf.org/Position_statementsurine_monitoring
15. Rotchford AP, Rotchford KM, Machattie T, Gill GV. Assessing diabetic control- reliability of methods available in resource poor settings // Diabet. Med., 2002, v.19(3), p.195 – 200
16. Morris LR, McGee JA, Kitabchi AE. Correlation between plasma and urine glucose in diabetes. Ann Intern Med, 1981; 94 (4 Pt 1), 469-71
17. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes-2009 // Diabetes Care, 2009, v. 32, Suppl 1, pp.S15-S61.
18. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada // Canadian Journal of Diabetes, 2008, v.32, Suppl.1.
19. Rydern L., Standl E., Bartnik M. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text // European Heart Journal Supplements, 2007, v.9 (Supplement C), p.C3–C74
20. Məmmədhəsənov R., Mirzəzadə V., Cabarov R. və b. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 12 iyun 2009-cu il tarixli 17 sayılı qərarı ilə təstiq edilmiş Şəkərli diabet (tip 2) xəstəliyinin diagnostica və müalicəsi üzrə klinik protocol. Bakı, 2009, 36 s.

XÜLASƏ

QLÜKOZANIN SİDIKDƏ TƏYİN OLUNMASI VƏ PROFİLAKTİK DIABETOLOGIYADA ƏHƏMİYYƏTİ

M.V.Mirzəzadə

Məqalədə sidikdə qlükozanın təyin olunmasının tarixi aspektləri həsr olunmuş ədəbliyat icmali təqdim olunmuşdur. Məqalədə diabetin özünənəzarət və bu xəstəliyin ağrılaşmalının profilaktikası üçün sidikdə qlükozanın müayine olunması metodu təhlil olunur.

SUMMARY

**DETERMINATION OF GLUCOSE IN URINE AND ITS IMPORTANCE FOR CLINICAL AND
PREVENTIVE DIABETOLOGY**

M.V.Mirzazade

The literature review in which historical aspects of glucose definition in urine are considered. Possibilities of this analysis application for self-monitoring of Diabetes and prevention of Diabetes complications are analyzed.

Daxil olub:22.10.2010

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**YOĞUN BAĞIRSAĞIN KEÇMƏMƏZLİYI MODELİ FONUNDA APARILAN
REZEKSIYADAN SONRA DEFEKТИN SINIR-DAMAR AYAQCIGI ÜZƏRINDƏ
QALÇA BAĞIRSAQ SEQMENTİ İLƏ BƏRPASINDA ANASTOMOZ
TUTARLILIĞININ YAXŞILAŞDIRILMASI**

T.Q.Əliyev
Azerbaijan Tibb University, Bakı

Abdominal cerrahlığın aktual məsələlərindən biri yoğun bağırsaq üzərində aparılmış cerrahi eməliyyatlardan sonrakı ağrılaşmanın qarşısının alınmasıdır. Belə ki, yoğun bağırsağın radikal cerrahi eməliyyatları zamanı bağırsağın geniş mobilizasiyası nəticəsində onun bağ aparatının zeifləməsi, anastomoz qoyulmuş nahiyyələrin dərtiləsi, yerli qan təchizatının pozulması müşahidə olunur. Bu cerrahi eməliyyatlardan sonra bir sıra təhlükeli ağrılaşmalann meydana çıxması ilə nəticələnir. Yoğun bağırsaqdə aparılmış cerrahi eməliyyatlardan sonrakı ağrılaşmalar tikişlərin tam və ya hissəvi tutmazlığı, anastomoz nahiyyəsinin stenozu, qanaxma, eməliyyatın texniki çətinlikləri, anastomoz qoyulmuş uclanın mexaniki dərtiləsi, və gəriləməsi, bağırsağın bağ aparatının zeifləməsi, anastomoz nahiyyəsinin yerli qan təchizatının pozulması və digər səbəbələr hesabına baş verir [1,3,8].

Yoğun bağırsağın böyük hecmli eməliyyatlarından sonrakı ağrılaşmalann rastgəlmə tezliyinin azaldılması məqsədilə eksperimental şəraitde anastomoz nahiyyəsində bağırsaq uclanın dərtiləsinin və gəriləməsinin, yerli qan təchizatının pozulmasının, bağırsağın geniş hecmli skeletizasiyasının qarşısını almaq üçün yoğun bağırsağın geniş rezeksiyadan sonra əmələ gelmiş defekt nahiyyəsinin qalça bağırsağın seqmenti ilə transplantasiyasının məqsədə uyğunluğunun öyrənilməsi mühümdür [2,5].

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Eksperimentə daxil olan təcrübə heyvanlarında əvvəlcədən yoğun bağırsağın keçməməzlik modeli yaradılmışdır. Modelin yaradılması üçün qarın boşluğu açılmış və köndələn çənber bağırsağın başlanğıc hissəsi mobilizə edilmişdir. Onun altından turunda keçirilmiş və uc tərefində düyünlənmişdir. Bununla da köndələn çənber bağırsağın başlanğıc hissəsində obliterasiya yaradılmışdır. Burada məqsəd anastomozun işemiya uğramış sahəyə qoyulmasının və onun tutarlığının müxtəlif dərman preparatları ilə tənzimlənməsinin mümkünüyü araşdırılmışdır. 3 gündən sonra qarın boşluğu tekrar açılmış və köndələn bağırsağın keçməməzlik olan hissəsindən başlayaraq gözəl seçilə bilən işemicik sahə sağlam toxumaya qədər rezeksiya edilmişdir. Sonra defekt sahəsi qalça bağırsağından sinir-damar ayaqcığı üzərində götürülmüş seqmentlə anastomozlaşdırılmışdır.

Qeyd olunan cerrahi eməliyyat 16 baş təcrübə heyvanı üzərində aparılmışdır. Eməliyyatdan sonrakı dövrde anastomoz nahiyyəsində yaranmış qüsür nəticəsində 16 baş itdən 2-i (12%-i) ölmüşdür. Bütün hallarda ölümə səbəb anastomoz nahiyyəsində tikiş tutarsızlığı nəticəsində inkişaf edən peritonit olmuşdur. Təcrübə heyvanlarından biri eməliyyatdan 5 gün, biri 7 gün sonra ölmüşlər. Eməliyyat zamanı yoğun bağırsağın gudul hissələrinə 300 mq/5ml Ruditoks yeridilmişdir. Eməliyyatdan sonrakı dövrde kompleks ənənəvi müalicə ilə yanaşı 600 mq/10 ml Ruditoks məhlulu vena daxilinə 1 həftə müddətində yeridilmişdir.

Histoloji və histokimyəvi müayinələrdən əlavə yoğun bağırsağa anastomoz qoymamışdan əvvəl həmin nahiyyələrdən götürülmüş, və anastomoz nahiyyələrindən götürülmüş nümunələrdə

lipidperoksidləşməsi məhlulları (malon dealdehydi, diyen konyuquantlan) və antioksidant sistemi göstəricisi olan ümumi antioksidant fəallığı təyin edilmişdir.



Şək. 1. təcrübə hevanından cerrahi əməliyyatın 7- ci günü anastomoz nahiyesindən götürülmüş nümunədən hazırlanmış preparat. Seroz qişa damarlarında doluqanlılıq. Xürda ocaqlı qansızmalar. Boyaq: hematoksilin və eozin, X 140

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Cerrahi əməliyyatdan 1 ay sonra 5 baş təcrübə heyvanında relapratomiya aparılmış anastomoz və autotransplantatdan götürülmüş nümunədən mikropreparatlar hazırlanmışdır. Onların mikroskopiyası zamanı müəyyən edilmişdir ki, cerrahi əməliyyatdan 1 ay sonra anastomozun yoğun bağırsaq hissəsində selikli qişanın epitel örtüyü bir qədər hündürleşmiş, lakin tamlığı pozulmamışdır. Selikli qişanın xüsusi səhfəsinin qan damarları intakt vəziyyətdədir. Qan damarlarının endotelində və enterositlərdə sintetik proseslər müşahidə olunur. Bunlarla yanaşı selikaltı əsasda və əzələ qişasında kapilyarların intensiv əməle gəlməsi ilə xarakterize olunan qranulyasion toxumanın inkişafı və toxumanın vacib komponenti olan aktiv fibroblastların sintez etdiyi ocaqlar şəklində lifli strukturlara rast gelinir. Mikrosirkulyator şəbəkə damarları nisbetən genişlənse də, mikrotombozlar qeyd edilmir. Əzələ qişası adı quruluşdadır, lakin bir qədər fibrozlaşmışdır.

Anastomozun qalça bağırsaq hissəsinin selikli qişasının epitel örtüyündə toplanan limfositlərin miqdarı nəzarət qrupuna nisbetən sayca xeyli dərəcədə azdır. Kriptalarda fəal bərpa proseslərinin, xüsusi səhfəde isə fibrilogenet prosesinin getdiyi aşkar edilir. Selikli qişanın xüsusi səhfəsində limfo-histiositar infiltrasiya qeydə alınır. Selikaltı əsasın strukturunu saxlanılmış, damar şəbəkəsi adı görünüşdədir. Selikaltı əsasda və əzələ qişasında lifli birləşdirici toxuma yaxşı inkişaf etmiş zərif çaplı toxumasından ibarətdir. Intramural sinir kələfinin hüceyrə terkibi intakt göstəricilərə yaxınlaşmışdır. Seroz qişa damarları doluqanlıdırlar, zəif dərəcədə perivaskulyar ödemlər qeyd edilir. Beləliklə, bu mərhele təcrübə heyvanlarında anastomoz divarı boyunca selikli qişalardakı epitelizasiya birləşdirici toxuma elementlərindəki bərpa prosesləri sinxronluq təşkil etmiş, iltihabi proses sorulmuş, birləşdirici toxumanın dezorganizasiyası əsasən aradan qalxmış, sinir elementlərinin struktur dəyişiklikləri bərpa.

Cerrahi əməliyyatdan 3 ay sonra 4 baş təcrübə heyvanında relapratomiya aparılmış anastomoz və autotransplantat nahiyyələrindən nümunələr götürülmüşdür.

Onlardan hazırlanmış mikropreparatların mikroskopiyası zamanı müəyyən edilmişdir ki, anastomoz sahəsinin mikroskopik müayinəsində selikli qişa adı görünüşləndir. Selikli qişada iltihabi-destruktiv dəyişikliklər qeyd edilmir. Selikli qişanın xüsusi lövhəsi intakt görünüşdən fərqlənmir, lifli karkas öz tinktorial xüsusiyyətlərini saxlamış, damarlar mikroaqreqatlardan azaddır, iltihabi hüceyrə reaksiyası müşahidə olunmur. Əzələ qişasının struktur elementləri intakt göstəricilərdən fərqlənmir, saya əzələ hüceyrələri arasındaki sinir liflərində struktur dəyişikliklərə rast gelinmir. Seroz qişa mikroskopik intakt göstəricilərdən fərqlənmir.



Şek. 2. Təcrübə hevanından cerrahi eməliyyatdan 1 ay sonra anastomoz nahiysindən götürülmüş nümunədən hazırlanmış mikropreparat. Sinir elementlərinin strutur deyişiklikləri bərpa olunmuşdur. Boyaq: hematoksilin və eozin, X140

Şek. 3. Təcrübə hevanından cerrahi eməliyyatdan 3 ay sonra autotransplantatın mikroskopik mənzəresi. Əzələ qışası, seroz qışa və digər strutur elementlərinin normal quruluşu bərpa olunmuşdur. Boyaq: hematoksilin və eozin, X 140

Beləliklə bizim apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərmişdir ki, sağlam toxuma qırılışuna malik yoğun bağırsağın defekl sahəsinə qalça bağırsaq seqmentinin köçürülməsindən fərqli olaraq keçməməzlik modeli yaradarken orun təsirindən bağırsaq divarında inkişaf edən işemiya fonunda autotransplantasiyanın aparılması olduqca fərqli cəhətərlərə səciyyələnir. Cerrahi eməliyyatdan 7 gün sonra histoloji müayinə aparmaq üçün 5 baş təcrübə heyvanında relapratomiya aparılmış, anastomoz və autotransplantatdan tikələr götürürək mikropreparatlar hazırlanmışdır. Həmin preparatların mikroskopiyası zamanı müəyyən edilmişdir ki, eməliyyatdan 7 gün sonra anastomozun yoğun bağırsaq hissəsində selikli qışanın tamlığı bəzi yerlərdə pozulmuş, bəzi yerlərdə isə deformasiyalıdır. Qədəhəbənzər hüceyrələrdə hipertrofiya və hiperplaziya qeyd edilir. Kriptaların dibində yerləşən az differensiasiyalı hüceyrələr yüksək intensivlikli mitotik aktivliyi ilə səciyyələnir. Əksər limfold folikullar reaktiv deyişikliyə məruz qalmışlar. Əzələ qışasında iri nüvəyə və yaxşı inkişaf etmiş sitoplazmatik orqanellərə məxsus olan fibroblastlar kollagen lifləri və birləşdirici toxumanın əsas maddesinin vacib komponenti olan mikropolisaxarıdlar sintez edirlər. Fibroblastlar tərəfindən sintez olunan kollagen molekullar bir-biri ilə birləşməklə fibrilləri sintez edilər. Həm selikli qışada, həm selikaltı əsasda, həm də əzələ və seroz qışalarda müəyyən damar reaksiyası, tromboz və durğunluq əlamətləri diqqəti cəlb etse də, anastomoz tutmaqlığı qeydə alınır.

Qalça bağırsaq hissəsinin selikli qışasında epitel hissədə zülal distrofiyası, seroz-ekssudativ iltihab əlamətləri və tek-tək xırda ocaqlı fibrinoid nekroz sahələri qalmaqdadır. Selikli qışanın regenerasiyasının əsas mənbəyi olan kriptalar saxlanılmışdır. Limfold-makrofaql elementlərinin toplantıları qeyd edilir. Digər qruplarla müqayisədə arterio-venoz-limfatik şəbəkənin genişlənməsi, mənfezi tromb kütlələrindən azad damarlarla yanaşı, mənfezlerində eritrositlərin aqreqasiya məhsulları ilə tutulmuş damarlara da rast gəlinir. Selikaltı əsasda lıflı strukturlar öz boyanma xüsusiyyətlərini bərpa etmiş, lıflararası sahələrdə limfo-histositlər infiltrasiya zeifləmişdir. Sinir kələflərində distrofiya əlamətləri qalmaqdadır. Lakin xromotoliz müəyyən edilmir. Seroz qışada damarlar doluqanlıdır, xırda ocaqlı qansızmalar qeyd edilir.

Beləliklə, bu müddətdə anastomoz sahəsinin histoloji müayinəsi orada bərpa proseslərinin tam getməməsini göstərir. Eməliyyatdan sonrakı dövrde mikroskopik müayinələr isə . təcrübə heyvanlarında regenerasiya prosesinin eməliyyatın 3-cü ayında başa çatmasını göstərir.

Nəticələr. 1: Anastomoz qoyarkən işemiyaya uğramış nahiyyəyə yerli olaraq antioksidant yeritməklə antioksidant müdafiə sisteminin gücləndirilməsi cerrahi eməliyyatdan sonrakı

Azərbaycan tebabətinin müasir nahiyyətləri №1/2011

dövrde toxumanın regeneratif funksiyasını yüksəldir. 2: Anastomoz nahiyyəsində tikiş tutarsızlığı əhemmliyətli dərəcədə azalmış olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev B.A. Musayev X.N., Əliyev F.V. Yaşlılarda meqadoluxokolon xəstəliyinin cerrahi mülicesi. Metodik tövsiyə. Bakı 2005, s. 42.
2. Zeynalov B.M., Sultanov H.A., Qeybullayev A.Ə. Yoğun bağırsaq əməliyyatlarında anastomozların tutmazlığının proqnozlaşdırılması və profilaktikası / Avrasiya qastroenteroloqlarının konfransı. Bakı, 1997, s. 59
3. Sultanov H.A., Əzimov E.H. Eksperimentdə yoğun bağırsaq anastomozu nahiyyəsində lipidlərin peroksidlaşmə proseslərinin və antioksidant mühafizə sisteminin dinamikada öyrənilməsi / Cərrahiyyə, 2005, №1, s. 74-77
4. Султанов Г.А. Азимов Э.Х., Ибшов К.Г. Антиоксиданты и их применение в медицинской практике // Вестник хирургии, 2004, №4, с.94-96
5. Магомедов М.А. Антиоксидантная терапия в лечении после операционного нареза кишечника // Хирургия, 2004, №1, с.43-45
6. Наврузов С.Н., Исокулов Г.У., Восстановительно-реконструктивные операции у больных Колостомами. материалы I съезда Колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009, с.325
7. Шанин Ю.Н., Шанин В.Ю., Зиновьев Е.Д. Антиоксидантная терапия в клинической практике. СПб, 2003, с.128
8. Шумаков В.И. Достижения и перспективы развития трансплантологии и искусственных органов // Вестник трансплантологии и искусственных органов, 2005, № 3, с. 52

РЕЗЮМЕ

УЛУЧШЕНИЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА НА СЕГМЕНТ НЕРВНО-СОСУДИСТОЙ НОЖКИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ НА ФОНЕ МОДЕЛИ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Т.Г.Алиев

Чрезмерное воздействие и ухудшение местного кровоснабжения толстой кишки является причиной снижения антиоксидантной защиты (глутатион). Это приводит к более вероятному зиянию швов анастомоза. Результаты экспериментальных исследований показали, что введение 300 мг / 5 мл ruditox в толстую кишку во время операции и 600 мг / 10 мл внутривенно в течение недели после операции, значительно повышает согласованность анастомоза в замене дефекта толстой кишки нервно-сосудистой ножки сегмента подвздошной кишки после резекции толстой кишки на фоне модели толстой кишечной непроходимости.

SUMMARY

THE IMPROVEMENT OF CONSISTENCY OF ANASTOMOSIS IN REPLACEMENT OF COLON DEFECT BY THE FREE NERVOUS-VASCULAR PEDUNCLE ILEUM SEGMENT AFTER THE COLON RESECTION AGAINST THE BACKGROUND OF MODEL OF COLON ILEUS

Aliyev T.G.

Excessive exposure and deterioration of the local blood supply of colon is the cause of decrease of antioxidant defense (glutathione). This leads to more likely dehiscence of anastomosis sutures. The results of experimental studies proved that injection of 300 mg / 5 ml of ruditox into the colon stump during the surgery and 600 mg /10 ml intravenously during the week after the surgery significantly improves the consistency of anastomosis in replacement of colon defect by the free nervous-vascular peduncle ileum segment after the colon resection against the background of model of colon ileus.

Daxil olub:25.11.2010

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ ИЗ ГРУПП С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С

*А.Э.Дадашева, М.И.Михайлов, А.Б.Гаджиев, Р.К.Таги-заде, М.К.Мамедов
ГУ НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова РАМН, г.Москва; НИИ
гематологии и трансфузиологии им. Б.Эйвазова, Национальный центр онкологии, г.Баку*

Существенной и общей эпидемиологической особенностью инфекций, вызываемых вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) является то, что эти вирусы наиболее часто

инфицируют лиц, относящихся к нескольким, одним и тем же и сходным по составу, социально-поведенческим группам населения, называемым группами с высоким риском инфицирования (ГВР) [1].

Ранее, взяв за основу способность ВГВ и ВГС передаваться посредством контактного и парентерального (гемоконтактного, трансфузионного) механизмов и, в зависимости от преимущественной реализации этих механизмов инфицирования в пределах разных ГВР, мы условно выделили два типа таких групп: 1) ГВР контактного инфицирования и 2) ГВР парентерального инфицирования (ГВРПИ) [2,3].

Предлагая такую классификацию ГВР, мы, в первую очередь, исходили из эпидемиологических соображений, отмечая, при этом, что объединение всех ГВРПИ в один тип целесообразно и в силу того, что большинство представителей ГВРПИ отличается особым преморбидным статусом в отношении ВГВ- и ВГС-инфекций. Свообразие последнего у таких лиц состоит в том, что у большинства из них, еще до инфицирования ВГВ или ВГС, регулярно выявляются признаки, с одной стороны, иммунокомпрометации, а с другой стороны, гепатоцеллюлярной дисфункции (ГЦД) [4].

В частности, судя по имеющимся в литературе данным и результатам наших собственных наблюдений, прямые или косвенные признаки иммунокомпрометации выявляются у больных злокачественными опухолями и лейкозами (ЛЗ) [5, 6], у больных туберкулезом (ТБК) [7], у находящихся на гемодиализе (ГД) больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) [8] и у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) [9].

Однако повышенная частота выявления признаков ГЦД в наших наблюдениях документирована лишь у больных солидными злокачественными опухолями [5] и у больных ТБК [10], в то время как частота обнаружения этих же признаков у больных ЛЗ, у больных ХПН, находящихся на ГД и у ПИН все еще конкретно не установлена.

Это и побудило нас провести исследование, ЦЕЛЬЮ которого было определение частоты выявления энзимологических признаков ГЦД у представителей некоторых из ГВРПИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Было осуществлено биохимическое исследование сывороток крови 94 больных хроническими ЛЗ и миеломной болезнью (МБ), 60 больных ХПН, находящихся на ГД, 32 больных талассемией (ТАЛ) и 60 лиц, вовлеченных в практику инъекционной наркомании. В крови всех этих лиц к моменту проведения биохимического исследования не были выявлены серологические маркеры инфицирования ВГВ или ВГС.

При выборе методов лабораторной индикации нарушений функций печени у обследованных нами больных мы полагали, что важнейшими наиболее чувствительными лабораторными признаками наличия субклинической ГЦД являются повышение в сыворотке крови активности, прежде всего, аланин-аминотрансферазы (АлАТ) и, в меньшей степени, аспартат-аминотрансферазы (АсАТ) и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) [11].

С учетом этого соображения в сыворотке крови обследованных лиц определяли активность именно этих трех ферментов, а также концентрацию билирубина (БР). Все биохимические исследования проводили с использованием соответствующих коммерческих наборов реагентов, а учет результатов этих исследований осуществляли с помощью автоматического биохимического анализатора [12].

Активности АлАТ, АсАТ и ГГТ считали повышенными в случаях, когда их значения на 20% и более превышали верхнюю границу общепринятого диапазона их колебаний у здоровых взрослых лиц [13].

Полученные результаты математически обрабатывали, используя известные формулы вариационной статистики, а затем сравнивали с результатами аналогичного исследования 200 здоровых взрослых лиц, сдавших кровь в качестве безвозмездных доноров.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты определения активностей АлАТ, АсАТ и ГГТ у обследованных нами лиц приведены в таблице, отражающей частоту выявления повышенной активности этих ферментов.

Таблица

Частота повышения активности "печеночных" ферментов и концентрации билирубина у здоровых лиц и представителей разных групп с высоким риском инфицирования ВГВ и ВГС

Обследованные контингенты лиц и их численность	Частота повышенной активности:			Частота повышения уровня БР
	АлАТ	АсАТ	ГГТ	
Здоровые лица (200)	2,5±1,1%	1,0±1,0%	1,5±0,9%	0,5±0,5%
Больные ЛЗ и МБ (94)	9,5±3,0%	4,3±2,1%	4,3±2,1%	2,1±1,5%
Больные ТАЛ (32)	12,5±5,8%	6,3±4,3%	3,1±3,1%	3,1±3,1%
Больные ХПН (60)	8,3±3,6%	3,3±2,3%	1,6±1,5%	0
ПИН (60)	13,3±4,4%	6,7±3,2%	5,0±2,8%	3,3±2,3%

Примечание: Средняя ошибка расчитана для интервала $p<0,05$

Из таблицы следует, что у обследованных нами здоровых лиц повышение активности АлАТ, АсАТ и ГГТ было выявлено в 2,5%, 1,0% и 1,5% случаев, соответственно. Повышение концентрации БР в сыворотках крови обследованных нами лиц было выявлено лишь в одном случае.

Эти результаты вполне удовлетворительно согласовались с имеющимися в литературе сведениями об активности "печеночных" ферментов у здоровых лиц. Так, в одном из ранее проведенных наблюдений, частота повышения активности АлАТ и ГГТ у здоровых лиц составила 3,7% и 3,0%, соответственно [14].

Принимая во внимание, что повышение активности АлАТ является наиболее чувствительным показателем деструкции гепатоцитов, можно с высокой вероятностью предположить, что у лиц с гипераминотрансфераземией имелись какие-то, возможно, транзиторные изменения морфо-функционального состояния печени. В то же время, одновременное повышение активности всех трех ферментов у 2,5% здоровых лиц не оставляло сомнений в наличии у них субклинической ГЦД.

Рассматривая наиболее вероятные причины наличия у здоровых лиц субклинических ГЦД, мы, в первую очередь, допускали, что ГЦД могли быть следствием эпизодических или систематических нарушений пищевого режима или приема с пищей гепатотоксических веществ (например, алкоголя), создающих чрезмерные "нагрузки" на печень [15]. Другими причинами гиперферментемии могли быть субклинически протекающие (клинически компенсированные) хронические диффузные заболевания печени (хронические гепатиты или гепатозы) [14].

В группе больных ЛЗ и МБ частота повышения в крови активности АлАТ, АсАТ и ГГТ составила 9,5%, 4,3% и 2,1%, соответственно. Рассматривая эти показатели, уместно отметить, что они оказались сопоставимыми с частотой гиперферментемии, ранее отмеченной нами при аналогичном обследовании больных лимфомами: если у больных лимфомами, инфицированных ВГВ или ВГС частота повышения активности АлАТ достигала 38,2%, то у больных, не инфицированных ВГВ или ВГС, этот показатель составлял 8,1% [16].

Отметим, что частота выявления гиперферментемии в группе больных ЛЗ и МБ статистически устойчиво превосходила аналогичный показатель у здоровых лиц при $p<0,05$ ($t=2,26$).

Касаясь возможных механизмов патогенеза субклинической ГЦД у не инфицированных ВГВ и ВГС больных ЛЗ и МБ, мы имели ввиду две наиболее вероятные причины их развития. Первую мы связали с системным действием неопластического процесса на метаболизм, а вторую - с гепатотоксичностью большинства цитостатических препаратов, используемых для лечения этих больных [5].

У больных ТАЛ повышение активности АлАТ, АсАТ и ГГТ выявилось в 12,5%, 6,3% и 3,1% случаев, соответственно, но частота повышенной активности АлАТ статистически устойчиво отличалась от соответствующего показателя у здоровых лиц лишь в интервале $p < 0,1$ ($t=1,69$).

У больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе, повышение активности АлАТ, АсАТ и ГГТ выявилось в 8,3%, 3,3% и 1,6% случаев, соответственно. При этом, частота

повышения активности АлАТ у этих лиц не имела статистически устойчивого отличия от аналогичного показателя у здоровых лиц.

И, наконец, в группе ПИН повышение активности этих же ферментов выявилось в 13,3%, 6,7% и 5,0% случаев, соответственно. Частота повышения активности АлАТ в этой группе лиц статистически устойчиво превышала аналогичный показатель в группе здоровых лиц в интервале $p < 0,05$ ($t=2,39$).

Нам представлялось, что более частое развитие субклинической ГЦД у ПИН было обусловлено гепатотоксическим действием длительно используемых психотропных препаратов, которые часто вводятся в некондиционных для парентерального введения формах.

В заключение мы сопоставили среднюю частоту повышения активности АлАТ в общей группе представителей ГВРПИ, которая составила $10,3 \pm 2,0\%$ с соответствующим показателем в группе здоровых лиц.

Такое сопоставление показало, что повышенная частота этого фермента в общей группе лиц из ГВРПИ, составившая $10,6 \pm 2,0\%$, статистически устойчиво превосходила соответствующий показатель в группе здоровых лиц в интервале $p < 0,01$ ($t=3,55$). Последний факт не оставлял сомнений в том, что средняя частота выявления субклинических ГЦД у лиц из ГВРПИ ощутимо превышала таковую у здоровых лиц.

Очевидно, что наличие субклинических ГЦД даже у части лиц из ГВРПИ при их заражении ВГВ или ВГС может выступать в роли фактора, влияющего и изменяющего характер течения этих инфекций, затрудняющего диагностику и мониторинг патологии печени и ограничивающего возможности лечения гепатитов В и С у таких пациентов. Кроме того, субклиническая ГЦД у этих лиц может способствовать развитию у этих лиц иммунологических нарушений, поскольку печень непосредственно участвует в ряде процессов иммуногенеза, а ее дисфункция способна отрицательно отразиться на показателях иммунологической реактивности [17].

Вместе с тем, как следует из представленных выше результатов нашего наблюдения, частота обнаружения лабораторных признаков субклинической ГЦД у представителей различных ГВРПИ оказалась различной. Этот факт следует учитывать при оценке клинико-патогенетического значения такой ГЦД у больных вирусными гепатитами, относящихся к одной из ГВРПИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадашева А.А. Трансфузионные вирусные инфекции: общность и различия патогенеза, клинических проявлений и подходов к лечению. // Современные достижения азербайджанской мед., 2008, №3, с.11-17
2. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Механизм инфицирования как основа классификации групп высокого риска инфицирования вирусами гепатита В и С. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, №2, с.42-45
3. Дадашева А.Э., Мамедов М.К., Михайлов М.И. О двух типах групп с высоким риском инфицирования вирусами гепатитов В и С: эпидемиологическое и клиническое значение. // В мире вирусных гепатитов, 2011, №1, с.12-14
4. Дадашева А.Э. Особенности преморбидного статуса лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С. // Биомедицина, 2011, №1, с.3-9.
5. Алиев Д.А., Мамедов М.К. Субклиническая патология печени у онкологических больных. Баку: Элм, 2008, 324 с.
6. Рейзис А.Р. Вирусные гепатиты у больных с онкогематологическими заболеваниями. / Клиническая гематология / Под ред. М.А. Волковой. М.: Медицина, 2007, с.1077-1089
7. Мамедбеков Э.Н., Раева Н.Р., Мамедов М.К. и др. Показатели, отражающие состояние иммунологически обусловленной резистентности у больных туберкулезом легких, инфицированных вирусами гепатитов В и С. // Азерб. Ж. онкологии, 2006, №2, с.103-104
8. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. и др. Активность аденоzindezaminazы в лимфоцитах у лиц из некоторых групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С. // Азерб. Ж. метаболизма, 2010, №4, с.34-38;
9. Дадашева А.Э., Михайлов М.И., Мамедов М.К. Показатели врожденного иммунитета у потребителей инъекционных наркотиков. // Центрально-Азиатский Ж. общественного здравоохранения, 2010, №4, с.24-28;

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

10. Мамедбеков Э.Н., Бекирзаде Г.М., Рзаева Н.Р., Мамедов М.К. Биохимические показатели функционального состояния печени у больных туберкулезом легких, инфицированных вирусами трансфузионных гепатитов. // Биомедицина, 2007, №1, с.36-37
11. Иваников И.О., Сюткин В.Е. Общая гепатология. М.:Медпрактика, 2003, 159 с.
12. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам исследования. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007, 800 с.
13. Лифшиц В.М., Сидельникова В.И. Медицинские лабораторные анализы. Справочник. М.: Триада-Х, 2007, 299 с.
14. Рзаева Н.Р., Гулиева А.А., Рагимов А.А., Гамидова Н.А. Лабораторные показатели периферической крови, отражающие функциональное состояние печени у группы здоровых жителей г.Баку. // Биомедицина, 2006, п.3, с.34-35
15. Deems R., Friedman I., Friedman M. et al. Relationship between liver biochemical tests and dietary intake in patients with liver diseases. // J. Clin. Gastroenterol., 1994, v.18, p.304- 306
16. Мамедов М.К., Фараджев О.Ф., Алиев А.Ю. и др. Функциональное состояние печени у больных лимфомами. // Азерб. Ж. онкологии, 2004, №2, с.210-212
17. Гамидова Н.А., Рзакулиева Д.Н., Мамедов М.К. Сопряженность изменений показателей иммунологического и метаболического гомеостаза при заболеваниях печени.// Биомедицина, 2007, №3, с.31-32

XÜLASƏ

B VƏ C HEPATİTİ VIRUSLARI İLƏ İNFEKSİYALAŞMİŞ YÜKSƏK PARENTERAL RİSK QRUPUNA AİD OLAN XƏSTƏLƏRDƏ SUBKLİNİK HEPATOSELLÜLAR DİSFUNKSİYANIN LABORATOR ƏLAMƏTLƏRİ

A.Dadahova, M.Mixaylov, A.Hacıyev, R.Tağı-zadə, M.Məmmədov

Məqłedə B və C hepatit virusları ilə infeksiyalışmış yüksək parenteral risk qrupuna aid olan xəstələrdə əsas qaragışer fermentlərinin və bilirubinin seviyyəsinin biokimyəvi müayinələrinin nəticələri eks olunmuşdur. Bu xəstələrdə leyzoz, mieloma, xronik qaraciyer çatışmamazlığı kimi xəstəlikler olmuş, onlara hemodializ və narkotik infeksiyalar tətbiq olunmuşdur.

SUMMARY

LABORATORY SIGNS OF SUBCLINIC HEPATOCELLULAR DYSFUNCTION AT PERSONS FROM HIGH RISK GROUPS OF PARENTERAL CONTAMINATION WITH HEPATITIS B AND C VIRUSES

A.Dadasheva, M.Mikhailov, A.Hajiyev, R.Tagi-zadeh, M.Mamedov

The article contains results of biochemical measurement of main "liver" enzymes activity and bilirubin's level at persons from high risk groups of parenteral contamination with hepatitis B and C viruses: leucosis and myeloma patients, chronic renal failure underwent hemodialysis and injected drugs users.

Daxil olub:18.08.2010

FƏSADSIZ PILORODUODENAL XORALI XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN MÜASIR PROBLEMLƏRİ

E.A. Rüstəmov

M.A. Topcuşəv adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Piloroduodenal xora xəstəliyi mədənin pilorik hissəsinin və onikibarmaq bağırsağın selikli qışasında xora çuxurunun olması ilə səciyələnən, dövrü olaraq kəskinleşən, xroniki gedişli xəstəlikdir. Bu xəstəlik həzm sistemi xəstəlikləri arasında ən çox təsadüf edilən (18%) və dünyada geniş yayılmış (5-10%) xəstəliklərdəndir [1,5,10,11,14,16].

Pilorik xoralar klinik gedişinə və əlamətlərinə görə onikibarmaq bağırsaq xoralarına oxşadığından, onları onikibarmaq bağırsaq xoraları ilə bir qrupda birləşdirərək piloroduodenal xoralar adlandırırlar [15,17]. Bu isə, piloroduodenal xoralarda ortaç patogenetik mexanizmin olması səbəbindən, onların cərrahi mülicəsində onikibarmaq bağırsaq xoralarının müalicə prinsiplərinin saxlanması reallaşmışdır [2,6,9].

Xora xəstəliyinin müalicəsi mütamadi olaraq terapevt qastroenteroloqların və cərrahların peşə maraqları dairəsində olmuşdur. İstənilən üsulla müalicədə məqsəd isə xoraların çapıqlaşmasına nail olmaq, residivlərin və ağırlaşmaların qarşısını almaqdan ibarətdir (3,4). Terapevt qastroenteroloqların məlumatlarına görə son illər ərzində xora xəstəliyinin residivlərini 5-10% aşağı salmaq və xoraların çapıqlaşmasına praktik olaraq 100% nail olmaq mümkündür

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

[12,13]. Lakin, 1 ildən sonra müalicə olunanların 50%-də, 1,5 ildən sonra 70-75%-də, 5 ildən sonra isə 90%-də xora residivləşir, 5-18%-də isə aparılmış müalicə xoranın çapıqlaşması ilə nəticələnmir [1,3,10]. Xoranın residivləşməsi isə bir çox xəstələrdə qanaxma, perforasiya, penetrasiya və stenozla müşayət olunur ki, bu da tacili əməliyyatların sayının 1,5-2,5 dəfə artması ilə nəticələnir [3,7,8].

Uzun müddətli konservativ müalicə xora xəstəliyinin ağırlaşmalarının qarşısını almaq iqtidarından olmadığından planlı əməliyyatların 69,2% residivləşən xroniki gedisi xoralann ağırlaşmalarına görə aparılır ki, bu da xəstələrin cərrahi müalicəsində rezeksiya üsulunun çəkisinin artmasına gətirib çıxanır [3,10,11] və fəsadların əmələ gəlməsini gözləmədən, konservativ müalicəyə davamlı xəstələrdə proqnostik meyarlar əsasında hazırlanmış yeni göstərişlərlə üzv qoruyucu əməliyyatların, xüsusənə selektiv proksimal vaqotomianın (SPV) teklikdə və ya mədəni drenaj edici əməliyyatlarla birgə aparılmasını zəruri ədir [2,8]. Bu isə fəsadsız piloroduodenal xorali xəstələrin cərrahi müalicəsinin müasir problemlərinin həlli baxımından elmi - praktik əhəmiyyətə malikdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Son iki onilliklər ərzində M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyə Mərkəzinin Cərrahi qastroentereligiya şöbəsində fəsadsız piloroduodenal xora xəstəliyinə görə 743 xəstə planlı qaydada əməliyyat olunmuşdur. Xəstələrin 683 (91,9%) nəfəri kişi, 60 (8,1%) nəfəri isə qadın olmuşdur. Cərrahi müdaxilə 577 (77,7%) xəstəyə onikibarmaq bağırsaq xorasına, 166 (22,3%) pasientə isə mədənin pilorik hissəsinin xorasına görə aparılmışdır.

Xəstələrin yaş aspektinə gəldikdə, 26 yaşla 50 yaş arasında əməliyyat olunanlar üstünlük təşkil etmişdir- 434 (58,4%). Xora anamnezi xəstələrin böyük çoxluğunda 5 ildən yuxarı olmuşdur- 639 (93,3%). Yanaşı xəstəliklər 293 (39,4%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Əksər xəstələrdə 2 və ondan artıq müstərək yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir. Müstərək patologiyaya görə 33 (4,4%) simultant əməliyyat: - 15 xəstəyə xolesistektomiya və 18 pasientə Nissen üsullu ilə fundoplifikasiya icra edilmişdir. Xora xəstəliyinin gedisi peşə yönümlü amillərdən asılılığının təhlili göstərdi ki, onların çeşidi həm kişi, həmdə qadın xəstələrdə müxtəlidir: - qadın xəstələrin 49,9%-i evdar və təqaüddə olanlar təşkil etmişlər. Digərlərinin (20%) peşələri sinir – emosional gərginlik xarakterli olmuşdur (müəllimlər, səticilər, material cavabdehlik məsulliyyəti olan peşə sahibləri). Qalan 30,1% pasientin peşəsi isə qeyri-müntəzəm qidalanma və zərarlı istehsalat sahələri ilə bağlı peşə sahibləri olmuşdur (kənd təsərütüfatı zavod, kimyəvi laboratoriya işçiləri və.s.). Kişilərin peşə yönü müzakirə olunan peşələrdən ibarət olmuşdur.

Müzakirələr və nəticələr

Fəsadsız piloroduodenal xora ilə olan 743 xəstədə ümumilikdə cərrahi müdaxiləyə göstəriş aparılmış konservativ müalicənin effektsizliyi olsa da, tətqiq olunan materialın təhlili nəticəsində uğursuz terapiyasının detallarının dəqiqləşdirmək mümkün olmuşdur (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Fəsadsız piloroduodenal xora xəstəliyinə görə aparılmış cərrahi müdaxiləyə göstərişin yeni meyarlarının tərkibi

Cərrahi müdaxiləyə göstərişlər	Xəstələrin sayı	
	Mütləq say	%-lə
Xəstələrin bahalı dərman terapiyası kursuna neqativ münasibəti (xoranın il ərzində 2-3 dəfə residivləşməsi)	133	17,9%
Müasir antiulserogen, antihelikobakter rezistent xoralar	166	22,3%
Dərman terapiyasını çətinləşdirən sosial və etik problemlər (əmək qabiliyyətinin itiriləsi, maliyyə drumunun məhdudluğu)	317	42,7%
Yüksek fəsadlaşma ehtimalı proqnozlaşdırılan xoralar (proqnostik meyarlar əsasında)	127	17,1%
Yekun	743	100%

Cədvəldən göründüyü kimi xəstələrin bahalı dərman terapiyası kursuna neqativ münasibəti səbəbindən müalicənin effektiyinin aşağı olmasına görə (xoranın il ərzində 2-3 dəfə

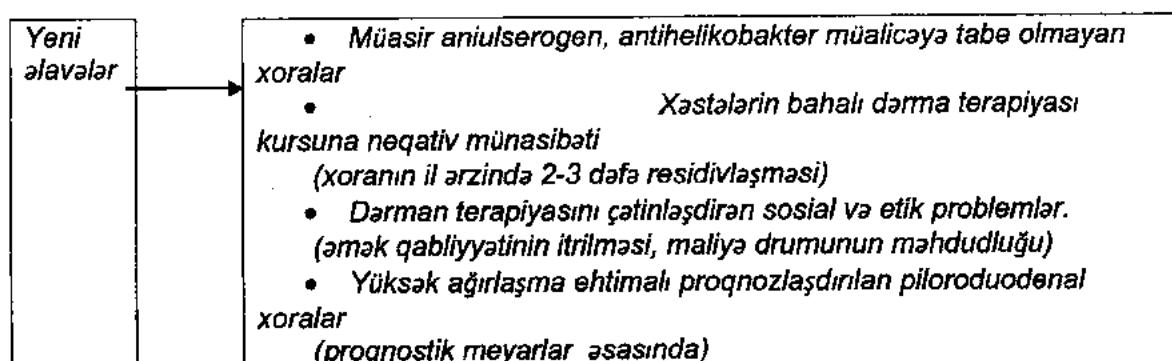
Azərbaycan tebabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

residiv verməsi) – 133 (17,9%) xəstə, tam həcmində aparılan müasir antiulserogen, antihelikobakter terapiyanın effektsizliyinə görə - 166 (22,3%) pasient, dərman terapiyasını çatınlığından sosial və etik problemlər (əmək qabiliyyətinin itrilməsi, maliya drumu məhtutluğu) səbəbindən xoranın çapıqlaşmasından 2-3 ay sonra onun tez-tez residivləşməsinə görə - 317 (42,7%) xəstə, yüksək ağırlaşma əmələ gəlməsi proqnozlaşdırılan piloroduodenal xora xəstəliyinə görə isə - 127 (17,1%) pasient əməliyyat olunmuşdur.

Fəsadsız piloroduodenal xoraların cərrahi müalicəsində məhdudiyyət olmasına baxmayaraq (əsas müalicə üsulu müasir antiulserogen, antihelikobakter terapiya olduğundan) cərrahi müdaxilə növünə göstəriş və eks göstəriş dəqiq müəyyən edilmişdir:

Təklikdə aparılan SPV-ye göstəriş:

- Tam aparılmış müasir medikamentoz müalicəyə baxmayaraq 1-2 il müddətində remisiyanın olmaması ilə müşayət olunan xora ;
- Tez-tez residivləşən, xroniki gedişli, qanaxma və ya perforasiya ilə ağırlaşan xora(anamnezində);
- Antiulserogen, antihelikobakter müalicəyə baxmayaraq 2- ay müddətində sağalmayan, ağrı, dispeptik əlamətlər və xəstənin əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi ilə müşayət olunan xora.



Mədənin drenəedici əməliyyatla birgə aparılan SPV-ye göstəriş:

- Subkompensasiya və dekompensasiyalı piloroduodenal stenoz;
- Sfinktora yaxın və ya soğanaqdan sonrakı onikibarmaq bağırsaq xoraları (bu xoralar çapıqlaşdıqda stenoz əmələ gələ bilər)
- Ətrafında aydın iltihabi infiltrata malik piloroduodenal xora. Arxa divarda yerləşmiş, ağrı sindromlu pilorik xoralar (sonradan stenoz və residiv xora inkişaf etməsin deyə).

SPV həmişə mədəni drenəedici əməliyyatla birgə aparılmışdır. Xora prosesinin lokalizasiyasından, PDK-in anatomo-morfoloji xüsusiyyətdən, xoranın fəsadlarının xarakterindən aslı olaraq SPV zamanı nəzərdə tutulan mədəni drenəedici əməliyyatın tipi müəyyən edilmişdir:

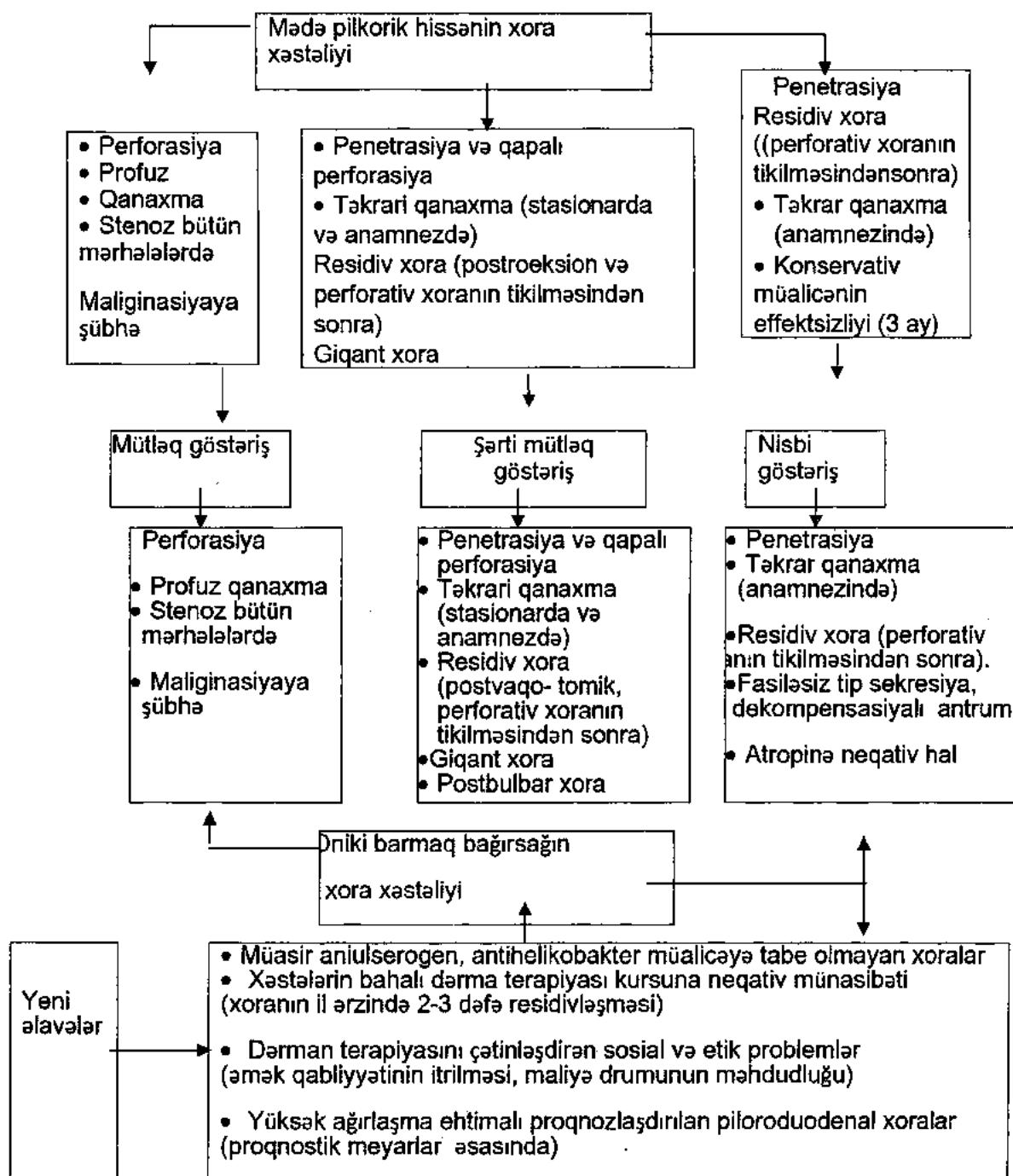
SPV zamanı Finney üsulu ilə piloroplastika onikibarmaq bağırsağın başlangıç hissəsində çapıq dəyişiklik olan - 20 (2,7%) xəstədə, Heyneke - Mikuliç üsulu ilə piloroplastika - onikibarmaq bağırsağın başlangıç hissəsində güclü iltihabi və çapıq dəyişiklik olmayan - 25 (3,4%) xəstədə, Cabuley üsulu ilə qastroduodenoanastomoz pilorosun geniş iltihabi ilfiltrati və çapıq dəyişikliyi olduqda - 218 (29,3%) pasientdə tətbiq edilmişdir.

Mövcud drenəedici əməliyyatlardan hər hansı birinin tətbiq edilməsi mümkün olmadıqda SPV-zamanı mədəni drenəedici əməliyyat qismində Petersen üsulu ilə arxa qastroentereanastomozun qoyulması 30 (4,0%) xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Selektiv mədə vaqotomiya + antrumektomiya - müştərək şəkildə çox yüksək sekrefor funksiyası malik (MTİ - 60 mmol/ saat) piloroduodenal xora ilə olan 57 (7,7%) xəstədə aparılmışdır. Antrumun sərhədi əməliyyat stolunda birbaşa mədədaxili PH-metriya vasitəsilə yerinə yetirilmişdir.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Təsvir olunan materialın təhlili mədənin pilorik hissəsinin və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi zamanı cərrahi müdaxiləyə göstərişlərin alqoritminin hazırlanmasına imkan vermişdir (Şek.1).



Şek.1. Mədənin pilorik hissəsinin və oniki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi zamanı cərrahi müalicəyə göstərişin alqoritmi keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması baxımından vacibdir

Bu algoritimdə yalnız fəsadsız piloroduodenal xora deyil, eyni zamanda onun fəsadlı forması zamanı da əməliyyata göstəriş yer almışdır. Əməliyyat aparılan xəstə mütləq, şərti mütləq və nisbi göstərişlə cərrahi müdaxiləyə görülmüşdür. Bununla yanaşı algoritimdə onikibarmaq bağırsaq xorasının cərrahi müalicəsi zamanı nisbi göstərişdə “yeni əlavələr” yer almışdır ki, bu

Azerbaycan təbəbetinin müasir nailiyyətləri №1/2011

əlavələr isə fəsadsız piloroduodenal xoraşın cərrahi müalicəsinin müasir prinsiplərindən irəli gelir və SPV-ya göstəriş kimi qəbul edilir. Xəstələrin cərrahi müdaxilə növünün secilməsi zamanı xora prosesinin lokalizasiyasından əlavə, mədənin sekretor və motor-evakuator, baryer (müdafia), həmçinin piloroduodenal kanalın (PDK) morfofunktional vəziyyəti, "Eksperimental dempinq - sindrom", "Medikamentoz vaqotomiya" sınaqlarının nəticələri nəzəre alınmışdır. Geniş SPV - M.S Kuzinin (1982) üsulu ilə yüksək turşuəmələğətirmə qabiliyyəti (MTİ - 60 mmol/saat-dan aşağı, PH- 1,0 və ondan aşağı, qələvi vaxtı 5-10 dəqiqə) və "Medikamentoz vaqotomiya" sınağın nəticəsi müsbət olan piloroduodenal xoralı - 423 (56,9%) xəstələrdə aparılmışdır (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə "Medikamentoz vaqotomiya" sınağın nəticəsi

Medikamentoz sınaq	Mədədaxili PH-metriyanın göstəriciləri							
	Mədə cismi				Mədənin antral şöbəsi			
	Bazal PH	Qələvi vaxtı (dəq)	Stimilya -siyali PH	Qələvi vaxtı (dəq)	Bazal PH	Qələvi vaxtı (dəq)	Stimilyasiy ali PH	Qələvi vaxtı (dəq)
Kay sınağı (n=743)	1,20± 0,03	9,70±0,30	0,70±0,05	5,2±0,45	2,04± 0,08	15,90±0, 50	1,55±0,04	10,5± 0,35
Cillespil və Kay sınağı (+ nəticə) n=423	4,30± 0,40	27,5±1,20	3,45±0,30	20,8±1,1 0	5,70± 0,60	30,0±1,5	4,50±0,40	27,4± 1,4
Cillespil və Kay sınağı (-nəticə) n=320	1,10± 0,06	17,4±0,50	0,70±0,05	15,90± 0,50	2,20± 0,09	15,80± 4,50	1,08±0,05	7,20± 0,40

Aparılmış sınağın nəticəsi müsbət olmuş 423 (56,9±2,7%) xəstəyə SPV əməliyyatı təklikdə (mədəni drenəedici əməliyyat aprılmadan) – 130 (30,7%) xəstəyə, SPV+ mədəni drenəedici əməliyyatla birgə isə - 293 (69,3%) pasientdə aparılmışdır. Mənfi nəticə alınmış – 320 (43,1±2,7%) xəstənin daha yüksək turşuəmələğətirmə qabiliyyəti olan (PH- 0,7-də aşağı MTİ – 60 mmol/ saat) – 57 (17,8%) nəfərinə Selektiv mədə vaqotomiyası + antrumektomiya, 263 (82,2%) pasientə isə bu və digər variantda mədə rezeksiyası yerinə yetrilmişdir. Mədə rezeksiyasının variantı seçilərkən "Eksperimental dempinq sindromu" sınağının nəticəsi nəzəre alınmışdır (Cədvəl 3).

Cədvəl 3

Fəsadsız piloroduodenal xəstələrdə "Eksperimental dempinq sindrom" sınağının nəticəsi (Fisher et. al. 1995)

Muayinə qrupu	Xəstələrin sayı	Dempinq sindrom sınağının nəticəsi				
		Cox ağrı dərəcəli reak.	Ağır dərəcəli reaksiya	Orta dərəcəli reaksiya	Zəif dərəcəli reaksiya	Cəmi
Fəsadsız piloroduodenal xora xəstəliyi	743	30 (4,0%)	100 (13,5%)	423 (56,9%)	190 (25,6%)	743

"Dempinq-sindrom" sınağın nəticəsi - 30 (4,0%) xəstədə çox ağır dərəcəli, 100 (13,5%) pasientdə isə ağır dərəcəli reaksiya kimi qiymətləndirilmişdir. Bu xəstələrə əməliyyatdan sonra dempinq-sindromun proflaktikası məqsədi ilə Bilrot 1 üsulu ilə mədə rezeksiyası, orta dərəcəli dempinq-sindromlu 480 (64,6%) xəstəyə isə SPV təklikdə və mədəni drenəedici əməliyyatlarla birgə yerinə yetrilmişdir. Zəif dempinq-sindromlu 190 xəstənin 100 (13,5%) nəfərinə Bilrot 2 üsulu ilə mədə rezeksiyası, 33 (4,4%) pasientə Ru üsulu ilə mədə rezeksiyası və 57 (7,7%) pasientə isə Selektiv mədə vaqotomiyası + antrumektomiya icra edilmişdir.

Bələliklə, xora xəstəliyinin klinik gedisiinin xüsusiyyətinin və əməliyyata göstərişin təyin olunması istiqamətində məlumatların hazırlanması, fəsadsız xora xəstəliyinin təsnifləşən yeni əlamətlərinin və müalicə-diaqnostik alqoritmin tərtib olunmasına imkan vermişdir.

Azərbaycan tebabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Bələ ki, qanaxma və perforativ xoranın tıkillmasından sonra mülayim gedişli fəsadsız xora xəstəliyi ilə olan pasientlərdə antisekrefor preparatların individüal seçilməsinin, xəstəliyin gedişinin tipinin təyin olması ilə eyni vaxtda aparılması labüddür. Xora xəstəliyinin "aqressiv" tərzi gedisi zamanı cərrahi müdaxilənin aparılması mütləqdir. Bu zaman təcili cərrahi müdaxilənin aparılmasına ehtiyac olursa, bu əməliyyat "kor-korənə" olsa da aparılır və əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrə sonrakı müalicə taktikasını müəyyən etmək üçün xəstə müayinə olunur.

Beləliklə, proqnostik meyarların köməyi ilə ağırlaşması göznlənilən fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə ağırlaşmadan əvvəl "əməliyyat" prinsipini həyata keçirərək preventiv əməliyyatların aparılmasına göstəriş qoyulur.

Cədvəl 4

Fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə aparılan cərrahi müdaxilənin tərkibi

Əməliyyatlar	Xoranın lokalizasiyası		Cəmi
	Mədənin pilorik hissəsi	Oniki barmaq bağırsaq	
SPV təklikdə (mədəni drenajıcı əməliyyatsız)	34	96	130 (17,5%)
SPV+ Cabuley üsulu ilə qastroduodenostomiya	57	161	218(29,3%)
SPV+ Heyneke- Mikulic üsulu ilə piloroplastika	6	19	25 (3,4%)
SPV+ Finney üsulu ilə piloroplastika	5	15	20 (2,7%)
SPV+ köndələn qastroentereanastamoz	8	22	30 (4,0%)
SMV+ Antrumektomiya	15	42	57 (7,7%)
Bilrot-1 üsulu ilə rezeksiya	34	96	130 (17,5%)
Bilrot-2 üsulu Hofmeyster-Finsterer əlavəsi ilə rezeksiya	9	25	34 (4,6%)
Bilrot-2 üsulu köndələn qastroentereanastamozun qoyulması ilə rezeksiya	17	49	66 (8,9%)
Ru üsulu ilə rezeksiya	-	33	33 (4,4%)
Yekun	185	558	743 (100%)

Cədvəldən göründüyü kimi, mədə rezeksiyası 267 (35,9%) xəstəyə, SPV mədəni drenajıcı əməliyyatla birgə və onsuz – 476 (64,1%) pasiente aparılmışdır.

Beləliklə, fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrə böyük üstünlükle SPV əməliyyatı icra edilmişdir (64,1%).

Fəsadsız piloroduodenal xoraya görə aparılmış SPV (təklikdə və MDƏ birlikdə) əməliyyatının yaxın nəticələri əməliyyatın 12-14-cü günü xəstələrin şikayəti, mədənin və onikibarmaq bağırsağın rentgenen, endoskopik (EQDS) müayinəsi, mədənin sekrefor (Keya sınağı) və motor – evakuator, (müdafia-baryer) funksiyalarının, selikli qişanın mikromorfoloji və ultrastruktur dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi əsasında öyrənilmişdir.

Fəsadsız piloroduodenal xora xəstəliyinə görə aparılmış SPV-dən əvvəl və yaxın dövrə mədə sekresiyasının göstəriciləri cədvəl 5-də verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi, BTİ və MTİ-nin əməliyyatdan sonrakı göstəriciləri barədə (2 həftə sonra) inandırıcı məlumatlar bu göstəricilərin əməliyyatdan əvvəlki səviyyə ilə müqaisədə aşağı düşmənə faizi olmuşdur. Beləki, BTİ-1 təklikdə və mədəni drenajıcı əməliyyatlarla birgə aparılmış SPV-dən əvvəlki səviyyə ilə müqaisədə birinci 2 həfdədən sonra uyğun olaraq 85% və 78% aşağı düşmüşdür. Maksimal turşu ifrazının analoji göstəriciləri uyğun olaraq 95 və 94% aşağı düşmüştür.

SMV+ antrumektomiya əməliyyatı aparılmış xəstələrdə də, əməliyyatdan 2 həftə sonra əməliyyatdan əvvəlki səviyyə ilə müqaisədə BTİ və MTİ göstəricilərində də analoji tendensiya müşahidə edilmişidir. BTİ-85%, MTİ isə 93% aşağı düşmüştür.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Mədənin motor-evakuator funksiyasının rentgenoloji üsulla müayinəsi əməliyyatdan əvvəl SPV aparılmış 423 xəstənin hamisina, əməliyyatdan 2-3 həftə sonra isə 387 (91,45%) pasientdə aparılmışdır.

Cədvəl 5

Fasadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə SPV-dən əvvəl və sonrakı yaxın dövrde BTİ və MTİ görtəriciləri mekv/saatla (M+m)

Əməliyyatların növü	Sekresiya	Əməliyyatdan əvvəl	Əməliyyatdan 2 həfətə sonra	Azalma %
SPV təklikdən	BTİ MTİ	9,4+0,60 30,2+1,43 130	1,4+0,4 1,36+0,3 125	85% 95%
SPV drenəedici əməliyyatlarla	BTİ MTİ	8,6+0,41 29,05+3,5 293	1,9+0,2 1,47+0,6 263	78% 94%
SMV+ antrum rezeksiya	BTİ MTİ	9,8+0,4 35,7+9,4 57	1,46+0,2 2,3+0,5 47	85% 93%

Rengenoloji müayinə təklikdə aparılan SPV-dən 2-3 həftə sonra əməliyyat olunmuşların 88,5%-da yerinə yetrilməşdir. Bu zaman müəyyən edilmişdir ki, mədənin forması 18% təsadüfdə normal mədə formasından fərqlənmir, lakin mədənin qaz qovucuğu bir qədər genişlənmişdir. Mədənin kaskad deformasiyası 29 (25,2%) xəstədə, mədə çıxacağının deformasiyası isə 40 (34,8%) pasientdə müşahidə edilmişdir.

Mədəni drenəedici əməliyyatla birgə aparılmış SPV-dən sonra 81 xəstədə 29,8% rentgenoloji mənzərə drenəedici əməliyyatlarının xarakterindən aslı olaraq müxtəlifliyi ilə fərqlənmişdir. Pasientlərin hamisində mədə çıxacağının deformasiyası müşahidə edilmişdir ki, bunların da 29,6% (80 xəstə)-i ikiböşluqlu mədə deformasiyası şəklində (kaskad bükülmə) təzahür etmişdir.

Mədənin drenəedici əməliyyatla birgə və onsuz aparılmış SPV-dən sonra mədənin evakuasiyasının xarakteri cədvəl 6-da verilmişdir.

Cədvəl 6

Cərrahi müdaxilədən sonra mədənin evakuasiyasının xarakteri

Evakuasiyanın tipi	Müşahidə müddəti							
	Əməliyyatdan əvvəl				Əməliyyatdan 2 həftə sonra			
	SPV		SPV+drenəedici əməliyyat		SPV		SPV+drenəedici əməliyyat	
	Xəstələrin sayı	%-la	Xəstələrin sayı	%-la	Xəstələrin sayı	%-la	Xəstələrin sayı	%-la
Tezleşmiş (3 saat) qədər	66	50,8	32	10,9	8	6,4	45	17,1
Normal (3 -4 saat)	39	30,0	43	14,7	57	45,6	123	46,8
Ləngimış (4 saatdan yuxarı)	25	19,2	218	74,4	60	48,0	95	36,1
Xəstələrin sayı	130		293		125		263	

Cədvəldən göründüyü kimi, təklikdə və drenəedici əməliyyatla aparılmış SPV-dən sonra, əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqaisədə mədənin evakuator funksiyasının normallaşması tendensiyası müşahidə edilmişdir. Beləki, təklikdə aparılmış SPV-dən əvvəl normal tip evakuasiya 30% olduğu halda, əməliyyatdan 2-3 həftə sonra bu göstərici 45,6% olmuşdur.

Drenəedici əməliyyatla aparılmış SPV-dən sonra analoji göstəricilər uyğun olaraq 14,7% və 46,8% təşkil etmişdir. Bəzi hallarda əməliyyatdan 2 həftə keçdikdə, əsasən mədəni drenəedici əməliyyatla aparılmış SPV-dən sonra (17,1% təsadüfdə), təklikdə aparılmış SPV-yə nisbətən (6,4%) evakuasiyanın tezleşməsi müşahidə edilmiş və sonrakı müşahidələr dövründə bu tezleşmə mövcud olmuş, 10 xəstədə dempinç-sindromun inkişaf etməsini reallaşdırmışdır.

Azərbaycan təbabətinin müasir nüaliyyətləri №1/2011

Odur ki, drenəedici əməliyyat növlərinin seçilməsinə göstərişin qoyulmasına tələbkarlıqla yanaşmaq lazımdır.

Mədənin bioelektrik aktivliyinin M.A. Sobakin (1956) üsulu ilə drenəedici əməliyyatla birgə və onsz aparılmış SPV-dən əvvəl və sonra 237 xəstədə öyrənilməsi göstərdi ki, fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə, nəzətət qrupundan – (30 şərti sağlam şəxs) fərqli olaraq elektroqastrogramma (EQQ) təsvirində mədə kompleksi bioelektrik göstəricilərin aktivliyinin yüksəlməsi ilə xarakterizə olunmuşdur. EQQ-ə təsvirdə qeyri-bərabər dişciklərin fiksə olunması, yüksək və aşağı amplitudalı dalğaların bir-biri ilə əvəzlənməsi, dalğa tezliyinin aritmik xarakterli olması ilə nəzərə çarpmışdır. Stumulyasiyalı matorika zamanı (qida qəbulundan sonra) maksimal biopotensial $0,61 \pm 0,1$ mV, biopotensiallar fərgi $0,47 \pm 0,1$ mV, orta biopotensial $0,37 \pm 0,05$ mV, və dəqiqlik dalğa ritmi isə $2,97 \pm 0,04$ d/dəq. təşkil etmişdir (Cədvəl 7).

Cədvəl 7

Selektiv proksimal vaqotomiyanadan əvvəl və erkən dövrə fasılısız elektroqastrografiya göstəriciləri ($M \pm m$)

Müayinə-nin aparılma mərhələ- ləri	Xəstələrin sayı	Elektroqastrografiya (acqarına)			
		Maksimal Biopotensial(m V)	Biopotensial ar fərgi (mV)	Orta biopotensial (mV)	Dəqiqlik ritm dəyişməsi (d/dəq)
Nəzarət qrupu	30	$0,28 \pm 0,08$	$0,2 \pm 0,07$	$0,16 \pm 0,05$	$2,84 \pm 0,02$
Əməliyyatdan əvvəl	107	$0,35 \pm 0,08$	$0,26 \pm 0,06$	$0,22 \pm 0,05$	$2,84 \pm 0,02$
SPV-dən sonra 3-cü sutka	70	$0,16 \pm 0,01$	$0,12 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,01$	$2,40 \pm 0,05$
14-cü sutka	54	$0,21 \pm 0,07$	$0,13 \pm 0,02$	$0,14 \pm 0,01$	$2,42 \pm 0,05$
SPV+ drenəedici əməliy-yatdan sonra: 3-cü sutka	130	$0,17 \pm 0,01$	$0,12 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,01$	$2,41 \pm 0,05$
	125				
	75				
14-cü sutka	50	$0,23 \pm 0,08$	$0,14 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$	$2,43 \pm 0,06$

Cədvəl 7- in ardı

Müayinə-nin aparılma mərhələ- ləri	Xəstələrin sayı	Elektroqastrografiya (sınaq yeməyindən sonra)			
		Maksimal Biopotensial(mV)	Biopotensillar fərgi (mV)	Orta biopotensial(mV)	Dəqiqlik ritm dəyişməsi (d/dəq)
Nəzarət qrupu	30	$0,40 \pm 0,01$	$0,31 \pm 0,05$	$0,24 \pm 0,02$	$2,96 \pm 0,04$
Əməliy- yatdan əvvəl	107	$0,61 \pm 0,1$	$0,47 \pm 0,1$	$0,37 \pm 0,05$	$2,97 \pm 0,04$
SPV-dən sonra 3- cü sutka	70	$0,25 \pm 0,06$	$0,22 \pm 0,04$	$0,14 \pm 0,01$	$2,43 \pm 0,06$
14-cü sutka	54	$0,28 \pm 0,07$	$0,23 \pm 0,06$	$0,16 \pm 0,01$	$2,64 \pm 0,07$
SPV+ drenəedici əməliy-yatdan sonra: 3-cü sutka	130	$0,26 \pm 0,07$	$0,22 \pm 0,06$	$0,15 \pm 0,01$	$2,49 \pm 0,07$
	125				
	75				
14-cü sutka	50	$0,28 \pm 0,07$	$0,23 \pm 0,06$	$0,13 \pm 0,01$	$2,85 \pm 0,07$

Cədvəldən göründüyü kimi drenəedici əməliyyatla birgə və onsz aparılmış SPV əməliyyatından 2 həftə sonra EQQ-k təsvirdə qida (qəbulundan sonra) maksimal biopotensial, orta biopotensialın aşağı düşməsi, dəqiqlik dalğa dəyişmə ritminin yüksəlməməsi və bu tendensiyanın 6 aya qədər davam etməsi müşahidə edilmişdir.

Analoji tendensiya bir qədər qabarlı şəkildə SPV+ drenəedici əməliyyatdan sonra da müşahidə edilmişdir. Lakin, aparılan drenəedici əməliyyatların növündən aslı olmayaraq təklikdə

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

aparılmış SPV ilə drenajedici əməliyyatlarla birgə aparılmış SPV-dən sonrakı erkən erkən dövrda EQQ göstəricilər arasında statistik dürüst fərd aşkar edilməmişdir (Cədvəl 8).

Cədvəl 8

Fəadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə fasılısız elektroqastrografik göstəricilərin xarakteri (%-lə)

Elektroqastrografiyanın tipi	Müşahidə müddəti			
	Əməliyyatdan əvvəl		Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrde	
	SPV	SPV+ drenajedici əməliyyat	SPV	SPV+ drenajedici əməliyyat
Xəstələrin sayı	Xəstələrin sayı	Xəstələrin sayı	Xəstələrin sayı	Xəstələrin sayı
Normokinetik	37 (34,6%)	19 (14,6%)	31 (44,3%)	58 (46,4%)
Hiperkinetik	43 (40,2%)	14 (10,7%)	4 (5,7%)	21 (16,8%)
Hipokinetic	27 (25,2%)	97 (75,6%)	35 (50%)	46 (36,8%)
Xəstələrin sayı	107	130	70	125

Mədənin baryer funksiyasının SPV-dən əvvəl və sonra öyrənilməsi əhəmiyyətli olmuşdur. Qastroduodenal sahənin selikli qışasının baryer funksiyası biokimyavi üsulla selikli qışa səthi və boşluq epitelinin hasil etdiyi gelin əsasını təşkil edən neytral ümumi qlikoproteidlər və onların fraksiyalarının (heksoza və sial turşusunun) səviyyəsini bazal və stimulyasiya olunmuş mədə istərsədə stimulyasiyalı sekresiyada (12-14-cü sutka) ümumi qlikoproteidlərin və onların ayrı-ayrı fraksiyalannın səviyyəsində yüksəlmə baş vermişdir (Cədvəl 9).

Cədvəl 9

Piloroduodenal xoralı xəstələrdə xəstəliyin klinik gedisiinin formasından asılı olaraq mədənin baryer funksiyası göstəricilərinin dəyişməsi (M±m)

Müayinənin müddəti	Xəstələrin sayı (N)	Mədənin baryer funksiyası					
		Bazal sekresiya			Stimulyasiyalı sekresiya		
		Ümumi qlikoproteidlər (op. vahid)	Sial turşusu (mql/l)	Heksoza (q/l)	Ümumi qlikoproteidlər (op.vahid)	Sial turşusu (mql/l)	Heksoza (q/l)
Sağlımlara (nazərat qrupu)	35	0,52±0,03	340±12,3	0,48±0,04	0,46±0,03	310±8,9	0,36±0,02
SPV-dən əvvəl	130	0,61±0,05	480±13,6	0,77±0,06	0,59±0,04 x	380±1,11	0,43±0,03
SPV-dən sonra	120	0,78±0,06 xxx	513,5±16,5 xxx	0,86±0,04 xxx	0,60±0,03 xx	363,2±15,4 xxx	0,79±0,02 xxx

Qeyd: sağlam qrupun göstəriciləri ilə fərqli statistik dürüstlüyü:
x-P<0,05; - xx P< 0,01; xxx P< 0,001

Cədvəldən göründüyü kimi, əməliyyatdan 12-14 sutka sonra basal sekresiya zamanı ümumi qlikoproteidlər səviyyəsi $0,78\pm0,06$ opt. vahid (əməliyyatdan əvvək $0,6\pm0,05$ opt. vahid), stimulyasiyalı sekresiya zamanı isə uyğun olaraq $0,59\pm0,04$, $0,46\pm0,03$ opt. vahid olmuşdur. Sial turşusu basal sekresiya zamanı əməliyyatdan əvvəl $480\pm13,6$ mql/l olduğu halda əməliyyatdan sonrakı erkən dövrde $513\pm16,5$ mql/l, stimulyasiyalı sekresiya zamanı isə uyğun olaraq $380\pm1,11$ və $363\pm15,4$ mql/l təşkil etmişdir. Heksozanın analoji göstəriciləri basal sekresiyada uyğun olaraq $0,77\pm0,06$ q/l və $0,86\pm0,04$ q/l, stimulyasiyalı sekresiya zamanı isə $0,43\pm0,03$ və $0,79\pm0,02$ q/l olmuşdur.

Bələliklə, SPV-dən sonrakı erkən dövrde (12-14 sutkada) qlikoproteidlərin səviyyəsinin bir qədər yüksələsi müşahidə edilmişdir. Bu da çox gumaniki, mədə turşuluğunu azaltması fonunda qlikoproteidlərin sintezinin yüksəlməsi ilə selikli qışanın müdafiə baryer funksiyasının aktivləşməsi ilə əlaqədar olmuşdur.

SPV-dən sonra qlikoproteidlər və onların komponentlərinin bərpası əməliyyatdan sonrakı 1 il müddətində baş vermişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrde qlikoproteidlər və onların fraksiyalarının səviyyəsini tədriclə yüksəlməsi piloroduodenal sahənin selikli qışasında kəskin litihabı prosesin sönməsi, xoranın çapıqlaşması, əməliyyat nəticəsində turşu-peptik amilin azalması ilə əlaqədar

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalar barədə məlumat cədvəl 10-da verilmişdir. Cədvəl 10-dan göründüyü kimi, əməliyyatdan sonrakı erkən dövrə ümumi ağırlaşma 28 (3,8%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

Bu ağırlaşmaların – 16 (2,16%) SPV-dən, 12 (1,62%) isə mədə rezeksiyasından sonra müşahidə edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı ümumi ağırlaşmanın - 6 (0,8%) introoperasion ağırlaşma olmuşdur ki, bunların da 4 (0,5%) SPV-dən, 2 (0,3%) isə rezeksiya zamanı baş vermişdir. SPV zamanı intraoperasion ağırlaşmalardan xüsusiət 2 müşahidəni – dalağın zədələnməsini qeyd etmək lazımdır ki, bununla bağlı üzvün çıxarılması lazım gəlmışdır. Bir təsadüfdə isə qida borusunun sklefizasiyası zamanı onun zədələnməsi baş vermiş, bu zaman deffekt selili qışanın götrülməsi ilə iki qat düyünlü tikişlərə (atravmatik sap – vikril N3) tikilmiş və Nissen üsulu ilə funduplikasiya aparılmışdır. Lakin sonradan qida borusunun abdominal hissəsinin daralmasına görə biz bu xəstəni təkrar əməliyyat etmək məcburiyyətində qaldıq, funduplikasiya tikişlərinin çıxarılması ilə daralmış hissə azad edildi. Bir xəstədə SPV zamanı mədənin zədələnməsi müşahidə edilmiş, deffekt 2 qat düyünlü tikişlərə tikilmiş, xəsta sağalma ilə evə yazılmışdır. Mədə rezeksiyası zamanı 2 təsadüfdə böyük əyriliyin skletizasiyası mərhələsində dalağın zədələnməsi baş vermiş bununla bağlı üzvün çıxarılması zərürəti meydana çıxmışdır. Erkən ağırlama sırasında anastomozit üstünlük təşkil etmişdir – 7 (0,9%).

Əməliyyatdan sonrakı letalliq 0,7% (5 xəstə) təşkil etmişdir. SPV-dən sonra 3 (0,6%), mədə rezeksiyasından sonra isə 2 (0,7%) ölüm hadisəsi baş vermişdir. SPV-dən sonra iki xəstədə ölümün səbəbi peritonit fonunda inkişaf edən poliorqan çatmazlığı olmuşdur. Peritonit bir xəstədə SPV zamanı qida borusunun zədələnməsi digər 1 xəstədə isə Cabuley üsulu ilə qoyulmuş qastroduodenal anastomoz tikişlərinin çatmazlığı səbəbindən inkişaf etmişdir. Digər bir xəstə SPV-dən sonra evə yazılırken ağciyər arteriyasının trombemboliyası səbəbindən baş vermişdir. Mədə rezeksiyasından sonra 2 (0,7%) xəstədə ölüm baş vermişdir: 49 yaşlı xəstə (qadın) xroniki onikibarmaq bağırsaq xorasına görə Bilrot-2 üsulu Qofmeyster- Finsterer əlavəsi ilə mədə rezeksiyasından 7 sutka sonra şəkerli diabet və ürəyin xroniki işemik xəstəliyindən (ÜX.IX) əziyyət çəkirdi. Ölüm poliorqan çatmazlığından baş vermişdir. Digər xəstə 58 yaşlı, Bilrot-2 üsulu Qofmeyster – Finsterer əlavəsi ilə mədə rezeksiyasından 14 sutka sonra anastomoz tikişlərinin çatmazlığı, kəskin xoradan residiv profuz qanaxma fonunda poliorqan çatmazlığından ölüm baş vermişdir.

Cədvəl 10

Fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalar

Erkən ağırlaşmalar								Cəmi	Öləm
Anasto-moz tikişlərinin çatmazlığı	Peritonit	Ağci-yər arter-trombemboliyası	Dis fogiya	Dia reya	Anasto-mozit, Qastro plegiya	Qanaxm	Yaralann irinlanması		
-	1 (0,7%)	1(0,7%)	-	-	-	-	-	4(3,1%)	2 (1,0%)
1 (0,5%)	1(0,5%)	- -	1 (0,5%)	1 (0,5%)	-	-	-	6(2,7%)	1 (0,5%)
-	-	-	1 (4%)	1 (4%)	1(4%)	-	-	3 (8,6%)	-
-	-	-	1 (0,7%)	-	-	-	-	1 (0,7%)	-
-	-	-	-	-	1 (3,3%)	-	-	1 (3,3%)	-
-	-	-	-	-	1 (1,7%)	-	-	1 (1,7%)	-
1 (0,7%)	--	-	-	-	2 (1,5%)	-	-	4 (3,1%)	-
-	-	-	-	-	-	1 (2,9%)	1 (2,9 %)	3(8,8%)	-
-	-	-	-	-	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (3%)	4 (6%)	1 (2,9%)
-	-	-	-	-	1 (3%)	-	-	1 (3%)	1 (1,5%)
2(0,3%)	2(0,3%)	1(0,1%)	3(0,4%)	2(0,3%)	7(0,9%)	2 (0,3%)	3 (0,4%)	28(3,8%)	5 (0,7%)

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Cədvəlin 10- un ardı

Əməliyyatlar	Xəstələrin sayı	Əməliyyat zamanı qırışmalar		
		Qida borusunun zədələnməsi	Mədənin zədələnməsi	Dalğın zədələnməsi
Təklikdə aparılmış SPV	130(17,5%)	1 (0,7%)	-	1 (0,7%)
SPV+Cabuley üsulu ilə qastro duodenoanastomoz	218 (29,3%)	-	1 (0,9%)	1(0,5%)
SPV+ Heyneke Mikulic üsulu ilə piloroplastika	25(3,4%)	-	-	-
SPV+ Finney üsulu ilə piloroplastika	20 (2,7%)	-	-	-
SPV+kondəla qastroduodenostomoz (QDA)	30 (4,0%)	-	-	-
SPV+Antrum- ektomiya	57 (7,7%)	-	-	-
Bilrot-1 üsulu ilə rezeksiya	130(17,5%)	-	-	1 (0,7%)
Bilrot-2 üsulu Qofmeyster-Finsterer əlavəsi ilə rezeksiya	34 (4,6%)	-	-	1(2,9%)
Bilrot-2 üsulu kondə- lən QEA qoyulması ilə rezeksiya	66 (8,9%)	-	-	-
Ru üsulu ilə rezeksiya	33 (4,4%)	-	-	-
Yekun	743 (100%)	1 (0,1%)	1 1(0,1%)	4(0,5%)

Fəsadsız piloroduodenal xora xəstəliyinə görə əməliyyat olunmuş xəstələrin materialının tədqiqi ilkin nəticələrə gəlməyə imkan vermişdir:

- Fəsadsız piloroduodenal xoraya görə cərrahi müdaxilə, müasir antiulserogen və antihelikobakter müalicəyə rezistent 166 (22,3%) xəstədə yerinə yetrilmişdir;
- Xəstələrin bahalı dərman preparatlarına neqativ münasibati 133 (17,9%) xəstədə konservativ müalicənin keyfiyyətinin aşağı düşməsinin və cərrahi müdaxilənin aparılmasının səbəbi olmuşdur;
 - Dərman terapiyasını çatınlaşdırıb sosial və etik problemlər (əmək qabiliyyətinin itrilməsi, maliya drumunun məhtuduğu) – 317 (42,7%) xəstədə cərrahi müdaxilənin aparılmasının zəruri amili olmuşdur;
 - Fəsadsız piloroduodenal xoralı 127 (17,1%) xəstənin yüksək ağırlaşma ehtimalı proqnozlaşdırılmış və fəsadlaşma baş vermədən əməliyyat olunmuşdur.
 - SPV mədəni drenədici əməliyyatlarla birləşdə və onsuz böyük üstünlükə (64,6%) fəsadsız piloroduodenal xoraların seçim əməliyyatı olmuşdur. Bu isə əməliyyat olunmuş bu kateqoriyalı xəstələrin əməliyyatdan sonrakı erkən dövrda müalicənin nəticələrinə müsbət təsirini göstərmişdir;
 - Xəstələrin 35,4%-nə mədə rezeksiyası aparılmışdır. Bunların da 17,5%-də rezeksiya duodenal pasajın saxlanması ilə yerinə yetrilmişdir ki, bu da əməliyyat olunmuş bu kateqoriyalı pasientlərin əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrda müalicənin nəticəsinə öz müsbət təsirini göstərmişdir.
 - Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrda 28 (3,8%) xəstədə ağırlaşma baş vermİŞdir. Qofmeyster - Finsterer əlavəsi ilə mədə rezeksiyası aparılan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşma 8,8%, SPV-dən sonra isə 3,3% olmuşdur. Fəsadsız piloroduodenal xora xəstəliyi zamanı cərrahi müalicənin yaxın nəticələrinin yaxşılaşdırılması, xora xəstəliyinin ağırlaşmış formasının inkişafına qədər, preventiv əməliyyatlara göstəriş olan xəstələrin seçilmesindən ibarət olmuşdur.

Xora xəstəliyinin aqressiv gedişini və konservativ müalicənin uğursuzluğunu müəyyən etmək üçün funksional sınaqların aparılması imkanı mümkün olmadiqda, əməliyyatın aparılması barədə qərar verməzdən əvvəl konservativ terapiyanın bütün spektirlerində istifadə etmək lazımdır. Bundan sonra nəticə uğursuz olarsa əməliyyatın (SPV) aparılmasına qərar vermək lazımdır. Prognostik meyarların köməyi ilə xora xəstəliyinin ağırlaşmış formasının inkişaf etməsi proqnozlaşdırıldıqda, ağırlaşmaların inkişaf etməsinə qədər cərrahi müdaxilənin yerinə yetrilməsi zəruridir. Bu isə fəsadsız xoraların cərrahi müalicəsinin müasir problemlərinin həlli, müalicənin nəticələrinin və xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması baxımından vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər, III nəşr, Bakı, 2007, 808 s.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

2. Булгаков Г.А. Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Хирургия, 2001, № 5, с 31-36
3. Булгаков Г.А. Неосложненная дуоденальная язва: что делать хирургам? / Материалы Всероссийской конференции хирургов. Саратов, 2003, с.7-8
4. Исаков В.А. Современная терапия язвенной болезни: достаточно ли одной недели лечения / Материалы Всероссийской конференции хирургов. Саратов, 2003, с. 250-25
5. Королев М.П. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии, 1996, №1, с.96-100
6. Мартов Ю.В., Аничкин В.В., Подолинский С.Г., Фролов Л.А. Хирургия язвенной болезни. М.: Мед. Лит., 2001, 264 с.
7. Рустамов Э.А. Результаты палиативных и радикальных операций у больных с кровоточащими пилородуodenальными язвами // Вестник Хирургии Казахстана, 2010, №3, с.20-26
8. Рустамов Э.А. Сравнительная оценка результатов палиативных и радикальных операций у больных с перфоративными пилородуodenальными язвами // Вестник Хирургии Казахстана. 2010, №2, с. 40-45
9. Rüstəmov E.A. Mədə və onikibarmaq bağırşaq xora xəstəliyinin müasir diaqnostika və cərrahi müalicə taktikası. Bakı: Ocaq, 2008, 64 s.
10. Rüstəmov E.A. Piloroduodenal xoraların cərrahi müalicəsinin müasir principləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, №1, s. 168-173
11. Толстокоров А.С., Завалев В.И., Кедров Д.А., Осинцов Е.Ю. Современные проблемы хирургического лечения больных с гастродуodenальными язвами / Материалы Всероссийской конференции хирургов. Саратов. 2003, с. 260-27
12. Hidayətov Ə.A, Abdullayev F.M, Orucova R.I və b. Xora xəstəliyinin müalicəsində Helikobakter əlehinə teropervik sxemlərin efiqliyi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2005, №1, s.82-85
13. Шептулин А.А. Инфекция Htlikobakter pylori патогенетический фактор многих заболеваний? Как диагностировать и как лечить? // Врач, 2006, № 7, с. 7-8
14. Babin A.P. Consecutiv and standart modes of eradication of Helikobakter pyloriat duodenum ulsets: efficiency ant safety // XI. Beynəlxalq Avroasiya Cərrahiyə və qastroenterologiya konqresinin materialları. Bakı, 2008, s.76-77
15. Bruch.G., Куком М.В. Лечение язвенных гастродуodenальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста. Нижний Новгород: Из-во НГМА, 2002,151 с.
16. Kreiss C., Blum A.L. Epidemiologie and Risikofaktoren der gastroduodenalen Ulcuskrankheit // Chirurg, 1996, Bd. 67, H.1, s.7-13
17. Schreiber H.V., Schumpelik V., Куком М.В. Лечение язвенных гастродуodenальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста . Нижний Новгород: Из-во НГМА, 2002,151 с.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Э.А. Рустамов

Долгосрочные медикаментозные лечения не в силах предотвращать язвенную болезнь. Исходя из этого приходится вести плановые хирургические действия в 69,2% случаях. Это приводит к увеличению числа методов резекции во время хирургического лечения этих больных. В связи с этим считается эффективным проводить вместе селективную проксимальную vagotamiyu и дренирующие операции желудка. Это имеет научно- практическую значимость со стороны решения проблемы лечения больных с неосложненной пилородуodenальной язвенной болезнью. В последние два десятка лет в гастроэнтерологическом отделении Научного Хирургического Центра им. М.А. Топчубашева было оперировано 743 больных по поводу неосложненной пилородуodenальной язвенной болезни.

SUMMARY

CURRENT PROBLEMS OF SURGICAL AID PATIENTS WITH UNCOMPLICATED PYLORODUODENAL ULCER DISEASE

E.A. Rustamov

Long-term drug treatment can not prevent peptic ulcer disease. Proceeding from this we have to introduce a planned surgical steps in 69,2% cases. This results in an increase in the number of methods of resection during surgical treatment of these patients. In this connection, to be effective with selective proximal vagotamiyu and draining operations of the stomach. It has scientific and practical value of the solution to the problem of treating patients with uncomplicated pyloroduodenal ulcer. In the past 2 decades, gastroenterological department of the Scientific surgical center. MA Topchubashev was operated on 743 patients over pyloroduodenal uncomplicated peptic ulcer.

Daxil olub:10.12.2010

MƏKTƏB MÜƏLLİMLƏRİ ARASINDA ARTERIAL HİPERTENZİYA VƏ ONUNLA ASSOSIASIYA OLUNAN RISK AMILLƏRİNİN TEZLİYİ

F.V.Şamışyeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İstututu, Bakı

Yetkin yaşlı əhalinin xəstələnmə, əlliyyi və ölümünün səbəbləri arasında arterial hipertensiya mühüm yer tutur [4,6,7]. Arterial hipertensiya eksər hallarda bir sırə risk amilleri (hiperqlikemiya, hi-perxolesterinemiya, izafı bədən kütləsi, piylənmə və sair) ilə as-sosiasiya olunur. Risk amillerinin həm arterial hipertensiyanın ya-ranmasında, həm de ağırlaşma və fəsadlaşmasında rolü böyükdür [5,6]. Ona görə də yetkin yaşlı əhalinin sağlamlığının mühafizəsi arterial hipertensiyanın və onunla assosiasiya olunan risk amillərinin profilaktikasından çox asılıdır. Bu istiqamətdə heyata keçirilən profilaktika tədbirlərinin effektliyi onların əhalinin ayrı-ayrı peşə sosial-tebəqələri arasında risk amillərinin yayılması nə-zərə alınmaqla ünvanlı aparılması ilə təmin oluna bilər. Qeyd olunanları nəzərə alaraq arterial hipertensiya ehtimalı yüksək olan so-sial əhəmiyyətli zümrənin-məktəb müəllimlərinin risk amillerinə məruz qalmasının araşdırılması aktual hesab edilmiş və təqdim olunan elmi iş planlaşdırılmışdır.

TƏDQIQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Müşahidə vahidi kimi mək-təbdə müəllimlik stajı 10 ildən az olmayan şəxs verilmişdir. Yaş və cinslə bağlı yarımqrupların bərabər temsilini təmin etmək məqsədi ilə dörd yaş qrupuna (<40 ; 40-49; 50-59; 59 və yuxarı yaşlarda) aid edilmiş 125 qadın və 125 kişi (hər qrup üzrə) müşahidə olunmuşdur.

Arterial hipertensiyanın yetkin yaşlı əhali arasında yayılması nə-zərə alınsa (40%-ə qədər) 125 nəfərlik yarımqrupun müayinəsi əsa-sında alınmış nəticələr 95% ehtimalla $\pm 8,8\%$ həddi xəta ilə səciyyə-lənə bilər. Ona görə də nəticələrin dürüstlüyü və reprezentativliyi tam təmin olunur. Müşahidə vahidləri standart program əsasında müayinə olunmuşdur (arterial tezyiqin ölçülməsi, bədən kütləsinin və boyun parametrlərinin müəyyenləşdirilməsi, qanda xolesterinin və acqanna qlükozanın təyini). Müayinələrin nəticələrinin qiymət-ləndirilməsində standart meyarlardan istifadə olunmuşdur: arterial hipertensiya-arterial tezyiqin 140/90 mm cıvə sütünundan çox ol-ması; hiperqlikemiya acqarına qanda qlükozanın $6,1 \text{ mmol/l}$ və çox; izafı bədən kütləsi-bədən kütləsi indeksi $25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$; I dərəcəli piylənmə-bədən kütləsi indeksi $30,0-34,9 \text{ kg/m}^2$; II dərəcəli piylənmə-bədən kütləsi indeksi $35,0-39,9 \text{ kg/m}^2$; III dərəcəli piylənmə-bə-dən kütləsi indeksi-bədən kütləsi indeksi $>40,0 \text{ kg/m}^2$. Bədən kütləsi indeksi bədən kütləsinin (kg) boyun (m) kvadratına nisbəti ilə hesablanmışdır [2,3,9,10]. Qeyd olunan meyarlara görə pasientlərin xüsusi çəkisi müəyyenləşdirilmiş və nəticələr nisbi kəmiyyətlərin statistikası metodları ilə təhlil edilmişdir [7].

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Arterial hipertensiya və onunla assosiasiya olunan bəzi risk amillerinin müəllimlərdə aşkarlanma tezliyi barede aldığımız məlumatlar cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi arterial hipertensiyanın kişi və qadılarda aşkarlanması tezliyi (müvafiq olaraq $40,6 \pm 2,2$ və $39,0 \pm 2,2\%$) bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir ($P<0,05$) və Rusiyada müvafiq yaşlı əhali üçün alınmış göstəricilərdən nisbəten azdır [6]. Həm kişi, həm də qadın müəllimlərin yaş ilə bağlı arterial hipertensiyanın aşkar edilmə seviyyəsi artır və ayrı-ayrı yaşlarda da xəstələnmənin gender səciyyəsi qeydə alınır (kişi və qadın qruplarında: $22,4 \pm 3,7$ və $16,0 \pm 3,3\%$ 40 yaşa qədər; $33,6 \pm 4,2$ və $31,2 \pm 4,1\%$ 40-49 yaşlarda; $45,6 \pm 4,5$ və $47,2 \pm 4,5\%$ 50-59 yaşlarda; $60,8 \pm 4,4$ və $61,6 \pm 4,4\%$ 59 yaşıdan sonra). Bütün yaş və cins yarımqruplarında bizim aldığımız xəs-təliliyin intensivlik göstəricisi Rusyanın əhali yarımqrupları ilə müqayisədə xeyli aşağı seviyyədə olmuşdur.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Cədvəl

Arterial hipertensiya və onunla assosiasiya olunan bəzi risk amillərinin müəllimlərdə aşkarlanma tezliyi (100 nəfərə görə) hər yaş və cins qrupunda n=125, (mötərizede mütlaq say)

Əlamətlər	Cins	Yaş, iller				Cəmi
		<40	40-49	50-59	>59	
Arterial hipertensiya (Ah)	kişi	(28)22,4±3,7	(42)33,6±4,2	(57)45,6±4,5	(76)60,8±4,4	40,6±2,2
	qadın	(20)16,0±3,3	(39)21,2±4,1	(59)47,2±4,5	(77)61,6±4,4	39,0±2,2
Hiperqlikemiya (Hq)	kişi	(4) 3,2±1,6	(7) 5,6±2,1	(4) 3,2±1,6	(9) 7,2±2,3	4,8±1,0
	qadın	(3) 2,4±1,4	(6) 4,8±1,9	(7) 5,6±2,1	(11) 8,8±2,5	5,4±1,0
Hiperoxolesterolemiya (Hx)	kişi	(38)30,4±4,1	(50)40,0±4,4	(51)40,8±4,4	(44)35,2±4,3	36,6±2,2
	qadın	(40)32,0±4,2	(48)38,4±4,4	(47)37,6±4,3	(60)48,0±4,5	39,0±2,2
İzafi bədən kütlesi (lb)	kişi	(35)28,0±4,0	(41)32,8±4,2	(40)32,0±4,2	(41)32,8±4,2	31,4±2,1
	qadın	(27)21,6±3,7	(30)24,0±3,8	(33)26,4±3,9	(36)28,8±4,1	25,2±1,9
I dərəcəli piylenmə	kişi	(9) 7,2±2,3	(11) 8,8±2,5	(13) 10,4±2,7	(14) 11,2±2,8	9,4±1,3
	qadın	(16)12,8±3,0	(21)16,8±3,3	(28)22,4±3,7	(30)24,0±3,8	19,0±1,8
II dərəcəli piylenmə	kişi	(2) 1,6±1,1	(4) 3,2±1,6	(3) 2,4±1,4	(5) 4,0±1,8	2,8±0,7
	qadın	(5) 4,0±1,8	(13)10,4±2,7	(13)10,4±2,7	(15)12,0±2,5	9,2±1,3
III dərəcəli piylenmə	kişi	(1) 0,8±0,8	(1) 0,8±0,8	(1) 0,8±0,8	(1) 0,8±0,8	0,8±0,4
	qadın	(2) 1,6±1,1	(3) 2,4±1,4	(6) 4,8±1,9	(4) 3,2±1,6	3,0±0,8
Ah+ib	kişi	(17)13,6±3,1	(25)20,0±3,6	(35)28,0±4,0	(47)37,6±4,3	24,8±1,9
	qadın	(14)11,2±2,8	(20)16,0±3,3	(23)18,4±4,4	(26)20,9±3,6	16,6±2,7
Ah+Hq	kişi	(1) 0,8±0,8	(3) 2,4±1,4	(2) 1,6±1,1	(6) 4,8±1,9	2,4±0,7
	qadın	(1) 0,8±0,8	(4) 3,2±1,6	(5) 4,0±1,8	(8) 6,4±2,2	3,6±0,8
Ah+Hx	kişi	(11) 8,8±2,5	(23)18,4±3,5	(24)19,2±3,5	(33)26,4±3,9	18,2±1,7
	qadın	(6) 4,8±1,9	(21)16,8±3,3	(32)25,6±3,9	(41)32,8±4,2	20,0±1,8
Hq+ib	kişi	(2) 1,6±1,1	(4) 3,2±1,6	(4) 3,2±1,6	(5) 4,0±1,8	3,0±0,8
	qadın	(3) 2,4±1,4	(5) 4,0±1,8	(6) 4,8±1,9	(9) 7,2±2,3	4,6±0,9

Kişi və qadın müəllimlərinin müvafiq olaraq $4,8\pm1,0$ və $5,4\pm1,0\%$ -də hiperqlikemiya ($P>0,05$), $36,6\pm2,2$ və $39,0\pm2,2\%$ -də hiperxoleste-rinemiyə qeydə alınmışdır. Bu göstəricilərin səviyyəsi də müşahidə-mizdəki qruplarda Rusiyada [5] aşkar edilmiş müvafiq səviyyələrlə müqayisədə nisbətən azdır. Hiperqlikemiyanın aşkar olunduğu pasi-yentlərin xüsusi çekisi ayrı-ayrı yaş yarımqruplarında fərqlidir və onun qoşa (iki yaş yarımqrupu) və bir neçə (4 yaş yarımqrupu) ya-rımqrupları üzrə müqayisəsi sıfır hipotenzini təsdiqləmir ($P<0,05$). Ona görə də həm hiperqlikemiya, həm də hiperxolesterinemiya riski-nin yaşla bağlı çoxalması qanuna uyğunluğu sübut olunur. Qeyd edək ki, arterial hipertensiya qeydə alınmış və alınmamış kişi və qadın yarımqruplarında izafi bədən kütlesi hiperqlikemiya və hiperxoleste-rinemiyənin aşkarlanma səviyyəsi bir-birindən fərqlənmişdir. Belə ki, izafi bədən kütlesi olan kişi və qadınların xüsusi çekisi arterial hipertensiya fonunda (müvafiq olaraq $61,1\pm10,8$ və $42,6\pm3,5\%$) və arterial hipertenziyasız ($11,1\pm1,8$ və $13,4\pm2,0\%$) qruplarda müvafiq olaraq $5,5$ və $3,2$ dəfə statistik dürüst ($P<0,05$) yüksək olmuşdur.

Hiperqlikemiya arterial hipertensiya fonunda ($5,9\pm1,7\%$ kişi-lər-də və $9,2\pm2,1\%$ qadınlarda) arterial hipertenziyasız (müvafiq olaraq: $4,0\pm1,1$ və $3,0\pm1,0\%$) 1,5-3,1 dəfə çox rast gelinir. Hiperoxolesterinemiya da arterial hipertensiya fonunda nisbətən ($44,8\pm3,5$ və $51,2\pm3,6\%$ müvafiq olaraq kişi və qadınlarda) çox aşkar olunmuşdur (müvafiq olaraq: $30,9\pm2,7$ və $31,1\pm2,7\%$).

Hiperoxolesterinemiya müəllimlərin $37,8\pm1,5\%$ -də qeydə alınmışdır. Kişi və qadın müəllimlərdə hiperoxolesterinemiyanın aşkarlanma tezliyi (müvafiq olaraq: $36,6\pm2,2$ və $39,0\pm2,2\%$) bir-birindən statis-tik dürüst fərqlənmir. Ayrı-ayrı yaş qruplarında

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

hiperxolesterinemi-yanının tezliyi ($30,4\pm4,1$ - $40,8\pm4,4\%$ kişilərdə, $32,0\pm4,2$ - $48,0\pm4,5\%$ qadınlarda; $P<0,05$) bir-birindən fərqlənir.

Izafi bədən kütləsi $28,3\pm1,4\%$ müəllimlərde, o cümlədən $31,4\pm2,1\%$ kişi və $25,2\pm1,9\%$ qadınlarda qeydə alınmışdır. Kişi və qadınlar ara-sında izafi bədən kütləsi olanların xüsusi çəkisi bir-birindən dürüst fərqlənir. Bütün yaş qruplarında kişilər arasında ($28,0\pm4,0$; $32,8\pm4,2$; $32,0\pm4,2$ və $32,8\pm4,2\%$) qadınlarla ($21,6\pm3,7$; $24,0\pm3,8$; $26,4\pm3,9$ və $28,84,1\%$) müqayisədə izafi bədən kütləsi olanların xüsusi çəkisi çox olmuşdur. Oxşar qanunauyğunluq ədəbiyyatda qeydə alınmışdır [6]. Izafi bədən kütləsi kişilərdə çox aşkar olunsa da piylənmə di-aqnozu qadınlarda ($31,2\pm2,1\%$) kişilərlə müqayisədə ($13,0\pm1,5\%$) 2,4 dəfə çox qeydə alınmışdır. Xüsusən I dərəcəli piylənmə qadın-larda ($19,0\pm1,8\%$) daha çox ($9,4\pm1,3\%$ kişilərdə) aşkar olunmuşdur (izafi risk 2,0). II və III dərəcəli piylənmənin ($9,2\pm1,3$ və $3,8\pm0,8\%$ qadınlarda $2,8\pm0,7$ və $0,8\pm0,4\%$ kişilərdə) aşkarlanma tezliyi də ki-şı və qadın müəllimlərin arasında fəqli səviyyədədir.

Müxtəlif dərəcəli piylənmənin aşkarlanması tezliyi müəllimlərin yaşı ilə bağlı mütənasib olaraq artımla səciyyələnir.

Qeyd edək ki, kütləsi və müxtəlif dərəcəli piylənmənin ümumi tezliyi $50,4\pm1,6\%$ təşkil etmiş və en çox yayılmış risk amili hesab olunur. 40 yaşa qədər kişi və qadın müəllimlərin müvafiq olaraq $37,6\pm4,3$ və $40,0\pm4,4\%-də$ izafi bədən kütləsi və piylənmə qeydə alınmışdır. Göründüyü kimi genç müəllimlər qrupunda bu göstərici bir-birinə yaxındır və aralarında dürüst fərq yoxdur ($P>0,05$). 50-59 yaşlarda bu göstəricilərin səviyyəsi müvafiq qruplarda $45,6\pm4,5$ və $64,8\pm4,3\%$ təşkil edərək bir-birindən dürüst ($P<0,05$) fərqlənir. Be-ləliklə, yaşı bağlı izafi bədən kütləsi və piylənmə riski qadınlarda daha çox nəzərə çarpar.

Keçən əsrin 90-cı illerində Bakı şəhərində müəllimlərin müayı-nesi [1] əsasında alınmış neticələrin (müxtəlif yaşı kişi və qadın-larda arterial hipertensiya: 11,5-50% və 5,0-47,5%; hiperxolesteri-nemiya: 13,5-22,5 və 10,5-20,2%; izafi bədən kütləsi: 24,9 və 30,2%) bizim müşahidəmizin neticələri ilə müqayisəsi göstərir ki, arterial hipertensiyanın, hiperxolesterinemiyanın və izafi bədən kütesinin aşkarlanması tezliyi xeyli çoxalmışdır. Beləliklə, müşahidəmizin nəti-cələrini yekunlaşdırınb aşağıdakı ümumi müddeələri əsaslandırmaq olar:

- arterial hipertensiya və onunla assosiasiya olunan risk amillə-rini müəllimlər arasında geniş yayılmışdır;
- arterial hipertensiya və onunla assosiasiya olunan risk amillə-rinin yayılma səviyyəsi müəllimlərin yaşı və cinsindən asılı statistik dürüst fərqlənir, yaşı artıraqca riskin səviyyəsi çoxalır;
- arterial hipertensiya fonunda hiperqlikemiya, hiperxolesteri-nemiya, izafi bədən kütləsi və onların müşterəkliyi normal arterial təzyiq fonunda statistik dürüst yüksəkdir;
- son 15 il ərzində (1995-2010) müəllimlərin arasında arterial hipertensiya və onunla assosiasiya olunan risk amillə-rinin aşkarlanması səviyyəsi statistik dürüst çoxalmışdır;
- arterial hipertensiya və onunla assosiasiya olunan risk amillə-rinin müəllimlər arasında yüksək yayılma səviyyəsi bu sahədə profilaktik tədbirlərin prioritət olmasına sübut edir.

ƏDƏBIYYAT

1. Агаев Ф.Б., Азизов В.А., Махмудова С.Ю. Методические аспекты применения коэффициентов отношения правдоподобия для выявления риска болезней органов кровообращения // Здоровье, 1996, №5, с.48-50
2. Власов В.В. Пути формирования критериев оптимальной массы тела // Гигиена и санитария, 1993, №4, с.45-47
3. Глазунов И.С. Методические обеспечение популяционных исследований по эпидемиологии и профилактике сердечнососудистых заболеваний // Тер. Архив, 1985, №11, с.142-146
4. Гурьянов М.С., Камаев И.А., Гурвич Н.И. Социологическое изучение заболеваемости медицинских работников многопрофильного стационара // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2010, №1, с.19-22
5. Клинические рекомендации / Под редакцией И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. М.: ГОЭТАР – МЕД, 2004, 1184с.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

6. Медик В.А., Вебер В.Р., Рубанова М.П. и др. Распространенность артериальной гипертензии и ассоциированных с ней факторов риска у лиц разного пола и возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, №5, с.3-7
7. Низамов И.Г., Шерпутовский В.Г., Хисамутдинов А.Н. Динамика и тенденции смертности населения трудоспособного возраста в Республике Татарстан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, №2, с.3-4
8. Сентон Г. Медико-биологическая статистика. М.:Медио-Сфера, 1999, 459 с.
9. WHO MONICA Project principal investigators // Journal of clinical epidemiology, 1988, v.41, p.105-114
10. WHO. Prevention and Management of Global Epidemic of Obesity Report of WHO Consultation of Obesity. Geneva, 1997, 106 p.

РЕЗЮМЕ

ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СВЯЗАННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ

Ф.Б.Шамыева

В ходе исследования была изучена проблема распространенности артериальной гипертонии и связанных факторов риска у школьных учителей. Было установлено, что за последние 15 лет значительно увеличилась частота артериальной гипертензии, избыточной массы тела и гиперхолестеринемии у школьных учителей. По сравнению с результатами анализа распространенность артериальной гипертонии и связанных факторов риска в Азербайджанских школах этот показатель относительно низок, чем в школах России. Принимая во внимание результаты исследования, надо учитывать, профилактика артериальной гипертонии и факторов риска у учителей должна быть приоритетным направлением в сфере медицинских услуг.

SUMMARY

THE FREQUENCY OF ARTERIAL HYPERTENSION AND ASSOCIATED WITH IT THE FACTORS OF RISK AT SCHOOL-TEACHERS

Shamiyeva F.B.

It was studied the prevalence of arterial hypertension and associated with it the factors of risk at school-teachers. It was determined, that for the last 15 years considerably increased the frequency of arterial hypertension exposure, surplus mass of body and hypercholesterinemia at school-teachers. In comparison with results of analysis in Russia prevalence both arterial hypertension and associated factors of risk at Azerbaijan school-teachers relatively low. Taking into consideration the results of research, considering, that the prophylaxis of arterial hypertension and the factors of risk at teachers must be priority by direction of health services.

Daxil olub:28.11.2010

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КРИТЕРИЕВ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

C. M. Гахраманова

Клинический родильный дом № 5 им. Ш. Алескеровой

В настоящее время особая роль отводится вирусным инфекциям, оказывающим большое влияние на течение и исход беременности, внутриутробное развитие плода. К одному из них относится цитомегаловирус, имеющий тенденцию к длительной персистенции в организме человека.

Цитомегаловирус (ЦМВ) является крупнейшим по размерам из семейства герпесвирусов и представляет собой вирус, содержащий ДНК, способный вызывать латентную инфекцию с периодической реактивацией, несмотря на наличие в организме зараженного лица сывороточных антител [2].

ЦМВ внутриклеточная инфекция, проникая в клетку поражает ядро клетки и образует гигантские клетки, наличие которых считают одним из факторов риска патологии беременности и рождения детей с тяжелыми формами патологии [3].

Вирус цитомегалии широко распространен в человеческой популяции и способен пожизненно персистировать в организме человека. Большая часть инфицированных людей не болеют и лишь у небольшого числа инфицированных выявляют симптомы заболевания – феномен айсберга. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что инфицированность

женщин детородного возраста составляет около 80% [9].

ЦМВИ является наиболее частой причиной пренатальной инфекции. Срок беременности, при котором риск заражения плода наиболее высок, также остается загадкой. Развитие ЦМВИ при беременности достаточно сложное и не вполне ещё ясное. Передача вируса плоду происходит как первичной, так и вторичной инфекцией [9]. В литературе имеются данные о наличии трех штаммов ЦМВ и все они вирулентны для человека, в связи с этим очень сложно проведение мер профилактики инфицирования. При заражении ЦМВИ увеличивается вероятность прерывания беременности, самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, антенатальной гибели плода, аномалий развития, многоводия, неразвивающейся беременности. В большинстве случаев инфекция протекает в субклинической форме, однако у некоторых беременных женщин развивается первичное инфицирование или происходит реактивация предшествующей инфекции. При ЦМВИ во время беременности возможна трансплацентарная передача вируса плоду. На фоне иммуносупрессии беременных без каких-либо клинических проявлений у матери, ЦМВ может активизироваться, и как последствие вызвать поражение с невынашиванием, мертворождением, рождением детей с пороками развития [3,7]. При первичной ЦМВИ у беременной вероятность внутриутробного инфицирования плода происходит в первом триместре. Считают, что риск передачи ЦМВ зависит в первую очередь от его концентрации в крови матери, причем при первичной инфекции риск передачи ЦМВ ребенку выше, чем при реактивации латентной инфекции [6]. Передача вируса от матери к плоду возможна на разных этапах развития беременности и в послеродовом периоде (слюна матери, грудное молоко и др.) [9]. Результаты проведенных исследований показали, что чем позже происходит инфицирование плода ЦМВ, тем больше шансов на благоприятный исход инфекции с возникновением персистирующего вирусоносительства. Наоборот, на ранних сроках эмбриогенеза - даже на 13-й неделе беременности возможны тяжкие поражения, которые без дополнительного специального обследования документируются, как спонтанные выкидыши или мертворождения неясной этиологии [5,10].

По мнению В.И.Кулакова и соавт. (2001), первичное инфицирование матери во время беременности, выявление нарастания титров антител к вирусам цитомегалии в период интенсивного органогенеза должно насторожить в отношении возможных уродств плода и даже его гибели [3].

В последние годы уделяется большое внимание изучению этиологической роли ЦМВ и патологии женщины вне и во время беременности.

Патогенез цитомегалии до конца не установлен, но считается, что входными воротами для вируса могут быть повреждение плаценты, плодных оболочек и внешних покровов плода, дыхательных путей и пищеварительного тракта. Последние 2 пути характерны и в постнатальном периоде.

Установлено, что герпесвирусы состоят из нуклеоида, капсида и белково-липидной оболочки [9]. Для ЦМВ характерна необычайно крупная ДНК; медленная репликация, причем без повреждения клетки; меньшая патогенность в культуре тканей; сравнительно низкая вирулентность; более узкий спектр хозяев; низкая чувствительность к аналогам нуклеотидов [10].

Однако, ЦМВ как болезнь развивается редко, подавляющее большинство переболевают этой инфекцией, как обычной простудой.

Ускользание вируса от защитных реакций организма и его пожизненное сохранение в тканях инфицированного человека является важной особенностью ЦМВ.

В эмбриональном периоде инфицирование зародыша от середины первого месяца до конца третьего, т.е. до окончания органогенеза, ведет к формированию врожденного порока развития или заканчивается гибелю эмбриона [6], а во втором триместре беременности наиболее часто подвергаются поражению почки и легкие плода [8].

В настоящее время ведущими методами лабораторной диагностики ЦМВИ является выявление генома вируса антигенов и вирионов. Для этого используется поэтапная комплексная диагностика. Первичным является выявление специфического генома вируса путем полимеразной цепной реакции (ПЦР) или гибридизации, иммуноферментный метод (ИФА) с определением титра IgG и IgM [9,10]. Материалом для исследования служат кровь, моча, мазки

из глотки (зева), биоптаты.

Наиболее доступным методом, позволяющим обследовать большой контингент больных, является цитологический метод, чувствительность которого составила 64,8% [1].

Для выявления патологических изменений в ранние сроки беременности широко используется эхографический метод исследования, который даёт возможность для динамического контроля за течением данной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для выполнения поставленных задач, нами было обследовано 115 беременных женщин, инфицированных ЦМВИ без сопутствующих микстинфекций. Диагноз ЦМВИ был установлен в результате комплексного обследования: наряду с общеклиническими исследованиями всем беременным был произведен анализ периферической крови на специфические антитела IgM и IgG к ЦМВИ, цитологический анализ мочи, слюны, влагалищного выделения для выявления цитомегаловирусных клеток. По результатам полученных ответов, был проведен анализ крови на ПЦР. Все женщины проходили динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) в каждом триместре беременности на аппарате Aloka 2200 SSD с доплеровским блоком, имеющим трансвагинальный и абдоминальный датчики.

В ходе исследования нами у 48 беременных с ЦМВИ были обнаружены изменения со стороны мочевыделительной системы плода ($41,7 \pm 4,6\%$).

При УЗИ всем беременным проводили фетометрию плода, отклонение от нормативных данных которой является одним из критериев ранней диагностики задержки и пороков развития плода. Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица
Сравнительная характеристика фетометрических показателей
у обследованных беременных женщин

Параметр, см	Контрольная группа (n=40)		Беременные с ЦМВИ (n=91)	
	I триместр(n=12)	II триместр(n=28)	I триместр(n=50)	II триместр(n=41)
БПР	2,9(2,0 – 3,2)	6,3(5,6 – 7,8)	3,0(2,4 – 3,8)	6,9(6,9 – 8,1)
ЛЗР	3,6(3,0 – 4,0)	9,0(8,4 – 10,2)	3,6(3,3 – 4,2)	9,9 (7,9 – 10,6)
ПДМ	1,4(0,7 – 1,9)	3,5(2,9 – 4,1)	1,6(0,7 – 2,0)	3,6 (2,8 – 4,3)
ДГК	3,1(2,5 – 4,0)	6,5(5,3 – 8,3)	3,5(3,0 – 4,2)	6,6 (5,1 – 8,6)
ДЖ	3,0(2,5 – 3,6)	7,1(4,9 – 8,3)	3,8(2,9 – 3,3)	8,0 **(6,5 – 9,8)
ДБ	2,0(1,4 – 2,3)	6,6(4,1 – 6,8)	3,6 **(1,5 – 3,1)	2,9 *** (2,2 – 4,0)
ОГ	7,0(5,1 – 10,3)	26,2(21,0 – 29,7)	7,2(5,1 – 11,2)	31,2 *** (29,3 – 33,1)
ОЖ	5,6(4,1 – 9,4)	24,2(17,5 – 29,7)	6,0(3,0 – 9,2)	31,8 *** (26,8 – 37,1)

Примечание: Статистическая достоверность различий с соответствующими показателями контрольной группы (* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Пороки развития мочевыделительной системы проявлялись в двух вариантах: поликистоз ($18,3 \pm 3,6\%$) и гидронефроз ($22,6 \pm 3,9\%$) почек. Поликистоз почек у плода, по данным ряда авторов, обычно формируется в середине II триместра [10, 11]. Визуализацию почек проводили с 13 недельного срока беременности. В поперечном срезе живота плода обследовали обе почки. Определяли анатомическое их расположение, в связи с тем что, это имеет большую диагностическую ценность. Измеряли размеры, дифференцировали паренхиму от чашечно-лоханочной системы. Размеры почек сравнивали нормативными данными для соответствующего срока беременности. В наших наблюдениях самый ранний порок развития почек установлен в 15-16 нед. сроке беременности. На эхограмме определялись большие, гиперэхогенные образования с обеих сторон, которые занимали 2/3 брюшной полости плода (Рис.1).

Паренхима и чашечно-лоханочная система не дифференцировались. Образования имели губчатую структуру, характеризующуюся несколько повышенной звукопроводимостью. У данного контингента мочевой пузырь плода был меньше нормы и с трудом определялся из-за смещения. В ходе нашего исследования в одном случае ($2,1 \pm 2,1\%$) обнаружили аплазию мочевыделительной системы в сочетании с другими пороками развития, такими как гидроцефалия, расширение пупочного кольца, уплотнение печени. Все эти пороки развития

сопровождались ярко выраженными признаками плацентита (отек, гиперэхогенность, неравномерное утолщение структуры) с острым маловодием. У пациенток с ЦМВИ при УЗИ отмечалось выраженное маловодие, выявлены признаки фето-плацентарной недостаточности (ФПН): отек, гиперэхогенность плаценты, не соответствие степени зрелости, так называемое преждевременное старение плаценты, указывающие на все признаки плацентита. У 16 ($33,3 \pm 6,8\%$) беременных с поликистозом почек у плода, одной пациентки ($2,1 \pm 2,1\%$) с аплазией мочевыделительной системы, 5 ($10,4 \pm 4,4\%$) больных с острым гидронефрозом исходом беременности явилось прерывание ее в сроке от 16 до 30 недель (Рис.2).

У остального контингента беременных с ЦМВИ патология мочевыделительной системы плода при сроках гестации от 31 до 34 недели, подтвердилась при УЗИ после родов. Новорожденным были произведены: нейросонография и УЗИ внутренних органов.

В результате полученных данных нами выделены характерные для ЦМВИ ультразвуковые симптомы, обусловленные (ФПН). К ним относится: отек плаценты, многоводие, маловодие, изменения в головном мозге плода, увеличение диаметра живота и патология во внутренних органах плода, в частности в почках.



Рис. 1. Гидронефроз почек плода у пациентки с ЦМВИ



Рис. 2. Поликистоз почек плода у пациентки с ЦМВИ

Таким образом, на основании проведенных нами клинико-лабораторных и эхографических исследований, у беременных инфицированных ЦМВИ часто встречающимися внутриутробными пороками развития мочевыделительной системы плода, являются: поликистоз, гидронефроз, аплазия почек и мочевого пузыря. Исходя из вышеизложенного мы полагаем целесообразным и необходимым проведение скрининг УЗИ у беременных с ЦМВИ для контроля за течением гестации, раннего выявления пороков развития плода и своевременного решения о времени и выборе метода родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веденеева Г.Н. Особенности течения цитомегаловирусной инфекции у беременных и новорожденных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 1997. СПб, 22 с.
2. Волкова К.И., Кокосов А.Н. СПИД, наркомания и материнство // Пульмонология, 2001, №2, с.98-107
3. Кулаков В.И., Туровой В.П., Орджоникидзе В.Н., Тютинник В.Л. Цитомегаловирусная инфекция в акушерстве. М., 2001, 29с.
4. Маслюкова Т.М., Ванько Л.В., Атаева Г.Б. и др. Клинико-иммунологическая характеристика новорожденных у матерей с цитомегаловирусной инфекцией и генитальным герпесом // Российский вестник перинатологии и педиатрии, М., 1993, №5, с.6-9
5. Матвеев В.П., Казинец Н.М., Соныкина А.А., Стыханова В.И. Клиническая картина врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни // Педиатрия, 1992, №1, с.44-47
6. Нисевич Л.А., Талалаев А.Г., Каск Л.Н. и др. Значение различной вирусной инфекции в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смерти // Педиатрия, 1999, №1, с.4-10
7. Островская О.В., Когут Е.П., Соселетина И.П. и др. Пренатальная диагностика цитомегаловирусной инфекции // Клиническая лабораторная диагностика, 2001, №2, с.20-23
8. Серов В.Н., Мзыкантова В.С., Калашников В.Н. Врожденная цитомегалия – клинико-анатомическая характеристика // Акушерство и гинекология, 1992, №2, с.33-36
9. Стрижаков А.Н., Осипова Е.Н. Внутриутробные инфекции / Клинические лекции по акушерству и гинекологии. М., 2000, с.129-138

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

10. Deindl C., Pistor G. Atlas kinderchirurgischer sonographie. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1991, 497s.

11. Hickly J., Goldberg F. Ultrasound review of obstetrics and gynecology. Philadelphia N.Y.: Lippincott-Raven Publ., 1996, 781p.

XÜLASƏ

SITOMEQALOVİRUS İNFEKSİYALI HAMILƏ QADINLARDA DÖLDƏ SİDK İFRAZATI SİSTEMİN PATOLOGİYALARININ ULTRASƏS MEYARLARININ QiYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

S.M.Qəhrəmanova

Qarşıya qoyulan məsələlərin həlli üçün tərəfimizden 115 sitomeqalovirus infeksiyalı hamile qadın müayinə olunmuşdur. Onlarda yanaşı gedən qarışq infeksiyalar olmamışdır. STMİ diaqnozu kompeks müayinə nəticəsində təyin olunmuşdur: ümumi klinik müayinələrlə yanaşı bütün qadılarda STMİ-ye qarşı IgM və IgG spesifik anticisimlərinin periferik qanda təyin olunmuşdur. Sitomaqalovirus hüceyrələrinin aşkar olunması üçün sidiylən, ağız suyunun, uşaqlıq yolları ifrazatının sitoloji müayinəsi aparılmışdır. Əldə olunmuş nəticələr əsasında PSR üzrə qan müayinəsi aparılmışdır. Bütün qadınlar her trimestrdə transvaginal və abdominal ötrücüye malik doppler blokları Aloka 2200 SSD aparatında dinamik ultrasəs müayinədən keçmişlər. Beləliklə, tərəfimizdən aparılan klinik- laborator və exoqrafik müayinələrdən məlum olmuşdur ki, STMİ olan qadılarda tez-tez rast gəlinen dölnün bətdəxəli sidik ifrazat sistemi qüsurları bunları olmuşdur: polikistoz, hidronefroz, böyrək və sidik kisəsi aplaziyası. Bu səbəbdən biz STMİ olan qadılarda hastasiyanın gedişatına nəzəret etmek, dölnin inkişaf qüsurlarını erkən aşkar etmək və doğuşun aparılması vaxtının və metodunun seçimi vaxtında qərar qəbul etmək üçün USM skrininqin aparılması məqsədeyğundur.

SUMMARY

EVALUATION OF ULTRASOUND CRITERIA PATHOLOGY URINARY TRACT FETUS IN PREGNANT WITH CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

S.M.Qəhrəmanova

To perform the tasks, we examined 115 pregnant women infected with CMV infection without concomitant mixed infection. The diagnosis of CMV infection was established as a result of due diligence: in addition to all pregnant obscheklinichesimi studies were analyzed in peripheral blood of specific IgM and IgG antibodies to CMV, cytological analysis of urine, saliva, vaginal secretions for detection of CMV cells. According to the results of these responses, we analyzed blood for PCR. All women were dynamic ultrasonography (U.S.) in each trimester of pregnancy on the device Aloka SSD 2200 with a Doppler unit having a transvaginal and transabdominal probes. Thus, based on our clinical, laboratory and ultrasound studies in pregnant women infected with CMV frequent intrauterine malformations of urinary system of the fetus are: polycystic, hydronephrosis, aplasia of the kidneys and bladder. Based on the foregoing, we believe it appropriate and necessary to conduct a screening ultrasound in pregnant women with CMV infection to monitor the course of gestation, early detection of fetal malformations and timely decisions about time and choice of method of delivery.

Daxil olub:28.11.2010

STASİONAR XƏSTƏLƏRİN KONSULTATİV YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİNƏ OLAN EHTİYACLARININ TƏYİN EDİLMƏ METODOLOGİYASININ TƏKAMÜLÜ

R.Ş.Hacıyeva
Bakı Qarınzón Hospitalı

Məlum olduğu kimi, xəstələrə göstərilən konsultativ yardım müalicə-diaqnostika prosesinin vacib tərkib hissəsidir [1,5,6,8,21,22]. Müxtəlif kateqoriyalı xəstələrə konsultativ yardım gizərilməsinə obyektiv tələbin təyini tibbi iqtisadi standartların əsaslandırılması və müalicənin yüksək keyfiyyətinin təmin olunması üçün olduqca vacibdir [2,9,10,12,13,15].

Poliklinikaya müraciət etmiş və müxtəlif xəstəliklərə hospitalizasiya edilmiş, müxtəlif patologiyalı xəstələrin konsultativ yardımına olan ehtiyaclarının əsaslandırılmasına dair tədqiqatların tarixi analizi, dar ixtisas hakimlərinin konsultasiyalarına ehtiyaclarının təyin edilmə metodologiyasının inkişafında bir neçə mərhələni ayırmaga imkan verir.

Birinci mərhələ (1978-1990-ci illər) – müxtəlif növ xəstəxanaların ixtisaslaşmış şöbələrinə hospitalizə olunmuş xəstələrin konsultativ yardımına ehtiyaclarının təyininin "klassik metodologiyasının" işlənilərə hazırlanması ilə xarakterize olunur.

Bu metodika Semaşko adına SG və ST RETİ-da N.Q.Dedova tərəfindən işlənilərə hazırlanmış və ilk dəfə imkan vermişdir ki, hospitalizasiya edilmiş xəstələrin stasionar şöbələrin 33 profil və ixtisas üzrə ixtisaslı həkimlərin konsultasiyalarına olan ehtiyacları müəyyən olunsun. Bu

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

metodikanın metodoloji əsasında əhalinin ambulator-poliklinik, stasionar tibbi yardımın və evdə yardım göstərilməsinə ehtiyaclarının kompleks metodikası təyin olunur ki, bu da 50-60-cı illərdə Semaşko adına SG və ST RETİ-da işlənib hazırlanmışdır.

N.Q.Dedova tərəfindən təklif olunmuş bu metodika müxtalif növ müalicə profilaktika müəssisalarının müxtalif şöbələrinə hospitalizasiya olunmuş xəstələrin xəstəxanaxadaxılı konsultativ yardımın faktiki həcminin təyininə dair tədqiqatları nəzərdə tuturdu ki, bu da ilkin stasionar tibbi sənədlərdən ilkin məlumatların surətlərinin çıxarılması və bu məlumatların fərdi (hər bir hospitalizasiya halının) ekspert qiymətləndirilməsi üsulu ilə həyata keçirilirdi. Bütün bunlar hər bir hospitalizə olunmuş xəstəyə konsultativ yardımın lazımı həcmi və xarakterinin əsaslandırılması məqsədilə edildi. Bu metodikanın və aparılmış tədqiqatların başlıca çatmamazlığı odur ki, müəllif müxtalif nozoloji formalaşa görə hospitalizə olunmuş xəstələrin ixtisaslı həkimlərin konsultasiyanın əsaslandırılmasını və konsultasiyalara ehtiyac göstəricilərinin işlənib hazırlanmasını nəzərdə tutmamışdır. Başqa sözlə desək konsultativ yardımına nozoloji yanaşma nəzərdə tutulmamışdır. Müəllif tərəfindən hospitalizasiya edilmiş xəstələrin ixtisaslı həkimlərin konsultasiyalarının profil və ixtisaslar üzrə ümumiləşdirilmiş göstəriciləri işlənilmişdir. Buna görə də həmin göstəricilər kokrekt xəstəyə göstərilmiş konsultativ yardımın keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi üçün istifadə edilə bilinməmişdir. N.Q.Dedova tərəfindən işlənib hazırlanmış konsultativ yardım göstəricilərinin başlıca təyinatı – hospitalizasiya olunmuş xəstələrə konsultativ yardımın həcmi və xarakterinin planlaşdırılması, xəstəxana tipli müəssisələrdə həkim əməyinin planlaşdırılması və nizama salınmasından ibarətdir.

Ikinci mərhələ (1990-1999-cu illər) – tibbi yardım göstərilməsi standartlarının işlənib hazırlanma metodikasının yaradılması. Əhaliyə göstərilən stasionar tibbi yardım standartlarının işlənib hazırlanmasına dair birinci fundamental tədqiqat ötən əsrin 90-ci illərinin əvvəllerində Semaşko adına SG və ST RETİ əməkdaşlarının, professor O.P.Sepin, V.K.Ovçarova və A.S.Artyuxovanın rəhbərliyi altında aparıcı ETİ mütəxəssisləri ilə birgə həyata keçirilmişdir. Bu tədqiqatın metodikası müxtalif nozoloji formalaşa görə hospitalizə olunmuş xəstələrin müalicə diaqnostik tədbirlərin və konsultativ yardımın həcminin təyin edilməsini nəzərdə tuturdu. Həmin bu tədqiqat stasionar müəssisələrin formalaşmış praktikasının 30-dan çox profilli ETİ-nin aparıcı elmi işçilərinin təqdim olunmuş (MPM-si tərəfindən) məlumatların kollektiv ekspert qiymətləndirilməsi əsasında həyata keçirilmişdir [13,23,24,25].

XX əsrin 90-ci illərində Rusiyanın bir çox regionlarında Ümumi Tibbi standartların tətbiqi ilə əlaqədar bu metodologiya əhaliyə göstəriləcək stasionar və ambulator-poliklinik tibbi yardımın tibbi-iqtisadi standartlarının (TİS) işlənib hazırlanması üçün istifadə olunmuşdu. Buraya müxtalif nozoloji formalar (əsas diaqnoz) səbəbi ilə hospitalizə olunmuş xəstələrə göstəriləcək konsultativ yardımın həcmi və xarakteri daxil idi. İşlənib hazırlanmış stasionar tibbi yardım göstərilməsinin və tibbi iqtisadi standartlar səhiyyə təşkilatları və tibbi siğorta kompaniyaları tərəfindən əhaliyə göstərilən stasionar tibbi yardımın keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi məqsədilə istifadə olunmuşdu. Bu metodika və araşdırımların çatmamazlığı ondan ibarət idi ki, onlarda:

- ilkin materialların reprezentativ həcminin analizi edilməmiş, ekspert qiymətləndirilməsinin ümumiləşdirilmiş göstəricilərindən istifadə edilmişdir;
- yanaşı xəstəliklər, stasionara daxil olarkən xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi, əsas xəstəliyin ağırlaşmaları, aparılmış müayinələrin nə dərəcədə tam olması, hospitala qədər mərhələdə xəstələrə göstərilmiş konsultativ yardımın həcm və xarakteri nəzərə alınmamışdı.

Üçüncü mərhələ (1999-2005-ci illər) – müxtalif xəstəliklər səbəbi ilə hospitalizə olunmuş xəstələrin dar ixtisaslı həkimlərin konsultasiyalarına olan tələbat göstəricilərinin əsaslandırılmasına dair xüsusi tədqiqatların aparılması ilə xarakterizə olunur. Bu tədqiqatlar V.A.Jukovun metodikası ilə işlənib hazırlanmışdır [7,17,18].

Bu tədqiqatların metodikaları əsas xəstəliyin müxtalif nozoloji formalar səbəbi ilə hospitalizə olunmuş xəstələrə göstərilmiş konsultativ yardımın faktiki həcmində dair ilkin materialların, hər bir hospitalizasiya halının fərdi ekspert qiymətləndirilməsini və hər bir hospitalizasiya olunmuş xəstənin yaşıının, onun stasionara daxil olarkən vəziyyətinin, yanaşı xəstəliklərin və əsas

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

xəsteliyin ağrılaşmalarının, hospitalizasiya növünü (planlı, təxirəsalınmaz) nəzərə alımaqla dar ixtisas həkimlərinin konsultasiyalarının zəruri həcmnin təyininin statistik analizini nəzərdə tuturdu [4,7,14,16,19]. Tədqiqat işlərinin metodologiyası ilkin materialların, əsas xəsteliyin müxtəlif nozoloji formalaşara görə göstərilmiş konsultativ yardımın faktiki həcminin, hər bir hospitalizasiya halının fərdi ekspert qiymətləndirilməsini və hər bir hospitalizasiya olunmuş xəstənin yaşından, hospitala daxil olarkən onun vəziyyətinin, yanaşı xəstəliklərin və əsas xəsteliyin ağrılaşmalarının nəzərə alınması ilə statistik analizini nəzərdə tuturdu.

Konsultativ yardımın analizi vilayət klinik xəstəxanalarının terapevtik şöbələrində aparılmışdır [11]. Müəllif müəyyən etmişdi ki, terapevtik şöbələrdə yaxın profilli mütəxəssislərin konsultasiyaları yaşı 50-dən çox olan şəxslərə üstünlük verilməklə qadın və kişi cinsli pasientlərə, kənd əhalisi və yanaşı patologiyası olanlara təxminən eyni miqdarda göstərilir.

Cərrahi profilli şöbələrə bir sıra nozoloji formalarla hospitalizə olunmuş xəstələrin konsultativ yardımına olan ehtiyaclarının müəyyən olunmasına dair V.A.Sobolev tərəfindən aparılmış araşdırmalar (2003-cü il) imkan verdi ki, dar ixtisas həkimlərinin konsultasiyalarına olan ehtiyacın və konsultativ yardımın həcm gəstəricilərinin müqayisəli analizini etməyə imkan vermişdi (18,19). Aparılmış tədqiqat nəticəsində müəyyən olundu ki, bütün hospitalizə olunmuş xəstələrə konsultativ yardımın faktiki həcmi lazımlı olduğundan və TiS tərəfindən müəyyən olunmuş həcmindən aşağı olmuşdur. Mövcud tədqiqatın nəticələri təsdiq etdi ki, müxtəlif xəstəliklər zamanı lazımlı olan diaqnostik, müalicəvi və konsultativ tədbirlərin əsaslandırılmasına dair dərinleşmiş və kompleks şəkildə araşdırımlar aparmaq şərtiə TiS-a yenidən baxmaq və onlara korreksiya etmək vacibdir.

A.A.Qulamov tərəfindən (2005) hospitalizə olunmuş "Şəkərli diabet" xəstələrinə lazım olan konsultativ yardım əsaslandırıldı və araşdırıldı [3,4]. "Şəkərli diabet" diaqnozu ilə hospitalizə olunmuş xəstələrin konsultativ yardımlarından ən çox aşağıdakılara ehtiyacları olmuşdur: nevrologiya (100 hospitalizasiyaya 119,4 konsultasiya), oftalmologiya (100 hospitalizasiyaya 102,1 konsultasiya) və urologiya (100 hospitalizasiyaya 32,7 konsultasiya). Yuxarı yaş qrupundan olan (60-69 və 70 və daha çox) pasientlər arasında konsultasiyalara ehtiyac daha yüksək olmuşdu. Aparılmış ekspertiza nəticəsində konsultasiyalara ən yüksək ehtiyacın (100 hospitalizasiyaya 962,6 konsultasiya) şəkərli diabetin 6 və daha çox ağrılaşması olan, ən az ehtiyacın isə (100 hospitalizasiyaya 616,6 konsultasiya) ağrılaşması olmayan pasientlər arasında olması olması aşkar edildi.

Tatarstan Respublikası Klinik xəstəxanasında Q.K.Tahirova tərəfindən (2005) aparılmış tədqiqatlar nəticəsində müxtəlif yaş qruplarından olan oftalmoloji profil üzrə tacili hospitalizə olunmuş xəstələrə aparılmış konsultativ yardımın faktiki həcmi təyin edilmişdi [20]. Konsultativ yardım daha çox yuxarı yaş qruplarından olan pasientlərə göstərilmişdi – 70 yaş və yaşı 70-dən çox olan 100 hospitalizasiya olunmuş xəstəyə 190,2 konsultasiya; 60-69 yaşlı 100 hospitalizasiya olunmuş xəstəyə 161,1 konsultasiya; 55-59 yaşlı 100 hospitalizasiya olunmuş xəstəyə 151,8 konsultasiya; 50-54 yaşlı 100 hospitalizasiya olunmuş xəstəyə 11,8 konsultasiya. Yuxarı yaş qruplarından hospitalizə olunmuş xəstələrin konsultativ yardımın faktiki həcmində daha yüksək göstəriciləri bir çox faktlarda, həmçinin bir neçə patologiyaların birgə olması, əsas xəsteliyin ağır olması və xəstələrin bu kontingentinin tacili hospitalizasiyası ilə izah olunur. Ekspertizanın nəticəsinə görə ən çox ehtiyac terapevtin (55,9 konsultasiya); anestezioloq-reanimatoloğun (100 hospitalizasiya olunmuş xəstəyə 55,1 konsultasiya) konsultasiyalarına olmuşdur.

Ginekoloji profil üzrə planlı və tacili surətdə hospitalizə olunmuş xəstələrin konsultativ yardımına olan ehtiyaclarının təyininə A.V.Saxno (2005) və İ.V.Ignatenkonun (2007) dissertasiya işləri həsr olunmuşdu. Bu tədqiqatların nəticələri planlı və tacili surətdə hospitalizasiya olunmuş pasientlərin dar ixtisas həkimlərinin konsultasiyalarına olan ehtiyacların müxtəlif olması, konsultativ yardımın faktiki həcmi ilə TiS-la müəyyən edilmiş konsultativ yardım göstərilməsinə olan ehtiyac və hamları arasında nəzərə çarpan fərqlər olması fikirlərini təsdiq etdi (7,16,17,26). Yuxarıda deyilənlərə əsasən müəlliflər xəstələrin müxtəlif dar ixtisaslı həkimlərin

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

konsultasiyalarına olan tələblərin əsaslandırılmasına görə xüsusi tədqiqatlar əsasında mövcud TiS-a yenidən baxılması üçün sübut olunmuş məsləhət-tövsiyyələr irəli sürdülər.

Y.V.Savelyeva tərəfindən (2007) çox profilli xəstəxanaların endokrinoloji şöbələrinə hospitaliza olunmuş, qalxanabənzər vəzi patologiyası olan xəstələrə göstərilmiş konsultativ yardımın faktiki həcm analizinin nəticələri təqdim edilmişdi [14].

Planlı şəkildə hospitalizə olunmuş pasientlərin konsultativ yardımına olan ehtiyacı bütövlükdə hər 100 hospitalizasiya olunmuş xəstəyə 495,8 konsultasiya, təcili hospitalizasiya olunmuş pasientlərdə isə 850,0 konsultasiya halını təşkil edirdi. Endokrinoloji şöbəyə hospitalizasiya olunmuş tireoid patologiyalı xəstələrə göstərilmiş əsassız konsultasiyaların həcmi hər 100 xəstəyə 25,9 konsultasiya, əlavə lazımi konsultasiyaların həcmi isə 86,9 konsultasiya təşkil etmişdi.

Bələliklə, konsultativ yardımına olan ehtiyacın öyqənilməsində bir neçə mərhələ izlənilir. Son vaxtlar xəstəliyin inkişaf mərhəlesi və mövcud yanaşı patologiya nəzərə alınmaqla konsultativ yardımın qiymətləndirilməsinin fərdiləşməsinə meyillilik müşahida olunur.

ƏDƏBİYYAT

1. Алексеев Н.А. Научное обоснование оптимизации организационных технологий в деятельности городского многоотделочного ЛПУ: Автореф. Дис.. д-ра мед.наук. М.,2002,46 с.
2. Брюховетский А.Г. Методологические подходы к совершенствованию диагностического процесса в клинике внутренних болезней // Сов. медицина,1987, №2, с. 57-60
3. Гуламов А.А. Обоснование потребности в консультативной помощи госпитализированным больным сахарным диабетом: Афтореф. дис.. канд. мед. наук. Курск, 2005, 235 с.
4. Гуламов А.А. Потребность в консультативной помощи госпитализированных больных по поводу сахарного диабета // Экономика здравоохранения,2005, № 5-6, с. 20-22
5. Дедова Н.Г. Опыт изучения потребности госпитализированных больных в консультативной помощи врачей-специалистов /Материалы международной конференции. Актуальные проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения. М., 1980, с. 67-69
6. Дедова Н.Г. Потребность лиц, госпитализированных в отделения терапевтического и хирургического профилей, в консультативной помощ // Сов. Здравоохр., 1981, № П, с.12-17
7. Игнатенко И.Б. Обоснование потребности в консультативной помощи планово госпитализированных больных гинекологического профиля: Автореф. Дис. канд. мед. наук. М., 2007, 50 с.
8. Кириллов В.В. Методические подходы к анализу деятельности консультативно-диагностических учреждений // Здравоохранение РФ, 1988, №11, с. 29-31
9. Климова Л.П. Размышления над городскими стандартами медицинской помощи // Главный врач, 1994, Вып. 2, с. 44-47
- 10.Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Медицина, 2002, 416 с.
- 11.Нагорная Т.Г. Оптимизация консультативной помощи в терапевтических отделениях многопрофильной больницы в современных условиях: Афтореф. дис... канд.мед.наук. Курск, 2000, 175 с.
- 12.Неустраева Л.Д. Организация медико-профилактической помощи больным артериальной гипертонии в Республике Саха (Якутия) // Проблемы управления здравоохранением, 2003, №1 (8), с.67-68.
- 13.Овчаров В.К. Необходимость структурных перемен и их медико-экономические тенденции в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены и истории медицины., 1996, №4, с.24-32
- 14.Савельева Ж.В. Потребность в консультативной помощи больных с заболеваниями щитовидной железы: Автореф. дис...канд. мед. Наук. Курск, 2007, 21 с.
- 15.Сандлер В.Б., Мамонтова Л.В., Косованова Л.В. и др.Опыт работы консультативного отдела диагностического центра // Здравоохранение РФ, 1992, №4, с.22-23
- 16.Сахно А.В. Потребность в консультативной помощи экстренно госпитализированных гинекологического профиля // Вестник СПб. гос.мед. Академии им. И.И.Мечникова, 2004, №4, с.40-42
- 17.Сахно А.В. Потребность в консультативной помощи экстренно госпитализированных больных гинекологического профиля: Автореф. Дис...канд.мед.наук. М., 2005, 280 с.
- 18.Соболев В.А. Потребность в консультативной помощи госпитализированных больных хирургического профиля: Автореф. Дисс...канд.мед.наук. М., 2003, 212 с.
- 19.Соболев В.А. Состояние консультативной помощи госпитализированным больным хирургического профиля / Проблемы территориального здравоохранения. Сб. научных трудов, М., 2002, Вып.2, с.67-68
- 20.Тагирова Г.К. Потребность в консультативной помощи и лабораторно-инструментальных исследованиях экстренно госпитализированных больных офтальмологического профиля : Автореф. дис...канд.мед.наук. М., 2005, 32 с.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

21. Хальвин Э.Ш. Кардиологические дистанционные консультации и диагностические центры // Кардиология, 1985, №11, с.5-9
22. Щепин В.О. Научная оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения и динамика их структурных преобразований: Автореф. дис...д-ра мед.наук. М.,1997,48 с.
23. Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении. М.,1997, 224с.
24. Щепин В.О. Структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в 90-е годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2000, №3, с.24-27
25. Щепин О.П., Овчаров В.К. Пути решения проблем здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2004, №1, с.3-6
26. Ямчиков А.С., Попенко И.Г. Практика ресурсосбережения в здравоохранении региона и города (на примере Красноярского края) // Здравоохранение, 2002, №3, с.11-18

Daxil olub:20.08.2010

UROLOJİ SİSTEM DAŞLARININ ANALİZİ

S.B.Imamverdiyev, R.T.Hüseynzadə
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı şəhəri

Sidik sisteminin daş xəstəliyi prostat xəstəlikləri və uroloji infeksiyalarından sonra uroloji sistemin ən sıx görünən üç xəstəliyindən biri olub əhali kütləsi arasında 4-20% səviyyəsində müşahidə edilməkdədir [1-3].

Miladdan əvvəl 7000-ci ildən bəri görüldüyü bilinən daş xəstəliyinin tarixinin bu qədər qədim olmasına baxmayaraq, etiologiyası və patogenezi hələ tam olaraq öyrənilməmişdir. Bununla birlikdə uroloji sistemin daş xəstəliyini etiologiyasında genetik, cinsiyət, yaş, coğrafiya, heyat tərzı, irq, mövsimi dəyişiklik və sənət olmaqla bir çox faktorların rol oynadığı düşünülməkdədir[4-6].

Son 25 ilde sidik daşı xəstəliyi ilə bağlı tədqiqatların nəticəsində ekstrakorporal və endoskopik cerrahiyədəki irəlliyişlər ne qədər açıq daş cerrahiyəsinin sayını azaltsa da, əməliyyat sonrakı keçən dövrə residiv daş şansını azaltmadığı açıq aşkar elmə məlumdur [7].

Sidik daşı xəstəliyinin formallaşmasında risk faktoru kimi rol oynayan epidemioloji amillər arasında olmuşdur-xəstələrin yaşı, irqi, təhsili, bedən kütləsi, təzyiqi və C vitamini və diuretiklərin qəbulu. Qidalardan süd, kofe, çay, yumşaq içkilər və alkaqolun qəbulu daşın formallaşmasında müxtəlif cür təsir edir [8].

TƏDQİQATIN MƏQSƏDİ.Tədqiqat predmeti olaraq sidik daşının mineral tərkibinin müxtəlifliyinə səbəb olan xəstələrin yaş, cins və buna bağlı olaraq daşın mineral tərkibinin qarşılıqlı təhlili seçilmişdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat predmeti olaraq Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasının bazası nəzdində Akademik M.Ə.Mirqasimov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının Urologiya şöbesində 2007-2010-cu illər ərzində Azərbaycan Respublikasının Şimal və Şimal-Qərb coğrafi zonasından müraciət etmiş və müalicə (konservativ və cerrahi) almış xəstələr seçilmişdir. Tədqiqat qrupuna 142 xəstə daxildir. Bu xəstələrdən 77-i kişi, 65-i qadın olmuşdur. Xəstələrin minimum və maksimum yaş həddi olaraq <15 və >60 olaraq götürülmüşdür. Kişi qadın nisbeti 1,18/1 olmuşdur.

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏ. Sidik daşı xəstəliyinin yaranmasında xəstələrin cins və yaş xüsusiyyətləri xüsusi təsire malikdir. Eyni zamanda sidik daşının mineral tərkibinin xəstələrdə cinslərə görə hiss olunacaq derecədə müxtəlifliyi və bunların insan həyatının müxtəlif yaş dövrlərindəki dəyişiklikləri dikkəti çəkən mühüm faktordur.

Tədqiqat qrupuna daxil olan xəstələr arasında sidik daşının mineral təkbine görə araştırma aparılmışdır və aşağıdakı nəticə əldə edilmişdir.

Cədvəldən də göründüyü kimi, müşahidə qrupuna daxil olan xəstələrin oksalat mineral tərkibli daş 75 xəstə (52,8%) ilə üstünlük təşkil etmişdir, sidik turşusu 27 xəstə (19%) ilə ikinci sıradə yer alır. İnsanların oksalat daşı ilə xəstələnmə ehtimalının 50%-dən yüksək olması böyük risk səviyyəsi təşkil edir. Alınan bu nəticə əcnəbi tədqiqatlarda da alınan nəticələrə yaxınlıq təşkil edir.

1977-1991-ci illər ərzində-3634 sidik daşı xəstəliyi olan Şimali Avstraliya əhalisində böyük daşının formallaşmasında cins, yaş və fəsl dəyişikliklərin əlaqəliliyi araşdırılmışdır.

Azərbaycan tebabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Araşdırmanın nəticəsinə əsasən müxtəlif tərkibli daşlar öyrənilmişdir. Kalsium oksalat (fosfatlı və ya fosfatsız) 68%; urat 17%; infeksiyalasmış daşlar (maqnezium ammonium fosfat) 12%; təmiz kalsium fosfat 3% [9].

Kişi və qadınlar arasında sidik daşı xəstəliyi müxtəlif intensivlikdə yayılmışdır.

Cədvəl 1

Daşın mineral təkibine görə bölgü

daşın mineral təkibi	Say	%
oksalat	75	52,8
fosfat	21	14,7
urat	18	12,6
sidik turşusu	27	19
sistin	1	0,7

Cədvəl 2

Daşın mineral təkibinin xəstələrin cinsinə görə bölgüsü

Cins	Daşın mineral təkibi									
	oksalat		fosfat		urat		sidik turşusu		sistin	
	say	%	say	%	say	%	say	%	say	%
kişi	43	30,2	7	4,9	10	7	17	11,9	0	0
qadın	32	22,5	14	9,8	8	5,6	10	7	1	0,7
ümumi	75	52,8	21	14,7	18	12,6	27	19	1	0,7

Araşdırmadan da aşkar məlum olur ki, sidik daşı xəstəliyi kişiler arasında (77 xəstə 54,2%) qadınlara nisbətən (65 xəstə 45,7%) daha çox müşahidə edilmişdir. Eyni zamanda kişi qrupunda müşahidə səviyyəsinə görə oksalat mineral tərkibli daş 43 xəstə (30,2%) ilə üstünlük təşkil edir, sidik turşusu 17 xəstə (11,9%) ilə ikinci sıradə yer alır. Yanaşı olaraq qadın qrupunda müşahidə səviyyəsinə görə oksalat mineral tərkibli daş 32 xəstə (22,5%) ilə üstünlük təşkil edir, fosfat 14 xəstə (9,8%) ilə ikinci sıradə yer almışdır. Qeyd etməliyik ki, qadınlar arasında fosfat mineral tərkibli daşın ikinci sıradə yer almasının əsas səbəblərində biri kimi qadınlarda infeksiya olma ehtimalının yüksək olmasıdır.

Oksalat və fosfat daşlarının formalşması ilə fəsili dəyişikliklər arasında əhəmiyyətli əlaqə müşahidə edilməmişdir. Urat daşları yayda və payızda əhəmiyyətli dərəcədə artır və eyni zamanda infeksiyon daşlar yazda və yayda xüsusilə çox müşahidə edilir. Oksalat, urat və kalsium fosfat mineral tərkibli daşlar xüsusilə kişiler arasında müşahidə edilir və uyğun olaraq kişi/qadın nisbeti 2,8:1, 3,7:1 və 1,4:1 təşkil edir. Qadınlar arasında 20–25 yaş dövrlərində oksalat mineral tərkibli daşlarında ciddi artım qeydə alınır və uyğun olaraq kişi/qadın nisbeti 0,7:1 təşkil edir. Infeksiyon daşlar xüsusilə qadınlara məxsusdur və uyğun olaraq kişi/qadın nisbeti 0,7:1-dir. Araşdırmadan məlum olur ki, fəsili dəyişikliklərin təsiri xüsusilə urat və infeksiyon tərkibli daşlarda qeydə alınır. Kişi lərde qadınlara nisbətən daha çox daş əmələ riski vardır—infeksiyon daşları çıxməq şərti ilə. Əlavə olaraq kalsium oksalat mineral tərkibli daşların müşahidə səviyyəsi qadınlardan arasında fərqli periodlarda yüksək risk təşkil edə bilər [9].

Xəstələrin yaşı və sidik daşının mineral təkibini arasında bağlılığın öyrənilməsinin özünəməxsus əhəmiyyəti vardır. Cədvəldən de göründüyü kimi, xəstələrin ayrı-ayrı yaş qrupları üzrə sidik daşı xəstəliyinin mineral təkibinə görə müşahidə səviyyəsində oksalat daşı üzrə 41-50 yaş qrupu 24 xəstə (16,9%) ilə üstünlük təşkil edir, 16-30 yaş qrupu 18 xəstə (12,6%) ilə ikinci sıradə yer alır. Fosfat daşı üzrə 41-50 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) ilə üstünlük təşkil edir, 31-40 yaş qrupu 5 xəstə (3,5%) və >61 yaş qrupu 5 xəstə (3,5%) ilə uyğun olaraq ikinci sıradə yer alırlar. Urat daşı üzrə 41-50 yaş qrupu 8 xəstə (5,6%) ilə üstünlük təşkil edir, 16-30 yaş qrupu 7 xəstə (4,9%) ilə ikinci sıradə yer alır. Sidik truşusu daşı üzrə 31-40 yaş qrupu 12 xəstə (8,4%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 8 xəstə (5,6%) ilə ikinci sıradə yer alır. Sistin daşı yalnız 1 xəstədə (0,7%) və 51-60 yaş qrupnda müşahidə edilmişdir.

Cədvəl 3
Xəstələrin yaşı və sidik daşınan mineral tərkibi arasında əlaqənin təsviri

Yaş	Daşın mineral tərkibi									
	oksalat		fosfat		urat		sidik turşusu		sistin	
	say	%	say	%	say	%	say	%	say	%
<15	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0
16-30	18	12,6	1	0,7	7	4,9	2	1,4	0	0
31-40	13	9,1	5	3,5	2	1,4	12	8,4	0	0
41-50	24	16,9	6	4,2	8	5,6	8	5,6	0	0
51-60	11	7,7	4	2,8	1	0,7	5	3,5	1	0,7
>61	8	5,6	5	3,5	0	0	0	0	0	0

Cədvəl 4
Kişi xəstələr üzre onların yaşı və sidik daşınan mineral tərkibi arasında əlaqənin təsviri

cins (kişi) və yaş	daşın mineral tərkibi									
	oksalat		fosfat		urat		sidik turşusu		sistin	
	say	%	say	%	say	%	say	%	say	%
<15	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0
16-30	14	9,8	1	0,7	1	0,7	2	1,4	0	0
31-40	7	4,9	0	0	2	1,4	6	4,2	0	0
41-50	12	8,4	2	1,4	6	4,2	5	3,5	0	0
51-60	5	3,5	1	0,7	1	0,7	4	2,8	0	0
>61	4	2,8	3	2,1	0	0	0	0	0	0

Cədvəldən de göründüyü kimi, xəstələrin kişi qrupuna daxil olan ayrı-ayrı yaş qrupları üzre sidik daşı xəsteliyinin mineral tərkibinə görə müşahidə seviyyəsində oksalat daşı üzre 16-30 yaş qrupu 14 xəstə (9,8%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 12 xəstə (8,4%) ilə ikinci sırada yer alır. Fosfat daşı üzre >61 yaş qrupu 3 xəstə (2,12%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 2 xəstə (3,5%) ilə ikinci sırada yer alır. Urat daşı üzre 41-50 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) ilə üstünlük təşkil edir, 31-40 yaş qrupu 2 xəstə (1,4%) ilə ikinci sırada yer alır. Sidik truşusu daşı üzre 31-40 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 5 xəstə (3,5%) ilə ikinci sırada yer alır. Sistin daşı kişi qrupunda müşahidə edilmişdir.

18 yaş üstü olan insanlarda həyatları boyu sidik daşı xəsteliyinin yayılma seviyyəsi ümumilikdə 11,42%, kişilər arasında 10,53%, qadınlar arasında 12,45% olaraq öyrənilmişdir [10].

Uroloji sistemin daş xəsteliyi həyat boyu ən çox 3 və 4-cü onillikdə aşkar edilməkdədir [11].

Oksalat daşları həm turş, həm də qələvi mühitli sidikdə çöke bilər. Fosfat daşları qələvi mühitli sidikdə çökür. Çox tez böyüyür və residiv seviyyəsi yüksəkdir. Sidik turşusu daşları isə turş mühitli sidikdə çökür. Ümumilikdə ikincili olaraq ortaya çıxırlar [12].

Tədqiqatdan da göründüyü kimi, xəstələrin qadın qrupuna daxil olan ayrı-ayrı yaş qrupları üzre sidik daşı xəsteliyinin mineral tərkibinə görə müşahidə seviyyəsində oksalat daşı üzre 41-50 yaş qrupu 12 xəstə (8,4%) ilə üstünlük təşkil edir, 31-40 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) və 51-60 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) ilə uyğun olaraq ikinci sırada yer alırlar. Fosfat daşı üzre 31-40 yaş qrupu 5 xəstə (3,5%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 4 xəstə (2,8%) ilə ikinci sırada yer alır. Urat daşı üzre 16-30 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 2 xəstə (1,4%) ilə ikinci sırada yer alır. Sidik truşusu daşı üzre 31-40 yaş qrupu 6 xəstə (4,2%) ilə üstünlük təşkil edir, 41-50 yaş qrupu 3 xəstə (2,12%) ilə ikinci sırada yer alır. Sistin daşı yalnız qadın qrupunda və 51-60 yaş qrupunda 1 xəstə (0,7%) ilə müşahidə edilmişdir.

Cədvəl 5
**Qadın xəstələr üzrə onların yaşı və sidik daşının mineral tərkibi arasında əlaqənin
 təsviri**

Cins (qadın) və yaş	daşın mineral tərkibi									
	oksalat		fosfat		urat		sidik turşusu		sistin	
	say	%	say	%	say	%	say	%	say	%
<15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16-30	4	2,8	0	0	6	4,2	0	0	0	0
31-40	6	4,2	5	3,5	0	0	6	4,2	0	0
41-50	12	8,4	4	2,8	2	1,4	3	2,12	0	0
51-60	6	4,2	3	2,12	0	0	1	0,7	1	0,7
>61	4	2,8	2	1,4	0	0	0	0	0	0

Tədqiqatın nəticəsi claraq aşağıdakı bir neçə məqam diqqət öününe alınmışdır: 1.sidik daşı xəstəliyi xüsusilə oksalat mineral tərkibli olmuşdur 52,8%; 2.kişi və qadınlar arasında sidik daşı xəstəliyi xüsusilə oksalat tərkibli olmuşdur və uyğun olaraq müşahidə nisbətləri 30,2% və 22,5%; 3.fosfat mineral tərkibli daş xəstəliyi xüsusilə qadınlar arasında kişilərə nisbəten daha çox müşahidə edilmişdir və uyğun olaraq nisbətləri 9,8% və 4,9%.

Yekun olaraq daş xəstəliyi ölkəmizdə önəmlı bir xalq sağlamlıq problemdir. Müasir tibbin birinci məqsədinin xəsteliklərdən qorumaq olduğunu düşünək, daş xəstəliyi üçün düzələbilən risk faktorları olan heyat terzi alışqanlıqları, maye qəbulunun normallaşdırılması, sosialıqtisadi seviyyənin yaxşılaşdırılması üçün sağlamlıq siyasetinin təkrar gözden keçirilməsi gerekdir. Sağlamlıq siyasetini yönləndirmek üçün xəstelik haqqında daha çox və daha böyük kütłəni özündə birləşdirən çox sayıda epidemioloji araşdırılmalarə ehtiyac vardır.

ƏDƏBİYYAT

1. Pak CYC. Kidney stone // Lancet, 1998, v.351, p.1797-801.
2. Trinchieri A. Epidemiology of urolithiasis // Arch It Urol., 1996, v.68, p.203-49.
3. Hesse A, Siener R. Current aspects of epidemiology and nutrition in urinary stones // World J Urol., 1997, v.15, p.165-71.
4. Borghi L, Ferretti PP, Elia GF, Amato F, Melloni E, Trapassi MR, et al. Epidemiological study of urinary tract stones in a Northern Italian City // Br J Urol., 1990, v.65, p.231-5.
5. Taylor EN, Curhan GC. Effect of dietary modification on urinary stone risk factors // Kidney Int., 2006, v.69, p.1093.
6. Pyrah LN. Epidemiology of urolithiasis, in renal calculus. New York: Springer, Berlin Heidelberg, 1979, p. 3.
7. Adayener C., İşeri C., Şenkul., Karademir K. ve.ark. Tekrarlayan taş hastalığı: epidemiolojik bir araştırma //Türk Üroloji Dergisi, 2002, v.28(4), p.428-436.
8. Soucie CM, Coates RC, McClellan W, Austian H, Thun M. Relation between geographic variability in kidney stones prevalence and risk factors for stones // American journal of epidemiology, 1996, v.143, No.5, p. 487-95
9. Baker PW, Coyle P, Bais R, Rof AM. Influence of season, age, and sex on renal stone formation in South Australia // Med C Aust., 1993, v.159 (6), p.390-2
10. Nihat Uluocak, Fikret Erdemir, Doğan Atilgan ve.arkad. Tokat ilinde üriner sistem taş hastalığı prevalansı // Türk Üroloji Dergisi-Turkish Journal of Urology, 2010, v.36(1), p.81-86
11. Consensus conference. Prevention and treatment of kidney stones //JAMA 1988,v.260,p.977-81.
12. Toktay H., Özben S., Alsan M. Üriner sistem taşlarının analizi (80 olquda çalışma) //Türk Üroloji Dergisi. 1981, №1, p.17-19

РЕЗЮМЕ

АНАЛИЗ КАМНЕЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

С.В.имамвердиев, Р.Т.Гусейнзаде

В исследовательской работе проделан сравнительный анализ болезни камней урологической системы. В исследование вошло 142 пациента. При исследовании минеральной структуры камней было выявлено, что показатель оксалата был выше. Также был выявлен фосфат, урат, цистин, мочевина. Терапевтические мероприятия велись с учетом пола и возраста. В формировании камней в почках способствует питьевая вода, питание и другие компоненты.

**SUMMARY
АНАЛИСИС ОФ ЭЭНИТО-УРИНАРЫ ТРАТЬ СТОНЕС
С.Б.Имамвердиев, Р.Т.Шүсейнзада**

Ин тхис студий, ъомпоситион оф тще алл уринарй систем ъальули щас бен детерминед. Ин а серисес оф 142 ъасес тще анализис сшошед тщат тще зреат маоритй ис ъомпосед оф охалат. Фоллошинэ тщат урий асит, пшоспшате, урат анд ъистин аре фоунд то ехист ин тще ъальули. Ит ис ъоньлудед тщат соме пропциальтиз месурсес сущ ас азе анд сех оф патентс, днэт, ватер анд отщерс плай ан имортант роле ин тще ъальулус форматион ин тще алл уринарй систем.

Daxil olub:21.10.2010

**DOĞUŞ FƏALİYYƏTİNİN DİSKOORDİNASİYASININ ANTIHOMOTOKSİK
PREPARATLARLA PROFİLAKTİKASI**

N.M. Kamilova, T.F. Cəfərova, Ə.A. Hacıyeva, R.Ş. Vəzirova, S.N. Vəliyeva, V.Ə. Hüseynova
Azerbaycan tibb universiteti, Bakı

Başlanmış doğuş fəaliyyəti zamanı bir sıra hallarda, əsasen də, uşaqlığın yiğilma qabiliyyətinin pozulması hallarında, medikamentoz vasitələrin hamilə qadına və döle mənfi təsiri aktual problem kimi həm mama-ginekoloqları, reanimatoloqları, həm də neonatoloqları, eczacıları narahat etməyə bilməz.

Diskoordinasiya səbəbindən dölün vəziyyətinin intranatal pozulma halları orta statistik göstəricilərə görə 5-dən 15%-ə qədər teşkil edir [3,4].

Doğuş fəaliyyətinin discoordinasiyasının müalicəsi üçün müxtəlif dərman qruplarından olan preparatlar istifadə olunur (trankvilizatorlar, sedativ, spazmolitik, narkotikəbənzər, β-mimetiklər və b.).

Bir çox hallarda doğuş fəaliyyətinin discoordinasiyası doğuş fəaliyyətinin zəifliyi kimi özünü göstərir, bu da müalicə təyinatında bir neçə istiqamətli dərman vasitələrinin təyininə məcburiyyət yaradaraq, dölün bətnədaxili vəziyyətini çətinləşdirir.

Uşaqlığın yiğilma qabiliyyətinin pozulmalarının profilaktikası hal-hazırda ikinci və üçüncü dərəcəli discoordinasiyaların, doğuş fəaliyyətinin davamlı zəifliyinin profilaktikasına yönəlmüşdür, belə ki, bu səbəblər ekstren operativ doğusun əsas göstərişləridir [6,8].

Uşaqlığın doğuş fəaliyyətinin effektivliyi miometriumun yiğilmasının sinxronluğundan və eyni zamanda uşaqlıq boynunun daxili dəliyinin genişlənməsindən asılıdır [1,4].

Bəzi medikamentoz doğum fəaliyyətini stimule edən preparatlar döle mənfi təsir göstərir [1,2].

Döл üçün risk ehtimalı dərman preparatının uşaqlıq – cift baryerindən keçməsindən asılıdır. Bunu nézərə alaraq doğuş fəaliyyətinin stimule edilməsində hamilənin orqanizminə və döle minimal mənfi təsir və maksimal müsbət effekti olan preparatları istifadə etmek lazımdır. Bu tələblərə təbii xam maldan, minimal dozalarda hazırlanmış antihomotoksik preparatlar cavab verir. Preparatlar orqanizmin öz daxili imkanlarını stimule edərək, komplementar prinsip üzrə işleyirlər. Preparatların kompleks tərkibi onları göstərişlərə görə tətbiq etməyə imkan yaradır, bu da hətta xüsusi hazırlığı olmayan həkimlər üçün də bu medikamentoz vasitələrin istifadəsini asanlaşdırır.

Uşaqlığın yiğilma qabiliyyətinin pozulmalannın profilaktikası üçün istifadə olunan preparatlar trankvilosedativ, spazmolitik effekte malik olmalı, uşaqlığın yiğilma qabiliyyətini azaltmamaq şərti ilə analgetik effekte malik olmalı və döle, yenidögülmüşə depressiv təsir göstərməməlidirlər [7,8].

Bütün bu xassələr Viburkol preparatında cəmləşib. Vibrukoluñ tərkibində olan aptek çobanyastiğı (Chamomilla) kəskin sürətdə ağrı həssaslığı seviyyəsini artırır [4,7], xanımotu (Belladonna) spazmolitik effekti uşaqlığın boynuna göstərir [6,8]. Vibrukoluñ tərkibinə daxil olan quş üzümü trankvilosedativ, bağayarpağı (Plantaquus major) – sedativ effekt göstərir. Kalsium karbonatın analgetik təsiri və neyrovegetativ sistemi regulyasiya edən anemon (Pulsatilla) bəzi müelliflərin fikrinə görə [4,5] Viburkuñ doğuş fəaliyyətinin discoordinasiyasında istifadə etməyə əsas verir.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

Beləliklə, neyrovegetativ və metabolik sistemlərin normallaşması ilə yanaşı pozulmuş doğuş fealiyyətinin bərpası – bu preparatın əsas xassələrindədir. Döle mənfi təsirinin olmaması və rahat istifadə forması (rektal şamlar) alternativ vasitələrlə müqayisədə Viburkol preparatına bir sıra üstünlük verir.

Tətqiqatımızın MƏQSƏDİ – antihomotoksik Viburkol preparatının effektivliyinin doğuş fealiyyətinin diskordinasiyasının profilaktikası məqsədi ilə istifadəsinin qiymətləndirilməsidir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tətqiqatımızda ağırlaşmış mammalıq anamnezi, aşağı seqmentin doğusdan əvvəl və preliminar dövrde yüksək tonusu səbəbindən doğuş fealiyyətinin diskordinasiyasının inkişafı ehtimalı üzrə risk qrupuna aid olan 54 hamilə qadın iştirak edirdi. Bu qadınlardan 2 qrup formalaşmışdır. Birinci qrupa hamiləliyin axırındı heftlərində və doğuşda olan 24 qadın daxil edilmişdir. Onlar Viburkol şamını per rectum hər 3-4 saatdan istifadə edirdilər. İkinci qrupda 30 qadın preliminar dövrde və doğusda spazmolitiklər (no-spa, baralgin, papaverin şamları), narkotiklər (promedol) və β-mimetiklər (ginipral) qəbul edirdilər.

Hər iki qrupda qadınların yaşı fərqi böyük deyildi və uyğun olaraq $22,6 \pm 0,9$ və $28,2 \pm 0,8$ təşkil edirdi. Birinci qrupda ilk doğanlar 19 (79%), ikinci qrupda – 16 (53%). Tekrar doğuş birinci qrupda 5 qadında (20,8%), ikinci qrupda – 14 qadında (47%). Doğum zəifliyi ilk qrupda 2 (8,3%) qadında, ikinci qrupda doğum zəifliyindən 6 (20%) başqa doğuş fealiyyətinin diskordinasiyası 2 (6,6%) qadında qeyd olunmuşdur.

Preliminar dövrün orta davamiyyət müddəti $7,3 \pm 1,1$ saat (5-14 saat). İkinci qrupda bu göstərici $16,8$ (8-23 saat) təşkil edirdi. İkinci qrupda patoloji preliminar dövr 4 qadında aşkar olundu, bunlardan birində müalicəvi preparatların istifadəsinin qeyri-effektiv olması ilə əlaqədar doğuş kesar kəsiyi ilə bitmişdir.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Doğuşun ümumi müddəti, orta hesabla birinci qrupda 8 saat $20 \text{dəq. } \pm 0,3$, ikinci qrupda – 12 saat $10 \text{dəq} \pm 0,2$ saat. Latent dövrün müddəti birinci qrupda orta hesabla $3,2 \pm 0,9$, ikinci qrupda – $6,8 \pm 0,7$ saat. Uşaqlığın yiğilma qabiliyyətinin pozulması doğuş qüvvələrinin diskordinasiyası kimi birinci qrupda 2 (8,3%), ikinci qrupda – ikinci dərəcədə diskordinasiyası 3 (10%) qadında qeyd olunmuşdur (ikisində operativ müdaxilə ehtiyac oldu). Birincili doğuş zəifliyi birinci qrupda müşahidə olunmurdu, ikinci qrupda isə doğuş fealiyyətinin gücləndirilməsi aparılırdı, lakin bunun effektivsizliyi səbəbindən döldür bəndaxili proqressivləşən hipoksiyası nəticəsində bir qadında operativ müdaxile aparıldı.

Uşaqlığın yiğilma fealiyyətinə pozulması birinci qrupda 2 (8,3%), ikinci qrupda isə 7 (23%) qeyd olundu, yəni 2,5 tez müşahidə olunmuşdur. Operativ müdaxilə yalnız ikinci qrupdan olunmurdu, ikinci qrupda isə doğuş fealiyyətinin gücləndirilməsi aparılırdı, lakin bunun effektivsizliyi səbəbindən döldür bəndaxili proqressivləşən hipoksiyası nəticəsində bir qadında operativ müdaxile aparıldı.

Yenidoğulmuşların orta çəkisi 3593 ± 165 qr və 3671 ± 153 qr, buna uyğun olaraq ($P > 0,5$). Birinci qrupda Apqar şkalası ilə yenidoğulmuşların vəziyyəti $8,1 \pm 0,1$ bal, ikinci qrupda – $7,3 \pm 0,2$ bal ilə qiymətləndirilmişdir. İkinci qrupda hipoksiya vəziyyətində doğulduğularına görə 3 yenidoğulmuş intensiv terapiya almışdır (Apqar şkalası ilə qiymətləndirme – $5,4 \pm 0,1$).

Beləliklə, bizim göstəricilərə görə hamilələrin doğuş fealiyyətinin diskordinasiyası inkişaf etmə ehtimalı yüksək olan risk qrupunda antihomotoksik preparatların istifadəsi uşaqlığın yiğilma qabiliyyətinin pozulmalarının azalmasına, operativ müdaxilə ehtimalının enməsinə və yenidoğulmuşların vəziyyətinin yaxşılaşmasına getirib çıxarır. Həm doğusdan əvvəlki, həm də doğuş dövründə Viburkol preparatını uşaqlığın yiğilma fealiyyətinin normallaşması məqsədi ilə istifadə etmək mümkündür.

ƏDEBİYYAT

1. Дуда И.В., Сидорова И.С., Попов А.А. Некоторые аспекты применения гомеопатических средств в родильном зале // Гомеопатия и фитотерапия, 1995, №1, с 33-34.
2. Bianchi I. Principles of Homotoxicology. Vol.i.Aurelia-Verlag: Baden-Baden, 1989.
3. Fisher C.E. Homeopathy in Obstetric Emergencies. B.Jain Publ Pvt Ltd, 1991.
4. Hoyne TS. Clinical Therapeutic. B Jain Publ Pvt Ltd, 1993, v.I.
5. Peters J.C. Diseases of Married Females. B.Jain Publ Ltd, 1994
6. Reckeweg HH. Materia Medica. Homoeopathia antihomotoxic. Aurelia-Verlag: Baden-Baden, 1983, v.1.
7. Yingling WA. The Accoucheur's Emergency Manual. B Jain Publ Pvt Ltd, 1994.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

8. Тираспольский И.В., Применение антигомотоксических препаратов в практике акушера-гинеколога.
М., 2001

РЕЗЮМЕ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Н.М.Камилова, Т.Ф.Джафарова, А.А.Гаджиева, С.Н.Велиева, В.А.Гумейнова

В этом сравнительном исследовании доказана эффективность антигомотоксического препарата Viburcol в профилактике аномальной активности родовой деятельности беременных женщин. В результате применения Viburcol в группе риска беременных женщин значительно уменьшилась патологическая активность матки, улучшилось состояние новорожденного.

SUMMARY

THE PROPHYLACTIC Of DISCOORDINASY OF LABOR ACTIVITY BY ANTIHOMOTOXIC PREPARATIONS

N.M.Kamilova, T.F.Jafarova, A.A.Hajiyeva, S.N.Veliyeva, V.A.Huseynova

In this comparative study the efficiency of the antihomotoxic remedy Viburcol in the prophylaxis of abnormal labor activity for pregnant women is proved. The application of Viburcol in the risk group of pregnant women results in a significant decrease of pathological uterus activity, operating activity and improvement of the state of the newborn.

Daxil olub:14.11.2010

VƏRƏM OCAQLARINDA YAŞAYAN UŞAQ VƏ YENİYETMƏLƏR ARASINDA FƏAL VƏRƏMIN YARANMASININ XÜSUSIYYƏTLƏRI

M.B.Qurbanova

1 sayılı Vərəm əleyhinə dispanser, Bakı

Uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm xəstəliyinin erkən aşkarlanması bu gün də aktual problem olaraq qalmaqdadır [1]. Vərəm əleyhinə aparılan əksepidemik tədbirlər: vərəm əleyhinə spesifik immunizasiya, kütłəvi tuberkulinodiaqnostika və kimyevi profilaktika, vərəmə görə risk qrupları arasında aparılan tədbirlər və s. həmişə müsbət effekt vermır. Bu gün də uşaq və yeniyetmələr arasında vərəmin gecikmiş və generalizə olunmuş formalanına, o cümlədən miliar vərəm və vərəm meningiti hadisələrinə təsadüf edilir [2,3]. Müəyyən edilmişdir ki, risk qruplarından olan uşaq və yeniyetmələr arasında vərəmə yoluxma və vərəmle xəstələnmə halları sağlam uşaqlara nisbətən 22 dəfə artıq hallarda təsadüf edilir. Uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm xəstəliyinin əmələ gelməsində rolü olan faktorlar spesifik və qeyri spesifik olmaqla iki qrupa bölünür. Spesifik faktorlara epidemioloji, tibbi-biooji, kliniki-genetik faktorlar, qeyri spesifik faktorlara isə yaş, cins, yanaşı keskin və xroniki qeyri-spesifik xəstəlikler və sosial faktorlar aiddir [4]. Vərəmli xəstələrlə təmasda yaşayan uşaq və yeniyetmələr vərəmə görə risk qrupları içerisinde ən təhlükəli qrup sayılırlar [5,6]. Vərəm ocaqlarında epidemioloji durum bir sıra faktorlardan: vərəm ocağının xarakterindən, temasın xarakteri və müddətindən, temasda olanların organizminin rezistentlyiində asılıdır. Müəyyən edilmişdir ki, 30,0-60,0% hallarda uşaq və yeniyetmələr arasında xəstələnmə halları vərəm əleyhinə müəssisələrə beli olmayan ocaqlarda baş verir. Bu ocaqlar içerisinde ən təhlükəlləri multirezistənt xəstələrin yaşadığı ocaqlar sayılır. Eləcə də vərəm ocağının sosial problemi olan ailələrdən olması təmasda olan uşaq və yeniyetmələr arasında xəstələnmənin seviyyəsinə təsir edən amillərdəndir.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ vərəm ocaqlarında yaşayan uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm xəstəliyinin əmələ gelməsində rolü olan faktorların araşdırılmasıından ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Qarşıya qoyulan məqsədə aydınlıq getirmek üçün Bakı şəhərində 1993-2002-ci illərdə vərəmle temasda görə qeydiyyatda olan 8788 uşaq və yeniyetmə arasında vərəmle xəstələnmə hallarının retrospektiv analizi aparılmış, xəstəliyin əmələ gelməsində rolü olan faktorlar araşdırılmışdır.

Azerbaycan təbabətinin müasir naliyyətləri №1/2011

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm xəsteliyinin emalə gəlməsində en əhəmiyyətli rolü olan spesifik faktorlardan biri vərəmlə xəstələrlə temas faktorudur.

Vərəm ocaqlarında yaşayan uşaq və yeniyetmələrin vərəmlə xəstələnməsinə səbəb olan üç əsas qrup faktorlar ayırd edilmişdir:

- vərəm ocaqının epidemioloji nöqtəyi nəzərdən tehlükəliliyinin seviyyəsi (vərəm mənbəyinin vərəm mikobakteriyalarını ifraz etməməsi və infeksiyanın massivliyi nəzəre alınmaqla);

- orqanizmin müdafiə qabiliyyətinə təsir eden faktorlar: a) sosial faktorlar (tibbi sosial riske malik ailələrdə yaşamaq, qeyri məqbul həyat şəraiti, zərərlər verdişlərin olması); b) tibbi-biooji faktorlar (vərəm əleyhine peyvəndin aparılmaması və ya effektsiz aparılması, vərəm əleyhine revaksinasiyanın ləğv edilməsi, yanaşı keskin və xroniki xəstəliklərin olması).

- teşkilati problemlər: a) vərəm əleyhine müəssisələrə bəlli olmayan vərəm infeksiyası mənbələrinin mövcudluğu (vərəm ocağının aşkar olunması, xəstənin uşaq və ya yeniyetmə dispanser qeydiyyatına alınarkən kontaktların müayinesi zamanı aşkarlanması); b) vərəm əleyhine tədbirlərin həyata keçirilməsindəki nöqsanlar (vərəmlə xəstə ilə temasda olan uşaq və yeniyetmələrin profilaktik müayinə və kimyəvi profilaktikaya cəlb edilme tədbirlərinin intervalının pozulması, diaqnostikadakı nöqsanlar v.s.).

Epidemioloji faktorlar-tehlükəlilik dərəcəsinə görə vərəm ocaqları I və III qrup ocaqlara bölünür. Bunlardan I qrup ocaqlar dedikdə vərəm mikobakteriyaları ifraz edən xəstələrlə birgə uşaq və yeniyetmələr yaşayan və sanitər seviyyəsi qeyri-kafı olan ocaqlar, III qrup ocaqlar dedikdə isə, vərəm mikobakteriyaları ifraz etməyen ağ ciyər vərəmi və ya ağciyərdən kənar orqanlann feal vərəmi olan, vərəm mikobakteriyaları ifraz edən və etməyən, fistulası olan və ya olmayan xəstələrlə birgə uşaq və yeniyetmələr yaşayan ocaqlar nəzərdə tutulur. O cümlədən epidemioloji faktorlara vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olmayan vərəm ocaqları da aiddir. Bu ocaqlar arasında multirezistent xəstələr yaşayan ocaqlar xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu qrup ocaqlarda vərəm əleyhine tədbirlər aparılmadığından bunlar gizli vərəm infeksiyası rezervuarı olaraq orada yaşayan uşaq və yeniyetmələrin vərəmə yoluxmasına və vərəmlə xəstələnməsinə səbəb olur.

Aparılan retrospektiv analiz nəticəsində aydın olmuşdur ki, 2002-ci ilin sonunda vərəmlə mübarizə müəssisələrində dispanser qeydiyyatının IV qrupunda (vərəmlə xəstə ilə temas qrupunda) 8788 uşaq və yeniyetmə müşahidə olunmuşdur. Bunlardan I qrup ocaqlarda 2910 uşaq, 602 yeniyetmə, III qrup ocaqlarda isə 4220 uşaq və 1056 yeniyetmə müşahidə olunmuşdur. Vərəmlə xəstələrlə temasda olan uşaq və yeniyetmələr arasında vərəmlə xəstələnmə hallannın seviyyəsi cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1-dən aydın olur ki, vərəmlə mübarizə müəssisələrində IV dispanser qrupunda qeydiyyatda olan I-ci və III-cü qrup ocaqlara aid kontaktlar arasında xəstələnmənin xüsusi çəkisi uyğun olaraq 9.1% və 2.1% təşkil edir ($P \leq 0,05$).

Ümumi xəstələnmə hadisəleri içerisinde I qrup ocaqlarda olan uşaqlar və yeniyetmələrin xüsusi çəkisi uyğun olaraq 30.1% və 69.9% təşkil edir ($P \leq 0,05$).

Müvafiq göstərici III qrup ocaqlarda müşahidə olunan yeniyetmələr arasında uşaqlardan 6.2 dəfə yüksəkdir. Göstəricilərin yüksək seviyyədə olmasının səbəbləri təhlil edilərkən aydın olmuşdur ki, hər iki qrup ocağı daxil olan kontaktlar iki qrupa bölünmüdüd: - vərəm müəssisələrinə əvvəlcədən bəlli olan ocaqlarda yaşayan və metodik təlimata uyğun olaraq mütemadi müayinə olunaraq spesifik profilaktika alanlar və dispansere bəlli olmayan, yalnız uşaq və ya yeniyetmənin vərəmə yoluxma və ya vərəmlə xəstələnmə faktına görə müayinə aparılağın aşkar olunan və qeydiyyata alınan ocaqlarda yaşayan kontaktlar.

Təhlildən aydın olur ki, vərəmlə mübarizə müəssisələrində müşahidə olunan birinci qrup ocaqlarda yaşayan kontaktlar arasında xəstələnmənin xüsusi çəkisi 0,4% təşkil edir. Müvafiq göstərici üçüncü qrup ocaqlarda yaşayan kontaktlar arasında isə 0,1% təşkil edir. Anoloji göstərici vərəm müəssisələrinə bəlli olmayan birinci qrup ocaqlarda yaşayan kontaktlar

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

arasında 24.0%, üçüncü qrup ocaqlarda yaşayan kontaktlar arasında isə 6,0% təşkil edir. Gösterilen qrup ocaqlarda yaşayan kontaktlar arasında xəstələnmə hadiselerinin xüsusi çəkisinin uşaqlar və yeniyetmələr arasında ayrı-ayrılıqda təhlili göstərir ki, verəm müəssisələrinə bəlli olan I qrup ocaqlarda yaşayan yeniyetmələr arasında baş verən verəmlə xəstələnmə hadiselerinin xüsusi çəkisi uşaqlara nisbətən 2,3 dəfə çoxdur. Müvafiq göstərçi üçüncü qrup ocaqlarda yaşayan yeniyetmə kontaktlar arasında da uşaqlardan 6,3 dəfə yüksəkdir ($P \leq 0,05$). Uşaq və yeniyetmələr arasında son on ildə (1993-2002-ci il) fəal verəm hadiselerinin səviyyəsinin formalaşmasında birinci və üçüncü qrup ocaqlarda müşahidə olunan kontaktların rolü cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəl 1

Kontaktda olan uşaq və yeniyetmələr arasında verəmlə xəstələnmə hallarının ocaqlar üzrə təhlili

Ocaqlar	Kontaktların sayı		Kontaktlar arasında xəstələnmə								
	müt.r	%	Cəmi			Uşaqlar			Yeniyetmələr		
			müt	%	m±	Mü.	%	m±	müt	%	m±
I qrup ocaqlar	3512	100,0	318	9,1	0,9	96	30,1	0,7	222	69,9	0,3
III qrup ocaqlar	5276	100,0	109	2,1	0,9	15	13,8	0,8	94	86,2	0,1
O cümlədən: verəm müəssisəsinə bəlli ocaqlar: I qrup	2220	63,2	8	0,4	1,0	6	75,0	0,2	2	25	0,7
III qrup	3484	66,0	2	0,1	1,0	1	50,0	0,5	1	50	0,5
Vərəm müəssisəsinə bəlli olmayan ocaqlar: I qrup ocaqlar	1292	36,8	310	24,0	0,7	90	29,0	0,7	220	77,0	0,2
III qrup ocaqlar	1792	34,0	107	6,0	0,9	14	13,0	0,9	93	86,9	0,1

Cədvəl 2

Son on ildə Bakı şəhərində uşaqlar və yeniyetmələr arasında aşkar edilmiş fəal verəm xəstələrinin mənbələri

Ocaqlar	Cəmi	Son on ildə aşkar edilmiş xəstələr						
		Uşaqlar			Yeniyetmələr			
	müt.r	müt.r	%	m±	müt.r	%	m±	
Son on ildə cəmi qeydiyyata alınan xəstələr	1413	962	100,0	0,3	451	100,0	0,6	
Ocaqlarda olan kontaktlar arasında xəstələnmə: I qrup	318	96	10,0	0,7	222	49,2	0,2	
III qrup	109	15	1,6	0,8	94	20,8	0,1	
O cümlədən vərəm əleyhine müəssisələrə bəlli olan ocaqlar: I qrup	8	6	0,6	0,2	2	0,4		0,7
III qrup	2	1	0,1	0,2	1	0,2		0,5
O cümlədən vərəm əleyhine müəssisələrə bəlli olmayan ocaqlar o cümlədən:								
I qrup	310	90	9,4	0,7	220	48,8	0,2	
III qrup	107	14	1,5	0,9	93	20,6	0,1	

Cədvəl 1-dən aydın olur ki, uşaqlar arasında I və III qrup ocaqlardan yalnız 11,5% halda xəstələr aşkarlanır. Anoloji göstərici yeniyetmələr arasında 70,1% səviyyəsindədir. Vərəm əleyhine müəssisələrə bəlli olmayan ocaqlarda yaşayan uşaq kontaktları arasında xəstələnmə birinci qrup ocaqlarda 9,4%, üçüncü qrup ocaqlarda 1,5% təşkil edir ki, müvafiq göstərici vərəm

Azerbaycan təbabətinin müasir nüaliyyətləri №1/2011

əleyhinə müəssisələrə bəlli olan kontaktlar arasında müşahidə olunan xəstələnmə hadisələrindən uyğun olaraq 15-16 dəfə yüksəkdir. Yeniyetmələr arasında isə anoloji göstərici vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olmayan birinci qrup ocaqlarda 48.8% (vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olan I qrup ocaqlarda 0.4%), üçüncü qrup ocaqlarda 20.6% (vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olan ocaqlarda 0.2%) təşkil edir. Başqa sözlə yeniyetmələr arasında vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olmayan birinci qrup ocaqlarda xəstələnmə hadisələrinin xüsusi çekisi uşaqlardan 5,2 dəfə, III qrupda isə müvafiq göstərici 13,7 dəfə yüksəkdir. Anoloji göstərici vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olan birinci ve üçüncü qrup ocaqlarda yaşayan uşaq və yeniyetmələr arasında demək olar ki fərqlənmir. ($P \leq 0,05$).

Son on ildə feal vərəmə görə qeydiyyata alınan uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm hadisələrinin kontaktlarının seviyyəsinə görə nisbəti cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 3

Vərəm əleyhinə müəssisələrdə müşahidə olunan kontaktlar arasında baş vermiş vərəm hadisələrinin xüsusi çekisi

Ocaqlar	Kontaktlar			Xəstələnmənin seviyyəsi						
	Cəmi	Uşaqlar ar	Yeniyetmələr	Cəmi	Uşaqlar			Yeniyetmələr		
					müt.r	%	m±	müt.r	%	m±
I qrup	3512	2910	602	318	96	3,3	0,7	222	36,9	0,6
III qrup	5276	4220	1056	109	15	0,4	0,9	94	8,9	0,9
Vərəm müəssisələrinə bəlli olan: I qrup	2220	2078	142	8	6	0,3	0,9	2	1,4	0,9
III qrup	3484	2627	887	2	1	0,03	0,45	1	0,1	0,9
Vərəm müəssisələrinə bəlli olmayan: I qrup	1292	832	460	310	90	10,8	0,7	220	47,8	0,5
III qrup	1792	1593	199	107	14	0,9	0,9	93	46,7	0,5

Cədvəl 3-dən aydın olur ki, birinci qrup ocaqda olan kontaktlar arasında uşaqlar 3,3% halda, yeniyetmələr isə 36,9% halda feal vərəmə xəstələnmişdir. Anoloji göstəricilər üçüncü qrup ocaqlarda uyğun olaraq 0,9 % və 8,9 % halda qeyd olunmuşdur. Bu bir daha birinci qrup ocaqlarda yeniyetmə kontaktlarının uşaqiara nisbətən 11,2 dəfə çox xəstələndiklərini göstərir. Müvafiq göstərici üçüncü qrup ocaqlarda 0,4% və 8,9% təşkil edərək yeniyetmələr arasında yene üstünlük təşkil edir. Tehilil göstərir ki, vərəm müəssisələrinə bəlli olan birinci və üçüncü qrup ocaqlarda göstərici çox da yüksək deyil. Belə ki, birinci qrup ocaqlarda olan kontaktlarda uşaqlar arasında 0,3% halda, yeniyetmələr arasında isə 1,4% halda xəstə aşkarlanmışdır. Düzdür bu qrup ocaqlar arasında yene yeniyetmələr üstünlük təşkil edərək uşaqlardan 4,7 dəfə çox yüksək seviyyəni saxlayır. Lakin göstəricinin seviyyəsi epidemioloji gərginlik haqqında düşünməyə imkan vermir.

Cədvəldən aydın olur ki, vərəmlə mübarizə müəssisələrinin nəzərətində olmayan birinci qrup ocaqlardan kontaktlar arasında xəstələnmə hadisələri uşaqlar arasında 10,8%, yeniyetmələr arasında isə 47,8% təşkil edir.

Başqa sözlə, yeniyetmələr uşaqlara nisbətən 4,4 dəfə çox xəstələnirlər. Üçüncü qrup ocaqlarda uşaqlar 0,9% halda xəstələndiyi halda, yeniyetmələr arasında müvafiq göstərici 46,7% seviyyəsində olur.

NƏTİCƏ. Beləliklə, aparılan retrospektiv analizə əsasən belə qənaətə gəlmək olur: vərəm əleyhinə müəssisələrə bəlli olan ocaqlarda yaşayan uşaq və yeniyetmələr arasında aparılan vərəm əleyhinə tedbirler bu qrup arasında xəstələnmənin seviyyəsinin ehemiyətli dərəcədə azalmasına səbəb olur; vərəmlə mübarizə müəssisələrində kontakt kimi qeydiyyatda olmayan uşaqlar və yeniyetmələr nəzaretdə olaraq müvafiq spesifik profilaktika alan uşaq və yeniyetmələrə nisbətən uyğun olaraq 3-5 dəfə çox feal vərəmə xəstələnirlər; uşaq və

Azərbaycan təbabetinin müasir nailiyyətləri №1/2011

yeniyetmələr arasında xəstələnmənin səviyyəsini azaltmaq üçün yaşı əhali qrupu arasında verəmin aktiv aşkarlanması istiqamətində aparılan, xüsusilə sosial dezadaptasiyası olan şəxslər arasında profilaktik tədbirlər gücləndirilməli, eləcə də bakterioloji diaqnostikanın keyfiyyəti artırılmalıdır; uşaq və yeniyetmələr arasında verəmin erkən aşkarlanması və profilaktikası istiqamətində sahə pediatrlarının və fiziopediatriların apardıqları əlaqəli iş prinsipi və verəm ocaqlarında yaşayan contingent arasında sağlamlaşdırıcı tədbirlərin aparılması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Uşaq və yeniyetmələr arasında verəmin erkən aşkarlanması, profilaktikası və verəmli xəstələrle temasda yaşayan contingent arasında periodik olaraq sağlamlaşdırıcı tədbirlərin aparılması istiqamətində sahə pediatrları və pedioftiziatrların birgə fealiyyəti mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулёзом детей, как показатель общей эпидемиологической ситуации в России // Проблема туберкулёза, 2002, № 1, с. 6-9
2. Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулэз у детей и подростков. СПб: Изд-во «Гиппократ», 1999,
3. Формирование групп рисков по туберкулезу лёгочных и вне лёгочных локализаций. Метод. рекомендаций № 2000/25 // Проблемы туберкулёза, 2002, №10
4. Şıxaliyev Y.Ş. Verəm xəstəliyinin epidemiologiyası gərgin olan regionlarda verəm əleyhinə tədbirlərin intensiv şəkildə aparılma metodları. Metodik vəsait. Bakı, Elm-2003.
5. Смедин С.В., Копытева И.Ф., Ефимова И.В. Роль семейных и внесемейных контактов в заболевании детей туберкулёзом // Проблемы туберкулёза, 2007, № 3, с. 12-1
6. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. Основные факторы риска развития туберкулёза у детей и подростков // Проблемы туберкулёза, 2005, №1, с. 10-12

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЖИВУЩИХ В РАЙОНАХ С ИСТОЧНИКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

M. B. Gurbanova

Медико-социальные исследования уровня туберкулеза среди детей и подростков показали, что уровень заболевания ТБ в 22 раз выше у детей и подростков, проживающих в районах с источником заболевания туберкулезом, чем у тех, которые находятся в здоровой окружающей среде. Существуют различные факторы заболевания детей и подростков: характер зараженной зоны (бактерии секреции, масштаб бактерии секреции, выносливость бактерии, определенные лекарственные препараты). социальный статус пациента (бездействие, социально отключенные, инвалиды, пенсионеры, освобожденные из тюрьмы, алкоголики, наркоманы, медицински недостаточно очищенные), уровень санитарно-гигиенического контроля. Для повышения качества жизни пациентов, следует обеспечить благосостояние условий в районе с источником заболевания туберкулезом, стандарты благосостояния семьи, сопротивляемость организма детей и подростков, контроль контактов с больными туберкулезом, сокращение вредных привычек.

SUMMARY

THE FEATURES OF ACTIVE TUBERCULOSSES AMONG THE CHILDREN AND TEENAGERS LIVING IN THE AREAS WITH SOURCE FOR TUBERCULOSSES (TB) DISEASE

M. B. Gurbanova

The medical-social research of the level of the TB disease among the children and teenagers showed that level of the TB disease is 22 times higher for the children and teenagers that leave in the areas with source of tuberculosis disease than for the ones that leave in the healthy environment. There are various factors cause children and teenagers living in tuberculosis area to come down with disease. These factors include the character of infected area (bacterium secretion, the scale of bacterium secretion, endurance of bacterium to specific drugs), social status of patient (unemployed, socially disconnected, disabled, pensioners, released from prison, alcoholics, a drug addict, medically inadequately treated) the level of the sanitary-hygienic requirements that patient follows, living-welfare conditions in the area with source of tuberculosis disease, family welfare standards, body resistance of children and teenagers contacting with the ones with TB disease, side diseases, harmful habits, the quality of the actions conducted against tuberculosis etc.

Daxil olub:22.10.2010

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОРМОНОВ СТРЕСС-ГРУППЫ И ОСТЕОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ
ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ ДЕФОРМАЦИИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ МЕТОДОМ
МОНОЛОКАЛЬНОГО И БИЛОКАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Алекберов Д.А., Свешников А.А.

Клиническая больница травматологии и ортопедии Минздрава Азербайджанской Республики,
Баку; Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр
«Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А.Илизарова Федерального
агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Курган, Россия

Среди важнейших задач, поставленных для решения Всемирной Декадой костей и суставов (2000-2010 гг.) стоит изучение механизмов репаративного костеобразования, так как оперативное вмешательство и последующая дистракция для исправления деформаций костей являются мощными стресс-факторами. Ведущая роль здесь принадлежит эндокринным железам и гипофизу. Незамедлительный ответ на остеотомию приводит к увеличению концентрации адрено-кортикотропных гормонов (АКТГ), стимулирующего продукцию гормонов надпочечников. Дистракция вновь предъявляет повышенные требования к надпочечникам. Вследствие этого существенно увеличивается концентрация альдостерона и кортизола. Задача данной работы состояла в изучении изменений концентрации гормонов стресс-группы, а также остеотропных гормонов, соматотропина и циклических нуклеотидов в процессе исправления у больных деформаций нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследования выполнены в процессе лечения 20 больных в возрасте 16-18 лет. Исправляли деформации нижних конечностей по Г.А. Илизарову. Определение концентрации гормонов проводили радиоиммунологическим методом, используя наборы для их определения, которые поставлялись фирмами «Buk-Mallinckrodt» (Германия), «Сea Ire Sorin» (Франция), а циклических нуклеотидов (циклический аденоzinмонофосfat – цАМФ и циклический гуанозинмонофосfat – цГМФ) - радиоконкурентным методом, используя наборы фирмы «Amersham» (Англия). Наборы содержали все необходимые для работы ингредиенты. Начинали определения с того, что из полученной сыворотки или плазмы автоматическими микропипетками набирали 0,1 мл и помещали в пробирки. Далее работа включала следующие основные этапы: 1) смешивание ингредиентов; 2) инкубация; 3) разделение свободных и связанных комплексов; 4) радиометрия комплекса антиген-антитело; 5) построение калибровочной кривой. Определение концентраций проводили на гамма- и бета-счетчиках. Для циклических нуклеотидов рассчитывали отношение цАМФ/цГМФ, которое позволяло судить о начале, окончании и активности репаративного процесса.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0» возможностей Microsoft Excel. Достоверность полученных результатов обеспечивалось применением стандартных диагностических методик и t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. 1. Одновременное исправление деформации костей голени методом монолокального остеосинтеза бедра и билокального голени.

Остеотомия в нижней трети бедра и на двух уровнях на голени (верхняя и нижняя трети голени с последующей дистракцией привела к выраженному увеличению концентрации гормонов в крови (табл. 1). Так, концентрация кортизола оказалась увеличенной на $56\pm3,1\%$ ($p<0,01$), альдостерона – на $124\pm7,9\%$ ($p<0,01$), паратиреоидного гормона (ПТГ) – на $135\pm8,2\%$ ($p<0,01$). Самой высокой оказалась концентрация соматотропина (СТГ) - $342\pm12,4\%$, $p<0,01$), так как происходило формирование органической основы сразу для трех регенераторов (табл. 2).

Существенно ($178\pm7,1\%$, $p<0,01$) возрастила и концентрация кальцитонина (КТ), необходимого для минерализации формируемой органической основы. На интенсивное костеобразование указывала и очень низкая (0,9) величина отношения цАМФ/цГМФ. С переходом на фиксацию содержание всех гормонов начинало постепенно снижаться. Прежде всего, это относилось к гормонам стресс-группы, а также к ПТГ и в меньшей мере к СТГ и КТ (табл. 2).

Таблица 1
Концентрация гормонов стресс-группы и паратирин в процессе устранения деформации голени по Илизарову при посттравматических состояниях ($M \pm m$, n_1 и $n_2 = 20$)

Этапы лечения (дни)	Гормоны (нг/мл)		
	Кортизол	Альдостерон	Паратирин
	У здоровых людей		
	158,3±3,29	66,7±5,27	0,83±0,010
У больных до операции			
	161,3±2,64; p>0,1	65,3±4,19; p>0,1	1,30±0,09; p<0,05
Дистракция: 20	247,1±4,90; p<0,01	149,4±6,10; p<0,01	1,97±0,006; p<0,01
Фиксация: 30	223,2±3,52; p<0,01	145,4±2,33; p<0,01	1,76±0,007; p<0,01
60	207,4±6,26; p<0,01	117,4±2,74; p<0,01	1,47±0,009; p<0,01
90	197,8±4,39; p<0,05	104,1±2,26; p<0,01	1,30±0,003; p<0,01
После снятия аппарата: 30	180,5±7,32; p<0,05	95,4±3,69; p<0,01	1,18±0,008; p<0,01
60	175,7±2,67; p<0,05	80,7±3,25; p<0,05	1,05±0,006; p>0,1
90	163,1±2,23; p>0,1	68,0 ±1,93; p>0,1	0,92±0,003; p>0,1

Примечание: здесь, а также в табл. 2-4, "p" рассчитано по отношению к соответствующим величинам у здоровых людей

Таблица 2
Концентрация гормонов, регулирующих костеобразование, в процессе устранения деформации голени по Илизарову при посттравматических состояниях ($M \pm m$, n_1 и $n_2 = 20$)

Этапы лечения (дни)	Гормоны		
	Соматотропин (нг/мл)	Кальцитонин (пг/мл)	ЦАМФ/ЦГМФ
	У здоровых людей		
	1,26±0,012	104,6±3,14	1,5±0,08
У больных до операции			
	1,28±0,010; P>0,1	78,5±2,43; p<0,05	1,5±0,13; p<0,05
Дистракция: 20	5,57±0,011; p<0,01	290,8±6,17; p<0,01	0,9±0,05; p<0,01
Фиксация: 30	4,27±0,013; p<0,01	243,7±4,78; p<0,01	0,8±0,06; p<0,01
60	3,47±0,017; p<0,01	205,0±3,94; p<0,01	1,0±0,05; p<0,01
90	2,43±0,013; p<0,01	185,1±2,69; p<0,01	1,2±0,05; p<0,01
После снятия: 30	2,26±0,012; p<0,01	170,5±3,14; p<0,01	1,3±0,06; p<0,01
60	1,95±0,014; p<0,05	148,5±5,82; p<0,05	1,4±0,05; p>0,1
90	1,45±0,010; p>0,1	123,4±4,10; p>0,1	1,5±0,07; p>0,1

На 30-й день после снятия аппарата еще достаточно активно протекали процессы перестройки в силу чего содержание СТГ и КТ еще выше значений в норме соответственно на 79 % и 63 % (p<0,05). На 90-й день гормоны стресс-группы были в пределах нормы, как и отношении ЦАМФ/ЦГМФ, а ПТГ, СТГ и КТ, соответственно, выше нормы на 10 %, 15 % и 18 %.

2. Исправление деформаций костей бедра и голени методом билокального остеосинтеза. На 15-й день дистракции отмечена наибольшая концентрация (86-96 %) кортизола и альдостерона, что указывало на наиболее выраженную стресс-реакцию (табл. 3). Концентрация ПТГ была выше нормальных значений на 186±9,6 %, p<0,01). В наибольшей мере увеличивалась секреция СТГ (393±8,2 %, p<0,01), способствовавшая максимальной продукции органического вещества

для регенераторов. На $221 \pm 7,3\%$ ($P < 0,01$) увеличено содержание гормона щитовидной железы – кальцитонина, стимулирующего минерализацию регенераторов (табл. 4). Факт максимальной активности костеобразования подтверждает очень низкая (0,8) величина отношения цАМФ/цГМФ.

В последующий месяц дистракции концентрация остеотропных гормонов очень медленно снижалась, а отношении цАМФ/цГМФ было минимальным (0,7).

В связи с тем, что дистракция продолжалась 210 дней концентрация большинства гормонов постепенно приближалась к значениям нормы и лишь концентрация ПТГ была больше нормы на $36 \pm 2,6\%$ ($p < 0,01$).

Таблица 3

Концентрация гормонов стресс-группы в процессе исправления деформаций костей бедра и голени методом билокального остеосинтеза при посттравматических состояниях ($M \pm m$, n_1 и $n_2 = 20$)

Этапы лечения (дни)	Гормоны (нг/мл)		
	Кортизол	Альдостерон	Паратиридин
	У здоровых детей		
	163,1 \pm 4,19	66,0 \pm 2,36	0,81 \pm 0,009
У больных до операции			
	169,2 \pm 1,31; $p > 0,1$	69,2 \pm 4,13; $p > 0,1$	1,38 \pm 0,011; $p < 0,05$
В процессе исправления деформации			
Дистракция: 15	303,3 \pm 8,21; $p < 0,01$	195,4 \pm 6,13; $p < 0,01$	2,32 \pm 0,015; $p < 0,01$
30	247,9 \pm 6,40; $p < 0,01$	153,7 \pm 3,12; $p < 0,01$	2,05 \pm 0,008; $p < 0,01$
45	233,2 \pm 4,73; $p < 0,01$	111,2 \pm 4,17; $p < 0,01$	1,83 \pm 0,012; $p < 0,01$
Фиксация: 30	221,8 \pm 9,31; $p > 0,01$	93,1 \pm 3,89; $p < 0,01$	1,58 \pm 0,010; $p < 0,05$
60	212,2 \pm 4,84; $p < 0,01$	83,2 \pm 2,45; $p < 0,01$	1,51 \pm 0,0,14; $p > 0,1$
90	200,6 \pm 6,27; $p < 0,01$	71,3 \pm 2,08; $p > 0,1$	1,29 \pm 0,017; $p < 0,01$
150	187,6 \pm 5,02; $p > 0,01$	66,0 \pm 2,23; $p > 0,1$	1,23 \pm 0,008; $p < 0,01$
180	179,4 \pm 5,23; $p > 0,1$	73,9 \pm 2,18; $p > 0,1$	1,09 \pm 0,004; $p < 0,01$
210	171,4 \pm 6,35; $p > 0,1$	67,2 \pm 2,64; $p > 0,1$	1,10 \pm 0,003; $p < 0,01$

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ. Наши исследования были посвящены формированию регенераторов на бедре и голени у больных с посттравматическими деформациями. Накануне оперативных вмешательств у таких больных констатирована повышенная концентрация ПТГ, что приводило к меньшей продукции КТ.

Наряду с гормонами для физиологии кости существенное значение имеет ее электрический потенциал. Белки стенки капилляров и протекающей крови обладают свойством полупроводимости. В капиллярах формируемого регенерата заряд отрицательный. В месте перехода артерий в вены - положительный. Венулы каналов остеона также заряжены положительно. Кровотоком создается электрохимический потенциал электронной проводимости. Кровоток при росте кости повышает потенциал до значений, при которых возможна преципитация солей. Поэтому в зоне венозной части капилляра образуется очаг кальцификации. Роль инициальных факторов ее играют также пептиды костного коллагена, богатые отрицательно заряженными аминокислотами и органический фосфор, которые отсутствуют в коллагене мягких тканей. В месте соединения гидроксиапатита и коллагена также создается электрический потенциал. Образующиеся кристаллы начинают функционировать как пьезоэлектрические датчики, со своей стороны, усиливающие отложение солей. Меняющиеся электрические потенциалы могут оказывать влияние на движение ионов и зараженных молекул. Необходимо иметь в виду, что при уменьшении мышечной активности ослабляется прямое

нервное влияние на кость, нарушается проницаемость сосудов, изменяются механические свойства компактной кости.

Таблица 4
Концентрация гормонов, регулирующих костеобразование, в процессе исправления деформаций костей бедра и голени методом билокального остеосинтеза при пострадавших состояниях ($M \pm m$, n_1 и $n_2 = 20$)

Этапы удлинения (дни)	Гормоны		
	Соматотропин (нг/мл)	Кальцитонин (пг/мл)	ЦАМФ/ЦГМФ
У здоровых людей			
	1,25±0,023	106,1±3,0	1,61±0,012
У больных до операции			
	1,28±0,011; $p>0,1$	63,7±5,30; $p<0,05$	1,59±0,013; $p>0,1$
В процессе исправления деформаций			
Дистракция: 15	6,16±0,008; $p<0,01$	340,6±4,70; $p<0,01$	0,8±0,008; $p<0,01$
30	4,95±0,009; $p<0,01$	292,8±6,20; $p<0,01$	0,7±0,005; $p<0,01$
45	4,31±0,008; $p<0,01$	243,0±5,30; $p<0,01$	0,7±0,007; $p<0,01$
Фиксация: 30	2,98±0,007; $p<0,01$	196,3±4,32; $p<0,01$	0,8±0,003; $p<0,01$
60	2,79±0,006; $p<0,01$	182,5±3,70; $p<0,01$	0,9±0,004; $p<0,01$
90	2,58±0,002; $p<0,01$	165,5±2,96; $p<0,01$	1,0±0,005; $p<0,01$
150	1,94±0,009; $p<0,01$	157,0±5,31; $p<0,01$	1,1±0,003; $p<0,01$
180	1,43±0,010; $p<0,05$	132,0±4,30; $p<0,05$	1,2±0,004; $p>0,1$
210	1,40±0,007; $p<0,05$	113,5±4,71; $p>0,1$	1,5±0,006; $p>0,1$

В наших наблюдениях в ответ на одновременное исправление деформации и дистракцию очень быстро реагировала эндокринная система. Реакцию ее мы изучали путем определения концентрации гормонов стресс-группы (альдостерона и кортизола). Повышение концентрации альдостерона сопровождалось развитием асептической воспалительной реакции в силу усиления выведения калия из организма, что сопровождалось увеличением гидрофильности тканей и повышением тонуса мышц. Проявлением этого эффекта являлась отечность стопы и голени. У некоторых больных в течение нескольких дней была субфебрильная температура.

Кортизол - основной глюкокортикоидный гормон. Его секреция также стимулируется АКТГ и регулируется вырабатываемым в гипоталамусе кортиколиберином. Он так же угнетает синтез клеточных ферментов, биосинтез белка в печени, ускоряет аминотрансферазные реакции и распад некоторых аминокислот. Усиливались процессы гликонеогенеза в печени, снижалась утилизация углеводов в других тканях.

Через две-три недели содержание этих гормонов начинало постепенно снижаться. Вслед за снижением альдостерона и кортизола нарастало содержание соматотропина и кальцитонина.

Обычно о начале костеобразования мы судили по отношению концентрации циклического аденоzinмонофосфата (ЦАМФ) к гуанозинмонофосфату (ЦГМФ). В тот момент, когда отношение становилось меньше 1,0 начиналось костеобразование. Этот факт достаточно хорошо изучен [2-5].

Циклические нуклеотиды – универсальные регуляторы биохимических процессов в клетках. Они активируют ферменты фосфорилирования белков – протеинкиназы и вызывают химическую модификацию (фосфорилирование) других ферментов, которые изменяют свою активность и, соответственно, обменные процессы внутри клетки.

Повышенная концентрация ЦАМФ указывала на напряжение адренергических механизмов, так как он – посредник в реализации гормональной регуляции. Через ЦАМФ реализуется влияние АКТГ и ЛГ на стероидогенез, а катехоламинов, глюкагона и инсулина на липолиз, гипоталамических рилизинг-факторов – на освобождение тропных гормонов гипофиза.

Внутриклеточное действие цАМФ состоит в его влиянии на активность ферментов. Он является не только посредником в реализации действия гормонов, но и участвует также и в их секреции. Это показано, в частности, в отношении альдостерона и КТ. Увеличение концентрация цАМФ в крови зависит в основном от повышенной секреции ПТГ. Характерный эффект ПТГ, сводящийся к снижению реабсорбции фосфатов и увеличению обратного всасывания кальция, достигается путем активации цАМФ в клетках почечных канальцев.

Под влиянием цАМФ лимитировалось и ингибировалось деление клеток в начале формирования регенерата, а также обусловленная митогеном клональная пролиферация, замедлялось прохождение клеток через фазу митоза [5]. На 7-14-й дни содержание цАМФ начинало снижаться, что являлось естественным и целесообразным механизмом относительного повышения цГМФ зависимых реакций метаболизма клетки [5], то есть подключения холинергических механизмов. Устойчивость организма к такому острейшему воздействию, как операция и удлинение, в значительной степени определяла его способность в оптимальные сроки перестраиваться на активацию этих клеточных структур.

Нуклеотид цАМФ осуществляет также функцию посредника действия гормонов белковой природы (АКТГ, адреналин, глюкагон) внутри клетки. Под влиянием цАМФ повышается активность протеинкиназ – ферментов, осуществляющих фосфорилирование многих белков, в частности, фосфорилаз, в результате чего усиливаются распад гликогена (в печени), образование глюкортикоидов (в коре надпочечников), липолиз, синтез белка (во всех тканях). Особенности проявления цАМФ обусловлены набором ферментов в клетке. Но концентрация цАМФ в клетке зависит не только от активности аденилатцилазы, но и от фосфодиэстеразы, разрушающей цАМФ. Эффект же действия гормонов – от соотношения в клетке цАМФ и цГМФ.

В первые дни после остеотомии мы отметили существенное возрастание концентрация цАМФ, что являлось одной из первых ответных реакций при костеобразовании. Концентрация цАМФ в крови зависит в основном от секреции ПТГ. Характерный эффект ПТГ, сводящийся к снижению реабсорбции фосфатов и увеличению обратного всасывания кальция, достигается путем активации цАМФ в клетках почечных канальцев. Под влиянием этого нуклеотида лимитировалось и ингибировалось деление клеток, клональная пролиферация, замедлялось прохождение клеток через фазу митоза [1].

Снижение концентрации цАМФ приводило в движение клеточный пул, стимулировало пролиферацию клеток костного мозга. В период образования органического матрикса цАМФ осуществляло положительную регулирующую роль в пролиферативном ответе стволовых клеток-предшественников костного мозга [2]. При исследовании его после травмы с меченым серным коллоидом обнаружено повышение его функционального состояния в условиях чрескостного остеосинтеза [1, 2].

Уменьшение цАМФ являлось естественным и целесообразным механизмом относительного повышения цГМФ-зависимых реакций метаболизма клетки, то есть подключения холинергических механизмов и указывало на устойчивость организма к такому острейшему воздействию, как травма или операция.

В итоге отношение становилось ниже нормы и именно в это время происходила интенсивная клеточная пролиферация. Индукторы пролиферации стволовых клеток, взаимодействуя с рецепторами мембран, усиливали транспорт ионов кальция внутрь клетки, обусловливали реципрокные отношения между этими циклическими нуклеотидами. Значительный уровень цГМФ стимулировал также освобождение химических медиаторов: лизосомальных энзимов и гистамина. Установлено, что вещества, способствующие росту и ускоряющие клеточную пролиферацию (инсулин, соматомедицин), оказывают влияние на интраклеточный уровень цГМФ [3].

Можно предположить, что в период образования регенерата факторы микроокружения стволовых кроветворных клеток костного мозга реализуют свое действие через индукцию синтеза цГМФ, который в свою очередь изменял межклеточные контакты в дифференцирующихся тканях остеогенного аппарата. После операции на клетки воздействует целый ряд гормонов. Значительное увеличение ПТГ в начальном периоде после операции, КТ и цГМФ на более поздних этапах согласуется с мнением Rasmussen и соавт. [4] о том, что

происходит активация мезенхимальных клеток, усиление пролиферации клеток костного мозга и резорбции костной ткани.

Существенно изменилось функциональное состояние парашитовидных желез, о чем мы судили по концентрации ПТГ. Наибольшие значения были на дистракции и только на 30-60-й дни фиксации отмечена нормализация. Усиливает действие этого гормона повышенная концентрация цАМФ в крови. На начальном этапе действия ПТГ, как и других белково-пептидных гормонов, принимают участие специфические рецепторы плазматической мембраны клеток-мишеней - ферменты аденилатцилаза и протеинкиназа, расщепляющая белки. Вот почему в первые две недели в регенерате мало минералов, а к 21-му дню у концов фрагментов выражена деминерализация.

Функциональное состояние щитовидной железы изменялось значительно медленнее, чем парашитовидных. Действие КТ противоположно ПТГ и витамину D_3 . Секреция его регулируется содержанием кальция в крови: увеличение усиливает, а уменьшение - подавляет секрецию КТ. Повышенная концентрация этого гормона создавала условия для начала интенсивного формирования органической основы регенерата. КТ тормозил также и активность остеокластов, рассасывающих кость. Поэтому ослаблялась деминерализация костных фрагментов.

При дистракции длительное время повышена концентрация гормона передней доли гипофиза - СТГ, стимулирующего анаболические процессы. СТГ стимулировал синтез инсулиноподобного фактора роста, усиливал биосинтез матрикса, обмен веществ в кости и мышцах, увеличивал их массу, оказывал влияние на минеральный обмен, активнее происходил процесс минерализации регенерата [5]. У концов костных фрагментов уменьшалась остеопения. Под влиянием одновременного действия этого гормона и СТГ активизировались пролиферация костномозговых элементов, в том числе и остеогенных, превращение клеток-предшественников в остеобlastы, усиливалась биосинтетическая активность для образования костной ткани.

Существенное значение имел стимуляция ПТГ образования в почках активного метаболита витамина D - 1,25-диоксихолекальциферола (витамин D_3), который существенно увеличивал всасывание кальция из кишечника и отложение его в костях. Абсорбцию кальция в кишечнике уменьшал кортизол. При недостаточности витамина D_3 развивались проявления остеопороза, боли в мышцах, парестезии. Имеет значение не только концентрация этого витамина в крови, но и непосредственно в кости.

Изменение концентрации гормонов в процессе удлинения конечностей в аппарате Г.А.Илизарова свидетельствовало об устойчивой динамике костеобразования и максимально благоприятных условиях для регенерации не только в удлиняемой конечности, но и в организме в целом.

Определение концентрации циклических нуклеотидов, их соотношения может лежать в основе диагностических и прогностических критерии степени тяжести состояния после операции, выраженности компенсаторных реакций и эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров Н.А. Биологическое и клиническое значение циклических нуклеотидов. М.: Медицина, 1979, 280 с.
2. Илизаров Г.А., Л.А.Палиенко, А.А.Шрейнер. Костномозговое кроветворение при остеосинтезе в условиях дистракции / Экспериментально-теоретические и клинические аспекты разрабатываемого в КНИИЭКОТ метода чрескостного остеосинтеза. Курган, 1983, с. 38-39.
3. Кожемякин Л.А., Д.С. Коростовцев, Т.Р. Королева Циклические нуклеотиды в клинической и экспериментальной медицине. Циклические нуклеотиды М.: Наука, 1979, с.92-135.
4. Rasmussen H. Cell communication calcium ion and cyclic monophosphate //Science, 1970, v.170, p.404-412.
5. Montoye H. J., McCabe J.F., Metzner H.L. Physical activity and bone density // Human Biology, 1976, v.48, p. 599-610
6. Свешников А.А., Н.В.Офицерова, С.В.Ральникова. Концентрация гормонов, регулирующих процесс костеобразования, и циклических нуклеотидов при переломах длинных костей // Ортопед. травматол., 1987, № 9, с.30-35

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

XÜLASƏ

MONOLOKOVA VƏ BİOLOKAL OSTEOSİNTEZ ÜSULU İLƏ BALIDR SÜMÜKLƏRİ DEFORMASIYASININ KORREKSİYASI ZAMANI STRESS- QRUP VƏ OSTOTROP HORMONLARININ KONSENTRASIYASI

C.Ə.Əlekberov, A.A.Seşnikov

Tedqiqatlar 16-18 yaş arasında olan 20 xəstənin müalicəsi zamanı aparılmışdır. Ayaqlann deformasiyasının correksiyası İlizarov üsulu ilə bud və baldırda mono- və biolokal osteosintez metodu ilə heyata keçirilmişdir. Osteotomiya qanda hormonlar konsentrasiyasının aşkar artımına sebəb olur. Belə ki, kartizolun konsentrasiyası $56 \pm 3.1\%$, aldosteronun $124 \pm 7.9\%$ və paratiroid hormonunun (PTH) isə $135 \pm 8.2\%$ artdır. On yüksək konsentrasiya artımı $342 \pm 12.4\%$ ($p < 0.01$) somatotropin hormonlarında müşahidə olundur, çünki bu dəfədə üç regenerat üçün üzvi əsasın formallaşması baş vermişdir. Deformasiyaların yalnız bilokal osteosintez üsulu ilə correksiyası zamanı distraksiyanın 15-ci günü kortizolun və aldosteronun en yüksək konsentrasiyası (86-96 %) müşahidə olundu ki, bu da aşkar stress-reaksiyanın olduğunu göstərir. PTH-in konsentrasiyası norma miqdardan $186 \pm 9.6\%$ yüksək olmuşdur. STH-in sekresiyası ($393 \pm 8.2\%$) yüksək dərəcədə artdır ki, bu da regeneratlar üçün üzvi maddənin maksimal hasılatına sebəb olmuşdur. Regeneratların minerallaşmasını stimullaşdırın qalxanvari vəzi hormonu kalsitoninin tərkibi $221 \pm 7.3\%$ ($P < 0.01$) artdır. Sümük əmələ gəlməsinin maksimal feallığı faktı, siklik adenozinmonofosfatın quanozinmonofosfata nisbetinin çox aşağı miqdarı ilə (0,8) təsdiq olunur.

SUMMARY

STRESS-GROUP AND OSTEOTROPIC HORMONES CONCENTRATION AT TIBIA DEFORMITY CORRECTION BY MONOLOCAL AND BILOCAL OSTEOSYNTHESIS METHOD

J.A. Alakbarov, A.A.Sveshnikov

The studies have been made during the treatment of 20 patients aged 16-18. The lower extremities were corrected by the method of mono- and biolocal osteosynthesis on the femur and tibia by G.A.Ilizarov technique. The osteotomy caused to the evident increase in the concentration of the hormones in blood. So, the concentration of cortisol turned to be increased to $56 \pm 3.1\%$, that of aldosterone to $124 \pm 7.9\%$ and parathyroid hormone (PTH) to $135 \pm 8.2\%$. The highest concentration was observed with somatotropin (STH) - $342 \pm 12.4\%$ ($p < 0.01$) as there was the formation of the organic base for three reclaims at once. During the correction of the deformities only by biolocal osteosynthesis method the highest concentration of cortisol and aldosterone (86-96 %) was observed on the 15th day of the distraction, which was indicated of the evident stress-reaction. The concentration of PTH was above the norm for $186 \pm 9.6\%$. There was a great increase in the secretion of STH ($393 \pm 8.2\%$) that favored the maximum production of the organic substance for reclaims. The content of the thyroid hormone, calcitonin, that stimulates the mineralization of reclaims was increased to $221 \pm 7.3\%$ ($P < 0.01$). The very low ratio (0.8) of cyclic adenosine monophosphate to cyclic guanosine monophosphate is indicative of the maximal activity of osteogenesis.

Daxil olub:23.11.2010

ATOPİK FORMA BRONXİAL ASTMALI UŞAQLARDADA NEYROİMMUN ƏLAQƏ

N.H.Sultanova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Bronxial astma allergik xəstəliklər içərisində geniş yayılmış, ağ ciyərlərin qeyri spesifik xronik persistəndən və tibbi-ekonomik cəhətçə proqresivləşən xəstəliklərindən sayılır [15,21,22,23, 25, 33].

Bronxial astmanın patogenetik mexanizmına müasir metodik yanaşmalarının molekulyar istiqamətdə öyrənilməsinə baxmayaraq, aydın olmayan mexanizmlərin açıqlanmayaq qalması qeyd olunur. Beləki, xəstəliyin patofizioloji kompleks mexanizminin inisiatoru olan ilkin faktorlar tam öyrənilməmişdir. Bronxial astma zamanı endokrin, sinir və immun sisteminin xarici faktor-lara qarşı orqanızmin adaptasiyasını correksiya etmək qabiliyyətinə malik olması elmi işlərdə öz əksini tapmışdır [6].

Axır on-onbeşinci illerdə immun cavabın patofizioloji və biokimyavi mexanizmlərinin əsasında allergik reaksiyaların olması qeyd edilirdi [28,33]. Məhz bronxial astma zamanı allergik reaksiyaların əsasını bronxağciyərlərdə eozinofil infiltrasiyası, ödem, epitelin deskvaması, damar divarında keçiriciliyin artması, mikrosirkulyasiyam töredən allergik iltihabı proses təşkil eməsi bildirilir [3].

Azerbaycan tebabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Bronzial astmanın patogenetik mexanizmlərinin immuno- allergik mövqeyimin öyrənilməsi, molekulyar və hüceyrə səviyyəsində kompensator və destruktiv prosseslərə dair qiyməli elmi informasiyaları aşkar çıxarı [18, 26,31,32].

Hal-hazırkı dövrde orqanizmin hemostaz strukturاسının mütənasib saxlanılmasında neyroimmun - endokrin komplekslərinin rolunun böyük olması qeyd edilir [27,38,39]. Beləki, bəzi sitokinlərə bənzər immunositi mənşəli neyron hüceyrələrin mərkəzi sinir sistemi hüceyrələrinə toplanması onların potensial olaraq destruktiv effekt qabiliyyətinə malik olmasını müşayyət etdirir [10,29,34,35,36].

Sitokinlərin immunitetə göstərdiyi təsirlə yanaşı beynin biooji regulator mexanizmdə də rolunun böyük olması, bronzial astmanın immuno- patogenezinin öyrənilməsində yeni stimul kimi qeyd olunur [16]. Son illərdə bronzial astmada immun sisteminin reaktivliyinin mexanizminin daha dərin - molekulyar səviyyədə öyrənilməsi xəstəliyin proqnostik cəhətcə yanaşı, patogenetik olaraq yeni terapeftik dərmanlara fərdi yanaşılmasına təkan verir. Belə ki, yaranmış immun çatışmazlığının müalicəsində rekombinant sitokin preparatlarının işlədilməsi dərmanın adekvatlığını, məqsədyönlüyünü və effektiv olmasını açıqlayır [1,9,14,19,20]. Bronzial astmanın patogenezinə dair bir çox elmi işlərin olmasına baxmayaraq, xəstəliyin neyroimmun aspektlerinin kifayyat qədər öyrənilməməsi tədqiqatımızın əsas MƏQSƏDİNİ izah edir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat Azərbaycan tibb universitetinin II Uşaq xəstəlikləri kafedrasında aparılmışdır. Katamnestik olaraq bütün xəstələrin xəstəlik tarixləri araşdırılmış və bunlar arasında 3 yaşdan 17 yaşa qədər tez-tez bronzial astma tutmaları təkrarlanan 331 uşaq (241 oğlan, 90 qız) nəzarətə götürülmüşdür. Müayinə olunan xəstələrin diaqnozu əsasən bronzial astmanın yüngül interprətə olunmuş forması istisna olmaqla, orta ağır (183 nəfər) və ağır (148 nəfər) persistəedən atopik forma təşkil etmişdir. BA diaqnozu düzgün toplanmış ümumi və allerqoloji kliniki- laborator və instrumental mülayinələrə əsasən qoyulmuşdur. Kompleks müayinə programının əsasını anamnestik məlumatların analizi, xəstəliyin klinik təzahürleri, laborator və instrumental müayinə metodlarının nəticələri təşkil edib.

Bronzial astmanın diaqnozu dəqiq yığılmış ümumi və allerqoloji anamnezə və GINA-nın (2006-cı il) meyarlarına əsaslanıb qoyulmuşdur.

Müayinə olunan uşaqlar içərisində qızlıra nisbətdə (90 nəfər; 27,2%), oğlanlar (241 nəfər ; 72,8%) çoxluq təşkil etmişdir. 30 sağlam uşaq nəzarət qrupuna aid edilmişdir. 3 yaşdan 17 yaşa qədər 80 nəfər orta ağır və ağır persistəedən bronzial astmali uşaqların qan zərdabında neyropeptidlərdən substansiya P, neyrokinin A və vazoaktiv intestinal peptid ilə yanaşı limfositlərin CD markerləridə öyrənilmişdir. Bu xəstələrdən 44 nəfəri (55,0%) orta ağır, 36 nəfəri (45,0%) isə ağır persistəedən bronzial astmali uşaq təşkil etmişdir. Bununla yanaşı 56 nəfər xəstələrin qan zərdabında sitokinlərdən IL-2, IL-6, IL-10, IL12 və TNF_α-nın (Amerikanın BioSource International Inc)səviyyəsi də təyin edilmişdir. Bu xəstələrdən isə 33 nəfəri (58,9%) orta ağır, 23 nəfəri (41,1%) isə ağır persistəedən bronzial astmali uşaq təşkil etmişdir. 15 praktik sağlam uşaq nəzarət qrupuna daxil olmuşdur.

Qan zərdabında substansiya P, neyrokinin A, vazoaktiv intestinal peptid, IL-2, IL-6, IL-10,IL12 və TNF_α qəbul olunmuş instruksiyaya əsasən sərt fazlı immunoferment metodu vasitəsi ilə aşkarlanmışdır.IgA, IgM, IgG – Mançini üsulunu tədbiq etməklə IgE ilə birlikdə immunoferment analiz metodu vasitəsi ilə Chem Well (ABŞ) aparatında öyrənilmişdir [30]. C₃ - C₄ komplement fraksiyalarının təyin edilməsi Hospitex Diagnostics (İtalya) firmasından əldə edilən reaktivlərlə Chem Well aparatında turbidimetr metodу vasitəsi ilə öyrənilmişdir. İmmunokompetent hüceyrələrin idenfiq olunmuş membran markerlərinin monoklonal antiteləri (hüceyrə immunitetin göstəriciləri - T-limfositləri (CD3⁺), T-helper (CD4⁺), T-supressor (CD8⁺), Natural Killer (CD16/CD56⁺) və humoral immunitet göstəricisi olan B- limfositləri (CD19⁺)) axın sitometriya metodu ilə « Epics XL » ("BEKMON COULTER Fransa") öyrənilmişdir.Nəticələr hazırlanarkən düz (FSC), yan (SSC) işıqlandırma metodundan yararlanaraq , CellQuest ("Becton Dickin Son", ABŞ) programından istifadə olunmuşdur.Tədbiq olunan funksional testlər bütün xəstələrə aid edilmişdir. Beləki, atopik forma BA -lı uşaqlarda obstruktiv və restruktiv tənəffüs çatışmazlığının aşkarlanması spiroqrafiya, fərdi pikfloumetriya sınaqları ilə müəyyən edilmişdir.

Müayinə zamanı əldə edilmiş rəqəmli material Windows üçün nəzərdə tutulan "STATISTİCA 6,0" kompyuter paketinin köməyi ilə riyazi statistik metodla hazır şəkə

salınmışdır [24]. Kəmiyyət göstəriciləri ilə müqayisədə birləşməmiş cəm nəticələri Uilkokson-Mannauitinin qeyri parametrik metodu vasitəsi ilə hesablanmışdır. Tədqiqatın nəticələri orta hesab, orta xəta, tərəddüd həddi (maksimal və minimal mənada) şəklində təqdim olunmuşdur. Norma ilə müqayisədə, dürüstlük göstəricisi Vilkokson meyarına əsasən təyin edilib. Fərqli həqiqi sayılmazı, səviyyənin 5%-dən ($p<0,05$) artıq olmadıqda hesab olunmuşdur.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRI VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSİ. Bronxial astmanın klinik meyarının qiymətləndirilməsində boğulma tutmalarının, öskürəyin, təngənəfəsliyin, distansion xırıltıların, yuxu pozuntularının və s. kimi əlamətlərin olması əsas götürülmüşdür. Orta ağır persistədən bronxial astmanın xarakterizə olunmasında əsas əlamət kimi həftədə 1-2 dəfə boğulma tutmalarının olması, ayda 2 dəfə gecə tutmalarının resediv vermesi, simpatomimetiklərə gündəlik təlabatın olması, NZS-nin (nəfəsvermənin zirvə sürəti) 75-60% lazımı həcmində olması, SNH₁ (1-saniyədə sürətləndirilmiş nəfəs vermənin həcmi) 80%-dən aşağı olması (bronxolitik inhalyasiyasından sonra normal bərpa olunması), PEF -nın sutkalıq göstəricisinin 20-30 % təşkil etməsi ilə özünü göstərmüşdür. Ağır persistədən bronxial astmanın xarakterizə olunmasında isə xəstənin həyatına təhlükə yaratmasına səbəb olan gecə tutmalarının tez-tez resediv vermesi, fiziki fəallığın məhdudlaşması, gündəlik simptomların keşkin olması, patoloji pozuntunun tutmalararası dövrə saxlanması, NZS və SNH₁< 60% (lazımı həcmində bronxolitik inhalyasiyalardan sonra bərpa olunmur) olması, PEF sutkalıq göstəricisinin 30-40% təşkil etməsi kimi əlamətlər əsas götürülmüşdür.

Bronxial astma zamanı ağ ciyərlərdə neyrokinin A, substansiya P və vazoaktiv intestinal peptidin iştirakı ilə gedən qeyri adrenergik və qeyri xolinergik inervasiyanın rolunun aşkarlanması, xəstəliyin patogenezində yeni baxış kimi qiymətləndirilməsi tədqiqatda də öz əksini tapmışdır [7, 17]. Bronxial astma zamanı neyropeptidlərin iştirakı ilə gedən neyroallergik iltihabi proses, xəstəliyin xroniki hala keçməsinə təkan vermesi ilə yanaşı bronxların struktur dəyişilməsinə - remodifikasiyasına da (subendotel fibroz, saya əzələlərinin qalınlaşması, selikaltı vəzilərin böyüməsi, piyalıləbənzər hüceyrələrin çoxalması) səbəb olması bir çox tədqiqatlarda da göstərilir [37].

Bizim apardığımız tədqiqatın nəticəsində ağır persistədən atopik forma bronxial astma zamanı uşaqların qan zərdabında vazoaktiv intestinal peptidin keşkin azalması ($0,13\pm0,01$ pg/ml; nəzarət qrupunda $0,98\pm0,005$ pg/ml; $p<0,001$) qeyd edilmişdir. Orta ağır persistədən atopik forma bronxial astma zamanı isə bu göstərici ağır persistədən atopik forma bronxial astmadan fərqli olaraq 1,6 dəfə yüksək konsentrasiyada ($0,21\pm0,03$ pg/ml; nəzarət qrupuna nisbətdə $p<0,001$) aşkarlanmıştır.

Ağır persistədən atopik forma bronxial astma zamanı neyrokinin A ($2,67\pm0,09$ pg/ml; nəzarət qrupunda - $1,08\pm0,06$ pg/ml; $p<0,001$) və substansiya P-nin ($4,36\pm0,29$ pg/ml; nəzarət qrupunda - $1,28\pm0,2$ pg/ml; $p<0,001$) qan zərdabındaki konsentrasiyaları orta ağır persistədən atopik forma bronxial astmaya nisbətdə (neyrokinin A - $2,32\pm0,12$ pg/ml; substansiya P - $3,07\pm0,12$ pg/ml; nəzarət qrupuna nisbətdə $p<0,001$) yüksək səviyyədə olması ilə müşayət edilmişdir. Göstəricilərin bu cür xarakterizə olunması xəstəliyin klinikasının keşkinləşməsi ilə də özünü bürüze vermişdir.

Müşahidəmizin sonrakı mərhələsində, tədqiq olunan neyropeptidlərin qan zərdabında səviyyələri, xəstəliyin dövrlərindən aslı olaraq da öyrənilmişdir. Orta ağır persistədən atopik forma bronxial astmanın tutma dövründə substansiya P - $9,4\pm1,17$ pg/ml ($p<0,05$; nəzarət qrupuna nisbətdə $p<0,01$), neyrokinin A - $2,5\pm0,3$ pg/ml keşkin artmasına baxmayaraq, vazoaktiv intestinal peptidin səviyyəsi $0,06\pm0,01$ pg/ml ($p>0,05$) nəzərə çarpacaq dərəcədə azalmışdır. Bu neyropeptidlər remissiya dövründə (substansiya P - $2,2\pm0,68$ pg/ml; neyrokinin A - $2,3\pm0,68$ pg/ml; vazoaktiv intestinal peptid - $0,43\pm0,12$ pg/ml) tutma dövrünə nisbətdə nəzarət qrupun göstəricilərinə yaxın olması qeyd edilmişdir. Ağır persistədən atopik forma bronxial astma zamanı qan zərdabında tədqiq edilən neyropeptidlərin dövrlərə uyğun göstəricilərdəki dəyişkənliliklər orta ağır persistədən atopik forma bronxial astmanın göstəriciləri ilə analoji olaraq eyni cür xarakterizə olunmuşdur.

Öldə edilən nəticələrin interprətasiyasından belə nəticəyə gəlmək olar ki, təyin edilən neyropeptidlər vazoaktiv intestinal peptid, substansiya P və neyrokinin A bronxial astmanın patogenezində iltihabi proseslərin ağırlaşmalarına səbəb olan bir sıra patofizioloji reaksiyalarda

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

(bronxların saya əzələlərinin spazmı, selikli qışasının ödemi, seliyin hipersekresiyası və s.) inişiator rölu oynayırlar. Bu peptidlər bronxial astmanın patogenezində «akson - refleks» mexanizmini yaradaraq, qüsurlu dövranı əmələ gətirməklə, yaranmış ilkin iltihabı prosesin yayılmasına və kəskinleşməsinə səbəb olur [8,13,11].

İmmunokompetent hüceyrələrin miqdarının azalması immun reaktivliyin pozulmasının əsas təzahürlərindən biri hesab edilir. Məhz bu proses apoptozun intensifikasiyasını və təbii bioloji programı realizə etməklə, hüceyrə məhvini səbəb olan zədələyiçi faktorların birbaşa təsiri nəticəsində baş verir. Bu mexanizmin təsiri altında immunoreaktivliyin realizasiyasını təmin edən hüceyrə populyasiyalarının, xüsusunda T limfasit subpopulyasiyalarının arasında balans pozuntusu yaranır [2]. Bronxial astma zamanı bronxlarda yaranmış hiperhəssashlıq və hiperreaktivlik membran markerlərinin monoklanal antitelləri ilə sitokin statusu arasında yaranmış disbalansın nəticəsi kimi şərh olunur. Tətbiq edilən immunomonitorinq, periferik qanda dövr edən limfasitləri xarakterizə edərək sistem immunitetinin öyrənilməsinə şərait yaradır ki, bu da immunoterapetiç mülaliconin aparılmasına təkan vermiş olur [3,5]. Tədqiqat aparılan uşaqların limfasit subpopulyasiyalarının statistikasının analiz olunması zamanı CD3⁺ limfasitlərin (orta ağır persistədən atopik forma bronxial astmada - 42,2%; ağır persistədən atopik forma bronxial astmada - 34,9%; nəzarət qrupunda - 62,9%) səviyyələinin aşağı olması, zədələnmüş nahiyyə T limfasitlərin miqrasiyasının hesabına, xronik allergik iltihabi prosesin yaranmasını təsdiqləyir. Immun sistemdə T limfasitlərin depresiv olması hesabına T helper (CD4⁺) göstəricisinin orta ağır (23,1%) və ağır gedişdə (16,0%) nəzarət qrupuna nisbətdə (37,3%; p<0,001) aşağı olması aşkar edilmişdir. CD8⁺ hüceyrələrin (T limfasit / suppressor) orta ağır persistədən atopik forma bronxial astma zamanı 19,7%, ağır persistədən atopik forma bronxial astmada isə 19,0% (nəzarət qrupuna 25,5%; p<0,001) qədər aşağı düşməsi qeydə alınmışdır. Bu göstəricilərdə əldə edilən çatışmazlıq hüceyrə immunitetinin pozulması ilə gedən limfasit funksiyalarının sitotoksik defekti ilə izah olunur. Bununla yanaşı T limfasitlərinin subpopulyasion nisbətlərini xarakterizə edən immunorequlyator indeks (CD4^{+/}CD8⁺) koefisientinin ağır persistədən bronxial astmada 1,00-qədər (p<0,01), orta ağır persistədən bronxial astmada isə 1,28 (p<0,01) qədər (nəzarət qrupunda 1,46; p<0,01) aşağı olması qeyd edilmişdir.

Tədqiqatımızın nəticələri CD16/CD56 pozitiv hüceyrələrin orta ağır persistədən bronxial astma zamanı (8,6%) az dərəcədə, ağır persistədən bronxial astmada isə nisbəten kəskin (6,5%) dərəcədə aşağı olması məhz orta ağır gedişdə makroorganizmin müdafiə sisteminin zəif zədələnməsi ilə izah edilir. B limfositlərin göstəricilərinin (CD19⁺) orta ağır persistədən bronxial astmada 20,7%, ağır persistədən bronxial astmada isə 44,5% olması nəzarət qrupuna nisbətdə (13,1%; p<0,01) onların qan zərdabında səviyyəsinin 3-4 dəfə artıqlığı ilə qiymətləndir. Beləliklə, orta ağır və ağır persistədən bronxial astmali uşaqların immun hemeostazının nəticələrinin analiz olunması, kəskin limfopeniya, CD3⁻, CD4⁻, CD8⁻, CD16^{+/}CD56⁺ limfosit resseptorlarının ekspressiyasının aşağı olması, immunorequlyator indeksin aşağı göstəricidə qeyd edilməsi və CD19⁺ limfasitlərinin kifayət qədər yüksək səviyyəsi ilə xarakterizə olunur.

Atopik forma ağır persistədən bronxial astmali uşaqların qan zərdabında immunoqlobulinlərin spektrları içərisində IgA (0,96q/l; nəzarət qrupu - 2,17 q/l; p<0,01), IgM (0,64 q/l; nəzarət qrupu - 1,25 q/l; p<0,01) və IgG (5,41 q/l; nəzarət qrupu - 11,9 q/l; p<0,01) aşağı səviyyədə olması qeyd olunub. Orta ağır persistədən atopik forma bronxial astmali uşaqlar arasında əldə edilən göstəricilərdə nəzarət qrupu ilə müqayisədə nəzərə çarpacaq deyişkənliliklər əldə edilməmişdir (IgA- 1,68q/l; IgM- 0,88q/l ; IgG - 9,04q/l; p<0,01). Alergik xəstəliklərin biomarkeri sayılan IgE, atopik forma bronxial astmanın hər iki gedişatında yüksək konsentrasiyalı sitotropluğu ilə başqa immunoqlobulinlərdən fərqlənmişdir. Beləki, orta ağır persistədən bronxial astma zamanı IgE-nin miqdarı 346,6 BV/l, ağır persistədən bronxial astma zamanı isə 437,5BV/l - e qədər olması, nəzarət qrupuna nisbətdə (100 BV/l; p<0,01) 4 dəfə yüksək konsentrasiyada olması ilə özünlü bürüze vermişdir.

Dövr edən immunokompleksin qan zərdabındaki konsentrasiyası ağır persistədən bronxial astmada (145,5 SV), orta ağır persistədən bronxial astmaya (81,8 SV; nəzarət qrupunda -49,1 SV; p<0,01) nisbətdə daha yüksək olması ilə açıqlanmışdır.

Qeyri spesifik immun göstəricilərdən olan C₃ və C₄ komplementar fraksiyaları hər iki gedişli atopik forma bronxial astmada aşağı səviyyədə olması ilə qeydə alınmışdır (nəzarət qrupu

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

ilə müqayisədə $p<0,01$). Bronxial astmada neutrofillerin funksional olaraq faqositar aktivliyinin aşağı olması müşayət edilmişdir. Beləki, nəzarət qrupuna nisbətdə (76,2 SV; $p<0,01$) orta ağır persistəedən bronxial astmada (62,3 SV) və ağır persistəedən bronxial astma zamanı (56,9 SV) bu göstəricinin qan zərdabında az konsentrasiyada olması eldə edilmişdir.

Beləliklə, immunoloji göstəricilərin nəticələrinin interprətasiyasında orta ağır və ağır persistəedən atopik forma bronxial astma zamanı immun reaktivliyin çatışmazlığı əldə edilmişdir. Bu göstərici ən çox özünü ağır persistəedən bronxial astma zamanı bürüze vermişdir.

Atopik mənşəli bronxial astmalı uşaqların immunopatogenetikasının əsas dinamikası - immun sisteminin effektor qolu ilə patoloji proseslərdə iştirak edən sitokin kaskadları arasında əlaqənin olması təşkil edir [12]. Beləki, bronxial astma zamanı sitokinlər limfositlərin differensə olunmasını requilyə etməklə bərabər onların funksional aktivliyinə təsir göstərərək, spesifik imunitetin requilyasiyasında da iştirak edirlər [4]. Immun cavabda IgE-nin və Th₁, Th₂ limfositlərinin requilyator mexanizmini aşkar etmək üçün müxtəlif ağırlıq dərəcələri olan atopik forma bronxial astmalı 56 nəfər uşaqların qan zərdabında sitokin statusu araşdırılmışdır. Bu uşaqlardan 33 nəfəri (58,9%) orta ağır, 23 nəfəri (41,1%) ağır persistəedən bronxial astmalı uşaqlar təşkil etmişdir.

Belə ki, atopik forma bronxial astmalı uşaqların qan zərdabında interleykinlər, nəzarət qrupuna nisbətdə müxtəlif dinamik dəyişkənliliklərə özünü bürüze vermişdir. Tədqiqat zamanı ağırlıq dərəcələrindən aslı olmayaraq aparılan bütün uşaqların sitokin arxitektonikasında TNF_α, IL-6, IL-10, IL-12-nin artması, IL-2-nin isə azalması qeyd edilmişdir.

Ağır persistəedən bronxial astma zamanı interleykinlər arasında əldə edilən dinamik göstəricilər orta ağır persistəedən bronxial astmalı uşaqların göstəricilərinə nisbətdə daha qabarıq olmuşdur. Beləki, ağır persistəedən bronxial astma zamanı təyin olunan interleykinlər içərisində keşkin dinamik göstərici TNF_α-da özünü göstərmişdir. Belə ki, TNF_α-nın orta səviyyəsi 599,1 pg/ml olmuşdur ki, bu da nəzarət qrupuna nisbətdə 15,7 dəfə çox olmasına göstərir. Bronxial astmalı uşaqların qan zərdabında bu göstəricinin yüksək olması bronxlarda baş vermiş xronik persistəedən iltihabi proseslərin uzun sürməsinə təkan vermesi ilə bərabər, T və B limfositlərinin proliferasiya və diifferensə olunmasının stimülə edilməsinin pozulması ilə də izah olunur.

Atopik mənşəli bronxial astmalı uşaqlarda IL-12-nin səviyyəsi qan zərdabında nəzarət qrupuna nisbətdə 2,6 dəfə artıq olması ilə özünü göstərmişdir. Beləki, IL-12 makrofaqlarla, limfositlər arasında qarşılıqlı əlaqə yaradaraq, T-helperin Th₁ istiqamətdə differensə olunmasını stimullaşdırır [6]. Bunun nəticəsi olaraq bronxial astmalı xəstələrdə IL-12 hüceyrə və humoral immunitetlər arasında qarşılıqlı əlaqəli münasibətləri requilyə etmiş olur. Bu göstəricidə yaranmış dinamik dəyişkənlilik məhz bəzi interleykinlərin sintezinə təsir göstərərək immun sistemləri arasında disbalansın yaranmasına səbəb olur.

Bronxial astma zamanı təyin edilən IL-10 – Th₁ hüceyrələrinin aktivliyini aşağı salmaqla, iltihabyönlü sitokinlərin produksiyasını azaldaraq iltihabəleyhinə sitokinlər qrupuna aid edilir. Bu cür uşaqların qan zərdabında onun səviyyəsi nəzarət qrupuna nisbətdə 3,7 dəfə yüksək olması ilə aşkar edilmişdir. Bunun nəticəsi olaraq makrofaqların funksiyasının inqibə olunması ilə yanaşı Th₀ limfositlərin Th₂ limfositlərə differensə olunmasını istiqamatlaşdırıbməkla humoral tip immun cavabın formalşmasına şərait yaradır. İltihabyönlü sitokinlərdən IL-6-nın səviyyəsinin nəzarət qrupuna nisbətdə 2,3 dəfə yüksək olması ilə qeydə alınmışdır. Belə ki, IL-6 damar divisorunun keçiriciliyini artıraraq, adqeziyaya yığramış moleküllerin ekspresiyasını çoxaldır ki, bunun nəticəsi olaraq kiçik molekullu iltihabı mediatorlardan histaminin, prostoqlandinlərin və s. azad olması çoxalaraq, iltihabı prosesin artmasına səbəb olur. Bununla yanaşı bronxial astma zamanı IL-6 B limfositlərin proliferasiyasının kofaktoru olmaqla, bütün növ immunoqlobulinlərin hasil olmasını bərabər stimülə edir. Təyin olunan sitokinlər içərində IL-2-nin qan zərdabında konsentrasiyası digər interleykinlərdən fərqli olaraq nəzarət qrupuna nisbətdə 3,6 dəfə aşağı olması ilə aşkarlanmışdır. Belə ki, IL-2 antigen stimulyasiyasına cavab olaraq T limfositlərinin Th₁ subpopulyasiyası tərəfindən sintez edilərək Th₁ limfositlərin proliferasiya və differensə olunmasını aktivləşdirməkla, INF_α sintezini artırır ki, bu da aktivləşmiş T limfositlərini apoptozdan qoruyur. Məhz bronxial astma zamanı Th₂ limfositlərin Th₁ limfositlərin üzərində dominantlığı nəticəsində Th₁-in aktivliyinin zəifləməsi baş verir ki, bu da IL-2-nin sintezinin pozulması ilə yanaşı hüceyrə immunitetinin depresiv, humoral immunitetin isə aktivləşməsinə gətirib çıxarır.

Azərbaycan təbabətinin müasir naliyyətləri №1/2011

Beləliklə , deyilənləri nəzərə alıb atopik forma bronxial astmalı uşaqlarda bəzi sitokin kaskadlarının (TNF_α, IL-6, IL-2, IL-10, IL-12) öyrənilməsi onlar arasında olan kompensator çatışmazlığın korrelyasiya xarakter daşıdığını aşkarlayıb, immun cavabın formallaşmasında müəyyən rollarının olduğunu vurgulayır. Məhz bu nöqtəyi- nəzərdən hüceyrə immun həlqəsində yaranmış çatışmazlığın Th₁ limfositlərinin aktivliyinin zəifləməsi nəticəsində IL-2-nin sintezinin pozulması və onun da hüceyrə immunitetinin supressiv, humoral immunitetin isə aktivləşməsinə gətirib çıxarması ilə izah olunur.

Tədqiqatımızın sonrakı prespektivliyi atopik forma bronxial astmalı uşaqların müalicə principinin modifikasiyasında təyin olunan sitokin kaskadları arasındakı disbalansın correksiyası üçün müalicə principinin seçimli aparılması və müxtəlif tədbirlərinin tədbiq edilməsindən ibarət olmuşdur [1]. Qarşıya qoyulan məqsədi nail olmaq üçün orta ağır və ağır persistəndən atopik forma bronxial astmalı 67 uşaq nəzarətə götürülmüşdür. Ronkoleykin qəbul olunmasından aslı olaraq xəstələr 3 qrupda cəmləşdirilmişdir. Preparat bronxolitik və iltihabəlehəna bazis müalicəsi fonunda kompleks müalicəyə daxil edilmişdir.

-I qrup xəstələrə (22 xəstə) bazis müalicə fonunda Ronkoleykini nebulayzer vasitəsi ilə inqalyasiya şəklində təyin edilmişdir.5 yaşa qədər 250000TV, 5 yaşdan yuxarı 500000TV,48 saatdan bir həftədə 4 dəfə təyin edilib.

-II qrup xəstələrdə (24 xəstə) bazis müalicəsi fonunda Ronkoleykini inyeksiyon formada təyin edilib.Dərmanın dozasi yuxarıda qeyd olundukimi dərialtına 48 saat intervalla həftədə 3 dəfə vurulmuşdur.

-III qrup xəstələrdə. (21xəstə) Ronkoleykin kombinə şəklində həm aerozol terapiya (3 inhalyasiya,48saat intervalla),həm də inyeksiya formada (2 inyeksiya, 48 saat intervalla) bazis müalicə fonunda təyin edilib.

Aparılan müalicədən sonra əldə edilən klinik nəticələrin interpretasiyasından görünür ki, I qrupu təşkil edən xəstələr (Ronkoleykin aerozol alanlar),II qrupa (Ronkoleykin inyeksiya alanlar)nisbətdə klinik effektivlik tez əldə edilmişdir. Beləki, I qrup xəstələrdə gündüz tutmaları 47%,gecə tutmaları 41% olması ilə bərabər β2 aqonistlərə təlabatın 56%-za qədər azalması kurs müalicənin sonunda qeyd edilmişdir. Bununla yanaşı II qrup xəstələrdə gündüz tutmaları 35%, gecə tutmaları 33% və qısa təsirli β2 aqonistlərə təlabatın 47% təşkil etməsi aşkar edilmişdir. Bu qrupda klinik effektivlik I qrupu nisbətdə gec əldə edilməsinə baxmayaraq, remissiya dövrünün uzun olması qeyd olılmışdır. III qrup xəstələrdə isə gündüz tutmaları 49%,gecə tutmaları 44% və β2 aqonistlərə təlabat 58% təşkil etməsi, I qrup göstəricilərinə yaxın olması göstərmişdir.

Müalicənin effektivliyinin uzaq nəticələri məhz remissiya dövrünün müddətinə görə qiymətləndirilmişdir. Beləki, xəstələrin katamnezinin 12 aya qədər izlenməsinin nəticəsi olaraq II və III qrup xəstələrdə remissiya dövrünün I qrupa nisbətdə daha davamlı xarakter daşıması qeyd edilmişdir. Apardığımız katannestik müşahidəmizin interpretasiyasından belə nəticəyə gəlmək olar ki,I qrup xəstələrdə remissiya dövrü 2 aydan 3-4 aya qədər ($p>0,05$) uzanması qeydə alınmışdır. İnyeksiyon Ronkoleykini tədbiq edilən qrupda (II qrup) statistik olaraq remissiya dövrünün 7-8 aya qədər uzanması aşkarlanmışdır.Ronkoleykin kombinə şəklində almış xəstələrin (III qrup) 12 aydan sonra ambulator müayinəsi zamanı statistik olaraq remissiya dövrünün 9-10 aya ($p<0,05$) qədəruzanması qeydə alınib.Beləliklə, konservativ müalicə alan xəstələrlə nisbətdə II və III qrup xəstələrin remissiya dövrünün 4,2 və 4,9 dəfə, I qrup xəstələrin remissiya dövrünün 1,6 dəfə uzadılması aşkar edilmişdir.Aerozolterapiya alan xəstələrdə klinik effektivlik tez əldə edilməsinə baxmayaraq inyeksiyon formada Ronko- leykin qəbul edən xəstələrin remissiya dövrünün onlara nisbətdə uzun sürməsi müşahidəmizdə qeyd edilmişdir.

Ağır persistəndən atopik forma bronxial astmalı uşaqlarda əldə edilən nəticələr əsasında xəstəliyin gedisətinin erkən aşkarlanmasında və adekvat müalicənin vaxtında aparılmasına zəmin verir ki, bu da xəstəliyin ağırlaşmasını qarşısını alır.

Aparılan tədqiqatın nəticələrinə əsasən müəyyən etmək olar ki, atopik forma bronxial astma zamanı yaranmış allergik iltihabi prosesə neyrogen iltihabın qoşulması, prosesi daha da dərinləşdirərək , xronizasiyasına səbəb olur.Bu nöqtəyi nəzərdən tədqiqatımızın sonrakı mərhələsini bu iki sistemin kliniki - laborator göstəriciləri arasında (normada və patologiyada) qarşıtlı əlaqənin kəmiyyət dərəcəsinin qiymətləndirilməsi təşkil etmişdir.Beləki, onun

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

realizasiyası üçün əldə olunan göstəricilərlə , klinik əlamətlərin korrelyasion analizi aparılmışdır ki, bu da korrelyasiya koefisienti hesablanması ilə həyata keçirilmişdir.

Atopik forma bronxial astmali uşaqlarda tədbiq edilən korrelyasion münasibət aşağıdakı kimi analiz olunmuşdur. Beləki, atopik forma bronxial astmada vazoaktiv intestinal peptid göstəricisi neyrokinin A ($p=0,54$, $p<0,05$), IL-10 ($p=-0,60$, $p<0,05$) əks korrelyasion ,CD4⁺ limfasiti ilə ($p=+0,66$, $p<0,05$) düz korrelyasiya təşkil etmişdir. Neyrokinin A ilə CD4⁺ limfasiti ($p=+0,54$, $p<0,05$) və IL-12 ilə ($p=+0,77$, $p<0,05$) isə müsbət korrelyasiyada olmuşdur.

CD3⁺ limfasitləri ilə CD4⁺($p=-0,51$, $p<0,05$) və IL-10 ($p=+0,66$, $p<0,05$) arasında dürüst korrelyasion asılıq qeyd olunmuşdur. Digər göstəricilərlə CD3 limfasitləri arasında qeyri dürüst əlaqə əldə edilmişdir.

CD4⁺ limfasitləri IL-10 ($p=+0,77$, $p<0,05$) və IL-12 ($p=+0,83$, $p<0,05$) göstəriciləri ilə düz korrelyasiya təşkil etmişdir.CD8⁺ limfasitləri iki interleykinlərlə - IL-10 ($p=+0,60$, $p<0,05$) və IL-12 ($p=+0,77$, $p<0,05$) ilə, IL-10 isə tək IL-12 ($p=+0,71$, $p<0,05$) ilə korrelyasiya əlaqəsində olmuşdur.

Tədqiqatın sonunda alınan bütün nəticələrin interpretasiyasından belə qərara gəlmək olar ki, atopik forma bronxial astmali uşaqlarda neuropeptidler bronxlarda hiperreaktivlik törətməklə, tənəffus yollarında iltihabi prosesin güclənməsinə səbəb olur. Sitokin sistemindəki dəyişkənliliklər allergik iltihabi prosesin istiqamətlənməsinə , immun sisteminin çatışmazlığı isə patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsinə təsir göstərməklə, xəstəliyin ağrılaşmasına və xronikləşməsinə təkan vermiş olurlar.

ƏDƏBİYYAT

1. Əyyubova A.A., Sultanova N.H. Atopik forma bronxial astmali uşaqlarda ronkoleykin aerozolu ilə müalicənin immunoterapeftik effektivliyi //Azərbaycan əzəcəliq və farmakoterapiya, 2009, № 1, s.58
2. Султанова Н.Г. Сравнительное изучение влияния системного и местного лечения Ронколейкином на показатели иммунного статуса детей с атопической бронхиальной астмой // Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том6, №3, с.664
3. Sultanova N.H. Bronxial astmali uşaqlarda Ronkoleykinin kombinə şəklində işlədilməsinin kliniko-immunoloji effektivliyi // Sağlamlıq jurnalı .Bakı, 2009.- № 10.- səh.116
4. Əyyubova A.A., Sultanova N.H. Bronxial astmali uşaqların qan zərdəbində interleykinlərin səviyyələrinin dinamik dəyişkənliliyi // Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı, 2009, №1, s.153
5. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Цитокинотерапия рекомбинантным интерлейкином-2 детей больных атопической бронхиальной астмой // Астма, 2009., №1, том 10, с.8
6. Sultanova N.G. The prognostic importance of neuropeptides and indices of the immune system in children with allergic asthma //Asthma Allergy Immunology. Ankara, 2010, v.8, p.33
7. Султанова Н.Г. Анализ межсистемного взаимодействия ряда нейроиммунных показателей при атопической бронхиальной астме у детей // Пульмонология, 2010, №3, с.62
8. Эюбова А.А., Аллахвердиева Л.И., Султанова Н.Г. Роль нейропептидов в патогенезе бронхиальной астмы у детей // Иммунология, 2008, №5, том 29, с.290
9. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Клинико-иммунологическая эффективность небулайзерной терапии Ронколейкином при атопической астме у детей // Астарханский медицинский журнал, 2010, №3, с.114
10. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Нейроиммунные взаимодействия у больных с атопической бронхиальной астмой //Аллергология и иммунология в педиатрии, 2009, №3 (18), с.22
11. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Соотношение между ситокиновой активностью крови и уровнем нейропептидов при атопической бронхиальной астме //Аллергология и иммунология, 2009, №3, том10.- с.379
12. Султанова Н.Г. Влияние небулизированного Ронколейкина на уровень интерлейкина 2 в крови у детей с бронхиальной астмой // Цитокины и воспаление, 2008, №3, том7, с.24
13. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Нейроиммунная регуляция при бронхиальной астме у детей // GeorgianMedicalNews, 2008, том3 (156) , с.78
14. Sultanova N.H. Bronxial astmali uşaqların sitokin statusunda yaranan dizbalansın immunokorreksiyasında Ronkoleykinin rolü // Azərbaycan Tibb jurnalı, 2009, №1, s.129
15. Sultanova N.H. Bronxial astmali uşaqların müxtəlif dövrləri üçün sitokin statusun gediş xüsusiyyətləri » // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri, 2010, № 3, s.42
16. Sultanova N.H. Atopik forma bronxial astmanın patogenezindəki neyroimmun regulator pozuntunun klinik təzahürleri // Metabolizm jurnalı, 2009, №3, s.19
17. Sultanova N.H. Atopik forma bronxial astmali uşaqların immun və sitokin statusunun əsas xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, 2009, №3, s.119

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

18. Əyyubova A.A., Sultanova N.H. Bronxial astmanın neytoimlun reçulyasiyasında neuropeptidlərin rolü // Azərbaycan Tibb jurnalı, 2007, № 4, s.65
19. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Актуальность применения иммунокорректора Ронколейкина у детей с бронхиальной астмой // Аллергология и иммунология, 2009, № 2, том 10, с.204
20. Эюбова А.А., Султанова Н.Г. Иммуномодулирующий эффект ингаляционного введения Ронколейкина у детей с бронхиальной астмой // Аллергология и иммунология, 2009, № 1, том 10,с.44
21. Аллахвердиева Л.И. Новые аспекты патогенеза и лечения респираторных проявлений аллергии у детей и подростков азербайджанской популяции: Автореф.дис. ... докт. мед. наук. Баку, 2005
22. Минеев В.И., Сорокина Л.Н., Трофимов В.И. Рецепторы к интерлейкину -4 и 13: строение, функция и генетический полиморфизм // Пульмонология,2010, №3, с.113
23. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. М., 2006, 687с.
24. Боровиков В.П. Популярное введение в программу STATISTICA, Компьютер Пресс 1998.
25. Григорьев К.И., Хан М.А., Григорьева О.К Бронхиальная астма: Gina, новые инициативы и детская пульмонологическая практика // Медицинская помощь: научно-практический журнал., 2007, № 3 ,с. 3-8.
26. Диел Ф. Цитокины у больных с атопией и без атопии – влияние факторов внешней среды. // Медицинская иммунология, 2001, том 3, № 1, с. 15-19.
27. Казаков В.Н., Снегирь М.А., Снегирь А.Г. и др. Пути взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной систем в регуляции функций организма//Архив клинической и экспериментальной медицины., 2004, т.13, № 1-2, с. 3-10
28. Клиническая аллергология: Рук-во для практических врачей / Под. ред. акад. Р.М. Хайтова. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 624 с.
29. Лев Н.С. Клинико-патогенетическое значение нейропептидов при бронхиальной астме у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1994.
30. Медицинские лабораторные технологии. Справочник// под ред. А.И.Карпищенко. – С-Пб., 2002
31. Просекова Е.В., Деркач В.В., Сабыныч В.А. и др. Состояние иммунных и цитокиновых механизмов при аллергических заборлеваниях у детей // Pacific Medical Journal, 2007, № 2, с.57–60.
32. Серебренникова С.Н., Семинский И. Ж. Роль цитокинов в воспалительном процессе// Сибирский медицинский журнал, 2008, № 8, с.5-8
33. Цибулькина В.Н. Бронхиальная астма: распространенность, механизмы развития, факторы, определяющие тяжесть заболевания, общие принципы специфической и неспецифической терапии// Казанский медицинский журнал, 2005,т.86, № 5, с. 353 – 360
34. Коростелев А.А., Лисаченко Г.В., Кострова Т.О.и др. Цитокины, интерлейкины, монокины и лимфокины. Значение в регуляции иммунного ответа и межсистемных взаимодействий: метод. Рекомендации. Кемерово, 2005, 70 с.
35. Barnes P.J., Baraniuk J.N., Belvisi M.G. Neuropeptides in the respiratory tract// Am Rev Respir Dis 2001, v. 148, p. 1391-1399.
36. Casale T.B. Neuropeptides and the lung // J Allergy Clin Immunol 2006, v.88, p. 1-14.
37. Cheung D. Neutral endopeptidase activity and airway hyperresponsiveness to neurokininA in asthmatic subjects in vivo // Am Rev Respir Dis 1993, v.148, p.1467-1479.
38. Kips J.C. Cytokines in asthma // Eur.Respir.J., 2001,№18, p.24-33.
39. Wallengren J., Hakanson R. Effects of substance P, neurokinin A and calcitonin gene-related peptide in human skin and their involvement in sensory nerve-mediator responses // EurJPharmacol., 2000, v.143, p.267-273.

РЕЗЮМЕ

НЕЙРОИММУННЫЕ ОТНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н.Г.Султанова

В статье приведены результаты изучения ряда показателей иммунного и цитокинового статуса, а также нейропептидов, проведенные у больных детей со среднетяжелой и тяжелой атопической степенью бронхиальной астмы. Показано значение нейропептидов в формировании воспалительного процесса при бронхиальной астме. Анализ содержания цитокинов в сыворотке крови больных показал, что нарушения в цитокиновой системе прогрессируют по мере утяжеления патологического процесса. Проведенное иммунологическое обследование больных выявило изменение показателей клеточного звена иммунной системы при различных степенях тяжести бронхиальной астмы.Анализ полученных результатов показал, что нейропептиды играют важную роль в усилении воспаления дыхательных путей и развитии гиперреактивности бронхов, цитокиновые изменения отражают степень и направленность аллергического воспаления, иммунные нарушения определяют тяжесть течения патологического процесса при атопической бронхиальной астме у детей.

SUMMARY

NEYROIMMUN RELATIONS IN THE PATHOGENESIS OF THE ATOPIC BRONCHIAL ASTHMA

N.G. Sultanova

In article results of studying of some indicators immune and cytokin the status, and also the neuropeptides, spent at children sick medium and a serious atopic bronchial asthma are resulted. Value of neuropeptides in formation of inflammatory process is shown at a bronchial asthma. The analysis of the maintenance of cytokines in blood serum of patients has shown that disturbances in cytokin system progress in process of weighting of pathological process. The carried immunologic investigation of patients has taped change of indicators of a cellular link of immune system at various severity levels of a bronchial asthma. The analysis of the received results has shown that neuropeptides play an important role in intensifying of an inflammation of respiratory tracts and development of a hyperreactivity of bronchi, cytokin changes reflect degree and an orientation of an allergic inflammation, immune disturbances define gravity of a current of pathological process at an atopic bronchial asthma at children.

Daxil olub:25.11.2010

MAKULODISTROFIYA İLƏ BAĞLI İLKİN ƏLLİYYİN TIBBI-SOSIAL YÜKÜNÜN DINAMİKASI

N.M.Rüstəmova

Akademik Zarifa Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı

Görmə funksiyasının ağır pozğunluğuna səbəb olan və insanın əmək fəaliyyətini ciddi məhdudlaşdırıran patologiyalardan biri makulodistrofiya hesab olunur [1, 2, 3]. İnkışaf etmiş ölkələrdə bir sıra göz patologiyalarının uğurlu müalicəsi fonunda makulodistrofiyanın əhalinin əllişməsində rolü artır. Belə ki, Almaniyada korluğun səbəbləri arasında birinci yeri makulodistrofiya tutur və 100.000 əha-liyə 3,9 bu patologiya ilə bağlı korluq hadisəsi qeydə alınmışdır. Makulodistrofiya ilə bağlı korluğun riski diabetik retinopatiya ilə müqayisədə 2 dəfə, glaukoma ilə müqayisədə 2,5 dəfə, miopiya ilə müqayisədə 4,2 dəfə, görmə sinirinin atrofiyası ilə müqayisədə 5 dəfədən çox yüksəkdir [1]. Rusiyada ahil insanlarda göz patologiyaları arasında birinci yeri gözün torlu qışasının patologiyaları (30,8%) tutur. Gözün torlu qışasının patologiyaları arasında isə diabetik retinopatiya 32,8%, makulodistrofiya 28,7% və hipertoniq retinopatiya 26,1% paya malikdir [2]. Şotlandiyada korluğun səbəbləri arasında 57,1% makulodistrofiyanın payına düşür [3]. Qeyd olunanları nəzərə alaraq makulodistrofiyanın Azərbaycanda əhalinin əllişməsində rolü öyrənilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIALARI VƏ METODLARI. Tədqiqat retrospektiv aparılılaq 2001-2008-ci illərdə Azərbaycanda ilkin əllilik hadisələri araşdırılmışdır. Əlliiyin əsas səbəbi makulodistrofiya hesab edilmiş və ilk dəfə şəhadətləndirilən pasientlərin ilkin sənədləri təhlil edilmişdir. Seçilmiş toplumun ümumi sayı 436 olmuşdur. İlk dəfə əlliliyi etiraf edilmiş şəxslər yaşa, cinsə görə bölünmüş və hər birinin gözlənilən əllilik ömrünün müddətinə müvafiq (konkret yaşda ömrün gözlənilən müddətinə əsasən) orta əllilik ömrü hesablanmışdır. Əllilərin və əhalinin yaş tərkibinin (ekstensiv göstəricilər) müqayisəsinə əsasən əllilik riski qiymətləndirilmişdir. Hesablamalarda orta və nisbi kəmiyyətlərin təhlili metodları tətbiq edilmişdir [4].

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Makulodistrofiya ilə bağlı ilkin əllilik riskinin yaş dinamikası 1-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi, əllilər arasında kişilərin xüsusi çəkisi qadınlarla müqayisədə bir qədər çoxdur (müvafiq olaraq 53 və 47%). Əllilərin yaş tərkibində 60 və yuxarı yaşılı şəxslərin payı nisbətən çox olmuşdur (21,4%). Xüsusi çəkisine görə ikinci və üçüncü yərləri 45-49 və 50-54 yaşılı əllilər tutur (müvafiq olaraq 19,5 və 15,6%). Digər yaş qruplarının xüsusi çəkisi biri-birinə yaxındır (6,0-9,9%).

Qadın və kişi əllilərin yaş tərkibi bir-birindən fərqlənir: kişilər arasında 15-39 (müvafiq olaraq 37,9% və 15,6%), qadınlar arasında isə 55 və yuxarı yaşılı əllilərin payı (müvafiq olaraq: 37,8 və 25,8%) yüksəkdir (Cədvəl 1).

Azerbaycan təbabətinin müasir nüaliyyətləri №1/2011

**Cədvəl 1
Əlliyyin ilkin səbəbi makulodistrofiya olan pasiyentlərin yaşa görə bölgüsü**

Yaş, illər	Say	O cümlədən		Cəmə görə, %			Əhalinin yaş bölgüsü, %	Əllilik riski
		Kişi	Qadın	Hər iki cins	Kişi	Qadın		
15-24	26	17	9	6,0	7,3	4,4	25,7	0,23
25-29	26	18	8	6,0	7,8	3,9	12,9	0,47
30-34	34	26	8	7,8	11,2	3,9	13,2	0,59
35-39	34	27	7	7,8	11,6	3,4	11,8	0,66
40-44	26	15	11	6,0	6,5	5,4	8,0	0,75
45-49	85	43	42	19,5	18,5	20,6	5,5	3,55
50-54	68	26	42	15,6	11,3	20,6	3,3	4,73
55-59	43	17	26	9,9	7,3	12,7	6,1	1,62
60 və yuxarı	94	43	51	21,4	18,5	25,1	13,5	1,59
Cəmi	436	232	204	100,0	100,0	100,0	100,0	

Əllilik riskinin ən aşağı səviyyəsi 15-24 yaş intervalında qeydə alınmış və sonrakı yaş intervallarında dinamik artım nəzərə çarpar. Əllilik riskinin kəskin artması 45-49 və 50-54 yaş intervallarında qeydə alınmışdır. Sonrakı yaşılda əllilik riski bir qədər azalır. 50-54 yaşda 15-24 yaşla müqayisədə makulodistrofiya ilə bağlı ilkin əllilik riski 20 dəfədən çoxdur (4,73 və 0,23).

Əllilərin yaş tərkibinin gəhiş səciyyələri 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur.

Cədvəl 2

Əlliyyin ilkin səbəbi makulodistrofiya olan pasiyentlərin yaş səciyyələri

Orta yaş, illər	Minimal yaş, illər	Maksimal yaş, illər	Moda	Mediana	Sənillər				
					2,5	16	50	84	97,5
48,67±0,32	24	78	47,5	42,5	23,15	35,91	48,67	68,43	73,19

Göründüyü kimi əllilərin orta yaşı $48,67 \pm 0,32$ il, minimal və maksimal yaş müvafiq olaraq 24 və 78 il olmuşdur. Əllilərin böyük əksəriyyətinin (68%) yaşı 32-62 yaş intervalında yerləşir. Beləliklə, makulodistrofiya çox geniş yaş intervalında əhalinin əlliləşməsinə səbəb olur. Bununla bağlı əllilərin gözlənilən əllilik ömrü də xeyli uzundur (Cədvəl 3). Belə ki, 20-24 yaşılda əlinin gözlənilən əllilik ömrü kişilərdə 47,7 il, qadınlarda isə 53,8 il ola bilər.

Əlliyyinink dəfə etiraf olunduğu anda əllilərin böyük əksəriyyəti 45 yaşdan çox yaşa malik olduğuna görə orta əllilik ömrü nisbatən qıсадır. Bütövlükdə makulodistrofiyanın əsas səbəb hesab olunduğu əllilik hadisələrində bir qadın və kişinin orta əllilik ömrü bir-birinə yaxındır və müvafiq olaraq 25,83 və 25,18 il təşkil edir (cədvəl 3). Əllilərin əllilik qrupuna görə bölgüsündə əsas yeri II qrup əllilik tutur (78,4%), I və III qrup əllilərin xüsusi çəkilişi xeyli azdır (5,9 və 15,7%).

Beləliklə, makulodistrofiya ağır tibbi-sosial yüksək malik patologiyadır, onun dinamikasının əsas səciyyələri 4-cü cədvəldə verilmişdir.

Göründüyü kimi əlliyyin ilkin etirafı vaxtı pasiyentlərin yaşı müşahidə müddətində artım tendensiyası ilə səciyyələnir (2001-2003-cü illər üzrə $47,24 \pm 0,28$, 2006-2008-ci illər üzrə $49,11 \pm 0,31$ il; P<0,05). Əllilər arasında I və II qrup əllilərin xüsusi çəkisi statistik dərişt dəyişməsə də əllilik ömrünün orta müddəti bir qədər çoxalmışdır (müvafiq olaraq $25,48 \pm 0,18$ və $26,03 \pm 0,21$ il; P<0,05). Ölkənin iri şəhərində (Bakıda) regionlarla müqayisədə əlliyyin tibbi-sosial ağırlığı da yüksəkdir (əlliyyin ilk dəfə etiraf olunduğu yaş nisbatən azdır – $48,02 \pm 0,27$ il, əllilik

Azerbaycan təbabətinin müasir nəaliyyətləri №1/2011

ömrünün orta müddəti nisbətən yüksək deyil – $25,78 \pm 0,17$ il).

Bələliklə, makulodistrofiyanın tibbi-sosial ağırlığının qiymət-ləndirilməsi aşağıdakı nticələri əsaslandırmaya imkan verir:

-Əlliliyin ilk dəfə etiraf olunduğu yaş geniş intervalda tərəd-düd ədir (27-78 il), onun orta səviyyəsi $48,6 \pm 0,32$ ildir. Qadın və kişi əllillərin yaş tərkibi bir-birindən fərqlənir;

– Makulodistrofiya ilə bağlı əllilik riski 15-54 yaş intervalında $0,23 \text{--} 4,73$ -ə qədər çoxalır, sonrakı yaşlarda bir qədər azalır. Əllilik riski yaşla bağlı 20 dəfədən çox artır;

– Makulodistrofiya ilə bağlı əlliliklə assosiasiya olunan orta ömür qadın və kişilər üçün müvafiq olaraq 25,18 və 25,83 il təşkil edir.

– Makulodistrofiya ilə bağlı əlliliyin tibbi-sosial yükünün ağırlığı artmağa meyllidir, Bakıda və ölkənin regionlarında fərqlidir.

Cədvəl 3

Əlliliyin ilkin səbəbi makulodistrofiya hesab edilən pasi-yentlərin əllilik ömrü

Yaş illər	Say	O cümlədən		Gözlənilən əllilik ömrü		Bütün əllilər üçün əllilik ömrü	
		kişi	qadın	kişi	qadın	kişi	qadın
20-24	26	17	9	47,7	53,8	810,9	484,2
25-29	26	18	8	42,7	48,8	768,6	390,4
30-34	34	26	8	37,7	43,8	980,2	350,4
35-39	34	27	7	32,7	38,8	882,9	271,6
40-44	26	15	11	27,7	33,8	415,5	371,8
45-49	85	43	42	22,7	28,8	976,1	1209,6
50-54	68	26	42	17,7	23,8	460,2	999,6
55-59	43	17	26	12,7	18,8	215,9	488,8
60 və yuxarı	94	43	51	7,7	13,8	331,1	703,8
Cəmi	436	232	204			5841,4	5270,2
Bir nəfərə düşən əllilik ömrü						25,18	25,83

Cədvəl 4

Makulodistrofiya ilə bağlı əlliliyin tibbi-sosial yükünün dinamikası

Göstəricilər	İllər		Bakı	Digər regionlar
	2001-2003	2006-2008		
Əlliliyin ilkin etirafı vaxtı orta yaş (illər)	$47,24 \pm 0,28$	$49,11 \pm 0,31$	$48,02 \pm 0,27$	$49,21 \pm 0,30$
Əillər arasında I-II qrup əllilləri-nin xüsusi çəkisi (%)	$83,8 \pm 2,91$	$84,8 \pm 2,75$	$84,1 \pm 2,58$	$84,6 \pm 2,35$
Əllilik ömrünün orta müddəti (illər)	$25,48 \pm 0,18$	$26,03 \pm 0,21$	$25,78 \pm 0,17$	$24,82 \pm 0,19$

ƏDƏBIYYAT

- Krumpazsky H.G., Lutke R., Mickler A. et al. Blindness incidence in Germany // Ophthalmologica, 1999, №3, p.176-182
- Писаренко С.Н. Структура глазной патологии в пожилом возрасте / Тезисы докладов 6-го съезда офтальмологов России. М., 1994, с.350-352
- Balatsoukas D.D., Sioulis C., Parisi A., Millar G.T. Visual handicap in south-east Scotland // J: R: Coll: Surg: Edinb., 1995, №1, p. 49-51
- Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Изд. Практика, 1999, 459 с.

РЕЗЮМЕ

ДИНАМИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ГРУЗА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ МАКУЛОДИСТРОФИИ

Н.М.Рустамова

В работе поставлена цель, определить роль и изучить динамику первичной инвалидности вследствие

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

макулодистрофии. Анализированы все случаи первичной инвалидности вследствие макулодистрофии за 2001-2008 годы. Определен возрастной риск инвалидности, средний возраст инвалидов, а также установлена средняя продолжительность предстоящей жизни инвалидов. Показано, что медико-социальный груз первичной инвалидности вследствие с макулодистрофией имеет тенденцию роста и высок в основном в городе Баку. Средний возраст формирования первичной инвалидности вследствие макулодистрофией составляет $48,6 \pm 0,32$ года. Максимальный риск первичной инвалидности наблюдается в возрасте 50-54 года. Средняя продолжительность предстоящей жизни, ассоциированной инвалидностью, составляет 25,18 лет для женщин и 25,83 года для мужчин.

SUMMARY

DYNAMICS OF MEDICO-SOCIAL LOAD PRIMARY DISABLEMENT Owing TO MAKULODYSTROPHY

N.M.Rustamova

In work in was raised an object to determine the role and to study dynamics of the primary disablement owing to maculodystrophy. It was analysed all cases of the primary disablement owing to makulo-dystrophy for 2001-2008. It was determined the age risk of disablement, the middle age of invalids and also it was established the middle duration of ones coming life. It was shown that the medico-social load of the primary disablement owing to makulodystrophy had the tendency of incrise and high in Baku city basically. The middle age of the primary disablement forming owing to makulodystrophy forms $48,6 \pm 0,32$ years. The maximum risk of the primary disablement is observed aged 50-54. The middle duration of comming of coming life associated with disablement forms 25,18 for women and 25,83 years for men.

Daxil olub: 10.11.2010

ANOREKTAL NAHİYƏ IRİNLI XƏSTƏLİKLƏRİNIN BAKTERIOLOJİ XÜSUSIYYƏTLƏRİ

Z.F.Baxşəliyev

Ə.Əliyev adına Azerbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Anorektal ve oma-büzdüm nahiyesi fistulaları: əsasən epitelial-büzdüm yolu, epidermoid, dermoid kistalarının infeksiyalasması, keşkin paraproktitlərdən sonra, osteomielitlər fonunda və s. hallarda meydana çıxır. Az hallarda rast gelən fistulaların səbəbi kimi vərem və aktinomikozu göstərmək olar [7,8]. Bu fistulaların meydana çıxməsində anorektal və oma-büzdüm nahiyesində müxtəlif xəstəliklərin irinli proseslərlə fəsadlaşması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Irinli proseslərin inkişaf etməsi isə əsasən 3 faktordan asılı olur: makroorganizmdən, mikroorganizmdən və həmin nahiyanın topografik-anatomik xüsusiyyətlərdən. Bu baxımdan patogen mikroorganizmlərin virulentliyi, invaziyivi və toksigenliyinin də xüsusi rolü vardır. Belə ki, fistula yolundan alınmış irinli möhtəviyyatın bakterioloji peyzajının öyrənilməsi və antibiotikoqramma müayinə, müalicədə mühüm əhəmiyyət kəsb edir [5,10].

Bezi cerrahlar belə güman edirlər ki, anorektal fistulalı xəstelərdə mikroorganizmlərin identifikasiyası həm boş yere vaxt itkisindən, həm də iqtisadi xərclərdən başqa bir şey deyildir. Amma Grace və başqaları belə ideya irəli sürmüşlər ki, xəstəliyi töredən bakteryanın dəri və ya bağırsaq mənşəli olmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Onların fikrincə mikroorganizmlər anorektal və oma-büzdüm nahiyesinin fistulalannın meydana çıxməsində əsas faktorlardan biridirlər. Fieldinq və hemkarları fistulaların emələ gəlməsində bağırsaq mənşəli mikroorganizmlərin idenifikasiyasının vacibliyini qeyd edirlər [11,12].

Məlumdur ki, irinli yaraların mikroflorasında vaxtaşırı olaraq dəyişikliklər baş vermişdir. M.A.Mamayçukun tədqiqatlarına əsasən (26 Rusiya müəlliflərinin məlumatlarını analiz edərək) 1941-1948-ci illerde yara mikroflorasının əsas tərkib hissəsini streptokokklar –orta hesabla 50 %, təşkil edirdilər. Bununla yanaşı irinli yaralarda stafilokokklar, bağırsaq çöpləri və proteyalar da rast gəlinirdilər [2,6].

V.I.Strućkov, V.K.Qostışev 546 xəstənin irinli möhtəviyyatını bakterioloji analiz edərək belə qənaətə gəlmişlər ki, əksər hallarda mikroorganizmlər assosiativ halda olurlar: streptokokk

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyatları №1/2011

(45.5%), stafilocokk (39.4%), proteyalar (34%), göy-yaşlı irin çöpleri (3.6%), Cl.perfiringens - 1.7%.

Artıq 40-ci illerin sonu, 50-ci illerin əvvelində irinli infeksiyanın törediciləri sırasında streptokokklara daha az hallarda rast gelinməye başlandı. Baxmayaraq ki, antibiotikəqdərki erada bunlar mikroorganizmlər arasında əsas yeri tuturdular. 60-70-ci illerde isə insanı əhatə edən patogen mikroorganizmlər müqayisədə stafilocokklar liderliyi ele aldılar və indi de öz əhəmiyyətini itirməyiblər.

Məlumdur ki, irinli infeksiya töredicilərinin təyin edilmesi rasional antibiotikoterapiyanın həyata keçirilməsinin əsas şərtlərindən biridir. Infeksiyanın növü irinli prosesin lokalizasiyası, əsas makroskopik xarakteri, xəstəliyin gedisi və s. faktorlarla güman edilə bilər. Belə ki, oma-büzdüm və anorektal nahiye irinli fitulalarında əsasən stafilocokklar üstünlük təşkil edirlər. Bunlarla yanaşı belə patoloji ocaqlarda bağırsaq çöpleri və proteyalara da rast gəlmək olar. Müşahidələr göstərmişdir ki, bakteriostatik və bakterisid dərman preparatlarının qeyri rasional tətbiqi nəticəsində patoloji ocaqlarda mikroorganizmlərdə həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət dəyişiklikləri baş verir. Ona görə də antibakterial dərman preparatlarının təyini zamanı infeksiya töredicilərinin xarakteri, onların antibiotikəhəssaslığı, antibiotikin orqan və toxumalar üçün toksikliyi və s. nəzəre alınmalıdır.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Ə.Əliyev adına AzDHTi-nun Cerrahi Klinakasında anorektal və oma-büzdüm nahiyesinin irinli cerrahi xəstəliyi ile müraciət etmiş 37 xəstədə müxtəlif diaqnostik ənənəvi (palpasiya, rektal barmaq müayinəsi, anoskopiya, zondla və vital rənglə yoxlama, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, fistuloqrafiya) və müasir (rektal ultrasonoqrafiya, KT, NMR) müayinə üsulları aparılmışdır. Eyni zamanda həmin xəstələrdə irinli patoloji ocaqlardan götürülmüş möhtəviyyatın bakterioloji müayinəsi aparılmış və antibiotikəhəssaslığı təyin edilmişdir. Müayinənin aparılmasında əsas məqsəd son zamanlar bütün dünyada antibakterial preparatlara qarşı mikroorganizmlərin davamlılığının artmasıdır. Bunun da əsas səbəbi əksər hallarda əsaslandırılmamış antibiotiklərin təyin edilməsidir. Məlumdur ki, antimikrob rezistentlik antimikrob dərman vasitəlerinin istifadəsi, yaxud xəstənin müalicəsində dərman vasitəlerinin düzgün seçilməməsi nəticəsində yaranan təbii bioloji cavab reaksiyasıdır [1,3,4].

Bakterioloji müayinə aparılmış xəstələr yaşa və cinsi mənsubiyəytinə görə aşağıdakı cədvəldəki kimi göstərilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Bakterioloji müayinə aparılmış xəstələr yaşa və cinsi mənsubiyətinə qruplaşdırılması

Cinsi	Say	Yaş					
		20 yaşıdan az	20-29	30-39	40-49	50-59	59-dan yuxarı
kişi	26	3	8	3	5	3	4
qadın	11	3	2	1	2	2	1
Cəm	37	6	10	4	7	5	5

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Müayinə olunanlar kateqoriyasına həm keskin cerrahi, həm də xroniki cerrahi patologiyaları olan xəstələr daxil edilmişdir. Keskin cerrahi xəstəliklərə keskin paraproktit, epitelial büzdüm yolunun keskin iltihabı, postinyekşion abses, dermoid kistanın keskin iltihabi, xroniki cerrahi xəstəliklərə isə xroniki paraproktit, natamam daxili fistula, xroniki osteomielit, yataq yaraları aiddir. Yuxarıdakı cədvəldən göründüyü kimi ən çox patologiya 20-29 yaş qrupları arasında rast gelinir. Bunun da əsas səbəblərdən biri müayinə olunanların tərkibində epitelial-büzdüm yolunun irinli infeksiyalarının üstünlük təşkil etməsidir. Belə ki, bu patologiya əsasən cavanlar arasında oma-büzdüm nahiyesinin daimi travması fonunda inkişaf edir. Məlumdur ki, travmalar da infeksion irinli prosesin inkişafi üçün münbüt şərait yaradır. Xəstəlikler nozoloji vahidlər üzrə aşağıdakı cədvəldəki kimi bölünmüştür (Cədvəl 2).

Cədvəl 2
Xəsteliklərin nozoloji vahidləri

Nö	Nozologiya	Yanaşı patologiyalar	Say
1.	Kəskin paraproktit	Şəkerli diabet,piylənmə	9
2.	Xroniki paraproktit ÜXiX,ateroskleroz, şəkerli diabet	Xroniki babasıl, anal çat, proktit	5
3.	Epitelia-büzdüm yolu	Travma	7
4.	EBY-nun xroniki iltihabi-fistulalı forma		10
5.	Natamam daxili fistula	Anal çat, xroniki babasıl	3
6.	Çanaq sümüklerinin osteomielitik fistulu	Posttravmatik paralit,yataq yarası	2
7.	Postinyeksiyon abses	Şəkerli diabet	1
	CƏMI		37

Anorektal və oma-büzdüm nahiyesinin kəskin, xroniki cərrahi xəsteliklərində mikroorganizmlərin rolunu öyrənmək üçün yara möhtəviyyatı müayinə edilmiş, antibiotikoqramma təyin edilmişdir (Cədvəl 3). Aydındır ki, yuxarıda sadalanan patologiyaların meydana çıxmışında təkcə infeksiyanın qapısı deyil, eyni zamanda mikrofloranın xarakteri de mühüm rol oynayır. Odur ki, başqa sabeblərlə yanaşı mikrofloranın və antibiotikoqrammanın araşdırılması müalicə prosesinə yaxından kömək edə biler.

Cədvəl 3
Xəstələrdə bakterioloji müayinələrin göstəriciləri

Mikroorganizmlərin növü	Rastgelme sayı	Assosiasiylar
Stafilococcus aureus	18	E.coli,Pr.vulgaris,Ps.aerugenosa,kandida
Qeyri hemolitik streptokokklar	7	Citrobakteriyalar.
Stafilococcus epidermidis	9	Citrobakteriya,qeyri-hemolitik streptokokk,klebsiella,
E.coli	4	Stafilocokus aureus,kandida, qeyri-hemolitik streptokokk,
Citrobakteriyalar	7	qeyri-hemolitik streptokokk,
Pseudomonas aeureginosa	4	Kandida
Proteus vulgaris	3	Stafilocokklar,enterokokklar
Klebsiella	5	
Qanışq kokk florası	3	
Kandidalar	6	Əksər mikroorganizmlərlə assosiasiya təşkil edir.

Yuxarıdakı cədveldən göründüyü kimi əksər hallarda mikroorganizmlər arasında stafilococcus aureus üstünlük təşkil edir. Əger müayinə kəskin cərrahi xəsteliklər zamanı aparılmışdırsa stafilococcus aureus massiv şəkildə aşkar olunur.Xroniki proseslər zamanı isə mikroorganizmlərə kandida, demək olar ki, yanaşı olur. Həmin xəstələrdə eyni zamanda antibiotikoqrammalar da aparılmışdır. Antibiotikoqrammalaşa əsasən mikroorganizmlər en çox sefalosporin və aminoqlikozidlərdən olan antibiotiklərə həssasdırlar. Odur ki, belə xəstələrə cərrahi əməliyyatdan qabaq (ex yuvantibus olaraq) yuxarıda sadalanan antibiotiklərin təyin edilməsi məsləhət görülür.Postoperasion dövrde isə antibiotikoqrammanın cavabına uyğun olaraq müvafiq antibiotik təyin edilir.Bu isə yaraların daha tez sagalmasına ,postoperasion dövrün qısa olmasına ,fəsadların azalmasına sebəb olur.

Beləliklə, belə nəticəyə gelmək olar ki,oma-büzdüm və anorektal nahiye kəskin irinli cərrahi xəsteliklərində və fistulalarında mikroorganizmlərin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Əməliyyatdan evvelki dövrde irinli möhtəviyyatda bakteriologiyanın öyrənilməsi və antibiotikoqrammanın təyini müalicə prosesində önemli rol oynayır. Bu da resistent mikrob şəmlərinin artmasının qarşısını alır və nəticə etibarilə xəstələrin müalicəsində iqtisadi məsəfləri azaldır.

ƏDƏBİYYAT

1. Antimikrob dərman vasitələrinin istifadəsi üzrəklinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı 2009
2. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1965-1979
3. Аи В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. М.: Медпрактика, 2003
4. Арретви М.Е., Саккиер Д.М. Малоинвазивная колопроктология. М.: Медицина, 1999
5. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М.: Медицина, 1981
6. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный колпчиковый ход. М.: Медицина, 1988
7. Коплатадзе А.М. Парапектальные дермонидные кисты и опухоли у взрослых / Проктология. М., 1984, с. 165-180
8. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Аи В.К. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика, 2004
9. Gordon . Principles and Practice of Surgery for the Colon Rectum and Anus. Ehrenpreis Eli .D. Anal and Rectal Disease Explained . New York, 2008.
10. Sands R.L., Sands R.D. Ambulatory Colorectal Surgery, New York-London, 2008

SUMMARY

THE BACTERIOLOGY FEATURES OF ANORECTAL PURULENT DISEASES

Z.F.Bakhshaliyev

The purpose of research was studying the bacteriology features of anorectal purulent diseases. There were 37 patients with anorectal and clavicular purulent diseases in surgery clinic of A2SDII. They were applied traditional and modern method of diagnostic. Thus, the microorganisms in surgery diseases and fistula are meaned in anorectal and clavicular acute purulent surgery diseases. It is taken important part the studying of bacteriology examination of smear and antibioticogramma.

РЕЗЮМЕ

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

З. Ф. Бахшалиев

Целью исследования явилось изучение особенностей бактериологических аноректальных гнойных заболеваний. В исследование включили 37 пациентов с аноректальными и гнойными заболеваниями в хирургии клиники АЗГИУВ. Они прошли традиционные и современные методы диагностики. Таким образом, микроорганизмы в хирургии заболеваний 185кзүч имеют существенное значение в аноректальных гнойных острых заболеваниях. Важной частью диагностики является изучение бактериологических показателей мазка и антибиотикограммы.

Daxil olub:27.09.2010

**ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА ЧАСТОТУ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА И
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЕЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ СРЕДИ
НАСЕЛЕНИЯ**

З.И. Гараев, А.Ч.Пашаев, В.М. Гасанов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Согласно современным литературным данным происходит «омоложение» заболеваний пародонта всему миру, заключающееся в увеличении частоты встречаемости более тяжелых форм патологии уже в молодом возрасте. Также известно, что признаки заболеваний пародонта, начинающиеся проявляться в молодом возрасте, достигают максимального отрицательного эффекта на зубочелюстную систему в 35-50 лет. Возрастной фактор рассматривается в качестве одного из важных моментов по данной тематике. [4,5]

Достаточно полную информативную картину по затронутому вопросу поражения заболеваниями пародонта можно составить на основании эпидемиологических данных в том или ином регионе. Полученные данные в целом служат базисом для формирования программы по совершенствованию пародонтологической помощи. Наряду с этим, объем необходимой помощи определяется анализом структурных особенностей патологии пародонта, что требует отдельного внимания исследователей [1,2,3,8].

ЦЕЛЬ исследования. Изучение пораженности населения Азербайджана заболеваниями пародонта в возрастном аспекте и выявление особенностей распространения ее нозологических форм.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Стоматологические обследования населения проведены во всех природно-климатических зонах республики Азербайджан. Исследование проводилось в следующих районах: низменный (Кюрдамир), предгорный (Шамкир), горный (Кедабек), очаг эндемии флюороза зубов (Зыря - фтор в воде 1,8 мг/л), очаг эндемии зоба (Шеки, Йод дефицитный), субтропический (Джалилабад) и г. Баку. В каждом районе обследовано 700 человек в соответствии с возрастной структурой населения по последней переписи жителей республики. Всего стоматологическим обследованием охвачено 4900 человек, которые обследовались по методике ЦНИИС и рекомендациям ВОЗ [7]. Все обследованные были распределены на возрастные группы: 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 и более лет. Оценку статистической значимости полученных данных производили с применением t – критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. По данным проведенного обследования в отношении влияния возрастного фактора на частоту гингивита по всем районам установлена примерно одинаковая картина, которая выражалась тем, что, начиная с первой возрастной группы, она возрастает до 30-39 летнего возраста, а затем имеет тенденцию к снижению (таблица 1). Так, например, в Кюрдамире в первой возрастной группе частота гингивита составляет 28,1%, к возрасту 30-39 лет возрастает до 38,5%, а в последующем, снижаясь в последней возрастной группе, составляет 17,8%. В Кедабеке эти показатели в указанных возрастных группах составляют следующее: 17,7-26,5-11,1%, в Джалилабаде – 23,5-35,4-16,9% и т.д.

Сопоставление частоты различных форм гингивита в обследованных районах выявляло следующее: по всем регионам обследования наиболее чаще встречались лица с катаральной формой гингивита, нежели с гипертрофической. Так как видно из таблицы 2, по всем районам частота катарального гингивита составляла 15,9-28,93%, а гипертрофического гингивита 1,6-6,6%.

Таблица 1
Распространенность гингивита среди населения (в % к общему числу обследования)

Районы обследования	В среднем	В том числе					
		15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 лет и старше
Кюрдамир (низменный)	31,0±1,74	28,1±4,43	33,3±3,70	38,5±4,07	30,5±3,84	26,0±5,13	17,8±5,1
Шамкир (предгорный)	26,4±1,66	24,2±5,44	30,1±3,20	31,7±4,15	27,5±3,61	19,6±5,30	12,8±3,78
Кедабек (горный)	20,1±1,51	17,7±4,29	20,7±3,76	26,5±3,78	21,8±3,09	19,0±4,94	11,1±3,02
Шеки (очаг эндемии зоба)	27,9±1,7	23,5±3,69	29,8±4,11	33,8±3,93	29,3±3,72	25,5±4,59	15,0±5,65
Джалилабад (субтропический)	28,5±1,70	23,5±4,20	29,6±3,59	35,4±3,99	31,0±4,29	27,5±4,99	16,9±4,27
Зыря (очаг эндемии флюороза)	17,9±1,44	13,7±3,53	20,1±3,34	25,9±4,64	21,8±3,58	16,3±3,11	6,30±2,73
Баку	20,5±1,52	16,3±3,98	15,2±3,50	25,4±3,88	22,2±2,98	24,2±4,39	14,6±4,08

Таблица 2
Распространенность различных форм гингивита (в % к общему числу обследованных)

Районы обследования	Всего	В том числе	
		катаральная	гипертрофическая
Кюрдамир (низменный)	31,0±1,74	28,93±1,74	2,05±0,54
Шамкир (предгорный)	26,4±1,66	24,8±1,65	1,60±0,48
Кедабек (горный)	20,1±1,51	18,2±1,48	1,90±0,52
Шеки (очаг эндемии зоба)	27,9±1,7	21,3±1,57	6,60±0,95
Джалилабад (субтропический)	28,5±1,70	24,8±1,65	3,70±0,72

Зыря (очаг эндемии флюороза)	17,9±1,44	15,6±1,39	2,35±0,58
Баку	20,5±1,52	19,8±1,52	0,73±0,33

Для наглядности данного соотношения приводим несколько данных по отдельным районам обследования. В Кюрдамире из общего числа обследованных распространенность гингивита – 31,0%, на долю катарального приходилось 28,93%, а на долю гипертрофического 2,05%. В Кедабеке эти соотношения были 18,2 против 1,9%, в очаге эндемии флюороза 15,9 против 2,35% и т.д.

В обследованных районах не встречались лица с язвенным поражением десны, которые описываются в некоторых исследованиях различных авторов. Даное положение мы объясняем тем, что стоматологические обследования проводились среди населения в летнее время года и в этом периоде отсутствовали отрицательные факторы (холод, простудные заболевания и т.д.), способствующие язвенным поражениям десны. В наших условиях не последнее место занимает достаточное количество овощей и фруктов, богатых макро- и микроэлементами и витаминами, которые повышают резистентность организма к острым воспалительным процессам в полости рта.

Результаты стоматологических обследований по изучению пораженности населения пародонтитом и пародонтозом представлены в таблице 3, где видно, что по всем районам обследования распространенность указанных патологий пародонта в среднем составляет $9,61\pm1,11$ - $17,8\pm1,44\%$. Наиболее низкий уровень распространенности пародонтита и пародонтоза наблюдался в очаге эндемии флюороза, Кедабеке и предгорном районе Шамкире, наиболее высокий – в Кюрдамире, Шеки и Джалилабаде. Как видно из таблицы 3, указанные заболевания в очагах эндемии флюороза, Кедабеке и Шамкире имели распространения в пределах $9,61\pm1,14$ - $11,8\pm1,22$ - $12,0\pm1,22\%$. В остальных районах оно колебалось в пределах $16,7\pm1,40$ - $17,8\pm1,44\%$. Анализ частоты пародонтита и пародонтоза в возрастном аспекте установил, что она имеет практически однозначную картину в обследованных районах, которая выражается тем, что частота указанных патологий пародонта возрастает к 50-59 летнему возрасту, а затем имеет некоторую тенденцию к уменьшению.

Таблица 3
Распространенность пародонтита и пародонтоза (в % к общему числу обследования)

Районы обследования	В среднем	В том числе					
		15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 лет и старше
Кюрдамир (низменный)	17,8±1,44	1,90±1,35	6,17±1,89	21,7±3,45	29,2±3,79	30,1±5,37	25,0±5,79
Шамкир (предгорный)	12,0±1,22	–	5,30±1,56	13,5±3,04	17,6±3,08	23,2±5,64	17,9±4,34
Кедабек (горный)	11,8±1,22	–	5,17±2,06	12,5±2,84	16,2±2,75	17,6±4,78	14,82±3,42
Шеки (очаг эндемиизоба)	17,3±1,42	–	10,5±2,75	20,0±3,32	24,7±3,52	31,1±4,88	27,5±7,06
Джалилабад (субтропический)	17,4±1,41	–	5,50±1,80	16,0±3,06	25,0±4,02	38,7±5,45	35,1±5,44
Зыря (очаг эндемии флюороза)	9,61±1,11	–	1,39±0,98	7,90±2,86	11,9±2,75	19,2±3,32	17,8±4,30
Баку	16,7±1,40	1,16±1,15	2,85±1,62	9,52±2,61	20,1±2,88	36,8±4,95	32,0±5,39

Так, например, в низменном районе Кюрдамире частота пародонтита и пародонтоза в 15-19 летнем возрасте с 1,9% возрастает до 30,1% в возрасте 50-59 лет, а затем снижается до 25,0%. Аналогичные соотношения можно проследить и по другим районам обследования. Следует отметить, что не во всех районах в первой возрастной группе встречались лица с указанными

Azərbaycan təbabətinin müasir nəşriyyətləri №1/2011

патологиями пародонта. Пародонтит наблюдался в возрасте 15-19 лет лишь только в двух районах обследования: в Кюрдамире и г.Баку. В остальных районах подобные патологии встречались, начиная со второй возрастной группы.

Изучение частоты различных степеней поражения населения пародонтитом и пародонтозом показало, что наиболее чаще встречались лица с легкими степенями поражения, нежели с другими степенями. Согласно данным таблицы 4, частота легкой степени пародонтита в обследованных районах составляет 3,68-7,93%, средней тяжести 1,90-2,80%, а тяжелой степени – 0,6-1,32%. Частота пародонтоза по степеням представлялась в следующем: легкая степень – 2,35-4,80%, средняя степень – 1,02-2,90%, тяжелая степень – 0,26-0,90%.

Таблица 4
Распространенность различных степеней пародонтита и пародонтоза среди населения
(в % к общему числу обследованных)

Районы обследования	Пародонтит			Пародонтоз		
	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Кюрдамир (низменный)	6,75±0,96	2,50±0,60	1,32±0,44	4,26±0,77	2,08±0,54	0,90±0,36
Шамкир (предгорный)	5,10±0,84	1,90±0,52	0,70±0,32	2,50±0,60	1,02±0,40	0,73±0,32
Кедабек (горный)	4,60±0,80	1,91±0,52	0,75±0,33	2,35±0,58	1,32±0,44	0,75±0,33
Шеки (очаг эндемии зоба)	7,30±1,0	2,80±0,63	0,60±0,30	4,80±0,82	1,76±0,50	–
Джалалабад (субтропический)	7,93±1,04	2,50±0,60	0,88±0,36	3,80±0,73	1,61±0,48	0,73±0,33
Зыря (очаг эндемии флюороза)	2,64±0,61	1,20±0,41	0,28±0,21	3,68±0,72	1,17±0,41	0,6±0,3
Баку	5,88±0,9	2,64±0,61	0,60±0,29	4,4±0,79	2,90±0,65	0,26±0,21

При сопоставлении показателей указанных патологий пародонта по степеням поражения в большинстве случаях достоверных различий не наблюдалось. Так, например, кроме очага эндемии флюороза в 6 районах обследования частота легкой степени пародонтита колебалась в пределах 4,60-7,93%, средней степени – 1,90-2,80%, тяжелой степени – 0,60-1,32%. Примерно такие же соотношения наблюдались по частоте различных степеней пародонтоза.

Обобщенный анализ результатов проведенного исследования позволяет сформулировать определенные выводы, отражающие особенности распространения патологии пародонта среди населения: частота гингивита возрастает с молодого возраста до средних лет, а затем уменьшается (патология переходит в более тяжелую форму); наиболее чаще встречались лица с катаральной формой гингивита; чаще встречаются лица с легкой степенью пародонтита и пародонтоза; частота пародонтита и пародонтоза возрастает к 50-59 летнему возрасту, а затем имеет тенденцию к уменьшению; пародонтит наблюдался в молодом возрасте в двух районах обследования; в остальных - со второй возрастной группой; население вместо лечения, отдает предпочтение удалению более подвижных зубов.

Выявленный в ходе работы рост частоты и усугубление патологии пародонта среди обследованных с возрастом, частое удаление зубов по данной причине, наряду с усовершенствованием пародонтологической помощи, требует также внимание к обязательным профилактическим мерам. Как показывает мировой опыт [6], при условии достаточного финансирования, успешное внедрение своевременной санации полости рта и профилактики заболеваний пародонта, начиная с молодого возраста, дает со временем определенные положительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. М., 2001, 43 с.
2. Дахкильзов М.У. Эпидемиологическое исследование распространности и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения Республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001, 26 с.

3. Заикин М.С., Ноздрев Р.К., Хантова Н.С. Эпидемиологические закономерности распространения заболеваний полости рта. 2004, 213 с.
4. Максимовская Л.Н., Кузьмина Э.М., Дахкильгов М.У., Олимпиева С.П. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта у подростков и взрослого населения республики Ингушетия // Рос. стоматологический журнал, 2000, №3, с. 22-23
5. Ковьевникова В.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика начальных стадий воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2000, 26 с.
6. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2001.
7. Рекомендации по изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний. ВОЗ, Женева, 1997
8. Boehm T.K. Scannepecco F.A. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. J Am Dent Assoc. 2007, Sep 138, Suppl 265-335

XÜLASƏ

YAŞ FAKTORUNUN PARODONT PATOLOGİYASININ TEZLİYİNƏ TƏSİRİ VƏ ONUN NOZOLOJİ FORMALARININ ƏHALİ ARASINDA YAYILMASI XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Z.I.Qarayev, A.Ç.Paşayev, V.M. Həsənov

Əhalinin stomatoloji müayineleri aparılların Azərbaycan Respublikasının təbii iqlim şəraitini nəzərə alınmışdır. 700 nəfər diş patologiyası olan şəxs tədqiqata daxil edilmişdir. Ümumi stomatoloji tədqiqata isə 4900 nəfər cəlb olunmuşdur. Dişlərin tez-tez çekilmesi neticesində illərlə parodont patologiyası genişlənmiş və daha da keşkinleşmişdir. Bu səbəbdən stomatoloji yardımın yaxşılaşdırılması, parodont patologiyasının qarşısının məqsədilə profilaktik tədbirləri həyata keçirmək lazımdır.

SUMMARY

INFLUENCE OF THE AGE FACTOR ON FREQUENCY OF PERIODONTAL PATHOLOGY AND FEATURES OF ITS DISTRIBUTION NOZOLOGY FORMS AMONG THE POPULATION

Z.I.Garayev, A.Ch.Pashayev, V.M.Hasanov

Dental examinations of the population are spent in all natural-climatic zones of Azerbaijan Republic. In each area 700 persons according to age structure of the population are surveyed. In total dental examinations captures 4900 persons. The growth of prevalence and aggravation of periodontal pathology among surveyed with the years, frequent removal teeth for the given reason, along with improvement periodontal help, demands also attention to obligatory preventive measures.

Daxil olub:15.09.2010

ИССЛЕДОВАНИЕ Т-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА ПРИ КАНДИДОЗЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.Г.Алиев, Е.А.Керимов

Азербайджанский медицинский университет, г Баку

Кандидоз-инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек и/или внутренних органов, вызываемое грибами рода *Candida*. Грибы *Candida spp.* включают около 160 видов, но основную роль в патологии человека играют их ограниченное число при резком доминировании *Candida albicans*.

Candida spp. широко распространены в природе, часто контаминируют почву, воду, продукты питания, бытовые поверхности. Контакт слизистых оболочек человека и *Candida spp.*-ординарный факт, что и объясняет значительную распространенность транзиторного кандидоносительства в популяции людей. Источниками инфицирования могут быть люди, больные кандидозом, и кандидоносители, домашние животные, особенно молодняк (котята, телята, ягнята), домашняя птица [2,3].

Носительство грибов связано, как правило, с пребыванием их на слизистых оболочках, главным образом, желудочно-кишечного тракта. При этом частота носительства грибов рода *Candida* проявляет тенденцию к увеличению: если в 20-е годы прошлого века она составляла на слизистой ротовой полости 10%, то в 60-70-е годы возросло до 25-52%. В составе сопровитной микробиоты кишечника грибы этого рода выявляются у 65-80% людей, на неповрежденной коже *Candida spp.* обнаруживаются у 9,5% практически здоровых людей [2,4]. На слизистой влагалища небеременных женщин носительство достигает 11-12,7%, но резко увеличивается в последней трети беременности, составляя, по разным данным, от 30 до 86% [1,2, 4].

Кандидоз рассматривается преимущественно как эндогенное заболевание, аутоинфекция, которая возникает за счет собственной биоты организма, в первую очередь грибов, обитающих в пищеварительном тракте.

Доказано, что ЖКТ может быть источником гематогенной диссеминации кандидоза [1, 5, 6]. В европейских странах от 8,4% до 20% всех кандидемий развиваются еще до поступления пациентов в стационар [2,6].

Инвазивной кандидоз является жизнеугрожающие заболеванием для пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Микотические инфекции у больных отделений интенсивной терапии и реанимации имеют преимущественно эндогенный характер *Candida spp.* вызывают около 80% грибковых инфекций, и примерно у 10% пациентов грибы высеваются из крови. Инфекции, вызванные *Candida spp.*, способствуют продолжительности стационарного лечения и увеличению летальности. Смертность пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии от кандидоинфекций достигает 40%-50%-88% [2, 4,6].

Патогенез кандидоза сложный и многие аспекты его далеко еще не разработаны [1,2]. Считают, что нарушение иммунной реактивности организма имеет основную роль в развитие кандидоза. При этом отмечают о важной роли клеточного иммунитета и, прежде всего гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) в защите организма от *Candida spp.* [3,4,5]. Среди антигенов *C.albicans*, наиболее активными стимуляторами клеточного иммунитета, индуцирующими ГЗТ, являются белковые компоненты гриба. Деятельность Т-лимфоцитов разных субпопуляций лежит в основе регуляции иммунного ответа при всех формах кандидоза.

Нарушения со стороны клеточного звена иммунитета описаны при различных формах кандидоинфекции, при этом частота выявления клеточной иммунной недостаточности при кандидозе, по данным разных авторов варьирует в широких пределах [2,5].

ЦЕЛЬ настоящей работы состояла в изучении особенностей Т-системы иммунитета при кандидозе ЖКТ и кандидоносителей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Клинико-лабораторное исследование было проведено у 99 больных различными формами кандидоза -36 человек с просветочным кандидозом кишечника (III группа), 25 пациентов с инвазивным кандидозом кишечника (IV группа), 38- с кандидозом ЖКТ (V группа), а также 38 кандидоносителей (II группа). В количестве контроля в обследование было включено 30 практически здоровых лиц (I группа).

Состояние Т системы иммунитета у пациентов проводилось определением субпопуляционного состава Т-лимфоцитов крови. При этом определение субпопуляций лимфоцитов CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ крови проводили путем иммунофенотипирования клеток периферической крови методом лазерной проточной непрямой цитофлюориметрии.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием компьютерной программы *Statistica 6*. Проводили вычисление средних арифметических величин и средних квадратических отклонений. Для оценки статистической значимости различий между соответствующими показателями вычисляли критерий *Стьюдента*.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты исследования субпопуляционного состава Т-лимфоцитов крови, а именно клеток с маркерами CD3⁺ (Т-лимфоциты), CD4⁺ (Т-хэлперы), CD8⁺ (Т-эффекторы) показали существенные различия в количестве Т-лимфоцитов и их отдельных субпопуляций между группами обследованных пациентов (Таблица 1).

Как следует из данных представленных в таблице 1, наибольшее количество Т-лимфоцитов CD3⁺ обнаруживалось у здорового контингента ($71,3\pm4,16\%$) и < ($69,5\pm5,34\%$). Среди больных кандидозом обнаруживалось значительное ($P<0,05$) снижение этой популяции клеток при инвазивных формах инфекции. Так, у больных IV группы этот показатель составлял $54,9\pm4,11\%$, при системном кандидозе ЖКТ (V группа) количество клеток CD3⁺ оказалось минимально и составляло всего лишь $45,7\pm4,76\%$, что значительно ($P<0,05$) отличалось от контрольной (I) группы и кандидоносителей (II группы). Количество Т-лимфоцитов CD4⁺ и CD8⁺ также снижалось при утяжелении течения кандидоинфекции. Если у практически здоровых лиц число клеток CD4⁺ составляло $42,9\pm3,12\%$, то при просветочном кандидозе кишечника (III группа) - $35,1\pm2,04\%$, а у больных инвазивным кандидозом кишечника и системным кандидозом ЖКТ – уже $28,2\pm3,31\%$ и $25,3\pm2,32\%$ соответственно. Аналогичная картина обнаруживалась и в количественной характеристики CD8⁺ лимфоцитов.

Обращал на себя внимание факт, что с усугублением формы заболевания прогрессивно снижалось соотношение CD4+/ CD8+ от 1,69±0,08 в контрольной группе до 1,29±0,10 у больных системным кандидозом ЖКТ, т.е. помимо снижения количества CD3+ Т-лимфоцитов и их субпопуляций, имело место значительное нарушение соотношения между отдельными их субпопуляциями, что свидетельствовало о дисрегуляторных сдвигах, происходящих в Т-системе иммунитета.

Таблица 1
Количество Т-лимфоцитов и их субпопуляций в крови у больных кандидозом и кандидоносителяй.

Группы пациентов	Количество клеток ($M\pm m$)						
	CD3 ⁺		CD4 ⁺		CD8 ⁺		CD4 ^{+/} CD8 ⁺
	%	абс.	%	абс.	%	абс.	
I (30ч.) Практич. здоровые лица	71,3±4,16	1,8±0,14	42,9±3,12	1,0±0,07	26,9±2,11	0,59±0,08	1,69±0,08
II(38ч) кандидоносите ли)	69,5±5,34	1,42±0,09	39,7±2,94	0,76±0,0 6	24,5±2,17	0,47±0,07	1,62±0,15
III(36ч.) Просветочный кандидозкишеч ник	60,7±6,19	1,3±0,15	35,1±2,04	0,55±0,0 6	21,3±1,97	0,58±0,05	1,59±0,23
IV(25ч) Кандидоз кишечника инвазив	54,9±4,11 **	0,87±0,08* **	28,2±3,31* **	0,45±0,0 7* **	20,5±1,09*	0,33±0,04*	1,37±0,12* *
V(38ч) кандидоз ЖКТ	45,7±4,76* **	0,75±0,08* **	25,3±2,32* **	0,40±0,0 5* **	19,6±1,10*	0,31±0,04*	1,29±0,10*

Примечание: абсолютное количество лимфоцитов выражено в 10^9 клеток/л; *P<0,05 - достоверность различий между соответствующими показателями больных и контрольной группы; ** P<0,05 - достоверность различий между соответствующими показателями больных и кандидоносителей.

ЛИТЕРАТУРА

- Белобородов В.Б., Митрохин А.А. Инфекции, вызванные грибами, у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии//Хирургия, 2004, №1, с.17-19
- Караев З.О.. Лебедева Т.Н. Патогенез кандидоза и аллергии к гриbam рода *Candida*. Баку: Тебиб, 2007, 215 с.
- Кубаев В.Г. Этиология, патогенез и лабораторная диагностика кандидоза. СПб, 2002, 154 с.
- Шевяков М.А. Кандидоз слизистых оболочек пищеварительного тракта // Проблемы медицинской микологии, 2000, №2, с.6-10
- Clemons K.V., Gonzales G.M.. et.al. Development of the gastrointestinal tract in hematogenous candidacies with dissemination to visseral organs // Antimicrob Agents chemother, 2006, v.50, p.2650-2657
- Cole G.T., Halawa A.A., Anaissie E.J. The role of the gastrointestinal tract in hematogenous candidacies // Clin. Inf.Dis., 1996,v.22, p.73-88

XÜLASƏ

MƏDƏ-BAĞIRSAQ TRAKTININ KANDİDOZU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ T-IMMUNİTETİN TƏDQİQİ

M.H.Əliyev, Kerimov E.A.

Medə-bağırsaq traktının (MBT) kandidozu olan 99 xəstədə, o cümlədən 36 nəfər bağırsaq boşluğu kandidozu, 25 nəfər - bağırsağın invaziv kandidozu, 38 nəfər - MBT sistem xarakterli kandidozu olan xəstələrdə ve kontrol olaraq 38 nəfər - kandida göstəricisində, 30 nəfər sağlam şəxslərdə T-immunitet öyrənilmişdir. Məlum olmuşdur ki, invaziv formalı kandidozlarda CD3⁺ limfositlərin miqdari kontrolda olduğuna nisbəten azalır. CD4⁺ ve CD8⁺ limfositlərin miqdannın xəstəliyin klinik ağırlığından asılı olaraq azalması aşkar edilmişdir.

SUMMARY

STUDY of T-IMMUNITY in PATIENTS WITH QASTROINTESTINAL TRACT CANDIDIASIS

M.G.Aliyev, Kerimov E.A.

In 99 patients with gastrointestinal tract (GIT) candidiasis (36-with intestinal cavity candidiasies, 25 with invasive intestinal candidiasies, 38-systemic candidiasies of GIT) and control groups patients-

Azərbaycan təbabətinin müasir nüvvütü №1/2011

30 –healthy persons and 38 –Candida carriers were investigated T-immunity the numbers of, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ lymphocytes. It was revealed the decreasing of member CD3⁺ lymphocytes in invasive form Candidacies in comparison with control. The numbers of CD4⁺ and CD8⁺ celes were decreased mainly in heavy clinic situations of invasive form candidacies of GIT.

Daxil olub: 11.08.2010

ST SEQMENT QALXMALI MIOKARD INFARKTI ZAMANI NT-PRO BNP-NIN YÜKSƏK RISKLİ XƏSTƏLƏRİN SEÇİLMƏSİNDE ƏHƏMİYYƏTİ

C.Z.Hənifayev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı; Ondokuz Mayıs Universiteti Kardiologiya şöbəsi, Samsun,
Türkiyə

Kəskin koronar sindromlar kardioanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə qəbulun ən yaygın görülen səbəblərindəndir [1,2,4]. Keçən 40 il içərisində gərək sıxlıq, gərkəsə ölüm ehtimalında ciddi bir azalma görülsə də, günümüzdə KKS yənə də başlıca ölüm səbəblərindən biridir (bütün ölümlərin 25%). Kəskin koronar sindromlardan ölümlərin çoxu medikamentoz müalicəyə başlanmadan evvel olsa da, xəstəxana daxili ölüm ehtimalında son zamanlar gerilemə göstərilənkedir. Kəskin koronar sindromlar arasında ST seqment qalxmali miokard infarkti daha diqqətli bir şəkilde araşdırılmışdır. Antitrombotik, trombolitik, beta-blokator, AÇF inhibitorları və statinlər ilə müalicə və kəskin periodda perkutan transluminal koronar anqiplastika (PTKA) və aorta-koronar şuntlamalanın (AKŞ) kəskin miokard infarktının xəstəxana daxili ölüm ehtimalını 5-7%-ə qədər azaltlığı işə son illərdə aparılan çox mərkəzli randomizə tədqiqatlardan elde edilən məlumatlarla ortaya qoyulmuşdur [3,6]. Kardioanimasiya və intensiv terapiya şöbələrinin modernizasiyası, fibrinolitik müalicə və mexaniki reperfuziya metodlarında inkişaf xəstələnmə və ölüm ehtimallarında azalmaya yol açmaqdadır [5,8].

ST seqment qalxmali miokard infarkti, davam edən döş qəfəsi ağrısı və persistent ST seqment yüksəlməsi və ya yeni inkişaf edən Hiss dəstəsinin sol ayaqcığının tam blokadası olan kəskin koronar sindrom xəstələrini ehata etməkdədir və əksər hallarda Q-dışlı miokard infarkti ilə nəticələnir. Persistent ST seqment qalxməsi, ümumiyyətlə kəskin total okkluziya olduğuna işaret etməkdədir. ST seqment qalxmali miokard infarkti erkən periodda ölürcül olmadığı zaman bələ, yənə də ölüm ehtimalı yüksək fasılara səbəb olmaqdadır [1]. Kəskin koronar sindromların qiyamatlandırılmışında istifadə edilən konvensional biomarkerlər kardiomiositlərdə geri dönməz zədə nəticəsi meydana gəlməkdədir [7,9]. Natriuretik peptidlər ailəsindən olan B-tip natriuretik peptidlər işə, işemik təhdid altında olmayan intakt hüceyrələrdən və sintezişəndən, zədəyə məruz qalmış miokard miqdaranın ölçülülməsi yerinə işemiya və ya infarktin fiziolojik təsirlərinin da araşdırılmasında faydalıdır [2]. Mionekroz meydana gəlmeyən durumlardan, geri dönməz miokard zədəsi ilə seyr edən geniş spektri AKŞ xəstələrində işemiya, regional miokard disfunksiyası və artmış divar təzyiqi ilə nəticələnir. Bu da B-tip natriuretik peptidlərin sintezini tetikləye bilər.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ ST seqment qalxmali miokard infarkti zamanı təkrarı ölçulen NT-pro BNP seviyyələrinin yüksək riskli xəstələrin seçilmesində yararlığını araşdırmaqdandır ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqata Samsun şəhəri, Türkiyə Respublikası Ondokuz Mayıs Universiteti Araçdırma Xəstəxanası Kardiologiya şöbəsinə ST seqment qalxmali miokard infarkti diaqnozu ilə müraciət edən 66 (36 kişi və 30 qadın, ortalama yaş 57 ± 11) xəstə alındı. Xəstələrin təqibi qısa müddətlə olaraq yalnız xəstəxana içində aparıldı. Geliş esnasında EKG çəkilişlərində ST seqment deviasiyası varlığı, daqiqəlik ürək yığıılma sayı, kreatinin dəyəri qeydə alındı. Yatırılan bütün xəstələrdə tip 2 şəkarlı diabet, hipertensiya, hiperlipidemiya və siqaret çəkmə kimi major kardiovaskulyar risk amillərinin varlığı sorğulandı. Tədqiqata alınan bütün xəstələrə koronar angioqrafiya icra olundu və Gensini hesablanması istifadə edilərək koronar arteriya xəstəliyi yaygınlığı və bərabərində aterosklerotik prosesdə 50% və üzərində zədələnmə olan damar sayı hesablandı. Bütün xəstələrdən galis sırasında və hadisə başlama anından etibarən 72 saat sonra yataqda periferik venadan alınan qan nümunələrində NT-pro BNP dəyəri ölçüldü. Bütün xəstələrə transtorakal exokardioqrafiya icra olundu. Tədqiqata

alınan xəstələrin nüticələri SPSS 13.0 programı istifadə edilərək, qiymətləndirildi. Qrup içi asılı dəyişənlər arasında əlaqə bivariate analizlə qiymətləndirildi və məlumatların qruplar arasında müqayisə edilməsi post hoc Duncan testi ilə aparıldı. Etibarlılıq aralığı 95% olaraq nizamlandı və $p<0.05$ olması statistik olaraq mənənlə qəbul edildi.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Tədqiqata alınan 66 ardıcıl xəstənin məlumatlarında itirilmə görülmədi. Bütün xəstələr tədqiqatı tamamladı. ST seqment qalxmaşı miokard infarktı zamanı, xüsusiət tip 2 şəkarlı diabeti olan xəstələrdə koronar tutulmadan təsirlənən damar sayı mənənlə dərəcədə çox idi (p dəyəri=0,015). Bununla birləşdə, hiperlipidemiyalı xəstələrdə yətiş əsnasında NT-pro BNP dəyərləri mənənlə ölçüdə fərqli və daha yüksək (Cədvəl 1) olaraq tapıldı (p dəyəri=0,049).

Cədvəl 1

ST seqment qalxmaşı miokard infarktı xəstələrində yaş, cinsiyyət və risk amillərinin LVEF, Gensini hesablaması, Təsirlənən damar sayı və NT-pro BNP dəyərlərinə münasibəti

	Yətişdə NT-pro BNP, pg/ml	72. saatda NT-pro BNP, pg/ml	LVEF %	Gensini hesablaması	Təsirlənən damar sayı
Yaş, p dəyəri	0,498	0,398	0,518	0,353	0,793
Cinsiyyət, p dəyəri	0,285	0,257	0,796	0,647	0,633
Tip 2 DM, p dəyəri	0,073	0,664	0,863	0,083	0,015*
Hipertenziya, p dəyəri	0,675	0,646	0,342	0,752	0,886
Siqaret çəkma, p dəyəri	0,887	0,279	0,222	0,921	0,495
Hiperlipidemiya, p dəyəri	0,049*	0,315	0,281	0,565	0,506

Qeyd: *- $<0,05$

ST seqment qalxmaşı miokard infarktı xəstələrində 72-ci saatda NT-pro BNP konsentrasiyasının yətiş əsnasında alınan dəyərdən daha yüksək olduğu tapıldı (uyğun olaraq, $454,6 \pm 186,1$ və $218,1 \pm 94,1$ pg/ml). Ayrıca, bu iki dəyər arasındaki fərq də mənənlə idi (p dəyəri<0,001; Cİ %95 alt -349,548 təst -123,403). ST seqment qalxmaşı miokard infarktı xəstələrində Gensini hesabı dəyərləri də $(96,5 \pm 37,1)$ yüksək idi (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

ST seqment qalxmaşı Mİ xəstələrində laboratori, exo və angioqrafik məlumatlar

ST seqment qalxmaşı Mİ xəstələrinin laboratori, exo və angioqrafik məlumatları	Ortalama dəyərlər
Yətişdə NT pro BNP, pg/ml	$218,1 \pm 94,1$
72. saatda NT pro BNP, pg/ml	$454,6 \pm 186,1$
Transmitral E süresi, m/sn	$0,9 \pm 0,3$
Transmitral A süresi, m/sn	$1,6 \pm 0,3$
İzovolumik relaksasiya zamanı, msn	110 ± 14
E/A	$0,8 \pm 0,2$
Desejerasiya zamanı, msn	209 ± 39
Gensini hesablaması	$96,5 \pm 37,1$ $p=0,017$ Cİ %95(alt 4,02 təst 40,29)
Yətişdə NT-pro BNP ilə 72 saatda NT-pro BNP arasındakı əlaqə, p dəyəri	$p<0,001$ Cİ %95 (alt -349,548 təst -123,403)

ST seqment qalxmaşı Mİ xəstələrində yətişdə (Cədvəl 3) NT-pro BNP dəyəri ilə Gensini hesablaması və təsirlənən damar sayı arasında diqqətə çarpan korrelyasiya tapıldı (p dəyəri <0,001; 0,004). Bununla birləşdə, LVEF arasında mənfi korrelyasiya görüldü (p dəyəri=0,033). 72-ci saatda NT-pro BNP dəyəri də LVEF ilə mənfi, Gensini hesablaması ilə müsbət korrelyasiya təsbit edildi, amma təsirlənən damar sayı ilə əlaqə görülmədi (p dəyəri uyğun olaraq 0,004; 0,036 və 0,534). LVEF də NT-pro BNP dəyərləri və Gensini hesablaması ilə mənfi əlaqə göstərdi (p dəyəri uyğun olaraq 0,033; 0,004; 0,002).

Cədvəl 3
**ST segment qalxmali Mİ xəstələrində NT-pro BNP, LVEF, Gensini hesablaması və
 Təsirlənən damar sayı arasında korrelyasiya**

	Yatışda NT-pro BNP pg/ml	72.saatda NT-pro BNP pg/ml	LVEF %	Gensini hesabı	Təsirlənən damar sayı
Yatışda NT-pro BNP Pearson korrelyasiyası p dəyəri pg/ml N	1 66	0,389 0,001* 66	-0,262 0,033* 66	0,428 <0,001** 66	0,354 0,004* 66
72. saatda NT-pro BNP, Pearson korrelyasiyası p dəyəri, pg/ml N	0,389 0,001* 66	1 66	-0,354 0,004* 66	0,258 0,036* 66	0,078 0,534 66
LVEF % Pearson korrelyasiyası p dəyəri N	-0,262 0,033* 66	-0,354 0,004* 66	1 66	-0,383 0,002* 66	-0,104 0,404 66
Gensini hesabı Pearson korrelyasiyası p dəyəri N	0,428 <0,001** 66	0,258 0,036* 66	-0,383 0,002* 66	1 66	0,529 <0,001** 66
Təsirlənən damar sayı Pearson korrelyasiyası p dəyəri N	0,354 0,004* 66	0,078 0,534 66	-0,104 0,404 66	0,529 <0,001** 66	1 66

Qeyd: * - <0,05; ** - <0,001

NƏTİCƏ. Tədqiqatımızda ST segment qalxmali miokard infarkti zamanı erken və ardıcıl ölçülən NT-pro BNP dəyərlərinin koronar arteriya xəstəliyinin ciddiliyinin təyinində göstərilmesinin nə qeder lazımlı olduğunu təsbit etdik. ST segment qalxmali miokard infarkti xəstələrində xəstəxanaya yatış esnasında ölçülən B-tip natriuretic peptide dəyərləri, xüsusilə NT-pro BNP proqnostik əhəmiyyətə sahib olmaqla, aqressiv müalicə ehtiyacı duyulan yüksək riskli xəstələri əvvəldən təxmin etməkdədir.

ƏDƏBIYYAT

1. Antman EM, Braunwald E. Acute myocardial infarction. Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Heart disease a textbook of cardiovascular medicine 7th ed., W.B. Saunders Company Philadelphia, 2005, ch 35, p.1114-1231
2. Galvani M, Ottani F, Oltrotta L, et al. N-terminal pro-brain natriuretic peptide on ad-mission has prognostic value across the whole spectrum of acute coronary syndromes // Circulation, 2004, v.110, p.128-134
3. Westerhout CM, Fu Y, Lauer MS, James S, et al GUSTO-IV ACS Trial Investigators. Short- and long-term risk stratification in acute coronary syndromes: the added value of quantitative ST-segment depression and multiple biomarkers // J Am Coll Cardiol., 2006, v.48(5), p.939-47
4. Ranjith N, Pegoraro RJ, Naidoo DP, Esterhuizen TM. Prognostic value of N-terminal-pro-brain natriuretic peptide measurements in patients with acute coronary syndromes // Cardiovasc J S Afr., 2006, v.17(2), p.60-66
5. Riezebos RK, Ronner E, Tijssen JG, Laarman GJ. NT-ProBNP serum levels reflect severity and extent of ischemia in patients admitted with non-ST-elevation acute coronary syndrome//Acute Card Care.2006,v.8,p.51-57
6. Almeida R, Mariano L, Gavina C, et al The value of NT-proBNP in early risk stratification of acute coronary syndromes //Rev Port Cardiol., 2006, v.25(1), p.71-75
7. Weber M, Kleine C, Keil E, et al Release pattern of N-terminal pro B-type natriuretic peptide (NT-proBNP) in acute coronary syndromes // Clin Res Cardiol., 2006, v.95(5), p.270-80
8. Jarai R, Wojta J, Huber K. Circulating B-type natriuretic peptides in patients with acute coronary syndromes. Pathophysiological, prognostical and therapeutical considerations // Thromb Haemost., 2005, v.94(5), p.926-32
9. Cameron SJ, Green GB, White CN, Laterza OF, Clarke W, Kim H, Sokoll LJ. Assessment of BNP and NT-proBNP in emergency department patients presenting with suspected acute coronary syndromes // Clin Biochem., 2006, v.39(1), p.11-8

РЕЗЮМЕ

**ВАЖНОСТЬ УРОВНЕЙ NT-PRO BNP ДЛЯ ВЫБОРА БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ
ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

Дж.З.Гамишев

Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST тяжелая болезнь имеющая высокий процент частоты заболеваний и летальности. Необходима селекция больных с высоким риском инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST для агрессивного лечения. Целью исследования было изучение уровней NT-pro BNP для селекции больных, которым необходимы агрессивные варианты лечения. Были включены в исследование 66 последовательных пациентов (36 мужчин, 30 женщин, средний возраст составлял 57±11), которые поступили в больницу с диагнозом инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Были исследованы кровь на NT-pro BNP при поступлении и в течении 72 часов после проявления симптомов. Всем пациентам проведена трансторакальная эхокардиография, коронарная ангиография, с помощью шкалы Gensini оценивали степень тяжести поражений коронарных артерий. Корреляция была найдена со шкалой Gensini и количеством пораженных сосудов между уровнем NT-pro BNP при поступлении ($p<0,001$ и 0,004). Кроме этого уровни NT-pro BNP в течении 72 часов после проявления симптомов были коррелированы с фракцией выброса левого желудочка и со шкалой Gensini, но связи между количеством пораженных сосудов уровнем NT-pro BNP в течении 72 часов после проявления симптомов не были выявлены ($p=0,004$; 0,036 и 0,534). Серийные измерения уровней NT-pro BNP очень важны для выбора больных с высоким риском инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

SUMMARY

IMPORTANCE OF NT-PRO BNP LEVELS TO SELECT HIGH RISK PATIENTS WITH ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

J.Z.Hamishayev

ST segment elevation myocardial infarction is a devastating disease to cause high percentage of mortality and morbidity. Selection of high risk patients with ST segment elevation myocardial infarction for aggressive treatment are important entity. We investigated relevance of plasma NT-pro BNP levels to select patients who need aggressive treatment options. 66 consecutive patients (36 males and 30 females, mean ages 57±11), who admitted to the hospital with diagnosis of ST segment elevation myocardial infarction were enrolled. NT-pro BNP levels on admission and 72nd hours after symptom onset were taken and all patients were performed transthoracic echocardiography and coronary angiography with Gensini scoring and counting affected coronary vessels. Correlation were found between NT-pro BNP on admission with Gensini score and affected coronary vessels (p value <0,001 and 0,004 respectively), although NT-pro BNP levels 72nd hours after symptom onset were correlated with LVEF and Gensini score, but relationship with affected coronary vessels were not subject (p value 0,004; 0,036 and 0,534 respectively). Detection of serial NT-pro BNP levels are important to select high risk patients with ST segment myocardial infarction.

Daxil olub:05.11.2010

**QALXANVARI VƏZİN DISFUNKSIYASINDA XRONİK C HEPATİTİNİN
AŞKARLANMASI VƏ AUTOIMMUN POZĞUNLUQLAR**

Z.M. Ömarova, A.C. Ağamaliyeva, G.A. Kərimova, L.B. Cavanşirova, S.S. Bəbirov
Azerbaijan Tibb Universiteti; M.A. Topçubaşov adlı Elmi Cerrahiyyə Mərkəzi

Xroniki C hepatitinin (XCH) kliniki simptomsuz formasında autoimmun dəyişkənliliklər aşkarlanıqda diaqnozun differansiyasi, müalicə taktikası çətin olur. HCV-u poliorganotrop virusdur [10,11]. Orqanizmin hüceyrə və humoral immun cavab reaksiyalarından yan keçə bilir. Bu viruslar immunkompetent hüceyrələrdən T-B limfosit, monositlərdə və trop hüceyrələrdə toplanırlar [9,8].

Ayrı-ayrı sistem və organlarda, xüsusən də endokrin vəzilərindən qara- ciyərdə, qalxanvari, böyrükübü, mədəaltı və mərkezi sinir sisteminin endokrin vəzilərində, sümük-oynaq, endotelial, limfa və sidik-cinsiyət sistemlərində də tapılırlar [9]. HCV-u spesifik NS – 3 proteinazanın hesabına qaraciyərdə, damar endotelində və endokrin vəzilərində xüsusən organizmin trop hüceyrələrində özüne məxsus spesifik poliproteinlərin sintezini təmin etmiş olur [6,7]. Uzun müddədə toplanmış yad zülalların təsiri orqanizmdə immun cavab reaksiyalarını zəiflədir. Xüsusən limfa düyünlərində zədələnmiş T-B limfositlər və monositlər toplanmış olur [7,9]. Buna görə də orqanizmdə Limfoadenopatiya sindromu aşkarlanır. Qara ciyərin biopsiyasında limfo-infiltrasiyanın tərkibində B-T limfositlərin, monositlərin çoxluğu buna sübutdur [3,11]. Virus yükünün qanda, plazmada, sinovial mayedə, öddə, endokrin vəzilərində spesifik, qeyri-spesifik

Azerbaycan təbəbetinin müasir nüvvütleri №1/2011

artımı organizmin humoral immunitetinin zəifləməsinə, xüsusən də hüceyrə səviyyəsində immunitetin itməsinə və yerli işemik prosesə səbəb olur. Limfa makrofaqlı infiltrasiya toplanmış orqan və hüceyrlərdə yerli autoallergen reaksiyalarının güclənməsinin nəticəsi kimi xroniki ləng gedışlı kliniki əlamətlər formalaşır. Proses xroniki olduğu üçün önce əlamətlər qara ciyərin, qalxanvari, mədəaltı və böyrüküstü vəzilərin və mezenterial limfo diliyünərin hacmının böyüməsi olur. Ləng autoallergen fonun, qaraciyərdə patogenetik əlamətlər 10-15 il müddətində təzahür edir [4,3]. Xroniki işemiya prosesində limfo-makrofaqlı intiltrasiya hüceyrə və organlarda nöqtəvi sklerozlaşma, nekrozlaşma prosesini yaradır [1,10]. Bu isə özüntü daha çox periferik qanda hemoqlobinin, trombositin, T-B limfositlərinin kəmiyyətcə azalmasına, EÇS-nin artımına və hiperqammaglobulinemiyalara (IgG, IgM, IgD və IgE) səbəb olur. Xroniki prosesdə pataloji qlobulinların miqdarının artırımlı sklerozlaşma, nekrozlaşma müddətini uzatmış və dərinləşdirmişdir. Autoallergen endokrin patologiyalarından Şegner və Xoşimoto sindromlarında(6.5), xüsusən endokrin və qaraciyər xroniki autoallergen iltihabı prosesləri cəmlənmişdir. Bu sindromlu xəstələrdə endokrin və qaraciyər çatışmazlıqları və "qaraciyərdən kənar hepatitlər" və ya autoallergen hepatitlər kimi qiymətləndirilir [4,5]. Xəstələrdə xroniki endokrinoloji dəyişkənliliklərlə yanaşı XCH-nin olması autoimmun pozğunluqları dərinləşdirib geri dönəməz prosesa çevirir [1,4].

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Bu baxımdan M.A.Topçubaşov adına ETCME şəbəsində müalicə olunan xəstələrin bir qismi müayinə edildi. Endokrinoloji dispanser qeydiyyatında olan və uzun müddəli triksin müalicəsi alan 50 xəstə araşdırıldı. Xəstələr yaş qruplarına, cinslərinə, doğuş vaxtinə və abort əmaliyyatına görə eyni diqnoziu qruplarda yerləşdirildi.

Doğuş və abort əmaliyyatı qadınların HCV yoluxma ehtimalını 80-100% artırır. Abort və doğuş zamanı bu virusla yoluxma baş verir. Xəstələrdə köntüllü surətdə aşağıdakı müayinələr və ətraflı anamnezlər toplanmışdır.

Cədvəl 1

Endokrinoloji xəstələrdə XCH-nin aşkarlanması və autoimmun pozğunluqların kriterləri

Qadınlar	Yaş	Anti HCV HCV-RNT	EÇS	Hb	Timol sınağı	Protrombin indeksi	ALT
Hiperterioz	50-52 10 x/t	0.3 ¹⁰⁻³ MK/l.	40-45 mm/s	42%	6 vahid	110%	2.0-3.0 dəfə u/l
Hipoterioz	54-56 10 x/t	0.8 ¹⁰⁻³ MK/l.	25-30 mm/s	46%	4 vahid	100%	1.5-2.0 dəfə
Xoşimoto - tiroiditi	52-54 10 x/t	1.0 ¹⁰⁻⁴ MK/l.	10-15 mm/s	48%	6 vahid	90-100%	1.5-2.5 dəfə

AST	C-reaktiv züləl	İmmuno-qlobulinemiyə	Qara ciyərin vəziyyəti	Anti tiroidin TTQ	Proteinemiyə
30 u/l	20 mq/l	IgG – 2070mq/ml IgGM – 80mq/ml krioqlobulin 25 mq/ml	11/8 – 7/7 konsist. bərk	20 mED/l	70 – 88 qr/l
22 u/l	30 mq/l	IgG – 920 mq/ml IgGM – 320 mq/ml krioqlobulin 30 mq/ml	10/3 -07/8 konsist. bərk. 1/b boyuyub. Öd/k durğunlu	15 mED/l	80 – 86 qr/l
25 u/l	30 mq/l	IgG – 2050 mq/ml IgGM – 120 mq/ml krioqlobulin 28 mq/ml	12/3 – 8/6 konsist. bərk. 1/b boyuyub. Öd/k durğunlu	8 mED/l	90 – 95 qr/l

Xəstəyə baxışla yanaşı: R-skopiya, USM, qaraciyərin böyüməsi ilə yanaşı, qalxanabənzər vəzin spesifik müayinə testləri, anti-tiroidit TTQ, T3-T4 (TSH), anti-HCV təyini, ALT:AST timol sınağı, revmofaktor (RF), Hb, Trombosit, IgG və IgM, kreoglobulin, albumin, protein, protrombin indeksi müayinə edilmişdir.

1. Hipertireozit – (10) – 50 – 52 yaş – doğuş-abort
2. Hipotireozit – (10) – 54 – 56 yaş – doğuş abort

3. Xaşimota tireoidit – (10) – 52 – 54 yaş – doğuş-abort

Xəstələrin şikayətlərində ümumi halsızlıq, ağızda quruluq, qalxanvari vəzinin hacminin böyüməsi, təngənəfəslilik, ekzofthalm, bud çanaq və çiyin oynaqlarında gizilti və ağrıların olması, ağızda açılıq, dəridə quruluq, dərinin pigmentasiyalaması, sağ qabırğa altı nahiyyədə küt ağrılarının (qış aylarında) artması, görmə qabiliyyətinin zəifləməsi, miksodema, çəkinin artımı və ya azalması, unutqanlıq, laqeydilik qeyd olunur. Xəstələrin müayinəsi Cədvəl 1 göstərilir.

NƏTİCƏ. Müayinələrə əsasən xəstələrin əksəriyyəti yaşı: qadınlar olub (50-56 yaş) uzun müddətli trioksin, L-trioksin qəbul edən dispanser qeydiyyatında olan xəstələrdir. Gösterilən xəstələr uzunmüddətli xronik Hepatoxolisistit diaqnozu ilə müalicə almışlar. Obyektin müayinə və UST zamanı öd və qaraciyər nahiyyəsində küt ağrılarının mövcudluğu, mədə-bağırsaq dizfunksiyası (qəbzlik, qara ciyərin nisbi böyüməsi, öd yollarında və öd kisəsində qalınlaşma 1.5-2.0 mm, qalınlaşma, durğunluq, öd kisəsinin diskəniyişsi və q/c-in I-II piy distrofiyası aşkarlanmışdır. 50 xəstədən-30-da anti-HCV markeri tapılmışdır. HCV-RNT-nin $0.5-1.0^{10^{-3}}$ MK/l. olması, protrombin indeksinin norma daxilində olması hemoglobinin, albuminlərin nisbi azalması, ALT, AST, LgC və LgM krioglobulinemiya, TSH, anti-tiroidit, TTG artımları orqanizmə autoallergan cavabın artmasını ləng-uzun gedışatlı olmasına, xüsusəndə qara ciyərdə ferment hormon tənziminin pozulmasını göstərir.

-Qanda ECR, revmatoid faktoru (RF) qalxanvari vəzin fermentlərinin göstəricilərinin dəyişməsi endokrin sistemin pozulması ilə yanaşı qara ciyərdə detoksifikasiyanın zəifləməsini xüsusən piy balansının pozulduğunu göstərir. Qara ciyərin və qalxanvari vəzin funksional pozğunluğu orqanizmin autoallergenliyini artırır.

-Qara ciyərdə yağ balansının pozulması piy distrofiyasının əmələ gəlməsinə səbəb olur. 50 xəstanın 30-da endokrinaloji dəyişkənliliklər yanaşı qara ciyərin I-II piy distrofiyası aşkarlanmışdır.

-Qeyd olunan xəstələrdə qalxanvari vəzin funksional pozğunluqları ilə yanaşı qara ciyərdə piy distrofiyasının inkişafı, simptomsuz XHC-nin əsas əlamətlərindən biridir.

-XHC-nin fonunda endokrin pozğunluqlar artmış olur və müalicəyə tabe olurlar. Xəstələrin müayinəsində xüsusən dispanserizasiya qeydiyyatında xroniki autoallergen endokrinoloji xəstələrdə eyni vaxtda qara ciyərin müayinə metodlarından istifadə etmək məqsədə uyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. А. Н. Окороков. Руководство Диагностика болезней внутренних органов. М., 2002, с.317-19
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология, 2000, с. 190.
3. Фадеев Б.Б., Бузиашвили И.И. Проблемы Эндокринологии, 2001
4. . Ымуроўская Л.С. Клиничко-иммунологические особенности и исходы гепатитов В, С и В+С у больных наркоманией: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2001. Стр.23
5. İsaazadə A. Diffuz toksik: ur və qalxanəbənzər vəzinin digər xəstəlikləri, Bakı, 2005.
6. Болезни печени и ъелчевыводящих путей // Под. ред. Ивашкина В.Т. – М.: М-Вести» 2002, с. 432
7. Ömərova Z.M., Ağamaliyeva A.C. C hepatitis: Epidemiologiyası, diaqnostikası, klinikası və müalicəsi. Dərslik, Bakı, 2009
8. Гепатит С: Консенсус 2002 // Национальный институт здоровья США, 2002, с.16
9. Вильям М. Кеттайл, Рональд А. Арки Патофизиология эндокринной системы, 2001, с. 79.
10. Wilman M., Bakker O. Thyroid hormone resistance, 2001
11. Weetman A.P. Hypothyroidism: screening and subclinical disease // BMJ, 1997 p. 1175-1178

РЕЗЮМЕ

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С И АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ
ДИСФУНКЦИИ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

3.М.Омарова, Г.А.Агамалиева, Г.А.Керимова, Л.Б.Джаванширова, С.С.Бабиров

Проанализированы данные о пациентах эндокринологического отделения и определены антимаркеры вируса гепатита С на 30 из 150 пациентов, а также гипотериоз и Хашимото Тиреоидит. Принимавшие участие в исследовании женщины в возрасте 40-50 были инфицированы во время родов. Важность вируса гепатита С определяется аутоиммунными признаками в формировании эндокринологических заболеваний. Именно поэтому с первого раза рекомендуется определение маркера вируса гепатита С при медицинских обследованиях пациентов с хроническими эндокринными заболеваниями.

SUMMARY

AUTOALLERGEN COURSE OF HEPATITIS C VIRUS (HCV) AT DISFUNCTION THYROID GLOUD
Z.M.Omarova, G.A.Agamaliyeva, G.A.Kerimova, L.B.Javanshirova, S.S.Babirov

It is analysed patients in endocrinology department and it is founded an antimarker of Hepatitis C virus at 30 of 150 patients and also hypotherious, hypertherious and Hashimoto's Thyroiditis patients between them. Some of the analysed patients are women about 40-50 ages infected during giving-birth. Importance of Hepatitis C virus is defined by autoallergen clinic signs at the endocrinologic sufficients formation. That is why from the first time it is recommended to found marker of Hepatitis C virus during the medical inspection of chonical endocrinology patients.

Daxil olub:06.11.2010

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОС-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Х.Ф. Багирова, Г.А.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет; Центральная Бассейновая больница, Баку

Миллионы лет живые организмы имели дело лишь со «знакомыми сигналами» среды, так как их функциональные связи с внешним миром формировались на основе химических и физических факторов, строго соответствовавших по составу и уровню специфических зеленым условиям. Это обеспечивало эффективное функционирование и воспроизведение организмов. Обусловленные этим изменения физических и химических параметров производственной среды, адаптация к которым не была выработана в процессе эволюции стали представлять реальную угрозу здоровью человека. Следует особо указывать на влияния неблагоприятных средовых воздействий на репродуктивную систему касающихся не только существующих, но и будущих поколений.

В тоже время наряду с высоким уровнем общей и гинекологической заболеваемости женщин остаются актуальной проблемой; рост бесплодия, выкидышей, преждевременных родов, нарушения менструальной функции, ранняя менопауза, климактерический синдром и др.

Основной причиной возникновения данных нарушений являются химические и физические факторы производственной среды, к числу которых относятся промышленный неблагоприятный климат, тяжелый и напряженный труд [2]. Наряду с вышеперечисленными, существенное влияние на состояние здоровья работниц оказывают социально-бытовые факторы. Таким образом, здоровье работающих женщин зависит не только от комплекса мер законодательного, но и социально -экономического гигиенического, воспитательного, характера, обоснование и приоритетность которых должны основываться на изучение и выявлении роли профессиональных, социальных бытовых и других факторов для здоровья конкретных трудовых коллективов.

Здоровье женского населения является своеобразной интегральной оценкой окружающей среды. В условиях техногенного воздействия наименее защищенной в организме является репродуктивная система, причинами ухудшения состояния здоровья женщин, являются неблагоприятные социально - экономические факторы [3].

Репродуктивное здоровье- это состояние полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизвести здоровое потомство в количестве и сроки, определенные самим индивидуумом [ВОЗ,1994].

Проблема сохранения здоровья женщин, рождение здорового ребенка, сохранение репродуктивного здоровья работающих на различных промышленных предприятиях имеет не только медицинское но и социальное значение [4].

Большого внимания заслуживает, влияние неблагоприятных факторов производственной среды на девушек, а также женщин в течение периода перименопаузы, позволяет прогнозировать течение климактерии, проводить профилактические и лечебные мероприятия[2].

Наиболее часто встречающимися вредными факторами швейного производства являются следующие; химические вредности, воздействие шума, вибрации, пыли и др.

Вместе с тем, условия труда и состояние здоровья работниц швейного производства практически не изучалось [1].

Хроническое воздействие на организм этих факторов могут привести к существенным эндокринно-метаболическим сдвигам [5].

Среди вредных для репродуктивной системы факторов специально выделена наиболее часто встречающиеся на швейном производстве группа так называемых "репродуктивных токсинов". Наиболее известные из них это следующие; нитрил акриловые кислоты, формальдегиды, аммиак, сероуглерод, перхлорэтилен, трихлорэтилен, БФ-6 (клей) и д. Эти вещества способны проникать и накапливаться в различных тканях организма женщины. Многие из этих веществ проникают через плацентарный барьер [6].

В литературных источниках [6,7], имеется также не зависящая от характера действующего фактора определенная фазность (стадийность) в реакции репродуктивной системы женщин на воздействие вредных агентов; фаза первичных нарушений, фаза адаптации, стадия истощения.

Последняя отмечена у женщин со стажем работы на данном производстве более 5-10 лет.

При этом наблюдалось снижение чувствительности нейронов гипоталамуса к эстрогенам и яичников к гонадотропинам, сопровождающееся нарушениями fertильности вплоть до бесплодия, развитием гиперпластических процессов в органах половой системы, нарушением менструальной функции, развитием климактерического синдрома. Н. И. Бестеров [6] обозначал эти явления как неспецифическую реакцию адаптации репродуктивной системы на воздействие вредных факторов. У работниц вредных производств чаще возникает осложнение беременности, патологическое течение родов, патология плода и ранняя менопауза.

Эти вещества депонируются в тканях материнского организма во время беременности, особенно во второй половине, когда увеличивается потребность в энергетическом и пластическом материале для роста плода, высвобождаются в кровяное русло и преодолевая плацентарный барьер поступают к плоду [8]. Результатом этого может быть нарушение формирования половой системы плода и нейроэндокринных центров, а также пороков развития других органов.

Агенты, обладающие тератогенными свойствами (сероуглерод, трихлорэтилен, формальдегиды и др.), при воздействии на плод, после окончания органогенеза могут индуцировать появление у потомства опухолей различных органов, имеются данные о связи рака молочной железы у молодых женщин с действием вредных агентов среды в период внутриутробного развития, а также в результате раннего приступления к работе (в возрасте 17 - 18 лет) до полного и окончательного становления и развития всех функций организма [7]. Однако, несмотря на все трудности в период адаптации и несовершенство его механизмов, в подростковом возрасте адаптация к воздействиям производственной среды в большинстве случаев все же происходит. Другой вопрос, во что она обходится организму (Rebecca Plautus) [2]. Результатом длительного действия на организм женщин химических факторов может быть возникновение так называемого синдрома преждевременного истощения яичников (преждевременная менопауза). По данным ВОЗ к факторам повышающим риск нарушения здоровья относятся 100000 химических веществ, около 50 физических и 200 биологических факторов.

Известно, что воздействие вредных факторов внешней среды на репродуктивное здоровье проявляется поэтапно. В начале это нарушение менструальной функции, бесплодие первичное и вторичное, осложнения беременности: токсикозы, гестозы, прерывание беременности на разных сроках, задержка внутриутробного развития плода, врожденные пороки развития, что часто является причиной ухода с работы с целью сохранения беременности [9]. Вредные факторы производства являются одними из этиопатогенетических факторов приводящих к раннем наступлению менопаузы и развитию климактерического синдрома. Из выше перечисленных патологий недостаточно уделено внимания влиянию условий труда на ранее возникновение менопаузы и развитие климактерического синдрома [10].

Между тем, условия труда в современном швейном производстве в силу своей напряженности могут явиться пусковым моментом приводящим к нарушениям ЦНС. Даже при использовании современных методов исследований диагностика климактерического синдрома

представляет трудности вследствие клинически сходной картины при некоторых видах экстрагенитальных патологий [11].

Успешность решения проблем профилактики и терапии климактерического синдрома, нарушений менструальной функции, патологии беременности и развития гинекологических заболеваний в значительной мере зависит от силы и продолжительности влияния этих вредных факторов.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось определение влияния производственно - профессиональных факторов на репродуктивное здоровье женщин работающих на швейной фабрике им.Бакиханова.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследования проводились на швейной фабрике им. Бакиханова и Центральной -бассейновой больнице. Нами было всего обследовано 260 женщин различных профессий с продолжительностью работы не менее 5 лет, просматривались также личные дела работниц (данные о жилищно-бытовых условиях, семейное положение, количество детей и.т.д.). При приеме на работу средний возраст работниц составлял 18 лет. Обследование было разделено на 2 возрастные группы. I - группа включала женщин в возрасте от 17 до 35 лет. II – группа в возрасте 36-50 лет. Контрольную группу составили работницы отдела кадров, бухгалтерия.

Обследование работниц включало клинические, лабораторные, ультразвуковые исследования.

У всех обследованных работниц по специальной анкете мы собирали общий, профессиональный и акушерско - гинекологический анамнез, отражали сведения о материально – бытовых и жилищных условиях работниц. Жалобы работниц включали не только нарушения половой системы, но и других систем. В 1-ой группе жалобы на это частые боли в нижней части живота, иррадиирующие в поясницу, на нарушение продолжительности, болезненные и длительно отсутствующие циклы, бесплодие, боли в области молочной железы, а также на головные боли, слабость, быструю утомляемость и др. Во 2-ой группе жалобы на аменорею, отсутствие менструального цикла, «приливы» жара к голове, повышение АД, головную боль, сердцебиения, боли в области сердца, потливость, ощущение страха, рассеянность, снижение памяти, расстройства сна, увеличение массы тела, боли в суставах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Имеются некоторые существенные особенности работниц швейного производства это длительная монотонная работа сочетающаяся со многими химическими и физическими вредными факторами. С 17-18 летнего возраста женщины допускаются к работе на полный рабочий день. Следовательно, 18-летние и даже еще более старшие девушки подвергаются воздействию профессиональных вредностей в то время, как еще не наступило окончательное становление и полное развитие всех органов и систем.

В I - группе нами было обследовано 130 человек (как замужних, так и незамужних) им были проведены следующие исследования: содержание гормонов в крови, ультразвуковое обследование, определение базальной температуры, феномен зрачка, феномен папоротника и др. В результате проведенных исследований было установлено, что у работниц швейного производства чаще отмечаются нарушения менструальной функции.

Известно, что расстройства менструального ритма в виде редких менструаций при длительном менструальном цикле, продолжающемся свыше 32-35 дней могут протекать по типу гипоменореи или гиперполименореи. Из 130 обследованных у гипоменорея отмечалась у 38%, гиперполименорея 22%, аменорея -15%, нормальный цикл у 25%. В контрольной группе гипоменорея составляла 3 %, гиперполименорея -5 %, аменорея -0, нормальный цикл - 24% (Таблица I). С целью изучения патогенеза нарушений менструального цикла проведенная нами обследование I –ой группы выявило нам следующее. У обследованных женщин были обнаружены показатели кольпоцитограмм: характеризующие типичный двухфазный цикл, двухфазный цикл с недостаточной прогестероновой или недостаточно эстрогенной активностью, кариопиктонический индекс у большинства обследованных был снижен в период предполагаемой овуляции. Определение базальной температуры у обследованных подтвердило данные кольпологических исследований.

Во II –группе из 130 обследованных как видно из таблицы 2 ранняя менопауза (возрасте 35 - 40 лет) отмечалась у 25%, климактерический синдром 35% женщин. У остальных 40% работниц цикл соответствовал нормальным возрастным показателям (возрасте 45 -47 лет) с отсутствием климактерического синдрома (Таблица 2). В контрольной группе ранняя менопауза наблюдали у 5%, климактерический синдром 8%, в пределах нормы развитие менопаузы и отсутствие климактерического синдрома 17% женщин.

Таблица 1

Показатели менструальных циклов у обследованных групп

Возраст обследованных 36-50 лет.	Гипоменорея	Гиперполименорея	Аменорея	Нормальный цикл
Работницы разных профессиональных групп (100 женщин).	38%	22%	15%	25%
Контрольная группа (30 женщин)	3%	5%	0%	24%

Таблица 2

Возраст обследованных 36-50 лет.	Развитие ранней менопаузы	Климактерический синдром	Менопауза в возрасте 45-47 лет
Работницы различных профессиональных групп (100 женщин)	25%	35%	40%
Контрольная группа (30 женщин).	5%	8%	17%

Подведя итог, можно с уверенностью сказать что успешное решение проблем профилактики нарушений менструальной функции, развитие ранней менопаузы, климактерического синдрома требует совместной работы врачей разных профессий при участии руководства данного производства. В связи с этим необходимо разработать ряд профилактических мероприятий для сохранения репродуктивного здоровья рабочего персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарасова Л.А., Сорокина Н. С. Факторы производственной среды и патология репродукции // Медицина труда и промышленная экология. 1999, №3, с 13-15.
2. Lawson I. Platts R. et al. Work group report; implementing a national occupational reproductive research agenda - decade on and beyond // Environ. Health Perspect., 2006, p 435-436.
3. Figa-Talamaca I. Reproductive problems among women health care workers. Epidemiologic Evidence and Preventive Strategies // Epidemiol. Rev., 2000, v. 22, №3, p 249-258.
4. Toppari J. Larsen J. // Environ. Health Perspect. 1996. v. 104, p 741-751
5. Никитин А.И. Репродуктивное здоровье женщин как критерий биоэкономической среды // Вестник Российской ассоциации акушеров – гинекологов, 1997, №3, с74-78.
6. Шарапова Е.И. Бестеров Н.И. Репродуктивное здоровье женского населения, качество потомства и роль факторов в их формировании стойких загрязнителей и здоровье человека / Мат. Семинара. М., 2001, №3, с 12-15
7. Локинов В.М., Петренко А.А. Влияние заболеваний репродуктивной системы на качество жизни женщин // Российский вестник акушера-гинеколога, 2005, №1, с 14-18.
8. Swan S. Kruse R. et.al // Environ. Health Perspect., 2003, p1478-1487
9. Kennedy M. S. Pregnancy and Chemicals Don't mix. // Am.J., 2005, v.105, №2, p.19-22
10. Hardy R. Kuh D. Reproductive characteristics and the age at inception of the perimenopause in a British national cohort // Am.J. Epidemiol., 1999, v.149, №3, p 612-619
11. Сивачалова О.В., Жибура Л. О. Репродуктивное здоровье как проблема медицины труда. М., 2000, с 53-57

XÜLASƏ

TIKİŞ İSTEHSALININ CALIŞAN QADINLARIN PEŞƏKAR FALƏTİNİN REPRODUKTİV SAĞLAMLIĞINA TƏSİRİ
Bağırova H.F., Məmmədova G.A.

İşin məqsədi – tikiş istehsalatının işçilərinin peşəkar fəaliyyətinin reproduktiv sağlamlığına təsiri. Tədqiqat işi Bakıxanov adına tikiş fabrikində və Mərkəzi Dənizçilər Xəstəxanasında aparılmışdır. 260 qadın üzərində

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

müşahidə aparılmış, onlar 2 yaş qrupuna bölünmüştür. 1-ci yaş qrupu 130 qadın 17-35 yaşa qədər təşkil edirdi, 2-ci yaş qrupu 130 qadın, 36-50 yaşa qədər təşkil edirdi. Xəstələrə klinik laborator funksional və ginekoloji müayinələr aparıldı. Aparılan tədqiqat nəticəsində biz bu qərara gəldik ki qızların bu mürəkkəb işa 17-18 yaşında başlaması qadın cinsiyyət sisteminin normal inkişafında problem yaradır, və illər ötdükçə çoxlu ginekoloji xəstəliklərin əməla galməsində əsas rol oynayır.

SUMMARY

EFFECT OF MANUFACTURING AND PROFESSIONAL ENVIRONMENT FOR WOMEN'S

REPRODUCTIVE HEALTH

H.F. Bagirova, G.A.Mammedova

The purpose of the study, is to determine the impact of the reproductive health of women working in a sewing factory to them Bakikhanov. Under observation were 260 workers who were divided into two age groups, first group included 130 women aged 17- 35 years, and the second 130 women aged 36-50 years. The survey was conducted in a sewing factory to them Bakikhanov and Central Shipping hospital. Surveyed had undertaken clinical, laboratory, functional and gynecology research methods. As results of our investigation, we present to this conclusion that the beginning of the age of 17-35 years at this production is bad for the final formation of the female reproductive system, and after years of work to develop a number of gynecology diseases (climacteric syndrome, early menopause, etc.).

Daxil olub:07.10.2010

HİPERTENZİV VƏZİYYƏTLƏRİN VƏ HAMILƏLİYİN VƏRDİŞİ DÜŞÜKLƏRİNİN ERKƏN DIAQNOSTİKASININ IMMUNOLOJİ ASPEKTLERİ

X.M.Təhmazi, N.A.Şahbazova

Azerbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Elmi-tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu,
Bakı

Məlumdur ki, arterial hipertensiya $5\pm15\%$ hamillərdə müşahidə olunur. Həmçinin bu məlumdur ki, arterial hipertensiyalı hamillərin erkən diaqnostika və aparılma taktikasının bəzi həll olunmamış məqamları hələ də qalmaqdadır. Bu səbəbdən hamiləlik zamanı arterial hipertensiya problemi hazırkı dövrədə aktuallaraqla qalmaqdadır [1,2,3].

Bir sıra xəstəliklər mövcuddur ki, onların müalicəsinin nəticəsini əvvəlcədən müayyanlaşdırmaq çatdırır. Hamiləlik zamanı vərdişlə düşüklərin olması elə bu patologiyalara aiddir. Anamnezində vərdişlə düşüklər olan qadınlarda növbəti hamiləlikdən əvvəl biz əmin ola bilmərik ki, düşyünün əsas səbəbini aşkar edib və aradan qaldırmışıq. Bundan başqa, nəzərdən yayılmış digər faktorların olmasına, planlaşdırılmış və ya aparılmış müalicənin effektivliyinə əmin ola bilmərik. Aparılmış taktikanın düzgünlüyüne yalnız hamiləliyin nəticəsinə görə əmin olmaq olar [4,6,9].

Statistik məlumatlaraəsasən məlumdur ki, anamnezində iki düşük olmuş qadınlarda növbəti düşük ehtimalı – 24 %, üç düşükdən sonra – 30 %, dörd düşükdə - 40 % təşkil edir [5,8].

Hamiləliyin pozulması qadının həm psixoloji statusuna zərər gətirir, həmçinin ümumiyyətlə onun reproduktiv sisteminin vəziyyətinə manfi təsir göstərir. Beləliklə, hər dəfə hamiləlik pozulduğda hamiləliyin başa çatdırılmamasına səbəb olan patoloji proseslər dərinleşir, bu da problemin hallini daha da çatdırır [7].

Professor – immunoloq A.L. Notkins (2007) "Scientific American" jurnalında xəstəliklərin proqnozunun qanda müxtəlif autoantisiimlərin təyini əsasında verilməsinin mümkün olduğunu müzakirə etmişdir. Onun fikrincə bu üsul xəstəliklərin kliniki əlamətlərinin meydana çıxmasından bir neçə il əvvəl onun proqnozunu vermək imkanını yaradır. Eyni zamanda, prof. A.B.Poletayevin rəhbərliyi altında Rusiyalı alimlər çox sayılı autoantisiimlərin diaqnostik təyini məqsədi ilə testlər tərtib etmiş və böyük uğurla həmin testləri elmi tədqiqatlarla sınadılar. Həmin tətslər sayesində insanın ümumi və reproduktiv sağlığında baş verən yaxud vera biləcək dəyişiklikləri proqnozlaşdırmaq və qiymətləndirmək mümkün olmuşdur [10,11].

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

Reproduktiv funksiyanın vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün istifadə edilən test ELI-P- kompleks (ELISA- Pregnancy – Prognosis) adlanır. Aparılan elmi tədqiqat işlərin nəticələri göstərir ki ELI-P – kompleks üsulunun istifadəsi hamiləliyin adəti pozulmasına, hamiləlik hipertenziyalarına səbəb olan konkret səbəbini aşkarlayıb, adekvat müalicə etməklə FMA olan qadınlarda hamiləliyin nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan yaradır [11]. ELI-P- kompleksi üsulun tətbiqi ilə hamiləliyin hipertenziv vəziyyətinin qarşısını almaq, hamiləliyin adəti pozulma tezliyini azaltmaq, hamiləliyin inkişafdan qalması yaxud dölin bəndaxili ölümü və s. halların tezliyini azaltmaq mümkündür.

Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun bazasında 2010-cu ildən başlayaraq yuxarıda adı cəkilən üsulun praktik tətbiqinə və tədqiqinə başlanmışdır.

Tədqiqatın məqsədi vərdişi düşüklerla və hipertenziv durumlarla olan hamilələrdə reproduktiv itkilərin azaldılmasından ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqata daxil olan 132 qadın 2 əsas qrupa ayrılır (Cədvəl1). Qrupa 1 - reproduktiv yaş dövründə anamnezində vərdişi düşük olan qadınlar (n=82). Qrupa 2 - anamnezdə hamiləlik dövründə hipertenziv pozğunluqları olan qadınlar (n=50).

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. 1. Vərdişi düşük və hipertenziv pozğunluqlar olan qadınlarda hamiləlik öncəsi zərdab immunoreaktivliyinin xas dəyişikliklərinin aşkarlanması. 2. Vərdişi düşük və hipertenziv pozğunluqlar olan qadınlarda hamiləlik vaxtı zərdab immunoreaktivliyinin dəyişikliklərinin aşkarlanması. 3. Vərdişi düşük və hipertenziv pozğunluqlar olan qadınların immunoqrammalarında olan dəyişikliklərin nəzarəti altında əlavə diaqnostik tədbirlərin təcrübədən keçirilməsi, onların müqaisəli effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın müayinə üsullarına 1.Anamnestik, 2.Ümumi klinik, 3.Laborator (ümumi zülal, şəkər, servikal kanalın və uşaqlıq yolu möhtəviyyatının bakterioskopik, bakterioloji və virusoloji infeksiyon skrininqi, hormonal status, hemostazioqramma, AFA, QQE, prenatal diaqnostika (AFP, E₃, XQ), Rh və qrup əkscismilərinin təyini), 4.immunoloji müayinələr (ELIP- Test), 5.Instrumental müayinə üsulları (USM, dopplerometriya, KTQ).

Nəticələr və onların müzakiri. Tədqiqat müddətində 132 qadın müayinədən keçmişdir, onlardan 50 nəfər anamnezdə hipertensiya ilə və 82 nəfər - vərdişi düşük diaqnozlə.

Cədvəl 1

Qadınların qruplar üzrə bölünməsi

Qruplar	Hamiləlikdən öncə	Hamiləlik zamanı	Cəmi
Hamiləlik hipertensiya	17	33	50
Vərdişi düşük	34	48	82
Cəmi	51	81	132

Cədvəl 2

Hipertenziv vəziyyətlərdə ELIP-testdə olan dəyişikliklər

1	B-2-GP-1 AC	36 (83,7%)
2	KiM-05 AC	31 (72,1%)
3	ANCA AC	30 (69,7%)
4	İnsulina qarşı AC	27 (62,8%)
5	Tireoglobulinə qarşı AC	25 (58,1%)
6	Anti XQ AC	20 (46,5%)
7	Kollagena qarşı AC	18 (41,9%)
8	TrM-03	17 (39,5%)
9	S100 AC	12 (27,9%)

Qeyd edildiyi kimi bütün qadınlarda klinik, laborator və immunoloji müayinələr aparılıb. Aparılan immunoloji müayinələr nəticəsində məlum olmuşdur ki, hamiləlik hipertensiyası zamanı: Normal immunoqramma - 7 nəfərdə (14%); Patoloji dəyişikliklər - 43 qadında aşkar

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

edilmişdir (86%). Aşağıdakı cədvəldə immunoloji markerlərin daha tez-tez rast gəlinməsi göstərilib.

Bir göstəricin dəyişilməsi - 5 nəfərdə (11,6%); İki göstəricinin pozulması - 13 nəfərdə (30,2%); Üç və daha artıq göstəricinin dəyişilməsi - 24 qadında aşkar olunmuşdur (55,8%).

Cədvəl 3

Hipertenziv vəziyyətlərdə immunoloji göstəricilərin funksional vəziyyəti

	Göstəricilər	immunosupressiya	immunoaktivasiya
1.	B-2-GP-1 AC	6 (16,7%)	30 (83,3%)
2.	KİM-05 AC	24(77,4%)	7(22,6%)
3.	ANCA AC	22(73,3%)	8(26,7%)
4.	İnsulinə qarşı AC	7(25,9%)	20(74,1%)
5.	Tireoqlobulinə qarşı AC	19 (76%)	6(24%)
6.	Anti XQ AC	9(45%)	11(55%)
7.	Kollagena qarşı AC	8 (44,4%)	10(55,6%)
8.	TrM-03	12 (70,6%)	5(29,4%)
9.	S100 AC	4(33,3%)	8 (66,7%)

Immunoaktivasiya vəziyyəti daha çox: B-2-GP-1, İnsulinə qarşı, S-100 AC rast gəlinirdi. Immunosupressiya vəziyyəti daha çox aşağıdakı antigenlərə aşkarlanmışdır: KİM-05, ANCA-AC, Tireoqlobulinə və TrM-03. Vərdişi düşüklərə olan qadılarda immunoqrammada aşkar olunan dəyişikliklər aşağıdakı kimi olmuşdur: Normal immunoqamma- 7 (8,5%); Patoloji immunoqamma - 75 (91,5%)

Cədvəl 4

Vərdişi düşüklərdə ELiP - testdə olan dəyişikliklər

1	Kollagena qarşı AC	41 (54,6%)
2	Anti XQ AC	32 (42,6%)
3	B-2-GP-1 AC	29 (38,6%)
4	Tireoqlobulinə qarşı (TG) AC	26 (34,6%)
5	Spermatozoidlərə qarşı (Spr) AC	25 (33,3%)
6	S-100 AC	21 (28%)
7	İnsulinə AC	18 (24%)
8	ANCA AC	18 (24%)
9	TrM-03	16 (21,3%)
10	DNA AC	15 (20%)
11	KİM-05 AC	11 (14,6%)
12	Fc (revmatoid faktor) AC	8 (10,6%)

Cədvəl 5

Vərdişi düşüklərdə immunoloji göstəricilərin funksional vəziyyəti

	Göstəricilər	immunosupressiya	immunoaktivasiya
1	Kollagena qarşı AC	10(24,4%)	31(75,6%)
2	Anti XQ AC	7 (21,8%)	25(78,2%)
3	B-2-GP-1 AC	2 (6,9%)	27(93,1%)
4	Tireoqlobulinə qarşı (TG) AC	20(77%)	6(23%)
5	Spermatozoidlərə qarşı (Spr) AC	3(12%)	22(88%)
6	S-100 AC	5 (23,8%)	16 (76,2%)
7	İnsulinə AC	8 (44,4%)	10 (55,6%)
8	ANCA AC	14(77,8%)	4(22,2%)
9	TrM-03	9(56,2%)	7(43,7%)
10	DNA AC	7(46,7%)	8(53,3%)
11	KİM-05 AC	5(45,4%)	6(54,6%)
12	Fc (revmatoid faktor) AC	6(75%)	2(25%)

Bir göstəricinin dəyişilməsi - 11 nəfərdə (14,6%); İki göstəricinin pozulması - 14 nəfərdə (18,6%); Üç və daha artıq göstəricinin dəyişilməsi - 48 (64%) qadında aşkar olunmuşdur.

Immunoaktivasiya vəziyyəti daha çox: B-2-GP-1, Spr- AC, Anti XQ AC, Kollagena qarşı AC və S-100 AC rast galirdi. Immunosupressiya vəziyyəti daha çox aşağıdakı antigenlərə aşkarlanmışdır: Tireoqlobulinə qarşı AC, ANCA-AC və Fc (revmatoid faktor) AC.

Bələliklə, aparılan müayinələr vərdişi düşüklərin səbəbinin aydınlaşdırılmasına imkan verir və hikmə bu istiqamətdə daha dərin müayinələrin (ikinci mərhələdə) aparmasına şərait yaradır. ELİP-testdə hər hansı göstəricinin səviyyəsində dəyişikliklər aşkar olunduqda, bu halda biz II mərhələdə aşağıdakı müayinələrdən istifadə edirdik: 1. **B-2-qlikoprotein-1** səviyyəsində dəyişikliklər tapılında II mərhələdə -koaqloqramma və total kardiolipinlərin təyini aparılır. 2. **KİM-05 AC** ELİP-testdə dəyişiləndə II mərhələdə - sidiyin ümumi analizi, sidiyin bakterioloji əkilməsi, qanın biokimyavi analizi (azot qalığı, sidik cövhəri, kreatinin) və böyrəklərin USM ya dopplerometriyası aparılır. 3. **ANCA AC** pozulmaları ELİP-testdə yüksək səviyyədə aşkar olunanda II mərhələdə - damarların dopplerometriyası aparılırdı - arteriya uterina, arteriya ələnəndə II mərhələdə - qadınlara pəhriz məsləhət görüldü və II mərhələdə : qanda və sidikdə şəkərin təyini, qanda yüklenmədən sonra şəkərin müayinəsi. Əgər həstəsiyən ya da şəkərlə diabet təsdiq edilsə - qlikohemoqlobinin təyini məsləhət görüldü və bu hamilələr endokrinoloqla birgə aparılırdı. 5. **Tireoqlobulinə qarşı AC** tərəfindən dəyişiklər aşkar ediləndə II etapda - qalxanvari vəzin vəziyyəti yoxlanılırdı: TSH, sT4, TPQ-AC, qalxanvari vəzin USM. Bu zaman patologiya meydana çıxsa endokrinoloğun nəzarəti altında müvafiq müalicə təyin edilirdi. 6. **Anti XQ AC**-nin artması ciftin defekt olduğunu göstərir, trofoblastın invaziyası qənaətbəş deyil, buna görə də II etapda - hamiləlik zamanı I trimestrdə estradiol-progesteron nisbəti yoxlanılırdı və I trimestrdən dopplerometriya aparılırdı. 7. **TrM-03** səviyyəsində dəyişikliklər aşkar olunda - bu zaman trombopatiyalardan düşünmək lazımdır, buna görə də II mərhələdə trombositlərin strukturuna, sayına və morfolojiyasına nəzarət edilir. Patologiya tapılında hematoloğun məsləhəti vacib sayılır. 8. **Kollagena qarşı AC**-nin miqdanı artanda burada birləşdirici toxumanın xəstəlikləri haqqında, uşaqlıqda inkişaf edən organik dəyişiklərdən (mioma, endometrioz, poliplər, endometriyanın hiperplaziyaları) fikirləşmək olar. Buna görə də II etapda həmin qadınlarda USM və damarların dopplerometriyası I trimestrdən başlayaraq daha da diqqətlə baxılmalıdır. 9. **DNT- AC** - aktiv virus infeksiyası əlamətlərin markeridir. Bu göstərici artanda biz infeksiyanın ocağını tapmaq üçün II etapda qanda və servikal kanalın möhtəviyyatında TORCH infeksiyaları ZPR ya da immunoferment üsulu ilə IgM formasını, C-reaktiv züləli, leykoformulanı, yaxmanın bakterioloji əkilməsi müayinələrin və uşaqlıq boynu vəziyyətini qiymətləndirmək üçün USM aparmasını məsləhət görürük. 10. **IgRF-AC**-artması - xroniki infeksiyanın əlamətidir. Bu halda II mərhələdə biz qanda və yaxmada TORCH infeksiyaların immunoferment üsulu ilə IgG formasını, AFA, QE və koaqloqrammanı təyin edirdik. 11. **S 100-AC** - embriogenez və neyrogenet prosesinin pozğunluqları ilə bağlıdır. Buna görə də II etapda - I və II trimestrlərdə USM, dopplerometriya döldə inkişaf qüsurları inkar etmək üçün daha diqqətlə aparılır və eyni zamanda qanda Q-6-FF, biokimyavi prenatal diaqnostika testləri (AFP, XQ, E3) müəyyən olunur, ehtiyac olduqda genetikin baxışı məsləhət görülür. 12. **Spr AC**- cinsiyyət üzvləri orqanları tərəfindən olan infeksiyanın olduğunu bildirir. Bu halda II mərhələnin diaqnostik kompleksinə vaginal yaxma, vaginal möhtəviyyatın əkilməsi, servikal ifrazatından TORCH infeksiyalarının təyini və s. müayinələr daxil edilmişdir.

NƏTİCƏLƏR. 1. Aparılan tədqiqatlara əsaslanaraq demək olar ki, ELİP-test- hipertenziv vəziyyətlər və vərdişi düşüklərdə diaqnostika alqoritminin I mərhələsidir və 85%-dan yuxarı hallarda düzgün istiqamət göstərir. 2. Hamiləlik hipertenziyası zamanı ilk növbədə böyrəklərin, damarların və endokrin orqanların zədələnməsi meydana çıxır, eyni zamanda trombofilik pozğunluqlar və ciftin ilkin çatmamazlığı özünü biruza verir. 3. Vərdişi düşüklərdə bütün göstəricilər tərəfindən müxtəlif dəyişiklər aşkar edilir, daha çox uşaqlıq faktoru, ciftin çatmamazlığı və infeksiya fonunda trombofilik pozğunluqlar. 4. ELİP-testdə olan hər bir

göstəriciyə uyğun II mərhələnin diaqnostik kompleksi işleyib hazırlanıb, bu da son diaqnozu təsdiq etməyə və patogenetik müalicənin aparılmasına imkan verəcək.

ƏDƏBIYYAT

1. Xia Y, Kellems RE. Relationship between thrombophilic disorders and type of severe early-onset hypertensive disorder of pregnancy // Clin Immunol., 2009, v.133(1), p.1-12
2. Ganzevoort W, Rep A, De Vries Jt. // Hypertens Pregnancy, 2007, v.26(4), p.433-45
3. Facchinetto F, Marozio L, Frusca T, et al. Maternal thrombophilia and the risk of recurrence of preeclampsia // Am J Obstet Gynecol., 2009, v.200(1), p.46.
4. Mello G, Parretti E, Marozio L, et al Outcomes of pregnancies complicated by systemic lupus erythematosus (SLE) // Hypertension, 2005, v.46(6), p.1270-4
5. Wagner SJ, Craici I, Reed D, et al Maternal and foetal outcomes in pregnant patients with active lupus nephritis. // Lupus, 2009, v.18(4), p.342-7.
6. Chong P., Matzner W., Ching W. Корреляция между уровнем антител к бета-2-гликопротеиду и уровнем антифосфолипидных антител у пациенток с невынашиванием. AJRI, 1998
7. Matzner W., Chong P., Xu G., Ching W. Сравнительная характеристика проточной цитофлуориметрии и микроцитоокисности для оценки эффективности аллоиммунной терапии у пациенток с привычным невынашиванием беременности // Am J Reprod Immunol., 1995, v.33, p.10-13
8. Sher, J.Fisch, G.Maassarani et al. Антитела к фосфатидилэтаноламину и фосфатидилсерину связаны с повышенной активностью естественных киллеров у пациенток с бесплодием и исключенным мультифактором // GHuman Reprod., 2000, v.15, № 9, p.1932-1936
9. Chong P., Matzner W., Ching W. Корреляция между уровнем антител к бета-2-гликопротеиду и уровнем антифосфолипидных антител у пациенток с невынашиванием. AJRI, 1998
10. Matzner W., Chong P., Xu G., Ching W. Сравнительная характеристика проточной цитофлуориметрии и микроцитоокисности для оценки эффективности аллоиммунной терапии у пациенток с привычным невынашиванием беременности // Am J Reprod Immunol., 1995, v.33, p.10-13
11. Chong P.J., Matzner W.L., Ching W.T.W. Иммунология привычного невынашивания Подборка тезисов и статей по теме "Иммунология привычного невынашивания" (перевод Маллярской М.М.)Иммунология привычного невынашивания // The female Patient, 1995, v. 20, p.1-4
12. Chong P.J., Matz W.L. Иммунология привычного невынашивания Подборка тезисов и статей по теме "Иммунология привычного невынашивания" (перевод Маллярской М.М.)Иммунология привычного невынашивания // The female Patient, 1995, v.20, p.1-4

SUMMARY

THE IMMUNOLOGI ASPECTS OF EARLI DIAQNOSIS HIPERTENSYON OF PREGNANSY AND RECURRENT LOSS PREGNANSY

X.M.Tahmazi, N.A.Shahbazova

The period of research was 132 women examined , 50 of which were hipertenzy and 82 were a recurrent loss of pregnansy. As a result of that research was known ELIP test stage I of diagnostic algortim hipertension and recurrent loss of pregnansy and more than 85% of the correct direction. In the hypertension during pregnansy distorbs the kidney, vasculars and endocrinology systems. The same time occur the trombofilik and plasentar disorders. For each indicator in ELIP test we allow the compleks diagnostic tests for second stages of diagnosis and then we can allow a patogenetic treatment.

РЕЗЮМЕ

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАННИМИ ПРИВЫЧНЫМИ ВЫКИДАШАМИ

X.M.Tahmazi N. A. Shahbazova

В период исследования было обследовано 132 женщины, из которых 50 были с гипертензивными состояниями и у 82 были периодические потери беременности. В результате этих исследований на ELIP – тесте было известно, что диагностический алгоритм гипертензивных состояний и периодические потери беременности в более 85% случаев происходит параллельно. При гипертензивных состояниях при выкидышах поражаются почки, сосудистая и эндокринная системы. В то же время происходят тромбозные осложнения, которые приводят к плацентарным расстройствам. Периодические потери беременности могут быть связаны с иммунными аспектами. По каждому показателю по ELIP тесту можно вести комплекс диагностических процедур. Что позволит нам ввести патогенетически обоснованное лечение.

Daxil olub:18.11.2010

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ С ДЕБЮТОМ ОПТИЧЕСКОГО НЕВРИТА

Н.А. Несруллаева, С.К. Гусейнова, Р.К. Ширалиева, В.В.Гнездицкий

Национальный Центр Офтальмологии им. акад. З.Алиевой, Институт Усовершенствования врачей им.А.Алиева, г. Баку; Научный Центр Неврологии РАМН, руководитель лаборатории клинической нейрофизиологии, г.Москва

Рассеянный склероз - хроническое прогрессирующее мультифакториальное заболевание нервной системы, характеризующееся демиелинизацией и аксональным повреждением нейронов разной степени. Заболевание чаще наблюдается у лиц молодого возраста и быстро приводит к ограничению трудоспособности и ранней инвалидизации [1,2,3].

Одной из важных проблем в изучении рассеянного склероза (РС) является анализ динамики процессов демиелинизации и возможных процессов ремиелинизации. Демиелинизация аксонов центральной нервной системы (ЦНС), возникающая при рассеянном склерозе (РС), считалась необратимой, но имеются увеличивающиеся доказательства того, что ремиелинизация действительно происходит в течение некоторого периода времени после случая демиелинизации [4,5,6]. Ремиелинизация при РС начинается довольно быстро, через 1-2 недели после появления очага острой демиелинизации и обнаруживается в тех областях, где макрофаги уже не содержат продукты деградации миелина, а именно на периферии неактивного очага демиелинизации [7,8,9]. Однако ремиелинизация обуславливает лишь частичное восстановление утраченных функций, что не позволяет обеспечивать полноценное адекватное проведение нервного импульса. Интенсивность ремиелинизации убывает по мере прогрессирования заболевания. Таким образом, ремиелинизация это закономерное патогенетическое звено РС, естественный процесс восстановления миелина в ответ на демиелинизацию в ЦНС. Предполагается, что именно ремиелинизация является патогенетической основой выздоровления.

Нарушение проведения по демиелинизированному волокну лежит в основе клинических проявлений и патологических изменений, регистрируемых при электрофизиологических исследованиях мультимодальных вызванных потенциалов (МВП) [10]. Выявление различных аномалий вызванного ответа при регистрации ВП головного мозга и их дальнейших изменений, не только позволяет подтвердить наличие демиелинизирующего процесса, но и проводить динамическое наблюдение за его развитием. [11,12]. Следует отметить, что не существует простой корреляции между степенью выраженности демиелинизации, оцениваемой морфологически и степенью ухудшения проведения по сенсорным путям. В острой стадии негрубая симптоматика, кажущиеся небольшими патологические изменения могут ассоциироваться с блоком проведения афферентации, в то время как при устойчивой демиелинизации хроническое выраженное поражение совместимо с сохранным проведением импульса[13,14].

Исследование МВП позволяет уже на ранней стадии заболевания оценить и объективизировать наличие диссеминации симптомов в пространстве.

При наличии оптического неврита (ОН) со снижением зрения, как правило, исследуют зрительные ВП. Реже, при выявлении на МРТ очагов, указывающих на возможность демиелинизации, проводят обследование ВП и других модальностей[15,16]. Возникает вопрос, как часто бывают изменения других модальностей ВП при наличии у больного изолированного ОН или сочетанного с рассеянным склерозом?

ЦЕЛЬ. Изучить частоту и динамику мультимодальных вызванных потенциалов у пациентов с рассеянным склерозом и дебютом оптического неврита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обследовано 42 больных с рассеянным склерозом и дебютом ОН. Из них 24 женщины и 18 мужчин в возрасте от 16 до 43 лет, средний возраст составлял 26, 6±3,7 лет. В соответствии с современной классификацией РС (McDonald et al.,2001) у 40 пациентов диагноз РС был несомненным, у 2 - сомнительным. Все 42 пациента поступили с острым ОН, в первые несколько суток с момента снижения зрения, при этом у 9 пациентов процесс был двухсторонним.

Для диагностики патологических состояний использовались электрофизиологические методы исследования: зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) на шахматный паттерн и вспышку, слуховые (АСВП) и соматосенсорные (ССВП) вызванные потенциалы. При оценке ВП изучались следующие показатели: латентность, амплитуда, форма основных корковых пиков, наличие хронодисперсии, двугорбой формы волны и пр. с учетом всех возможных технических погрешностей записи ВП.

При регистрации ЗВП на шахматный паттерн и вспышку выделялись латентности и амплитуды пиков P100 и P2 во всех отведениях и анализировалась межокулярная разность латентностей. При регистрации АСВП выделялись основные компоненты: пик I, пик III, пик V; проводился анализ латентностей пиков I, III, V и межпиковых интервалов I-III, III-V и I-V. При регистрации ССВП анализировали латентность пиков P13, N9, N13, измеряли время центрального афферентного проведения (ВЦАП).

Выраженность демиелинизации определялась по удлинению латентных периодов основных пиков ВП, изменению их формы, снижению амплитуды или наличию выпадения ответов при блоке проведения. О диссеминации процесса свидетельствовало наличие патологических знаков при исследовании ВП других модальностей. Вышеуказанные параметры важны как для оценки динамики ВП, так и оценки степени нарастания демиелинизации или наоборот, процесса ремиелинизации. Электрофизиологические исследования проводились на аппарате "Нейро-ЭРГ" фирмы Нейрософт (Россия).

С ЦЕЛЬЮ верификации заболевания проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга в режимах T1 и T2 взвешенных изображений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Исследования ЗВП проведено 42 больным с РС и ОН в дебюте заболевания, из них у 17 больных на предъявление шахматного паттерна (стимул 30°), у 25 больных на вспышечный стимул. Патологическое удлинение латентности P100 на шахматный паттерн отмечалось у 15 больных (36%), удлинение латентности с изменением верхушки пика P100 W – видной формы, что говорит о грубом нарушении проводимости зрительного нерва - у 13 (31 %). Патологическое снижение амплитуды ответа наблюдалось у 9 больных (21 %). В последних случаях латентность была в пределах нормы. При исследовании ЗВП на вспышку удлинение латентности P2 выявлено у 10 больных (23 %), снижение амплитуды ответа - 12 (28%). В 3 случаях (7 %) на момент обследования ЗВП были в пределах нормы.

Исследование ЗВП в фазе клинической ремиссии, сопровождающейся улучшением остроты зрения, выявило положительную динамику параметров ЗВП в виде достоверного укорочения латентности пиков P100 и P2. Но необходимо заметить, что данные параметры сохранили достоверные отличия от соответствующих показателей контрольной группы, т.е. они не достигают нормальных значений в фазе клинической ремиссии, что может свидетельствовать о неполном восстановлении структуры и функции волокон зрительных нервов. Регистрировалось снижение амплитуды пиков P100 и P2 по отношению к норме, изменения формы ответа сохраняется у 5 больных (7,6%) с прогрессирующим вариантом течения РС. Результаты динамического исследования параметров ЗВП у больных с РС и ОН в дебюте заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1
Результаты динамического исследования параметров ЗВП у больных с РС и ОН в дебюте заболевания

Параметры и компоненты ЗВП	Норма	Больные рассеянным склерозом				
		Фаза обострения (n=42)	Через 3 мес (n=42)	Через 6 мес (n=42)	Через 1 год (n=42)	Через 2 года (n=42)
ЛП P100 (мс) А P100 (мкВ)	100 ± 3 9,8 ± 3,13	141,7±1,5 5,52±0,9	134,6±4,2 5,62±0,3	129,6±3,2 6,75±0,9	123,7±2,4 7,2±0,6	122,7±2,6 7,1±0,8
ЛП P2 (мс) А P2 (мкВ)	100 ± 15 10,1 ± 5,5	144,9±6,3 3,7±0,6	145,1±6,3 3,5±0,9	143,4±2,7 4,13±0,8	137,1±2,3 5,14±0,7	133,1±2,7 4,21±0,5
Межокулярная разница (мс)	< 6,16	8,3±0,9	8,28±0,2	7,6±0,1	7,36±0,4	7,32±0,5

Примечание: n-количество обследованных; достоверные различия (p<0,05)

Комплексное исследование мультимодальных вызванных потенциалов трех модальностей проведено у 42 больных с РС и дебютом ОН. Патологические знаки были выявлены по разным модальностям в следующих соотношениях. Как показали наши исследования больных с РС и дебютом ОН в анамнезе достаточно часто выявлялись патологические изменения зрительных ВП (93%), реже - слуховых и соматосенсорных ВП. При этом АСВП, в плане обнаружения демиелинизации, оказывались более чувствительными (71% наблюдений), чем ССВП (60% наблюдений), то есть, более чувствительным и прямым индикатором демиелинизации и может служить показателем подтверждения наличия симптомов в прошлом, а также в молчавших зонах поражения (Таблица 2).

Таблица 2
Информативность выявления демиелинизации при исследовании
МВП у больных с РС и ОН в дебюте заболевания

	ЗВП		АСВП		ССВП	
	Число случаев	%	Число случаев	%	Число случаев	%
Норма	3	7	12	29	17	40
Патологические изменения	39	93	30	71	25	60

Проведенный нами анализ динамики МВП у 42 больных с РС и ОН в дебюте показал, положительную динамику (45%) с улучшением показателей, обусловленную процессами ремиелинизации (таблица 3). Такая динамика была отмечена при исследовании ЗВП в 57%, в 36% отмечалась отрицательная динамика с нарастанием демиелинизации с появлением новых клинических симптомов и в 7% динамика ВП была неотчетливой. Более часто положительная динамика определялась нами по ЗВП, в меньшей степени по данным АСВП (26%) и только в 14% по данным ССВП.

Таблица 3
Анализ результатов исследования ВП в динамике у больных РС с дебютом ОН

Изменение ВП в динамике	ЗВП (N=42)		АСВП (N=42)		ССВП (N=42)		МВП	
	Число наблюд.	%	Число наблюд.	%	Число наблюд.	%	Число наблюд	%
Ухудшение (нарастание демиелинизации)	15	36	19	45	21	50	18	43
Улучшение (наличие ремиелинизации)	24	57	11	26	6	14	19	45
Без изменений (сходные изменения ВП)	3	7	12	29	15	36	5	12

Таким образом, выявленные нами изменения параметров МВП, возможно свидетельствуют о процессе деструкции миелина проводящих путей центральной нервной системы (демиелинизация). Полученные при динамическом исследовании МВП данные об улучшении показателей ВП, а именно снижение латентности, увеличение амплитуды и нормализации корковых пиков, вероятно, указывают на процессы ремиелинизации. Анализ динамики МВП свидетельствовал о большей информативности выявления процесса демиелинизации и ремиелинизации при исследовании ЗВП.

ЛИТЕРАТУРА

- Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. М.: Миклод, 2004
- Бархатова В.П. Патофизиология демиелинизирующего процесса// Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики М., 2000, 185с.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

3. Giovannoni G., Miller D., Losseff N. et al. Serum inflammatory markers and clinical MRI markers of disease progression in multiple sclerosis // J Neurol., 2001, v.248, p.487-95.
4. Trapp BD, Peterson J, Ransohoff RM et al. Axonal transection in the lesions of multiple sclerosis // N Eng J Med., 1998, v.338, p.278-85
5. Prineas J.W., Barnard R.O., Kwon E.E. et al. Multiple sclerosis: remyelination of nascent lesions // Ann Neurol., 1993, v.33, p.137-51.
6. Barkhof F., Bruck W. et al. Remyelinated lesions in MS: magnetic resonance image appearance//Arch. Neurol., 2003, v. 60, p.1073-1081
7. Переседова А.В., Байдина Е.В., Трифонова О.В. и др. Патофизиология демиелинизирующего процесса при рассеянном склерозе. В кн.: Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. М.: Миклод, 2004. с.108-120
8. Reynolds R., Dawson M., Papadopoulos D. et al. The response of NG2-expressing oligodendrocyte progenitors to demyelination in MOG-EAE and MS // J Neurocytol., 2002, v.31, p.523-536.
8. Reynolds R., Cenci di Bello I., Dawson M., Levine J. The response of adult oligodendrocyte progenitors to demyelination in EAE //Prog Brain Res., 2001, v.132, p.165-17
9. Зенков Л.Р., Ронин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. М., 2003, 640с.
10. Байдина Е.В.Лабильность неврологических симптомов при рассеянном склерозе (клиническое, электрофизиологическое и биохимическое исследование): Автореф. дис...канд. мед. наук, М., 2004, 21 с.
11. Goldschmidt T., Antel J., König F.B. et al. Remyelination capacity of the MS brain decreases with disease chronicity //Neurology., 2009, v.72(22), p.1914-21.
12. Petzold A., Rejdak K. et al. Axonal degeneration and inflammation in acute optic neuritis // J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004, v.75, p.1178-1180
13. Jones S., Bursa A. Neurophysiological evidence for long-term repair of MS lesions: implications for axon protection. // J Neurol Sci., 2003, v.206, p.193-198
14. Brusa A., Jones S., Plant G. Long-term remyelination after optic neuritis: a 2-year visual evoked potential and psychophysical serial study // Brain, 2001, v.124, p.468-79.
15. Костив В.Я. Факторы риска и возможности прогнозирования хронического течения ретробульбарного неврита: Автореф. дис...канд. мед. наук, М., 2009, 21 с.

SUMMARY

MULTIMODAL EVOKED POTENTIAL IN MULTIPLE SCLEROSIS WITH OPTIC NEURITIS ONSET

N.A. Nasrullayeva, S.K. Guseynova, R.K. Shiraliyeva, V.V.Gnezdickiy

To study the frequency and the dynamics of multimodal evoked potentials (MEP) in patients with multiple sclerosis (MS) and optic neuritis (ON) onset. We examined 42 patients with multiple sclerosis and the onset of ON. 18 males and 24 females aged from 16 up to 43 years, with the average age 26, $6\pm3,7$ years. Our analysis of the dynamics of the MEP in 42 patients with MS and ON at the onset showed a positive trend (45%) with improved performance due to the processes of remyelination (Table 3). Such dynamics was noted in the study of visual evoked potential (VEP) in 57%, 36% noted negative changes with the increase of demyelination with the advent of new clinical symptoms and in 7% of the dynamics of VEP was not clear. More often positive dynamics was determined by us in the VEP to a lesser extent according acoustic evoked potentials (26%) and only 14% according to somatosensory evoked potentials. Analysis of the dynamics of the MEP testified more informative to identify the process of demyelination and remyelination in the investigation of VEP.

XÜLASƏ

DAQINIG SKLEROZ VƏ OPTİK NEVRİLƏ XƏSTƏLİRDƏ MULTIMODAL CAĞRILMIŞ POTENSİALLAR

N.A. Nasrullayeva, S.K. Hüseynova, R.K. Şirəliyeva, V.V.Gnezdickiy

İşin məqsədi daqinqig skleroz və optik nevrit başlangıcı ilə olan 42 xəstələrdə multimodal çağrılmış potensialların dinamikasının öyrənilməsi. Onlardan 24 qadın və 18 kişi. Orta yaş həddi $26,6\pm3,7$ olmuşdur. Klinik və elektrofiziologiya müayinələrin məlumatlarının multimodal çağrılmış potensialların analizinin müsbət tendensiya remielinizasiya proseslərinə 45% göstərmişdir. Belə dinamika gözdən çağrılmış potensialların 57% öyrənilməsi qeydə edilib. Daha çox müsbət dinamikası (36%) demielinizasiya artması ilə və 7% mənfi dəyişikliklər qeyd edilmişdir.

Multimodal çağrılmış potensialların dinamikasının araşdırılması demielinizasiya və remielinizasiya proseslərində gözdən çağrılmış potensialların dəyəri daha çox məlumat göstərməsidir.

Daxil olub:22.10.2010

ФЕКСОФЕНАДИН – В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Ф.А. Гурбанов

Госпиталь МВД Азербайджанской Республики, г.Баку

Аллергический ринит (АР) – сложное хроническое заболевание слизистой оболочки полости носа, которое охватывает более пятой части населения.

Аллергические заболевания относятся к самым распространенным заболеванием в мире и наиболее характерны для развитых промышленных стран. В некоторых странах распространенность аллергических заболеваний достигает 50% и более. Среди аллергических заболеваний наиболее серьезную проблему представляет АР. Распространенность АР в популяции составляет в среднем от 10% до 25% населения земного шара. Так, например, в Великобритании – 30%, в Швеции – 28%, в Новой Зеландии и в Австралии – 40%, в Южной Африке – 17%. В последние годы рост распространенности аллергических заболеваний стал отмечаться и в развивающихся странах, становясь, тем самым, одной из ведущих медико-социальных проблем современного общества. По заключению ВОЗ, WAO и Европейской Ассоциации Аллерголов и Клинических Иммунологов, необходим дальнейший сбор новой информации об этиологии, патогенезе, факторах риска развития аллергии, с целью разработки современных механизмов управления и контроля клинических проявлений и профилактики аллергии [1].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о дальнейшем увеличении числа больных страдающих АР, которое в общей популяции составляет 20,1%.

Главными участниками аллергического воспаления являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, базофилы и эндотелиальные клетки. Их участие определяет раннюю и позднюю фазы аллергической реакции. Гистамин – главный медиатор, продуцируемый тучными клетками при сезонном и круглогодичном воздействии аллергена, однако появлению симптомов могут способствовать и другие медиаторы, такие как лейкотриены, простагландины и кинины, взаимодействующие с нервными и сосудистыми рецепторами [1].

Доказано, что у 30-40% обследуемых лиц с АР в последующем развивается бронхиальная астма (БА) – заболевание, имеющее хроническое течение с периодически возникающими обострениями и приводящее к социальной дезадаптации. Также АР достаточно часто ассоциируется с такими заболеваниями, как атопический дерматит и аллергические поражения верхних дыхательных путей. Практически у 80-90% детей с БА наблюдается АР. Такая тесная взаимосвязь этих двух нозологических единиц дает основания некоторым врачам рассматривать их как единую болезнь. В связи с этим раннее выявление АР и назначение рациональной адекватной терапии не только предотвращает развитие тяжелых форм заболевания, но и предупреждает возникновение БА [5].

В разгар поллиноза, когда к симптомам ринита зачастую присоединяются и симптомы поражения глаз, а до вожделенного отпускного сезона еще далеко и просто необходимо закончить, например, квартальный отчет или целый день мотаться по городу на машине и сохранять не только спокойствие в пробках, но и оставаться внимательным и собранным, просто жизненно иметь под рукой современный антигистаминный препарат.

Доказанной клинической эффективностью при лечении больных аллергическим ринитом и оптимальным профилем безопасности обладает H1- блокатор третьего поколения – фексофенадин.

- Фексофенадин (замещенная бензолуксусная кислота) - активный метаболит терфетадина.
- Это высокоспецифичный антагонист H1- рецепторов, не обладающий антихолинергической или антиадренергической активностью.
- Фексофенадин не оказывает влияния на ЦНС и не проникает через ГЭБ.
- Фексофенадин не блокирует медленные калиевые токи и, следовательно, не вызывает изменений интервала QT.
- Фексофенадин быстро всасывается при приеме внутрь, максимальная концентрация в плазме достигается через 1-3 часа.

- Длительность действия фексофенадина достигает 24 ч., что позволяет принимать его 1 раз в сутки.
- Фексофенадин выводится в неизмененном виде через желудочно-кишечный тракт (с желчью) и почки (с мочой), период полувыведения составляет 11-15 ч.
- Исследования, проведенные с участием пациентов из группы риска (пожилые, а также больные с нарушениями функции почек или печени), показали, что у них нет необходимости проводить коррекцию дозы.
- Фексофенадин может назначаться совместно с кетоконазолом или эритромицином без корректировки дозы каждого из препаратов.

Эффективность фексофенадина в дозе 30 мг у детей в возрасте от 6 до 11 лет с сезонным АР доказана в мультицентровом многонациональном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании ($n=935$), выполненном Milgrom и соавторами (2007). Под влиянием фексофенадина статистически достоверно ($p<0,0001$) уменьшалась выраженнаяность всех симптомов АР, в том числе заложенность носа.

Van Cauwenberge и соавторы (2000) в мультицентровом многонациональнм двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, включавшем 688 человек с сезонным АР, сравнили эффективность фексофенадина и лоратадина. Показано преимущество фексофенадина (120 мг 1 раз в сутки) перед лоратадином (10 мг 1 раз в сутки), заключающееся в уменьшении выраженности ринореи, чихания, зуда в носу, симптомов поражения глаз.

Фексофенадин (120 мг 1 раз в сутки) сопоставим по эффективности с цетиризином (10 мг 1 раз в сутки). Согласно данным исследований Howarth и соавторов (1999); Horak и соавторов (2001); Hampel и соавторов (2003), Klos и соавторов (2006) выраженнаяность всех симптомов АР, включая заложенность носа, при применении данных препаратов значительно снижается в сравнении с плацебо. Вместе с тем частота развития побочных эффектов у этих препаратов отличается. Частота появления сонливости при использовании цетиризина выше, чем при назначении фексофенадина [11].

Фексофенадин в дозах, превышающих рекомендуемые (максимальная рекомендуемая доза – 240 мг), продемонстрировал профиль безопасности в тестах на управление автомобилем, подобный таковому при плацебо (Yasui-Furukori et al., 2005).

В недавнем клиническом исследовании Tashiro и соавторов (2005) пациенты, получавшие 120 мг фексофенадина, при одновременном вождении автомобиля и использовании мобильного телефона показали такие же результаты, как и обследуемые лица, получавшие плацебо (Yasui-Furukori et al., 2005; Weiler et al., 2000).

В работе Weiler и соавторов (2000) показано отсутствие нарушения когнитивных и психомоторных функций, а также водительских способностей у больных, получавших 180 мг фексофенадина совместно с небольшими дозами алкоголя.

Определение влияния фексофенадина в дозах до 240 мг на качество вождения автомобиля и психомоторные реакции выполнялась при сопоставлении с плацебо и клемастином – антигистаминным препаратом, обладающим седативным действием. В двойном слепом перекрестном исследовании в 6 группах принимали участие 25 здоровых добровольцев, которые получали в течение 5 дней различные дозы фексофенадина (60 мг дважды в сутки, 120 мг 2 раза в сутки, 120 мг 1 раз в сутки и 240 мг 1 раз в сутки), клемастина (2 мг 2 раза в сутки) или плацебо. Курсы лечения были разделены периодами без приема препаратов продолжительностью 6 и более дней. На 1,4 и 5-й день каждого периода лечения участвующие в исследовании подвергались тесту вождения автомобиля по шоссе и ряду тестов на психомоторные реакции. Помимо того, на 5-й день определялось действие принятого внутрь алкоголя (для достижения его концентрации в крови 50 мг/дл). Результаты при всех дозах фексофенадина не отличались от таковых при плацебо, а у добровольцев, получавших клемастин, наблюдалось значительное ухудшение выполнения указанных тестов. Использование алкоголя также приводило к ухудшению выполнения этих тестов, тогда как результаты, полученные при совместном применении алкоголя и фексофенадина, соответствовали таковым при сочетании алкоголя с плацебо, что является дополнительным доказательством отсутствия седативных свойств у фексофенадина.

Влияние фексофенадина на дневную активность и психомоторное состояние изучалось также Британским агентством по оборонным исследованиям и разработкам (в составе британского Министерства обороны; Defence Evaluation and Research Agency DERA) на 6 группах в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании.

При определении чувствительности экспериментальных исследований для активного контроля использовался прометазин – антигистаминный препарат, обладающий седативным действием. В течение 6 последовательных дней 6 здоровых добровольцев получали в псевдорандомизированных рядах фексофенадин (120, 180 или 240 мг), прометазин (10 мг) или плацебо (по 2 дня исследования). Влияние на результаты пальцевого теста, задачи на зрительное внимание и концентрацию, а также объективную (множественный тест на потенциальную сонливость) и субъективную сонливость изучались за 1 ч. до приема препаратов и через 8 ч. после их приема. В отличие от прометазина, ни одна из доз фексофенадина не воздействовала на психомоторные реакции и не вызывала проявлений сонливости в какое-либо время.

Фексофенадин – препарат подлинно неседативный, без значительного увеличения субъективной сонливости по сравнению с плацебо. Фексофенадин признан DERA пригодным для лечения больных с аллергией, занятых в автоматизированном производстве, у водителей транспортных средств и даже у экипажа воздушных лайнеров.

Следует отметить, что никакой другой из применяемых сегодня в клинической практике антигистаминных препаратов не обладает таким высоким уровнем безопасности, как фексофенадин. Так, прием цетиризина, по данным Saltin и соавторов (2000), приводит к выраженной сонливости у пациентов и снижает их мотивацию к лечению. Лоратадин в дозах, превышающих рекомендуемые, оказывает негативное воздействие на внимательность и сосредоточенность, что было установлено при помощи специальных проб (проводилась тестовая оценка скорости и точности нахождения заданных чисел и символов за определенное время) (Van Cauwenbergh, Juniper, 2000).

Эксперименты на животных показали отсутствие у фексофенадина других значительных фармакологических действий, кроме блокады H1-рецепторов гистамина. Это подтверждается клиническими исследованиями с использованием фексофенадина и плацебо у здоровых добровольцев при применении однократных доз до 800 мг или повторных доз до 690 мг дважды в сутки; при этом не наблюдалось значительной разницы между побочными реакциями в активной группе и в группе, получавшей плацебо (Howarth, 2000). Следует особо отметить, что не было в этих группах значительных различий следующих показателей:

- сухость в полости рта/ сухость слизистой оболочки;
- сонливость;
- изменения сердечного ритма и кровяного давления.

Подобные результаты определены у пациентов с сезонным аллергическим ринитом. Контролируемые исследования показывают, что переносимость фексофенадина сопоставима с таковой у плацебо при использовании доз вплоть до 690 мг 2 раза в сутки в течение 28 дней или 240 мг 1 раз в сутки в течение 12 мес. Никаких различий в частоте развития побочных реакций в подгруппах больных, ранжированных по полу, возрасту, расе или массе тела, отмечено не было. Фексофенадин не оказывал достоверного влияния на параметры жизнедеятельности, показатели ЭКГ и данные биохимических анализов. В клинических исследованиях не было выявлено никакого дозозависимого увеличения процента возникновения побочных реакций. В частности, не зарегистрировано увеличения частоты возникновения побочных действий и в том случае, когда дозу повышали от 120 мг до 180 мг 1 раз в сутки или же до 240 мг 2 раза в сутки. В контролируемых исследованиях не обнаружено никакого дозозависимого увеличения частоты появления сонливости при применении препарата для лечения лиц с сезонным АР.

В двойном слепом перекрестном исследовании, выполненном UK Defence Evaluation and Research Agency (DERA), фексофенадин не вызывал изменений психомоторных реакций или проявлений сонливости по сравнению с плацебо.

DERA считает, что фексофенадин является препаратом выбора для лечения лиц высококвалифицированного труда при аллергии. Следует отметить, что фексофенадин очень хорошо переносится больными и может быть использован без таких специальных мер предосторожности, как корректировка дозы при назначении особым категориям пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая аллергология: Рук-во для практ. врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2002, с. 500-527.
2. Day J.H., Briscoe M.P., Rafeiro E. et al Randomized double-blind comparison of cetirizine and fexofenadine after pollen challenge in the Environmental Exposure Unit: duration of effect in subjects with seasonal allergic rhinitis // Allergy Asthma Proc., 2004, v.25(1), p.59-68
3. Hindmarch I. Эффекты антигистаминных средств на ЦНС – существуют ли препараты третьего поколения / Тезисы 2-го международного симпозиума по лечению аллергии. Канны, 2000, с. 10-11
4. Howarth P. Выбор антигистаминного препарата в 2000 году / Тезисы 2-го международного симпозиума по лечению аллергии. Канны, 2000, с. 8-9.
5. Johansson S. Ключевые этапы в изучении аллергии. Тезисы 2-го международного симпозиума по лечению аллергии. Канны, 2000, с. 3-4
6. Kay A. Аллергическое воспаление под микроскопом. Тезисы 2-го международного симпозиума по лечению аллергии. Канны, 2000, с. 5-6.
7. Klos K., Kruszewski J., Kruszewski R., Sulek K. The effect of 5-days of cetirizine, desloratadine, fexofenadine 120 and 180 mg, levocetirizine, loratadine treatment on the histamine-induced skin reaction and skin blood flow – a randomized, double-blind, placebo controlled trial // Pol. Merkur. Lekarski., 2006, v.125, p.449-53.
8. Milgrom H., Kittner B., Lanier R., Hampel F.C. Safety and tolerability of fexofenadine for the treatment of allergic rhinitis in children 2 to 5 years old // Ann. Allergy Asthma Immunol., 2007, v.99(4), p.358-63.
9. Okubo K., Gotoh M., Shimada K. et al. Fexofenadine improves the quality of life and work productivity in Japanese patients with seasonal allergic rhinitis during the peak cedar pollinosis season // Int. Arch. Allergy Immunol., 2005, v.136(2), p.148-54.
10. Petri N., Borga O., Nyberg L. et al. Effect of erythromycin on the absorption of fexofenadine in the jejunum, ileum and colon determined using local intubation in healthy volunteers // Int. J. Clin. Pharmacol. Ther., 2006, v.44(2), p.71-9
11. Shimizu M., Uno T., Sugawara K., Tateishi T. Effect of itraconazole and diltiazem on the pharmacokinetics of fexofenadine, a substrate of P-glycoprotein // Br. J. Clin. Pharmacol., 2006, v.61, p.538-44.
12. Van Cauwenbergh P., Juniper E.F. Comparison of the efficacy, safety and quality of the life provided by fexofenadine hydrochloride 120 mg, loratadine 10 mg and placebo administered once daily for the treatment of seasonal allergic rhinitis // Clin. Exp. Allergy, 2000, v.30(6), p.891-9
13. Weiler J.M., Bloomfield J.R., Woodworth G.G. et al. Effects of fexofenadine, diphenhydramine, and alcohol on driving performance. A randomized, placebo-controlled trial in the Iowa driving simulator // Ann. Intern. Med., 2000, v.132(5), p.354-63
14. Yasui-Furukiri N., Uno T., Sugawara K., Tateishi T. Different effects of three transporting inhibitors, verapamil, cimetidine, and probenecid, on fexofenadine pharmacokinetics // Clin. Pharmacol. Ther., 2005, v.77(1), p.17-23

XÜLASƏ

FEKSOFENADİN- ALLAREQİK RİNİTİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDE

F.A.Qurbanov

Allergik rinosinusitlər zamanı feksofenadinin tətbiq olunmasının müsbət və mənfi cəhətləri təqdim olunmuşdur. Feksofenadin xəstələrlə tərəfdən çox yaxşı keçirilir və dozaların korrektirovkası kimi xüsusi ehtiyat tədbirlərdən istifadə olunmadan xüsusü kategoriyalı pasientlərdə rahat tətbiq oluna bilər.

SUMMARY

FECSOPHENADINE- IN COMPLEX TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS

F.A.Qurbanov

Pozitive and negative peculiarities feksofenadin of the applying have been represented in the time of allergic rinosinusitis. Feksofenadin is held ill from the side very well and special stock (reserve) will be able to apply as updating of the doses in special category patients without using from measures comfortable.

Daxil olub:22.10.2010

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ ФАКТОРОВ РИСКА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ г.БАКУ

Д.А.Бехбудова, Т.А.Ахмедова

НИИ кардиологии им. Акад.Д.Абдуллаева г. Баку

Актуальность борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) для современного общества подтверждена многочисленными исследованиями. В числе основных причин развития

ССЗ и их осложнений рассматривается высокая распространенность факторов риска (ФР). Реальным подтверждением концепции ФР явились результаты больших профилактических, плацебо-контролируемых многоцентровых рандомизированных программ, проведенных в основном ведущими кардиологическими учреждениями. По данным отдельных исследований заболеваемость населения в определенной степени может зависеть также от характера трудовой деятельности и уровня образования. Изучение распространенности ФР ССЗ и разработка комплексной программы по снижению заболеваемости и смертности от ССЗ в выборочных группах организованного населения будет способствовать успешному практическому осуществлению профилактических мероприятий среди всей популяции в целом.

В задачи настоящего исследования входило сравнительное изучение распространенности ССЗ и их ФР среди мужчин и женщин, занимающихся различными видами трудовой деятельности, в организованных популяциях г. Баку.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Объектом исследования явились 2 группы организованного населения трудоспособного возраста г.Баку:

1-ю гр. составили 302 сотрудника 2-х НИИ АН Азербайджанской Республики, занимающихся преимущественно умственным трудом (УТ): 115 мужчин ср. возраст $47,6 \pm 1,25$ лет и 187 женщин ср. возраст $41,6 \pm 1,1$ лет;

2-ю гр. составили работники 2-х промышленных предприятий: машиностроительного завода и швейной фабрики г. Баку, занимающихся преимущественно физическим трудом (ФТ). Всего 231 человек: 95 мужчин ср. возраст $50,9 \pm 0,95$ лет и 136 женщин ср. возраст $45,4 \pm 0,89$ лет.

Наибольшее количество мужчин и женщин 1-й группы имели высшее образование (90,8% и 77%, соответственно). Во 2-й группе преобладающее число мужчин и женщин (74,8% и 80,9%, соответственно) имели среднее и средне-специальное образование.

Обследование проводили с помощью набора стандартных методов эпидемиологических исследований в кардиологии.

В настоящем исследовании установлен высокий уровень распространенности основных ФР ССЗ среди мужчин и женщин как УТ, так и ФТ. При сравнительном анализе полученных результатов исследования было установлено, что в обеих группах достаточно редко встречались лица, не имевшие ни одного ФР ССЗ (6,4% и 3,2% среди мужчин и 17,2% и 9,6% среди женщин 1-й и 2-й групп, соответственно).

Наиболее часто встречающимся ФР ССЗ среди мужчин обеих групп оказалась избыточная масса тела (ИМТ) (61,5% и 71,6%). Среди работников ФТ лица с индексом Кетле выше 29 кг/м² встречались почти в 2 раза чаще по сравнению с работниками УТ (44,2% и 27,5%, соответственно). У 42,1% рабочих отмечено наличие абдоминального типа ожирения.

Среди женщин обеих групп наиболее часто встречающимся ФР ССЗ также оказалась ИМТ. При этом во 2-й группе ИМТ встречалась достоверно чаще по сравнению с 1-й группой (72,8% и 50,3%). Значительно чаще по сравнению с 1-й группой во 2-й группе встречались лица с высокими значениями индекса Кетле (>29) (51,5% и 25,1%) и с абдоминальным типом ожирения (51,5% и 27,3%).

В настоящем исследовании среди лиц с ИМТ в 1-й группе у 45,8% мужчин и 45,9% женщин выявлены нарушения липидного спектра крови. Во 2-й группе нарушения показателей липидного спектра крови отмечены у 39,2% мужчин и 75,3% женщин с ИМТ. В настоящем исследовании были установлены следующие различия между исследуемыми мужскими группами: в 1-й группе достоверно чаще по сравнению со 2-й группой встречались случаи гиперхолестеринемии ($\text{ГХС} > 6,5$ ммоль/л). Во 2-й группе почти в 2 раза чаще по сравнению с 1-й группой отмечались случаи гипо-α-ХС (21,7% и 12,5%, соответственно). Практически у каждого второго мужчины из группы УТ, прошедшего полное обследование, было установлено наличие метаболического синдрома (МС) (45,8%) (оценка наличия МС проводилась в соответствие с руководством ATP III (США) 2001г.). Реже МС встречался среди мужчин из группы ФТ (21,7%).

Установленные в настоящем исследовании различия в показателях липидного спектра крови в подгруппах женщин с ИМТ были аналогичны различиям, полученным в мужских подгруппах обеих групп: среди женщин в группе УТ (32,4%) почти в 2 раза чаще по сравнению с группой ФТ (14,3%) встречались случаи ГХС ($>6,5$ ммоль/л). В группе ФТ значительно превалировали случаи гипо-α-ХС по сравнению с группой УТ. Наличие МС среди обследованных женщин было установлено в 32,4% случаев в группе УТ и в 25,9% случаев в группе ФТ.

Среди мужчин ФТ на втором месте по частоте встречаемости оказалась АГ, отмеченная более чем у половины обследованных (54,7%). Причем, у 19,2% из них АГ была выявлена впервые. Среди мужчин из группы УТ АГ занимала третье место в ряду основных ФР (33,3%).

Среди женщин ФТ на втором месте по частоте встречаемости также оказалась АГ (32,4%). Среди женщин УТ АГ встречалась несколько реже и занимала третье место в ряду основных ФР ССЗ (26,1%). На втором месте среди женщин 1-й группы оказалась низкая физическая активность (НФА) (27,3%). Во 2-й группе НФА отмечена лишь в 2,2% случаев.

Следует отметить, что среди работников ФТ значительно чаще по сравнению с работниками УТ встречались больные АГ, не обращавшиеся за помощью к врачам-специалистам соответствующего профиля и не принимавшие регулярного лечения по поводу своего заболевания.

Обращает на себя внимание частая встречаляемость курения среди мужчин обеих групп. По результатам проведенного исследования в группе мужчин УТ курящие лица составили 39,4%. Среди работников ФТ курящих лиц оказалось даже несколько больше по сравнению с работниками УТ (41,1%). Следует отметить, что среди работников ФТ практически каждый десятый курящий (10,5%) выкуривал за сутки более 30 сигарет. В группе работников УТ отмечены единичные случаи выкуривания более 30 сигарет в сутки (5,2%).

Среди мужчин обеих групп наиболее часто отмечались сочетания АГ с ИМТ и АГ с курением.

Среди женщин группы УТ достоверно чаще по сравнению с группой ФТ отмечались случаи сочетания ИМТ с НФА (12,2% и 2,9%), а среди женщин группы ФТ достоверно чаще отмечались случаи сочетания ИМТ с АГ (29,4% и 14,4%).

В настоящем исследовании проводилась оценка степени информированности опрашиваемых по вопросам, связанным с профилактикой ССЗ. В результате степень информированности работников ФТ была оценена как недостаточная, а среди работников УТ признана удовлетворительной.

Таким образом, в настоящем исследовании в организованных популяциях г. Баку среди работников как умственного, так и физического труда установлена высокая частота встречаемости основных ФР ССЗ и их сочетаний, нарушенный жирового обмена, МС и, соответственно, высокой степени риска ИБС. Риск развития ИБС среди мужчин оказался достоверно выше по сравнению с женщинами.

Представленные результаты исследования свидетельствуют о том, что успешной профилактике ССЗ и их осложнений будет способствовать разработка комплексной программы по повышению приверженности населения принципам «здравого образа жизни» для внедрения её в организованных популяциях г. Баку. Один из основных разделов такой программы в обязательном порядке должен быть посвящен разработке и последовательному внедрению мероприятий по пропаганде некурения и отказа от курения на уровне организованных популяций, что в свою очередь будет способствовать повышению эффективности профилактики табакокурения среди населения в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардашев В.Н., Потехин Н.П., Фурсов А.Н. и др. Клинические значения отдельных компонентов метаболического синдрома. / Матер. Российского национального конгресса кардиологов. М., 2008, с.33.
2. Блужас Й., Тамошюнас А., Домаркене С. и др. Динамика основных факторов риска ишемической болезни сердца среди населения Каунаса за 20 лет (по данным программы МОНИКА) // Кардиология, 2004, №10, с.25-31.
3. Жуковский Г.С., Варламова Т.А., Константинов В.В. и др. Закономерности формирования динамики и территориальных различий эпидемиологической ситуации в отношении ишемической болезни сердца // Кардиология, 1996, №3, с.8-18

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

4. Какулия М.Ш. Распространенность ИБС у лиц с факторами риска ее развития // Клин. мед., 2001, №7, с. 25-28.
5. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Тимофеева Т.Н. и др. Ишемическая болезнь сердца, факторы риска и смертность среди мужского населения в связи с уровнем образования // Кардиология, 1996, №1, с.37-41.
6. Липовецкий Б.М. О дислипидемических состояниях, свойственных разным клиническим формам ишемической болезни сердца и цереброваскулярных поражений // Кардиология, 2007, №8, с. 8-11.
7. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология (руководство для врачей). М.: Проектно-издательский центр Media-77, 2007.216 с.
8. Перова Н.В. Новые Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом // Кардиология, 2004, №1, с.76-82.
9. Тахаев Р.М., Карпов А.Б., Семенова Ю.В. и др. Эпидемиологические исследования как инструмент оценки качества жизни и медицинской помощи (на примере анализа заболеваемости острым инфарктом миокарда) // Кардиология, 2009, №2, с. 52-56.
10. Чазов Е. Кардиология на стыке веков // Врач, 2000, №2, с.4-6.

SUMMARY

RESULTS OF PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES STUDY AMONG THE ORGANIZED WORKING POPULATIONS IN BAKU

D.A.Behbudova, T.A.Ahmedov

Comparison analysis of prevalence of cardiovascular diseases, their risk factors and metabolic syndrome has been made among men and women, working in different job areas situated in Baku city. Total studied people in the research: 533, including 302 employees of two scientific research institutions of the Science Academy of Azerbaijan Republic: 115 men and 187 women – involved in mental work jobs; 231 employee of two manufacture establishments of Baku city: 95 men and 136 women – involved in physical labor jobs. The research has been made using the standard methods of epidemiological researches in cardiology. The research has shown a high intensity of main risk factors of cardiovascular disease cases, their combinations, lipid exchange infringements, metabolic syndrome and respectively high level of ischemic heart disease risk among the employees in both the mental work and physical labor groups of Baku city. Ischemic heart disease risk rate appears to be higher among men than women. The reason for this can be connected to the different levels of education, knowledge degrees in the prevention and curing of cardiovascular diseases as well as to the working area conditions.

XÜLASƏ

BAKİ ŞƏHƏRİNDE TƏŞKİL OLUNMUŞ POPULASIYALARDÀ ƏMƏK QABİLİYYƏTLİ ƏHALİ ARASINDA ÜRƏK- DAMAR XƏSTƏLİKLƏRİN YAYILMA DƏRƏCƏSİNİN, ONLARIN RISK FAKTORLARININ VƏ METABOLİK SİNDROMUN TƏDQİQİNİN NƏTİCƏLƏRİ

D.A.Behbudova, T.A.Əhmədova

Bakı şəhərində Təşkil olunmuş populyasiyalarda emek qabiliyyətli əhalii arasında ürək- damar xəstəliklərin yayılma derecəsinin, onların risk faktorlarının ve metabolik sindromun tədqiqinin müqayisəli təhlillər hem kişi, hem qadınlar arasında aparılmışdır. Ümumilikdə 533 nəfər müayinə olunmuşdur. Birinci qrupa 302 nəfər daxil edilmişdir ki, onlar AR Elmlər Akademiyasının elmi- tədqiqat institutlarında çalışmış və əsasən əqli fəaliyyətə məşğul olmuşlar. Onlardan 115 nəfər kişi, 187 qadın olmuşdur. Ikinci qrupa 231 nəfər daxil edilmişdir. Onlar maşınçayırma zavodu və tikiş fabrikində əsasən fiziki fəaliyyətə məşğul olmuşlar. Onlardan 95 nəfəri kişi, 136 qadın olmuşdur. Tədqiqatlar standrat epidemiloji metolar əsasında aparılmışdır. Tədqiqatlar nəticəsində hem əqli, hem de fiziki fəaliyyətə məşğul olanlar arasında ürək- damar xəstəliklərinin, onların kombinasiyalarının, yaqlar mübadiləsi pozuntularının, metabolik sindromun yüksək intensivliyi, ürəyin işemik xəsteliyinin yüksək risk faktoru olması aşkar edilmişdir. Ürəyin işemik xəsteliyi riski qadınlara nisbətən kişilər arasında daha yüksək olmuşdur. Belə göstəricilərin eldə olunmasına müxtəlif təhsil səviyyələri, ürək- damar sistemi xəstəliklərinin profilaktika və müalicəsinə müxtəlif yanaşma, eləcə də əmək şəraiti sebəb ola bilər.

Daxil olub:24.11.2010

XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI VƏ ŞƏKƏRLİ DIABET XƏSTƏLƏRDƏ HİSS DƏSTƏSİNİN SOL AYAGÇIĞININ BLOKADASININ PROQNOSTİK ROLU

F.Ə. Quliyev, K.X. Zahidova, S.S.Ismayılova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İstitutu, Bakı

Şəkerli diabet (SD) geniş yayılmış metabolik patologiyadır. Əhalidə yaşlılıq, artıq çeki və adinamiya ilə əlaqədar inkişaf edən SD xəstələrin sayı daimi artır. Aterosklerozun

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

irəliləşməsinə və eyni vaxtda xəstələrin kəskin koronar ölümüne səbəb olan, xroniki ürək çatışmazlığının (XÜÇ) inkişafına getirən bu patologiya kardioloqiya üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir [4-5].

İri həcmli epidemioloji tədqiqatlar ŞD, ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) və XÜÇ arasında əlaqə olduğunu göstərir. ŞD olan xəstələrdə miokard infarktı (MI) baş verdiyi hallarda çox vaxt XÜÇ inkişafı da qeyd edilir.

Kliniki təcrübələr göstərir ki, XÜÇ ağrılaşmasına səbəb müxtəlif aritmiyalar olur. Ritm pozulmaları «ölen» ürəyin göstəricisidir. Ağır və həyat üçün təhlükəli olan aritmiyalar özbaşına ürək çatışmazlığına getirə bilər. Belə aritmiyalara mədəciküstü və mədəcikdaxili paroksizmal taxikardiya, qulaqcıq və mədəciklərin titrəməsi və səyirməsi, yüksək qradasiyalı ekstrasistoliyalar addır [4, 14].

Mədəcikdaxili blokadaların xroniki ürək çatışmamazlığının inkişafında, XÜÇ və ŞD diaqnozunda böyük rol var, ələlxüsus Hiss dəstəsinin sol ayaqqığının blokadası (HDSolAB). Müxtəlif müelliflər tərəfindən keçirilən tədqiqatların nəticələri göstərir ki, XÜÇ proqnozuna HDSolAB inkişafının təsiri haqqında elde olan məlumatlar mübahiselidir. Bununla belə tədqiqatlar göstərir ki, XÜÇ xəstələrində HDSolAB qəfleti ürək ölümünün səbəbkarıdır [11-15].

Beləliklə XÜÇ olan xəstələrdə inkişaf edən dromotrop çatıtmamazlıq sindromu həyat keyfiyyətini, fiziki yüklemeye qarşı tolerantlığı və müalicənin efektivliyini pişəşdirən amildir.

XÜÇ profilaktik tədbirləri birincili və ikincili olur. Birincili tədbirlər ÜİX yaranmasının risk faktorlarının qarşısını almaqdan ibarətdir. Ikincili tədbirlər isə sol mədəciyin patoloji remodelləşməsinin qarşısını almasına əsaslanır (məsələn, MI sonra sol mədəciyin disfunksiyasının dərcəsinin azalması).

MI ilk vaxtlarında yaranan sol mədəciyin dilyatasıyası en ağır proqnostik göstəricilərdən biri sayılır. İnfarktlı bağlı tac arteriyasının okklüziyası və kollateral qan dövranının olmaması şəraitində MI ekspansiyası daha tez-tez rast gelir. Nekroz ocaqlarının eyni ölçüləri olsada infarktlı bağlı tac arteriyasının keçiriciliyinin bərpası sol mədəciyin az derecədə dilyatasıyası ilə müşahidə edilir. Buna görədə trombolitik müalicə nekroz ocağını azaltmasada müsbət təsir göstərir. Beləliklə, infarktlı bağlı tac arteriyasının keçiriciliyinin bərpası sol mədəciyin (SM) remodelləşməsinin və ürək çatışmazlığının (ÜC) inkişafının qabağını alır.

SM remodelləşməsinin qarşısını alınmasının başqa yoluda var. Angiotenzin II reseptorlarının blokatorlarının (A(II)RB) sol mədəciyin (SM) diastolik funksiyasına müsbət təsir mexanizmi miokardin rigidliyinin azalmasını əsasındadır və SM azalması hüceyrəarası matriksdə kolagenin azalması ilə əlaqədardır [1,2,3].

AllRB ilə müalicə insulinorezistəntliyi azaldır və qlükozanın metabolizmini yaxşılaşdırır. AllRB təsiri altında insulinin və qlükozanın toxumalara transportunu optimallışdırılmasına səbəb olur.

AllRB böyreklerin hemodinamikasına müsbət təsir göstərir, natriyurezin və nefrosklerozun proqressivlaşməsinin qarşısını alır və bununla bağlı ŞD və arterial hipertenziya (AH) xəstələrde mikroalbuminuriyanın inkişafının tezleşməsinin qarşısını alır.

Üç zamanlı SM dilyatasıyası xəstəliyin gedişətinin əsas proqnostik göstəricisidir. AÇF inhibitorları, A(II) RB, beta-blokatorların tətbiqi dilyatasıyanı azaldır və müayinələr göstərilər ki, Üç proqnozunu yaxşılaşdırır [7,8,9,10].

İşin MƏQSƏDİ şəkerli diabet (ŞD), xroniki ürək çatışmazlığı (XÜÇ) ilə olan xəstələrdə ürək çatışmazlığının (ÜC) fəsadlarının markerlarının öyrənilməsindən ibarətdir.

TƏDQİQTİN MATERIAL VƏ METODLARI. Müayinədən 168 XÜÇ (NYHA təsnifatına görə III-IV funksional sinif) və ŞD xəstələri keçib. Onlardan 70 – 85 yaşa kimi olan 104 kişi (61%) və 64 qadındır (38%). XÜÇ müddəti – 5,2 il.

Xəstələr iki qrupa bölündüb:

I qrupa HDSolAB olan 92 xəstə,

II qrupa- blokadasız olan 76 xəstə daxil olundu

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Tədqiqatın müddəti 1 il olmuşdur və hər 2 qrupun xəstələri 1 il ərzində müşahidə olunurdular.

XÜC diaqnozu kliniki və ürəyin disfunksiyasının obyektiv əlamətləri, exokardioqrafik parametrlər əsasında təsdiq edilmişdir.

XÜC və ŞD xəstələrinə kompleks medikamentoz terapiyası təyin olmuşdur: AÇF inhibitorları (enalapril, perindopril), angiotenzin II reseptorlarının blokatorları (kandensartan), beta-blokatorlar (metopralol, nebivalol), diuretiklər (hidroxlortiazid, furosemid), aldosteronun antagonistləri (spironolakton).

Minessota Universitetinin «Xroniki ürək çatışmazlığı olan xəstələrin həyatı» sorğu vərəqəsilə xəstələrin sorğusu keçirilib (sorğu formasını xəstələr özləri doldurur).

Fiziki yüklenməye qarşı tolerantlıq 6 dediqə ərzində gəzmək testi ilə təyin edilib.

Xəstələrin kliniki vəziyyəti «Kliniki vəziyyətin qiymətləndirilmə şkalası» (KVQŞ) vasitəsi ilə təyin edilib (hər sual ballarla (0-dan 5 kimi) qiymətləndirilir).

Cədvəl 1

XÜC və ŞD xəstələrində HDSolB olması ve olmaması şətələ ayırd olunan qruplarda müalicədən əvvəl olan göstəricilər

Parametrlər	XÜC və ŞD xəstələrində HD SolB olması (n= 92)	XÜC və ŞD xəstələrində HDSolB olmaması (n=76)
Cins % (qad/kİŞİ)	64,2/35,8	52,6/47,4
Yaş (iller)	72 ± 5,8	72± 6,3
Sıqart çekmə (%)	9	12
II / III / IV F.S.	28 / 52 / 20	42 / 48 / 10
(NYHA təsnifati) %	2,2 ± 1,1	2,5 ± 1,2
XÜC davamlığı	130 ± 28	131 ± 18
SAT, mm c. s.	78 ± 16	74 ± 9,8
DAT, mm c. s.	82 ± 4,1	78 ± 2,4
IDS, d/v		
Preparatları qəbul edənlər		
A(II)RB	14 (151)	31 (40,7)
AÇF inhibitoru və A(II)RB kombinasiyası	8 (81)	20 (26,4)
AÇF inhibitoru və təyinatda A(II) RB yoxdur	11 (11,8)	10 (13,7)
Kardioselektiv beta-blokatorlar	23 (25)	56 (73,2)
Spironolakton	8 (8,1)	13 (17,3)
Hidroxlortiazid	20 (21,2)	47 (61,3)
Furosemid	21 (22,2)	49 (64,4)
Hidroxlortiazid + furosemid	12 (13,4)	34 (44,3)
Diurtiklərsiz	2 (2,2)	8 (10,3)
Diqoksin	0	7 (92)
Kalsium antagonistları	3 (3,2)	14 (18,3)
Statinlər	2 (2,2)	17 (22,2)
Aspirin	24 (25,8)	65 (85,1)

Xəstələrdə EKQ və ExoKQ yoxlamalar aparılıb. Amerika Exo-kardioqrafiya Assosiasiyanının tövsiyelerine görə xəstələrin hamısında Simpson usulu ilə Sol miokardin (Sol M) atım fraksiyası (AF) təyin edilib, bundan başqa xəstələrdə axır diastolik ölçü (ADÖ, sm), axır sistolik ölçü (ASÖ, sm), međecikarasi çəperin (MAÇ) və SolM arxa divarının (SAD) qalınlığı, Simpsonun modifikasiya edilmiş modelinə görə SolM axır diastolik həcmi ((Sol M ADH, ml) və axır sistolik həcmi (ASH, ml) hesablanıb.

Ağciyər arteriyasında orta təzyiq dopplerkardioqrafik üsulu ilə yoxlanılıb. Ağciyər arteriyasında orta təzyiq (AA ortaP) Mahan formulası ilə təyin edilib: AA ortaP(mm.c.s.) = 0,45 x AT + 79, AT – ağciyər axının tezleşməsinin vaxtı.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Exokardioqrafik məlumatlara görə 108 xəstələrde SM sistolik disfunksiyası aşkar olunub — AF < 45%.

HDSolAB tam blokadası olan xəstələrin qrupunu mədəcikdaxili blokadasız olan qrupla mügayisə etdikdə xəstələrdə səyrici aritmiya daha çox rast gəlir — 76 (45%) ($p < 0,05$). Ağciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyi 31 (19%), anemiya 21 (12%) nəfərdə təsadüf edir, anamnezdə miokard infarktı 84 (50%) xəstədə qeyd olunur. Müqayisə edilən qruplarda ÜİX, AH, şəkerli diabetin aşkar edilməsində statistik fərg müşahidə olunmur.

Tədqiqat vaxtı alınan nəticələr cədvəl şəklində (Cədvəl 1) təsvir olunub.

Müayinələr göstərir ki, HDSolAB ilə olan xəstələrdə XÜC ağırlığı III və IV funksional sinfinə uyğun gəlir, ancaq HDSolAB olmayan xəstələrdə XÜC dərəcəsi — II funksional sinfla diaqnozlaşdırılır.

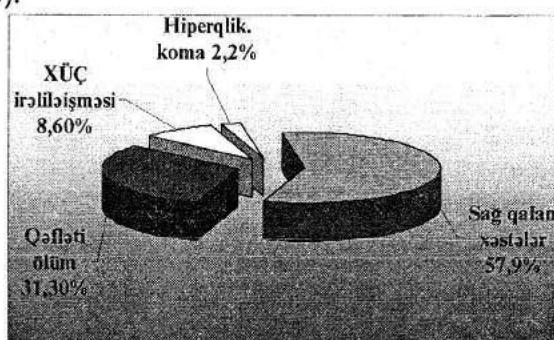
II qrup xəstələrdə sidikqovucu prepratların gəbuluna ehtiyac olmamışdır. Blokadası olmayan xəstələr daha çox beta-blokatorları, statinləri və diqoksini gəbul etmişdir.

6 dəqeqəlik yerimə testin nəticələrinə görə HDSolAB olan xəstələrin heç birisi 426 m çox fasiləsiz yol gedə bilmir. Blokadası olmayan 76 xəstələrdən — ancaq 13 bu məsəfəni keçə bilir ($P < 0,05$) (Cədvəl 2).

Cədvəl 2
XÜC və ŞD HDSol AB ilə və blokadası olmayan xəstələrdə
6 dəqeqəlik gəzinti testinin nəticələri

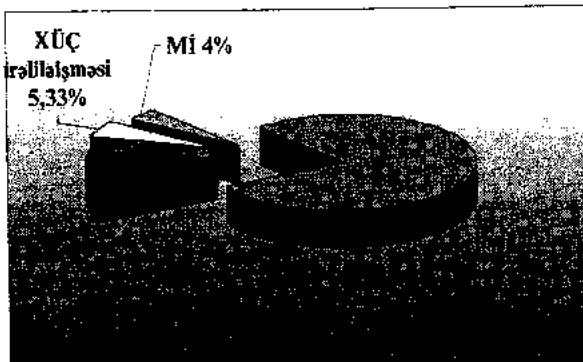
Məsafə, m	HDSol AB ilə olan XÜC xəstələri (n=92)	HDSolAB olmayan XÜC xəstələri (n=76)
426 çox	0	13 (17,3)
301 – 425	8 (8,1)	31 (40,7)
151 – 300	51 (50,5)	20 (22,4)
15 az	37 (40,4)	11(14,4)

Bir illik müayinə dövründə HDSolAB olan qrupda 92 xəstədən — 39 (42,1%) ürək-damar patologiyası səbəbindən tələf olmuşdur. XÜC və ŞD olan 39 xəstənin ölüm səbəblərinin araşdırılması göstərir ki, 29 xəstə qəfleti ölüm nəticəsində (ən çox — 74,5%), 8 (20,5%) nəfər — XÜC irəliləşməsilə əlaqədar olaraq, 2(5%) xəstə isə hiperqlikemik komadan ölmüşdür ($p < 0,05$).



Şək.1. HDSolAB olan XÜC və ŞD xəstələrində ölüm səbəbləri

HDSolAB olmayan xəstə qrupunda 76 xəstədən — 16 ölmüşdür (21,3%), onlardan: qəfleti ölüm səbəbindən - 9 (11,7%) nəfər, örək çatışmazlığının irəliləşməsinə görə 4 (5,3%), kəskin miokard infarktı (MI) nəticəsində - 3 (4%) xəstə ($p < 0,05$) tələf olmuşdur. Beləliklə HDSolAB olan XÜC xəstələrində qəfleti ölüm halları daha yüksəkdir nəinki HDSolAB olmayan xəstələrdə ($p < 0,05$).



Şək. 2. HDSolAB olmayan XÜC ve SD xəstələrində ölüm səbəbləri

EXO-KQ nəticələri HDSolAB ilə olan XÜC və SD xəstələrdə SM miokardının statistik düzgün struktur funksional dəyişikliklərini aşkar etmişdir; beləki, bu xəstələrdə: sol qulaqçığın və mədəciyin dilyatasiyası – ADÖ, ASÖ, ADH, ASH, onların indekslərinin böyüməsi rast gəlir.

Exo KQ parametrləri cədvəl № 3 göstərilir.

HDSol AB ilə olan XÜC və SD xəstələrində SolM AF azalması aşkar olunur: $36,1 \pm 11,2$, HDSolAB olmayan xəstələrde isə AF $48 \pm 5,2$ təşkil edir, ($p < 0,05$). Hər iki qrup xəstələrdə AF nəzərə çarpan azalması ($< 35\%$) müşahidə edildi: HDSolAB olan xəstələrde – təsadüflərin 50,2% və HDSolAB olmayan xəstələrde yalnız 23,1% ($p < 0,05$). Bu nəticələr SM ölçülərinin və həcmərinin statistik düzgün böyüməsini eks etdirir.

HDSolAB olan xəstələrde mitral regurqitasiya müşahidə olunur.

Mitral regurqitasiya (MR) daha çox HDSolAB ilə olan XÜC xəstələrində rast gəlir. Məlumdur ki, MR yüksək dərəcəsi yüksək ölüm riskini təşkil və XÜC görə hospitalizasiya ilə assosiasiya edir və mədəciklärin geometriyasının erkən dəyişikliklərinin markeri sayılır.

Cədvəl 3
XÜC və SD xəstələrində ürəyin struktur funksional dəyişiklikləri

Parametrlər	XÜC ilə SD və HDSol AB olan xəstələr (n= 92)	XÜC ilə SD və HDSolAB olmayan xəstələr (n= 76)	p
SM AF, %	$36,1 \pm 4,2$	$48 \pm 5,2$	$p < 0,05$
MP > 3 %	$31,1 \pm 8,3$	$11 \pm 2,3$	$p < 0,01$
ADÖ, sm	$6,3 \pm 0,4$	$5,5 \pm 1,1$	$p < 0,05$
ASÖ, sm	$5,2 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,2$	$p < 0,05$
SQ, sm	$4,5 \pm 0,1$	$4,12 \pm 0,09$	$p < 0,5$
ADH, ml	$216 \pm 11,1$	$145 \pm 22,2$	$p < 0,01$
ASH, m	$138 \pm 10,2$	$83 \pm 9,3$	$p < 0,01$
ADH ₁ , ml/m ²	120 ± 16	82 ± 18	$p < 0,05$
ASH ₁ , ml/m ²	$76,1 \pm 2,7$	$43 \pm 6,4$	$p < 0,05$
MAÇ, sm	$1,08 \pm 0,17$	$1,12 \pm 0,3$	$p > 0,05$
SMAD, sm	$1,02 \pm 0,12$	$1,04 \pm 0,2$	$p > 0,05$
AA orta P, mm. c.s.	$28,2 \pm 0,8$	$26,2 \pm 0,4$	$p < 0,05$
AA sist P, mm. c. s.	$34,2 \pm 0,7$	$30,2 \pm 0,8$	$p < 0,05$
DNQ	$0,38 \pm 0,01$	$0,42 \pm 0,01$	$p < 0,05$
Sfl	$0,76 \pm 0,03$	$0,66 \pm 0,02$	$p > 0,05$
L. Sm	$8,51 \pm 0,16$	$8,01 \pm 0,17$	$p > 0,05$
ADT, mm.c.s.	$13,8 \pm 0,6$	$13,3 \pm 1,2$	$p > 0,05$

EKG-də qeyd edilən QRS kompleksinin genişlənməsi yüksəkmiş SM ADH ($216 \pm 11,1$; $145 \pm 22,2$; $p < 0,01$) və ASH ($138 \pm 10,2$; $83 \pm 9,3$; $p < 0,001$) ilə bağlıdır, buda bu qrup xəstələrdə ürəyin remodelləşməsinin irəlləşməsini göstərir.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyatları №1/2011

HDSolAB vaxtı mədəciklərdə assinxron fəallaşma XÜÇ ilə olan xəstelərdə miokardin yiğılma funksiyasına pis təsir edir. QRS kompleksinin EKQ-də genişlənməsi SM AF azalması ilə müşayiət edilir.

HDSolAB olan xəstelərdə AA orta P ($28,2 \pm 0,8$ mm.c.s.) və AA sist P ($34,2 \pm 10,7$ mm.c.s.) daha çox yüksəlir, neinki blokadası olmayan xəstelərdə ($26,2 \pm 0,4$ mm.c.s; $30,2 \pm 6,8$ mm.c.s.; $p < 0,05$).

HDSolAB zamanı XÜÇ xəstelərində mədəciklərin dissinxron yiğılması ürək daxili hemodinamikani pisləşdirir və kliniki şəkli dəyişir. HDSolAB olan xəstelərdə şkalaya görə ürək çatışmazlığının ağırlığı daha yüksəkdir. HDSolAB ilə olan XÜÇ xəstelərdə FS daha yüksək olur, neinki blokadadız xəstelerde.

NƏTİCƏLƏR. 1.Xroniki ürək çatışmazlığı və şəkerli diabet xəstelərində Hiss dəstesinin sol ayaqqığının blokadası üreyin remodelləşmə prosesi ilə sıx assosiasiya edir və miokardın yiğılma qabiliyyetinin azalması və sol mədəciyin ölçülərinin böyüməsi ilə özünü biruze verir. 2.Xroniki ürək çatışmazlığı ilə şəkerli diabet və Hiss dəstesinin sol ayaqqığının blokadası olan xəstelərdə qəfleti ölüm təsadüfləri $74,5\%$ ($p < 0,05$) təşkil edir. 3.Xroniki ürək çatışmazlığı ilə şəkerli diabet və Hiss dəstesinin sol ayaqqığının blokadası olan xəstelərdə EKQ-da QRS kompleksin $0,16''$ və çox genişlənməsi müşahidə edilir, hansı ki ürək çatışmazlığının pis proqnostik markeridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Мареев В.Е. Новые возможности в лечении сердечной недостаточности. Полная блокада нейрогуморальных систем // Кардиология, 1999, №12
2. Терещенко С.Н., Голубев Л.В. Клинические аспекты поражения сердца при сахарном диабете (диабетическая болезнь сердца) // Кардиология, 2003, №11, с.106-110.
3. Sato A., Saruta T. Aldosterone escape during angiotensin converting enzyme inhibitor therapy in essential hypertensive patients with left ventricular hypertrophy // J.Int.Med.Res., 2001, v.29, p.13-21.
4. Heitzer T., Schlinzig T., Krobu k., et al Endotelial dysfunction, oxidative stress and risk of cardiovascular evente in patients with coronary artery disease // Circulation, 2001, v.104, p.2673-8.
5. Suzuki G., Morita H., Mishima T., et al. Long-term monotherapy with eplerenone, a novel aldosterone blocker, on progression of left ventricular dysfunction and remodeling in dogs with heart failure // Circulation, 2002, v.106, p.2967-72.
6. Tendera M. Past, present and future of ACE inhibitors / Satellite Symposium hold during the European society of Jardiology Jonqress. Vienne, 2007
7. Fox K.Rim. Jontribution of perindopril to jardiology: 20 years of sussess / Symposium of the European Sosiety of Jardiology congress. Vienna, 2007.
8. Tardif Jean J., Talasis M., Perindopril and prevention of atrial fibrillation // European HeartmYournal Supplements, 2007, v.9, p.25-29.
9. Kass D. Ventrikular remodelling: chamber dyssynchrony and effeitiv jardiaj resynchronization // Eur Heart.J, 2003, v.5(Suppl 1), p.154-163.
10. Goote A., Arnadt M., Rojken S. at al. Regulation of angiotensin II reseptor subtypes during atrial fibrillation in humans // Circulation, 2002, v.106, p.331-336.
11. Bell D.SH. Heart Failure.The frequent, forgotten, and often fatal complication of diabetes. // Diabetes care, 2003, v.26, p.2433-2441.
12. Madrid A.H., Bueno M.G.,Rehollo G.M. et al. Use irbersartan to maintain sinus rythm in patients with long-lasting persistent atrial fibrillation: a prospective and randomized study // Circulation, 2002, v.106, p.331-336.
13. Nielson J., Lange T. Blood glucose and heart failure in nondiabetic patients // Diabetes Care, 2005; v.28, p.607-611.
14. Indelsson E., Sundstrom J., Amlov J. et al. Insulin resistance and risk of congestive heart failure // JAMA, 2005, v.20, p.334-341

РЕЗЮМЕ

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ БЛОКАД У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кулиев Ф.А., Захидова К.Х., Исмайлова С.С.

Обследовано 168 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) III-IV Ф.К. по NYHA с сахарным диабетом (СД). Продолжительность ХСН – 5,2 года. Больных подразделили на 2 группы: I группа – 92 больных с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) и 76 больных без блокады вошли во II группу. Всем больным было проведено ЭКГ, ЭхоКГ и допплер ЭхоКГ исследования, качество

жизни определяли по Миннесоткому опроснику. Клиническое состояние определялось по шкале определения клинического состояния (ШОКС). Каждый вопрос определялся баллами (от 0 до 5). Тolerантность к физической нагрузке определялась по 6 минутному прогулочному тесту. Результаты исследований показали, что в ходе исследования из 92 больных с БЛНПГ 28(30,2%) умерли, из 76 больных без БЛНПГ 16 умерли (21,3%). Причиной смерти у больных БЛНПГ была желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков. Таким образом, наличие у таких больных БЛНПГ с уширенными на ЭКГ комплексами $QRS \geq 0,16$ и низким QRS является показанием к ресинхронизирующей терапии.

SUMMARY

PROGNOSTIC ROLE INTRAVENTRICULAR BLOCK PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND DIABETES

F.A. Kuliev, K.H. Zakhidov, S.S. Ismailov

A total of 168 patients with chronic heart failure (CHF) III-IV FC by NYHA with diabetes mellitus (DM). Duration of CHF - 5,2 years. Patients divided into 2 groups: Group 1 - 92 patients with left bundle branch block (LBBB) and 76 patients without the embargo went into the P group. All the patients were conducted ECG, echocardiography and Doppler echocardiography study, quality of life was determined by Minessotkomu oprosniku. Klinicheskoe status was determined by the scale of the definition of the clinical condition (SHOKS). Each question was determined by points (from 0 to 5). Exercise tolerance was determined by the recreational 6-minute test. The results showed that the study of 92 patients with LBBB 28 (30,2%) died, out of 76 patients without LBBB 16 died (21,3%). The cause of death in patients with LBBB had ventricular tachycardia and ventricular fibrillation. Thus, the presence of LBBB in these patients with the broadening of the ECG complexes $QRS \geq 0,16$ and low QRS is an indication for cardiac resynchronization therapy.

Daxil olub: 10.11.2010

**GENİTAL ENDOMETRIOZUN KOMPLEKS DIAQNOSTİKASI PROSESINDƏ VƏ
CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNİN PROQNOZLAŞDIRILMASINDA
INTERLEYKIN-8 SINTEZİNƏ NƏZARƏT EDƏN GENİN MUTASIYALARININ
ƏHƏMİYYƏTİ**

A.Ş.Rzayeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Interlekin-8 (IL-8) sito(hemo)kininlər qrupuna aiddir, aktivləşmiş endotel hüceyrələri, makrofaqlar, monosit, fibroblast, keratinosit, hepatosit və digər hüceyrələr tərəfindən sintez olunan 72 amin turşusu qalığından ibarət kiçik molekullu qlikoproteindir (molekul çəkisi 8,8 kD) [9]. Bu sitokinin peptid hissəsi molekulunda 2 disulfid əlaqəsi olan 4 sistein qalığından taşkil edilmişdir. Həmin əlaqələr arasında pozğunluqlar olduqda zülalın konformasiyasının dəyişilir və onun bioloji funksiyaları itir. IL-8-in əsas vəzifəsi neytröfillərin, monositlərin, T-limfositlərin və eozinofillərin iltihab ocağına hemotaksisini təmin və angiogenetik yaxınlıqdan iştirak etməkdir [12,14]. Angiogenetik endometriumun böyüüməsi, yeniləşməsi və fəaliyyət göstərməsi üçün vacib dinamik prosesdir [15]. Endometri heterotopiyalarda da bu toxumanın yaşaması və böyüüməsi üçün zəngin qan təchizi çox mühümdür. Bu səbəbdən angiogenetik aktivləşməsi endometrioz (EM) xəstəliyinin patogenezinə böyük rol oynayır [1,15,10].

Endometri heterotopiyalarda sekretor fazanın sonu, proleferativ fazanın avvallarında EM-lu qadınların qanında, peritoneal mayesində IL-8-in miqdarı yüksək həddlərə çatır [4,8]. Qavzani et al. görə (1999) EM diaqnozu qoyulmuş qadınların peritoneal mayesində IL-8-in miqdannın 2 dəfə çox olur [5,4,3]. Shiffren J., Jvabe T. et al. peritoneal mayedə IL-8-in miqdarı ilə EM-un yayılma dərəcəsi arasında uyğunluğun olmasına təyin etmişlər [9,15].

Endometrium heterotopiyalarda periferik qanda və peritonial mayedə IL-8-in miqdarnın artırması hüceyrə immunitetinin yatırılması ilə nəticələnir. Çünkü IL-8 güclü immunosupresiya qabiliyyətinə malikdir. Qan damarları olmayan periton vərəqlərinə implantasiya olunmuş endometri üçün neoangiogenetik ən vacib şərtlərdən biridir. IL-8 neoangiogenetik prosesində iştirak edir və damarların endotelial hüceyrələrinin inkişafını stimulyasiya edir.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

Bələliklə, IL-8 autokrin böyümə faktorudur, EM-un patogenezində baş verən zəncirvari reaksiyani – endometrial toxumanın implantasiyاسını, angiogenezi, hüceyrələrin inkişafını və sonradan həmin toxumada IL-8 sekresiyasını təmin edir [13].

IL-8-in sintezinə nəzarət edən gen IV xromosomda yerləşir. Bu gen özündə 186 milyondan çox allel cütü saxlamaqla yanaşı hüceyrə DNT-sinin 6-6,5%-ni daşıyır. IV xromosom 700-1100 genə malikdir [6]. Bu xromosomun 251-ci cavabdeh bölgəsində baş verən T/A və 854-cü bölgəsində baş verən G/A polimorfizmləri IL-8-in ekskresiyasını artırmaqla endometriozun patogenezində müüm rol oynayır [5].

Tədqiqatların nəticələrinə görə IL-8-251 T/A genetik polimorfizminin mutant allel sıxlığı Çin-də 0,59%, Namibiyada 0,8%, Qəmbiyada 10%, İngiltərədə 47%, İspaniyada 48%, Almaniyada 51%, ABŞ - da 51%, İrlandiyada 57%, Koreyada 60%, Mongolustanda 61%, Türkiyədə 75%, Japoniyada 81%-dir [8].

Son 5 ildə IL-8-in gen mutasiyalarının müxəlif xəstəklərlə əlaqəsi haqqında adəbiyyat məlumatları meydana çıxmışdır. Belə ki, Hull et al. IL-8-in ekskresiyasına nəzarət edən genin 251-ci cavabdeh bölgüsində T/A polimorfizminin bronxit xəstəliyi ilə əlaqəli olmasına aşkar etmişdir [4,8]. Lakin həmin poliformizmin və bu genin digər polimorfizmlərin EM xəstəliyi ilə əlaqəsi haqqında məlumatlar olduqca azdır [9].

Tədqiqatın MƏQSƏDI endometriozlu xəstələrdə IL-8-in sintezinə nəzarət edən genin polimorfizmlərinin allel sıxlığının öyrənilməsi, bu polimorfizmlərin endometriozun diaqnostikası və proqnostikasında rolunun müəyyən edilməsindən ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. 2006-2009-cu illər ərzində Bakı şəhərində bizim nəzarətimiz altında ümumilikdə 120 qadın olmuşdur. Əsas qrupu GE-un müxtəlif formalarından əziyyət çəken 70 xəstə, nəzarət qrupunu isə 50 reproduktiv yaşlı, ginekoloji xəstəliyi olmayan praktik sağlam qadın təşkil etmişdir. Xəstələrin minimal yaş həddi 15, maksimal yaş həddi isə 56, orta yaş $34,2 \pm 1,03$ olmuşdur.

Əsas qrupu təşkil edən qadınların demək olar ki, 88,6 % -i reproduktiv yaş həddində olmuş və onların əksər hissəsini 25-39 (58,6%) yaş aralığında olan qadınlar təşkil etmişdir. Reproduktiv yaşda olan qadınların sayı (19-34 yaş) 33 (47,1%), gec reproduktiv yaşda olan qadınların sayı isə (35-44 yaş) 29 (27,1%) olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, yaşı 45-dən yuxarı yaşlı qadınların hamisində aybaşı funksiyası saxlanılmışdır.

Bütün qadınlar 1 və 2 sayılı doğum evləri, Tusi adına klinikada EM diaqnozu ilə cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

Endometrioz diaqnozunu təsdiq etmək məqsədi ilə USM, histerosalpingoqrafiya, histeroskopiya, laparoskopiya, histoloji müayinə metodlarından istifadə edilmişdir.

Hər 2 qrupu təşkil edən qadılarda Türkiye Respublikasının Egey Universitetinin (İzmir ş.) molekulyar biologiya şöbəsində genetik müayinə metodları ilə IL-8-251 T/A və -854 G/A gen polimorfizmlərinin xüsusiyyətləri təyin edilmişdir.

Klinik-laborator, instrumental və cərrahi əməliyyatdan sonra aparılan patomorfoloji müayinə metodları vasitəsi ilə EM müxtəlif formalarının diaqnozu təsdiq olunmuşdur.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. AÇIQ VƏ QAPALI CƏRRAHİ MÜALİCƏ. Cinsiyət üzvlərinin endometriozu ilə bağlı 70 xəstə cərrahiyə əməliyyat olunmuşdur. Bu əməliyyatlardan 10-u ($14,3 \pm 4,2\%$) laparoskopik, 58-i ($82,9 \pm 4,5\%$) laparotomik üsulla icra edilmişdir. 2 xəstədə ($2,9 \pm 2,0\%$) əməliyyat laparoskopik başlanmış, qarın boşluğunun adheziyasına görə laparotomiya konversiya edilmişdir. Cərrahi əməliyyata göstəriş klinik-laborator və alat müayinələrin nəticələri əsasında müəyyən edilmiş II və IV dərəcəli endometriozun müxtəlif lokalizasiyaları, o cümlədən sonsuzluq olmuşdur.

Əməliyyatın həcmi xəstənin yaşı, reproduktiv funksiyası saxlamaq marağı, endometriozun lokalizasiyası və yayılma səviyyəsi, həmçinin xəstənin əməliyyatın optimallı həcmində aparılmasına razılığından asılı olaraq seçilmiştir. Əməliyyatın açıq və ya qapalı aparılması ümumi qəbul edilmiş prinsiplər əsasında müəyyən olunmuşdur.

Aşağıda təqdim olunmuş 1 sayılı cədvəldə cərrahi əməliyyatlarının xarakteristikası göstərilmişdir.

Cərrahi əməliyyatlar arasında bir yumurtalığın rezeksiyası və endometrioz ocaqlarının destruksiyası daha çox 23 xəstədə ($32,9 \pm 5,6\%$) aparılmışdır. Bu əməliyyatlardan 17-i ($24,3 \pm 5,1\%$) laparotomik, 6-i ($8,6 \pm 3,3\%$) laparoskopik icra edilmişdir. Hər 2 yumurtalığın və endometrioz ocaqlarının rezeksiyası 12 xəstədə ($17,1 \pm 4,5\%$) (laparoskopik - 3 ($4,3 \pm 2,4\%$)) yerinə yetirilmişdir.

Uşaqlığın artımlarsız ekstripasiyası 9 xəstədə ($12,9 \pm 4,0\%$), onlardan yalnız 1-də ($1,4 \pm 14\%$) laparoskopik yolla icra olunmuşdur. Uşaqlığın artımlarla ekstripasiyası ən çox (19 xəstədə ($27,1 \pm 5,3\%$)) icra edilmiş ikinci əməliyyat olmuşdur. Bu əməliyyat açıq olaraq aparılmışdır. Laparoskopik üsulla başlanılmış 2 əməliyyat ($2,9 \pm 2,0\%$) laparotomik yolla tamamlanmışdır.

Cedvel 1

Cərrahi əməliyyatların xarakteristikası

Cərrahi əməliyyatlar	Laparotomiya 58 (82,9%)	Laparoskopiya 10 (14,3%)	Konversiya 2 (2,9%)	Cəmi
Bir yumurtalığın rezeksiyası və endometrioz ocaqlarının destruksiyası	17 ($24,3 \pm 5,1\%$)	6 ($8,6 \pm 3,3\%$)	-	23 ($32,9 \pm 5,6\%$)
Hər iki yumurtalığın rezeksiyası və endometrioz ocaqlarının rezeksiyası	9 ($12,9 \pm 4,0\%$)	3 ($4,3 \pm 2,4\%$)	-	12 ($17,1 \pm 4,5\%$)
Yumurtalığın rezeksiyası və daxili cinsiyət orqanlarının qüsurlarının korreksiyası	2 ($2,9 \pm 2,0\%$)	-	-	2 ($2,9 \pm 2,0\%$)
Bir yumurtalığın rezeksiyası və konservativ miomektomiya	3 ($4,3 \pm 2,4\%$)	-	-	3 ($4,3 \pm 2,4\%$)
Uşaqlığın atrımlarsız ekstripasiyası	8 ($11,4 \pm 3,8\%$)	1 ($1,4 \pm 1,4\%$)	-	
Uşaqlığın artımlarla ekstripasiyası	19 ($27,1 \pm 5,3\%$)	-		2 ($2,3 \pm 2,0\%$)

Laparoskopik cərrahi əməliyyat tətbiq edilmiş qadınların $80,0 \pm 12,6\%$ -də diaqnoz patomorfoloji təsdiq edilmişdir.

Beləliklə, laparoskopiya endometriozun diaqnostikasında dəqiq və perspektivli metoddur. Bu metod vasitəsilə implantantları həcmi, sayı, yetişkinliyi və aktivliyi müəyyən oluna, hətta endometri heterotopiyaları ləğv edilə bilər.

PATOMORFOLOJI MÜAYİNƏNİN NƏTİCƏLƏRİ. Patohistolij müayinə zamanı yumurtalığın I dərəcəli endometriozu 13 ($18,57\%$), II dərəcəli - 15 ($21,425\%$), III dərəcəli isə 4 ($5,71\%$) xəstədə təsdiq edilmişdir. YE ilə müşterək olaraq 4 xəstədə ($5,7 \pm 2,8\%$) yumurtalığın polisistozu, 3-də ($4,3\%$) seroz sisti, 9 xəstədə ($12,9 \pm 4,0\%$) adenomiozla müşterək uşaqlığın mioması müəyyən olunmuşdur.

Qaşıntı kütləsinin müayinəsi zamanı I dərəcəli DE 3 (33,3%), II dərəcəli - 4 (36,4%), III dərəcəli - 3 (75,0%), ocaqlı forma 2 xəstədə (66,7%) aşkar edilmişdir.

Amputasiya edilmiş uşaqlığın histoloji müayinəsi nəticəsində I dərəcəli DE 9 ($33,3 \pm 9,1\%$), II dərəcəli - 11 ($40,7 \pm 9,5\%$), III dərəcəli DE - ($14,8 \pm 6,8\%$), ocaqlı forma isə 3 xəstədə ($11,1 \pm 6,0\%$) müəyyən edilmişdir. 20 xəstədə ($74,1 \pm 8,4\%$) müxtəlif dərəcəli DE uşaqlığın mioması, 8-də ($29,6 \pm 8,8\%$) endometriumun hiperplaziyası, 4-də ($14,8 \pm 6,8\%$) endometriumun polipi, 4-də ($14,8 \pm 6,8\%$) xroniki endometritlə müşterək rast gəlmışdır.

Uşaqlığın miomasına görə cərrahi əməliyyat olunmuş 5 xəstədə ($97,14\%$) patositoloji olaraq DE aşkar edilmişdir. Onlardan 2-də ($2,85\%$) DE-un II dərəcəsi, 1-də isə ($1,43\%$) ocaqlı forması aşkar olunmuşdur.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

Endometriozun müxtəlif formalarında və yayılma səviyyələrində patohistoloji müayinə zamanı saya əzələ hüceyrələrinin tapılması endometriozun diaqnostikasında mühüm əhəmiyyətə malikdir.

İL-8 -251 T/A Və -854 G/A POLIMORFİZMLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ/ Əsas və nəzarət qruplarının təşkil edən bütün qadınlarda İL-8-251 T/A və -854 G/A polimorfizmlərinin rastgelmə tezliyi öyrənilmişdir.

2 sayılı cədvəldən göründüyü kimi əsas qrupun xəstələrində T/T genotipi 29 xəstədə ($41,4\pm5,9\%$), sağlam qadınlardan (nəzarət qrupu) isə yalnız 7-də ($14,0\pm4,9\%$) rast gəlmışdır. təşkil etmişdir. Mütant T allelinin daşıyıcısı olan heteroziqot T/A polimorfizmi əsas qrupda 26 ($37,1\pm5,8\%$), nəzarət qrupunda 18 qadında ($36,0\pm6,8\%$) müəyyən olunmuşdur. Bu polimorfizmə görə alverişli hesab etdiyimiz homoziqot A/A genotipi əsas qrupun yalnız 15 xəstəsində ($21,4\pm4,9\%$) rast gəlmışdır. Nəzarət qrupunda bu göstərici 2,3 dəfə çox olmuşdur ($25 (50,0\pm7,1\%)$) ($\chi^2=14,5$; $p<0,001$).

Əlverişiz T allelinin miqdarı əsas qrupda 0,60, nəzarət qrupunu təşkil edən qadınlar arasında isə 0,32-yə bərabər olmuşdur. Bu polimorfizmə görə alverişli hesab edilən A alleli isə nəzarət qrupunu təşkil edən qadınlar arasında daha çox (0,68) yayılmışdır.

İL-8-854 G/A polimorfizminə görə genotiplərin yayılma tezliyi və allel sıxlığı 3 sayılı cədvəldə göstərilmişdir. Əsas qrupda əlverişiz G/G genotipi 32 ($45,7\pm6,0\%$), nəzarət qrupunda 5 qadında ($10,0\%$) (4,5 dəfə az) qeyd edilmişdir. Heteroziqot G/A genotipinin yayılmasına görə qruplar arasında kəskin fərq görünməmişdir.

Cədvəl 2

Əsas və nəzarət qruplarının qadınlarında İL-8 -251 T/A polimorfizminə görə genotiplərin yayılması və allel sıxlığı

Genotip, alell	Əsas qrup	Nəzarət qrupu
Genotiplər		
T/T	29 ($41,4\pm5,9\%$)	7 ($14,0\pm4,9\%$)
T/A	26 ($37,1\pm5,8\%$)	18 ($36,0\pm6,8\%$)
A/A	15 ($21,4\pm4,3\%$)	25 ($50,0\pm7,1\%$)
Alleller		
T	0,60	0,32
A	0,40	0,68

Qeyd: $\chi^2=14,51$; $p<0,001$

Cədvəl 3

Əsas və nəzarət qruplarının qadınlarında İL-8-854 G/A polimorfizminə görə genotiplərin yayılması və allel sıxlığı

Genotip, alell	Əsas qrup	Nəzarət qrupu
Genotiplər		
G/G	32 ($45,7\pm6,0\%$)	5 ($10,0\pm4,2\%$)
G/A	28 ($40,0\pm5,9\%$)	24 ($48,0\pm7,1\%$)
A/A	10 ($14,28\pm4,2\%$)	21 ($42,0\pm7,0\%$)
Alleller		
G	0,657	0,34
A	0,343	0,66

Qeyd: $\chi^2=21,2$; $p<0,001$

Bu genotiplər arasında alverişli hesab etdiyimiz A/A homoziqot genotipi əsas qrupun qadınlarından yalnız 10-da ($14,3\pm4,2\%$), nəzarət qrupunda 21-də ($42,0\%$) müəyyən olunmuşdur ($\chi^2=21,2$; $p<0,001$).

Allel sıxlığına görə aparılan hesablama nəticəsində məlum olmuşdur ki, G allelinin əsas qrupda sıxlığı 0,657, kontrol qrupunda isə 2 dəfə daha az - 0,34 təşkil etmişdir.

Endometrioz diaqnozu qoyulmuş qadınlarda IL-8 251 A/T ve 854 G/A polimorfizmlerinin xəstələrin şikayətlərindən asılı olaraq yayılması tərəfimizdən öyrənilmişdir. Aybaşılı ilə əlaqəli olmayan qarının aşağı nahiyyesinin və bel ağrılardan şikayətlənən qadınlarda IL-8 251 geninin T/T genotipi 22 ($51,2\pm7,6\%$), A/T genotipi 16 ($37,2\pm7,4\%$), bu polimorfizmə görə əlverişli hesab etdiyimiz A/A genotipi isə 5 halda ($11,6\pm4,9\%$) müəyyən olunmuşdur. Həmin qadınlarda T/T genotipinin allel sıxlığı, əlverişli A/A genotipinə nisbətən 2,4 dəfə çox rast gəlmışdır (allel sıxlığı: 0,698/0,302).

Dismenoreyadan şikayətlənən qadınlarda T/T genotipi 24 ($49,0\pm7,1\%$), əlverişli hesab olunan A/A genotipi isə 5 qadında ($10,2\pm4,3\%$) müəyyən edilmişdir (allel sıxlığı: 0,800/0,200).

Əlverişsiz T/T genotipi sonsuzluqdan əziyyət çəkən, endometriozun müxtəlif lokalizasiyaları olan 30 xəstədən 15-də ($75,0\pm9,7\%$), əlverişli A/A variantı isə yalnız 3-də ($15,0\pm8,0\%$) rast gəlmışdır. Bu əlverişsiz T/T genotipinə nisbətən 4 dəfə azdır (allel sıxlığı: 0,800/0,200)

Dispareuniya şikayətləri olan qadınlarda əlverişsiz T/T genotipi 11 ($61,11\%$), heteroziqot A/T genotipi 5 ($27,77\%$), A/A genotipi isə yalnız 2 qadında qeyd olunmuşdur.

Aybaşı pozulmaları olan qadınlarda əlverişsiz T/T genotipi 24 ($48,0\pm7,1\%$), A/A genotipinə ($17 (34,0\pm6,7\%)$) nisbətən çox rast gəlmışdır (allel sıxlığı: 0,57/0,43).

Dizurik əlamətləri olan qadınlarda T/T genotipi müşahidə edilməmiş, A/T heteroziqot genotip isə 3 hadisədə ($60,0\pm21,9\%$) qeyd olunmuşdur.

IL-8 -854 G/A polimorfizminə görə qadınların şikayətləri aşağıdakı şəkildə bölünmüştür. Qarının aşağı nahiyyəsində və beldə aybaşı ilə əlaqədar olmayan ağrılarından şikayətlənən qadınlarda G/G genotipi 16 ($37,20\%$), G/A genotipi 20 ($46,51\%$), əlverişli hesab edilən A/A genotipi isə yalnız 7 ($16,27\%$) qadında müşahidə olunmuşdur. Bu əlverişsiz G/G genotipinə nisbətən 2,28 dəfə çoxdur.

Dismenoreyadan şikayətlənən qadınlarda əlverişsiz G/G genotipinin rastgelmə tezliyi 22 ($44,9\pm7,1\%$), əlverişli hesab edilən A/A genotipinə 9 ($18,4\pm5,5\%$) nisbətən 2,4 dəfə çox müşahidə edilmişdir (allel sıxlığı: 0,633/0,367).

Dispareuniya şikayetləri olan qadınların 10-da ($55,55\%$) G/G genotipi, yalnız 2-də isə ($11,11\%$) A/A genotipi müəyyən edilmişdir.

Aybaşından öncəki və sonrakı dövürdə yaxmaşkılı qanlı ifrazatın gəlməsini bildirən qadınlardan 17-də ($54,8\pm8,9\%$) G/G, 12-də ($38,7\pm8,7\%$) heteroziqot G/A genotipi və yalnız 2-də ($6,5\pm4,4\%$) əlverişli A/A genotipi müəyyən olunmuşdur (allel sıxlığı: 0,74/0,258). Aybaşı pozğunluqları olan 25 qadında ($50,0\pm7,1\%$) əlverişsiz G/G, 16-da ($2,0\pm6,6\%$) G/A və 9-da ($18,0\pm5,4\%$) A/A homoziqot genotipi aşkar edilmişdir (allel sıxlığı: 0,66/0,34).

Sonsuzluq diaqnozu qoyulmuş 11 qadında ($55,0=11,1\%$) G/G, 8-də ($40,0\pm11,0\%$) heteroziqot G/A, yalnız 1-də ($5,0\pm4,9\%$) homoziqot əlverişli A/A genotipinə müəyyən olmuşdur (allel sıxlığı: 0,75/0,25). Dizurik əlamətləri olan 1 qadın ($20,0\%$) G/G, 2 qadın A/A genotipinin daşıyıcısı olmuşdur (allel sıxlığı: 0,5/0,5).

Bələliklə, genital endometriozun lokalizasiyalarından, formaları və ölçülərindən, yayılma səviyyəsindən, həmçinin xəstələrin şikayətlərindən (dismenoreya, sonsuzluq, dispareuniya) asılı olmayaraq IL-8 251 A/T polimorfizminə görə T/T və - 854 G/A polimorfizminə görə əlverişsiz G/G genotipilərinin rastgelmə tezliyi sağlam qadınlarla müqayisədə (nəzarət qrupu) 4 dəfə çox olmuşdur.

NƏTİCƏLƏR. 1.Genital endometriozun diaqnostikasında laparoskopiya 88,9%, ultrasəs müayinesi 67,1%, histeroskopiya 64,7%, histerosalpinqoqrafiya 64,3% həssaslığı malikdir. 2. IL-8 -251 T/A polimorfizmi üzrə T/T genotipi 41,4% olmaqla xəstə qadınlar arasında daha çox yayılmışdır. Bu genotipe malik qadınlarda xəsteliyin əməlegeləmə riski 4 dəfə artıqdır. 3.IL-8 -854 G/A polimorfizmi üzrə G/G genotipi 45,7% olmaqla genital endometriozdan əziyyət çəkən qadınlar arasında daha çox yayılmışdır. Bu genotipe malik qadınlarda xəsteliyin inkişaf riski 6,4 çoxdur. 4.Qadın kollektivlərində, xüsusilə reproduktiv yaşılı qadınlar arasında IL-8 sintezinə nəzarət edən genin 251- və 854-cü cavabdeh bölgelərində müvafiq suretdə, T/A polimorfizmi üzrə T/T genotipinin, G/A polimorfizmi üzrə G/G genotipinin yayılma səviyyəsinin, o cümlədən

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

həmin gen polimorfizmlərinin allel sıxlığının kütləvi öyrənilməsi genital endometriozun erkən diaqnostikasında və xəstələrin ixtisaslaşmış müalicəyə cəlb edilməsində, müalicənin nəticələrinin proqnozlaşdırılmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Адамян Л.В., Бургова Е.Н., Ванин А.Ф. Нарушение электронно-транспортной цепи как проявление оксидативного стресса при эндометриозе // Проблемы репродукции. 2007, №5, с.103-109.
2. Бурлев В.А. Пролиферативная и ангиогенная активность эуторического и эктопического эндометрия у больных с перитонеальной формой эндометриоза // Проблемы репродукц., 2006, №1, с.78-88
3. Филиппов О.С., Шагеев Т.А. Сочетанное использование дюфастона и реаферона в лечении бесплодия у больных эндометриозом // Акушерство и гинекология, 2004, №3, с.46-47
4. Фilonov L.B., Александрова N.H. Способ доклинической диагностики генитального эндометриоза // Российский вестник акушера-гинеколога, 2003, № 1, с.69-72
5. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика, диагностические трудности и ошибки. М.: 2008, с.385-479
6. Amoli M., Wendy Thomson Interleukin 8 Gene Polymorphism Is Associated with Increased Risk of Nephritis in Cutaneous Vasculitis Masha // Rheumatol., 2002, v.29, p.2367-70
7. Arinir U, Klein W, Rohde G, Stemmler S, Eppelen JT, Schultze- Werninghaus G. Polymorphisms in the interleukin-8 gene in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Electrophoresis, 2005, v.26, p.2888-2891
8. Baggioini M., Walz A., Kunkel S.L. Neutrophil-activating peptide-1/ interleukin 8, a novel cytokine that activates neutrophils // J Clin.Invest., 1989, v/84, p.1045-9.
9. Bosco M.C., Gusella G.L., Espinoza-Delgado I. et al Interferon-upregulates interleukin-8 gene expression in human monocytic cells by a posttranscriptional mechanism. Blood, 1994
10. Cooke G.S., Campbell S.J. et al Interleukin-8 polymorphism is not associated with pulmonary tuberculosis in the Gambia // J Infect Dis., 2004, v.189(8), p.545-1546
11. Cummings C.J., Martin T.R., Frevert C.W. et al Expression and function of the chemokine receptors CXCR1 and CXCR2 in sepsis // J Immunol., 1999, v.162, p.2341-2346,
12. Hiramori K. Treatment of acute myocardial infarction // Nippon Naika Gakkai Zasshi, 1994, v.83, p.455-459.
13. Infante J., Llorca J., Berciano J., Combarros O. Interleukin-8, intercellular adhesion molecule-1 and tumour necrosis factor-alpha gene polymorphisms and the risk for multiple system atrophy // J Neurol Sci., 2005, v.228, p.11-3
14. Lee W.P., Tai D.I., Lan K.H. et al The -251 allele of the interleukin-8 promoter is associated with increased risk of gastric carcinoma featuring diffuse-type histopathology in Chinese population // Clin Cancer Res., 2005, v.11, p.6431-40.
15. Ohyauchi M., Imatani A., Yonechi M. et al The polymorphism interleukin-8 -251 A/T influences the susceptibility of Helicobacter pylori related gastric diseases in the // Gut, 2005, v.54(3), p.330-33

РЕЗЮМЕ

ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИЙ КОНТРОЛИРУЕМЫХ IL-8 GEN ПОЛИМОРФИЗМОВ В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

А.Ш.Разева

Это исследование посвящено изучению IL - 8 - 854G \ полиморфизмов, которые могут быть использованы в качестве маркеров восприимчивости в эндометриозе. 50 клинически здоровых женщин и 70 женщин с эндометриозом были под нашим наблюдением. Мы применили физические, инструментальные и генетические исследования. IL-8 - 854 * G связанных генотипа и аллелей увеличение восприимчивости к эндометриозу.

SUMMARY

THE ROLE OF IL-8 GEN POLYMORPHISMS IN DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT RESULTS OF ENDOMETRIOSIS

A.Sh.Rzayeva

This study investigates whether IL-8 - 854G\A gene polymorphisms could be used as markers of susceptibility in endometriosis. 50 clinically healthy women and 70 women with endometriosis were under our control. We applied physical, instrumental genetic studies. IL-8 - 854*G related genotype and alleles increase the susceptibility to endometriosis.

Daxil olub:23.09.2010

ВОЗМОЖНЫЕ ФОРМЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ

М.И.Исмайлова

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, г.Баку

Климатический синдром в целом - это одна из сложных проблем клинической медицины, а вопросы профилактики и лечения КС остаются одними из наиболее важных в современной медицине.

Все медикаментозные методики, направленные на коррекцию КС и существующие в настоящее время, сопровождаются введением в организм лекарственных и (или) биологически активных веществ, что может сопровождаться развитием побочных эффектов. Многие препараты имеют широкий спектр противопоказаний к применению, и это ограничивает их использование; особенно, если учитывать возрастную специфику КС и наличие сопутствующих заболеваний, имеющих место в большинстве конкретных случаев [1].

До сих пор не существует единой концепции коррекции существующих психоэмоциональных и метаболических нарушений в период менопаузы, поскольку одни авторы считают целесообразным проведение немедикаментозного лечения, начиная с растительных препаратов и физиотерапевтических мероприятий [2]. Другие исследователи полагают, что наиболее эффективным способом лечения КС является заместительная гормонотерапия (ЗГТ), и что начинать лечение следует с нее [3].

Несмотря на существенный прогресс в области изучения менопаузальных расстройств, путей их диагностики и методов их коррекции, ряд вопросов остаются недостаточно изученными, что обусловлено концентрацией усилий большинства исследователей на препаратах ЗГТ. Исходя из вышесказанных, мы поставили ЦЕЛЬ создать схему лечения и профилактики КС в зависимости от степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обследовано 146 женщин в возрастном периоде от 35 до 52 лет, из которых 126 были с клиническими проявлениями климатических нарушений и 20 с физиологическим течением климатерии.

Из обследованных 126 женщин с климатическим синдромом у 18 (14,28%) отмечалась преждевременная менопауза, 47 (37,30%) пациенток находились в пременопаузе, 61 (48,14%) пациенток – в менопаузе.

Условно выделяют три этапа в лечении больных КС: немедикаментозная терапия, специальная медикаментозная негормональная терапия и гормональная терапия.

В проведенных нами исследованиях немедикаментозная терапия включала: психотерапию, лечебную физкультуру, рациональное питание, витаминотерапию.

С седативной целью для снижения эмоционального напряжения, улучшения сна рекомендовали отвары или настойки корня валерианы, пустырника, микстура Кватера, Ново-Пассит.

Для определения эффективности методов лечения, испытуемые в лице 126 женщин условно были поделены на 2 группы. В основной группе лечение велось в зависимости от стадии климакса и степени тяжести КС, а также липидных обменов. В контрольной группе лечение назначалось с учетом клинических проявлений КС. Комплексная терапия делилась на медикаментозные и немедикаментозные методы. Гормональные и не гормональные методы велись дифференцированно. Надо учитывать, что лечение, назначенное в зависимости от нарушения обменного процесса имел комплексный и индивидуальный характер.

Женщинам с преждевременной менопаузой был назначен Фемастон 1/10.

Женщинам в пременопаузальном периоде был назначен Климарта пластырь, Гинодион- депо в течении 4 недель.

Женщинам в менопаузе был назначен Фемастон, Климаденон, Килмакт хель, хофитол.



Комплексный гомеопатический препарат Климакт-хель немецкой компании «Heel» разработан для комплексного лечения нарушений в работе вегетативной нервной системы, имеющих место во время климактерического периода. Препарат Климакт-хель проявляет анестезирующее, противовоспалительное, успокаивающее и спазмолитическое действие на организм. Кроме того, комплексный гомеопатический препарат Климакт-хель обладает способностью к стимуляции работы яичников и контролю над действием передней доли гипофиза и гипоталамуса. Комплексный гомеопатический препарат Климакт-хель применяют сублингвально по одной таблетке три раза в день. Для усиления действия препарата Климакт-хель нередко назначают совместно с гомеопатическими препаратами Энгистол, Траумель С, Меркуриус-Хель С, Мезереум-Гомаккорд, Швеф-Хель, Гормель С, Галиум-Хель. Единственным противопоказанием для приема комплексного гомеопатического препарата Климакт-хель является индивидуальная непереносимость составных частей препарата. При приеме препарата Климакт-хеля возможно развитие незначительных аллергических реакций. Более серьезных побочных эффектов от данного препарата выявлено не было.

Фитопрепарат Климаденон обладает эстрогеноподобным эффектом, проявляет седативные свойства, оказывает положительное терапевтическое воздействие на вегетативную нервную систему. Применение препарата способствует ослаблению или полному исчезновению симптомов недомогания в климактерический период.

Терапевтический эффект препарата наступает постепенно и проявляется приблизительно через 2 недели от начала приема. Назначают по 30 капель раствора для приема внутрь или по 1 таб. 2 раза/сут. Раствор для приема внутрь принимают в неразбавленном виде, таблетки - не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Курс лечения длительный и определяется врачом. Раствор для приема внутрь содержит 35-40 об.% этанола, поэтому вопрос о применении данной лекарственной формы у пациентов с эпилепсией, заболеваниями печени, заболеваниями или повреждениями головного мозга решает индивидуально врач.

Фитопрепарат Климадинон, разработанный немецкой компанией Бионорика, представляет собой средство для уменьшения выраженности симптомов климакса у женщин. Основа Климадиона - это экстракт из корневища цимицифуги – растения, которое содержит значительное количество биологически активных веществ, обладающих гормоноподобным действием.

Биологически активные вещества, которые содержатся в Климадиноне, относятся к так называемым фитоэстрогенам – веществам растительного происхождения, которые оказывают на организм практически такое же действие, как и женские половые гормоны – эстрогены, но имеющие другое строение.

При приеме Климадиона уменьшаются признаки, вызванные недостаточностью эстрогенов – немотивированная раздражительность, ощущение приливов жара, повышенная потливость, сердцебиения и другие. При этом фитоэстрогены в составе Климадиона не вызывают

разрастания эндометрия и не усиливает рост гормонзависимых опухолей (в первую очередь – рака молочной железы).

Уменьшение признаков эстрогеновой недостаточности отмечается уже через 10-14 дней регулярного приема средства Климадинон.

Показания к приему фитопрепарата Климадинон – это предклиматический и климатический период, которые сопровождаются выраженным нарушениями общего состояния женщины и психоэмоционального фона. В первую очередь, Климадинон уменьшает проявления таких признаков эстрогеновой недостаточности в преклимате и климате, как депрессии, нарушения сна, приливы жара, высокая возбудимость, сильная потливость.

Выпускается Климадинон в виде капель для приема внутрь и таблеток. Принимать препарат рекомендуется дважды в день (кроме Климадинон Уно, таблетки которого принимают раз в сутки на ночь).

Применение препарата Климадинон противопоказано при индивидуальной чувствительности к компонентам. Для женщин с эстрогензависимыми новообразованиями возможность приема Климадинона рассматривается индивидуально.

Во время лечения фитопрепаратором Климадинон возможны неприятные ощущения или слабо выраженная боль в области желудка. Не исключена вероятность проявления типичных реакций на эстроген (чувство напряжения в молочных железах, прибавка веса, кровянистые выделения из половых путей), которые отмечаются крайне редко и протекают обычно в слабо выраженной форме.



В результате тщательного изучения механизма действия ХОФИТОЛА была установлена многогранность фармакодинамики данного препарата. Кроме гепатопротекторного действия, препарат оказывает холеретическое, антиоксидантное, дезинтоксикационное, гипохолестеринемическое и мягкое диуретическое действие. На нашей кафедре мы изучали влияние комплексного лечения с применением ХОФИТОЛА на клиническую картину и некоторые биохимические показатели у больных с хроническим гепатитом различной этиологии (алкогольный, вирусный, токсический), жировым гепатозом, дискинезиями желчного пузыря и желчных протоков. ХОФИТОЛ мы используем уже более двух лет в составе комплексного лечения или как монотерапию. Данный препарат мы назначаем в дозе по 2 таблетки 3 раза в день перед едой в течение 1 мес. Уже через 2 нед после начала лечения больные отмечают улучшение общего состояния, нормализацию сна, аппетита, настроения и уменьшение выраженности боли в правом подреберье. Через 1 мес у 80–90% больных наступает субъективное и объективное улучшение состояния. У 10–20% пациентов все же отмечаются некоторые клинические симптомы, однако выраженность их значительно уменьшается. Необходимо отметить, что ХОФИТОЛ в отличие от некоторых гепатопротекторов не вызывает холестаза, поэтому его можно назначать больным с синдромом холестаза.

Клиническое улучшение сопровождалось нормализацией ряда биохимических показателей. Так, в процессе лечения ХОФИТОЛОМ достоверно снижалась активность печеночных

трансаминаз, щелочной фосфатазы и уровень билирубина на фоне повышения содержания общего белка крови, что свидетельствует об уменьшении выраженности цитолитического, мезенхимально-воспалительного и холестатического синдромов. Препарат хорошо переносится, мы не наблюдали побочных явлений при приеме данного препарата.

Таблица 1
Схема лечения по степеням тяжести КС

Показатели	Первый степень тяжести	Второй степень тяжести	Третий степень тяжести
Преждевременная менопауза	Хофитол 3 раза в день 1 таб Липин 2раза в день 1 таб. Ликопен 1раза в день 1 таб.	Хофитол 0,2 внутримышечно Липин 2раза в день 1 таб. Ликопен 1раза в день 1 таб.	Хофитол 0,2 внутримышечно Липин 3раза в день 1 таб. Ликопен 2раза в день 1 таб.
Пременопауза	Хофитол 3 раза в день 1 таб Липин 2раза в день 1 таб. Ликопен 1раза в день 1 таб.	Хофитол 0,2 внутримышечно Липин 3раза в день 1 таб. Ликопен 3 раза в день 1 таб.	Хофитол 2,5 внутривенно с 0,9NaCl Липин 3раза в день 1 таб. Ликопен 2раза в день 1 таб.
Менопауза	Хофитол 0,2 внутримышечно Липин 2 раза в день 1 таб. Ликопен 2 раза в день 1 таб.	Хофитол 0,2 внутримышечно Липин 3 раза в день 1 таб. Ликопен 2 раза в день 1 таб.	Хофитол 2,5 внутривенно с 0,9NaCl Липин 3 раза в день 1 таб. Ликопен 2 раза в день 1 таб.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженной терапевтической эффективности препарата ХОФИТОЛ у больных с хроническими гепатитами различной этиологии со слабой или умеренной степенью активности, жировым гепатозом, дискинезиями желчевыводящей системы, что позволяет рекомендовать его для проведения длительных курсов комплексного лечения как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

Необходимо отметить, что нормализация процессов желчеобразования и желчеотделения способствует улучшению всех пищеварительных процессов. Гепатобилиарная система тесно связана со всем пищеварительным трактом. Поэтому нормализация желчеобразования и желчеотделения в результате лечения ХОФИТОЛОМ может опосредованно способствовать улучшению процессов пищеварения в целом.

ХОФИТОЛ производится из растительного сырья — экстракта из свежих листьев артишока, поэтому пациенты психологически положительно воспринимают этот препарат. Он относительно недорогой, что также немаловажно для пациентов. Следует подчеркнуть, что препарат особенно показан при лечении розовых угрей (розацеа), связанных с демодекозом. Это заболевание влияет на качество жизни пациента, оно связано с дисфункцией пищеварительного тракта и приводит к косметическим недостаткам. Заболевание протекает длительно, часто рецидивирует и может привести к изменению цвета лица (лицо «алкоголика»). Продолжительность лечения розовых угрей при использовании обычных схем лечения составляет 3–4 мес, а иногда и полгода. При использовании ХОФИТОЛА ремиссия наступает в 2–3 раза быстрее, обычно через 1,5–2 мес. Как правило, препарат в форме таблеток назначают в течение 1–2 мес. В ряде случаев курс лечения начинается с применения инъекционной формы ХОФИТОЛА (5 инъекций).

Группа сравнения был разделена на две части. Первая часть больных получала гормональную терапию, вторая часть отказалась. А все остальные лечебные меры были как у в основной группе. Но у них индекс массы тела был значительно больше. В результате у них показатели самочувствия, настроения были значительно меньше, а больше проявлялась

раздражительность.

Таблица 2
Некоторые показатели КС после лечения в группе сравнения

Группа сравнения	Вазомоторные показатели	Психоэмоциональные	Гормональный статус	Липидные обмены
Первая подгруппа	38,73 5,72	22,78 4,21	24,67 5,20	13,87 4,05
Вторая подгруппа	15,34 6,06	17,35 7,02	21,ю72 6,ю23	28,37 5,21

Результаты клинического обследования пациенток в динамике наблюдения показали, что уже после 3 месяцев терапии отмечено достоверное снижение количества и степени интенсивности приливов, а также улучшение сна и настроения. Помимо этого, препарат оказывал позитивное влияние ряд механизмов, снижающих риск сосудистой патологии: повышают уровень антиатерогенных ЛПВП и снижают уровень атерогенных фракций липопротеидов (ЛПОНП, ЛПНП). Это означает, что первичная профилактика феминалом во время перименопаузы может снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В связи с этим, коррекция КС нуждается в расширении методов и средств, направленных на достижение клинического эффекта при невысокой себестоимости, простоте применения и с минимальным использованием аллотерапевтических методик. Так как традиционные методы биологической коррекции психических расстройств почти исчерпали себя [4], а терапевтический патоморфоз подобной патологии, наряду с огромным положительным значением для реабилитации пациентов, сопровождается и существенными негативными последствиями психотропной терапии [5]; поиск новых методологических подходов к коррекции КС.

Таким образом, учитывая собственные исследования и данные литературы лечебная программа КС включает следующие направления: рациональный режим труда и отдыха; рациональное питание; рациональная психотерапия, аутотренинг; лечение седативными средствами, транквилизаторами, нейролептиками, антидепрессантами; физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура; лечение В-адреноблокаторами; метаболическая терапия; гормональная терапия; лечение костных расстройств.

Большое изменение при КС затрагивает индивидуальное восприятие женщинами своих новых функциональных возможностей, реализации собственной личности в обществе при качественно новых условиях, что может выражаться в ограничении контактов, снижении качества жизни [Сметник В. П.,2006] Перименопауза для женщин характеризуется выраженным снижением индекса благополучия. Достоверное ухудшение качества жизни наблюдалось у женщин с активными жалобами на различные симптомы КС уже при среднем уровне психосоциального стресса. Для таких лиц были характерны тяжелые проявления; психовегетативного синдрома с высоким уровнем депрессивной симптоматики и актуальностью тревоги, зависящих от тяжести и длительности КС [6]. Кроме того, климактерий является благоприятной почвой для обострения и манифестации соматических и психических расстройств, прежде всего, - аффективных расстройств различного генеза [7]. Уязвимость личности при воздействии психосоциальных факторов в период климактерия также возрастает [8].

Значительное внимание уделяется профилактическим мероприятиям с акцентом на распространение медицинских знаний о перименопаузальном периоде и особенностях его течения, а также профилактическому применению альтернативных средств коррекции климактерических расстройств. Задача санитарно-просветительной работы состоит в достижении адекватной ориентации пациентов в возрастных изменениях, происходящих в их организме.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Зайдиева Я.З. Новые тенденции гормональной терапии климактерических расстройств в постменопаузе - низкодозированные режимы // Фарматека: Международный медицинский журнал, 2004, № 15, с.11-16.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

- 2.Nedrow A., Miller J., Walker M., Nygren P. et al. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review // Arch Intern. Med., 2006, v.166, p.1453–1465
- 3.Meyer V.F. Effects of Estrogen-Only Treatment in Postmenopausal Women // JAMA, 2004, v.292, N6, p.683-684
- 4.Синельникова М.Н. Цереброваскулярная патология у женщин в климактерическом периоде: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Иркутск, 2004, 24 с.
- 5.Сметник В.П., Бутарева Л.Б. Место магне-В6 в коррекции психовегетативных расстройств у женщин с климактерическим синдромом в постменопаузе // Фарматека: Международный медицинский журнал, 2004, № 15, с.74-78
- 6.Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.: МИА, 2001. - 591 с.
- 7.Здоровые женщины и менопауза. Пер. с англ. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004, 528 с.
- 8.Руководство по климактерио / Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. - М.: МИА, 2001. 685 с.

XÜLASƏ

AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNDEN ASILİL OLARAQ KLİMAKTERİK SİNDROMUN MÜMKÜN KORREKSİYA VƏ MÜALİCƏ FORMALARI

M.I.Ismayılova

Ümumlikdə klimakterik sindrom klinik təbabətin en çətin problemlərindən biridir. Onun profilaktika, correksiya və müalicə formaları ilə bağlı məsələ hələ də sonna qədər öz həllini tapmamışdır. Tədqiqata 35-53 yaşlarında 146 qadın çəlb olmuşdur. Onlardan 126- da klimakterik sindrom tezahürleri olmuş, 20 nəfər fizioloji gedışlılı kliakteriya ilə olmuşdur. 126 qadından 18 (14,28%) nəferdə vaxtından evvel menopauza, 47 (37,30%) nəferdə premenopauza, 61 (48,14%) nəferdə menopauza qeyde alınmışdır. Beləliklə, şəxsi tədqiqatlar və ədəbiyyatdakı məlumatlar nəzəre alınmaqla KS-in müalicə programına aşağıdakılardır aid edilir: emək və istirahətin rasional rejimi; rasional qidalanma; rasional psixoterapiya, autotreninq; sakitləşdirici vasitələr, tranquilizatorlar, neyroleptiklər, antidepressantlarla müalicə; fizioterapevtik müalicə və müalicəvi bədən təbiyəsi; B-adrenoblokatorlarla müalicə; hormonal terapiya; sümük pozuntulannın müalicəsi.

SUMMARY

POSSIBLE FORMS OF CORRECTION AND PREVENTION CLIMACTERIC SYNDROME, DEPENDING ON THE
SEVERITY OF
M.I. Ismailova

Menopause as a whole - is one of the challenges of clinical medicine and the prevention and treatment of the COP remains one of the most important in modern medicine. A total of 146 women in the age period from 35 to 52 years, of which 126 were with the clinical manifestations of menopausal disorders and 20 with physiological menopause. On the surveyed 126 women with climacteric syndrome in 18 (14.28%) had premature menopause, 47 (37.30%) patients were premenopausal, 61 (48.14%) patients - in menopause. Thus, considering their own studies and literature data of COP treatment program includes the following: a rational regime of work and rest, balanced diet, rational therapy, auditory training, treatment of sedatives, tranquilizers, antipsychotics, antidepressants, physiotherapy and exercise therapy, treatment of B-blockers, metabolic therapy, hormone therapy, treatment of bone disorders.

Daxil olub:23.09.2010

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО И ОТКРЫТОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА

A.P.Асланова

Центральная больница нефтяников, г.Баку

До сих пор операции на сердце сопровождаются целым рядом осложнений, резко отягощающих послеоперационный период и отрицательно влияющих на исход оперативного вмешательства. На современном этапе рентгенэндоваскулярная хирургия находит широкое применение в клинике, активно внедряется в практическую кардиохирургию и вытесняет традиционный хирургический метод коррекции дефекта межпредсердной перегородки сердца (ДМПП) [1,2,4,6,9].

Безусловно, современная кардиохирургия позволяет безопасно и эффективно устранять представленный врожденный порок сердца, тем не менее, повреждающее воздействие

искусственного кровообращения, как фактора риска возникновения послеоперационных осложнений, служит стимулом активного внедрения в практическое здравоохранение рентгенэндоваскулярных методов. Несмотря на большой опыт применения рентгенхирургических методов для закрытия ДМПП, продолжают существовать разногласия в определении групп пациентов, которым показана эта процедура. Актуальным является вопрос оценки отдаленных результатов лечения порока обеими методами [3,5,11,12].

ЦЕЛЬ исследования. Провести сравнительную оценку отдаленных результатов закрытия дефекта межпредсердной перегородки сердца с помощью эндovаскулярного и открытого хирургического вмешательств, дать клиническую оценку их эффективности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. С 1997 по 2009 год в отделении хирургии врожденных пороков сердца у детей старшего возраста Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН было обследовано 240 больных, которым было выполнено эндovаскулярное и хирургическое закрытие изолированного вторичного дефекта межпредсердной перегородки сердца. Из них эндovаскулярному закрытию окклюдером «Amplatzer» подверглись 90 (37,5%) больных (I группа), а хирургическому – 150 (62,5%) больных (II группа). Возраст больных варьировал от 3 до 59 лет (в среднем 17.8 ± 2 года). По всем изучаемым показателям пациенты в группе эндovаскулярного лечения (I группа) и открытых хирургических вмешательств (II группа) достоверно не отличались ($P>0.05$). Всем пациентам до и в отдаленные сроки после имплантации окклюдера и хирургической коррекции порока выполнены: ЭхоКГ для оценки наличия или отсутствия резидуального сброса в позиции окклюдера, рентгенографическое исследование грудной клетки, ЭКГ и общеклиническое обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В I группе все пациенты (87 больных), наблюдались после операции в сроки от 3 месяцев до 7 лет, в среднем – 3.1 ± 1.2 лет. Во II группе срок наблюдения после операции составил от 1 года до 9 лет, в среднем – 4.1 ± 2.2 года. Всем больным до и после операции определялись показатели гемодинамики малого круга кровообращения. Инфекционных осложнений связанных с имплантацией окклюдера не выявлено. Все пациенты в течение 6 мес. после операции получали аспирин в дозе 5 мг/кг. В группе больных после открытого хирургического вмешательства было достоверно больше больных с ДМПП, расположенных в области устья верхней полой вены (ВПВ), без нижнего края, без передне-верхнего (аортального) края, т.е. те анатомические характеристики, которые, в основном являются противопоказанием к выполнению эндovаскулярных процедур.

Для оценки эффективности имплантации окклюдера «Amplatzer», оценки отдаленных результатов коррекции порока в условиях искусственного кровообращения, оценки качественных изменений полостей сердца после операции с помощью ЭхоКГ изучались некоторые показатели и их изменение. До операционные значения и их изменения после операции представлены в Таблице 1.

В I группе частота сердечных сокращений до операции составила 95.7 ± 14.2 уд. в мин., с колебаниями от 75 до 123. В отдаленные сроки – 87.1 ± 12.1 уд. в мин., с колебаниями от 63 до 115. Оценивалась систолическая функция сердца. В I группе индекс КДР ПЖ до операции составил 1.62 ± 0.25 см/м². В отдаленные сроки после операции отмечается статистически значимое уменьшение данного показателя до 1.0 ± 0.2 см/м² ($P<0.05$). Индекс КДР ЛЖ до операции составил 0.95 ± 0.07 см/м². В отдаленные сроки отмечается значительное увеличение данного показателя до 1.14 ± 0.09 см/м² ($P<0.05$). Фракция выброса ЛЖ до операции составила $70.6 \pm 6.1\%$. После операции отмечается небольшое снижение показателя до $69.6 \pm 5.0\%$ ($P>0.05$). Во II группе частота сердечных сокращений до операции составила 100.9 ± 12.1 уд. в мин., с колебаниями от 75 до 126. В отдаленные сроки – 81.6 ± 12.1 уд. в мин., с колебаниями от 68 до 114. Индекс КДР ПЖ до операции составил 1.85 ± 0.29 см/м². В отдаленные сроки после операции отмечается статистически значимое уменьшение данного показателя также, как в I группе. Индекс КДР ЛЖ до операции составил 0.99 ± 0.06 см/м². В отдаленные сроки отмечается значительное увеличение данного показателя до 1.19 ± 0.07 см/м² ($P<0.05$). Фракция выброса ЛЖ до операции составила $71.5 \pm 5.6\%$. После операции отмечается небольшое снижение показателя до $70.7 \pm 6.6\%$ ($P>0.05$).

Диастолическая функция сердца, исследованная с помощью показателей -MV E/A, DCE, изменяется недостоверно, однако, время изоволюмического наполнения (I VRT) увеличивается более значительно и достоверно (с 41.9 до 50.0), что свидетельствует о более физиологичной работе сердца после коррекции, когда заполнение сердце кровью происходит более длительно [7].

Таблица 1

Изменение Эхо-КГ показателей в отдаленные сроки после эндоваскулярного и открытого хирургического вмешательств

Систолическая функция:	До операции		В отдаленном периоде	
	I гр	II гр	I гр	II гр
Индекс КДР ПЖ (см/м ²)	1.62±0.25 (1.2-2.6)	1.85±0.29 (1.1-2.4)	1.02±0.2 (0.7-1.6)	1.38±0.2 (0.96-1.8)
Индекс КДР ЛЖ (см/м ²)	0.95±0.07 (0.69-1.01)	0.99±0.06 (0.69-1.01)	1.14±0.09 (0.7-1.3)	1.19±0.07 (0.8-1.0)
ФВ ЛЖ (%)	70.6±6.1 (60-82)	71.5±5.6 (60-83)	69.6±5.0 (60-80)	70.7±6.6 (63-84)
Диастолическая функция:				
MV E/A	1.61±0.29 (0.91-2.43)	1.61±0.39 (1.06-2.6)	1.60±0.26 (0.91-2.43)	1.60±0.41 (1.06-2.60)
DCE	162.3±31.8 (99-236)	188.3±39.9 (100-300)	167.7±29.9 (100-228)	187.7±44.6 (100-290)
I VRT	41.9±5.9 (30-60)	42.5±8.8 (30-60)	50.0±7.3 (32-69)	43.6±6.9 (29-63)
ЧСС	95.7±14.2 (75-123)	100.9±12.1 (75-126)	87.1±12.1 (63-115)	81.6±12.1 (68-114)

Примечание: MV E/A – Отношение пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения, DCE – время раннего диастолического кровотока, I VRT – время раннего диастолического расслабления

Выявленные тенденции свидетельствуют об адекватности коррекции порока и соответствующих изменениях в сердце. Необходимо подчеркнуть, что в I группе все статистически значимые изменения происходят, в основном, в течение 1 мес. после проведенной операции, а в дальнейшем (в течение 2-3 лет после коррекции) изменения носят менее выраженный характер. Во II группе все статистически значимые изменения происходят, в основном, в течение бмес. – 1 года после проведенной операции, а в дальнейшем (в течение 2-3 лет после коррекции) изменения носят менее выраженный характер. Остаточный сброс на уровне межпредсердной перегородки более часто – в 8% случаев отмечался в I группе больных, во II группе – в 4% случаев. Однако, в I группе больных большинство остаточных сбросов были небольшого диаметра (2-3мм) и 85.7% закрываются в течение 3-6 месяцев после операции. В 14.3% случаев необходимо выполнение повторной имплантации окклюдера в область значимого сброса. К концу первого года наблюдения после операции полная окклюзия дефектов была достигнута у 86 из 87 (98.9%) пациентов. Операция имплантации окклюдера «Amplatzer» может считаться не вполне удачной только у одного пациента. Во II группе в отдаленном послеоперационном периоде были более значимые размеры остаточного сброса на уровне межпредсердной перегородки сердца (4-6мм). Во всех случаях размер остаточного ДМПП увеличился на 3-5 мм и в среднем составил 7.8±4.5. Во всех случаях этим пациентам в сроки от 0.5 до 3 лет после первой операции выполнена имплантация окклюдера с хорошим эффектом.

При сравнительной оценке проведенной нами у 2 групп больных выявлено, что после эндоваскулярной и хирургической коррекции порока получено существенное уменьшение размеров ПЖ и увеличение размеров ЛЖ, что объясняется ликвидацией артерио-венозного сброса через ДМПП, уменьшением преднагрузки для ПЖ и увеличением ее для ЛЖ. Время изоволюмического расслабления было длиннее, несмотря на то, что число сердечных сокращений (ЧСС) было меньше ($P<0.05$). Уменьшение размеров ПЖ, индекса сферичности, увеличение ЛЖ более выражено у больных после эндоваскулярного лечения ($P<0.05$). КДР ПЖ в I группе были ближе к норме, чем во II группе. Это различие между группами по КДР ПЖ и ЛЖ было статистически достоверно и объясняется возникновением спаечного процесса в

переднем средостении у хирургической группы. По данным нашего исследования после имплантации окклюдера размеры правого предсердия, его площадь, в основном, уменьшаются в сроки 3-6 месяцев после операции ($P<0.05$), так же, как и объем ПЖ (КДО ПЖ). Однако в соответствие с нормой эти показатели приходят через 24 месяца после коррекции. После хирургического закрытия ДМПП существенное уменьшение размеров правого предсердия и ПЖ происходит лишь через 1 год после операции, этот процесс заканчивается, обычно, течении 36 месяцев после коррекции (Рис.1).

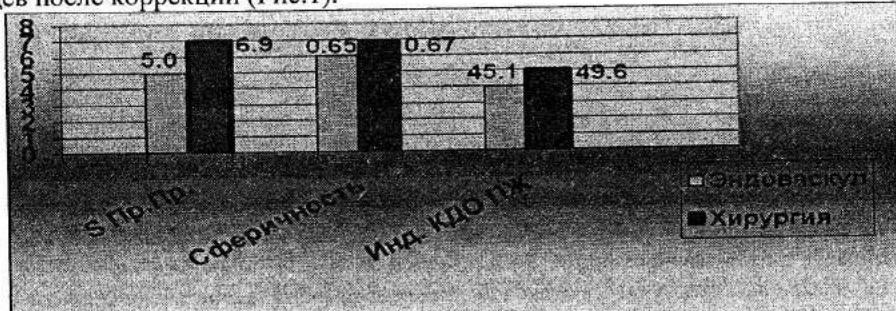


Рис.1. Сравнительная оценка изменения некоторых ЭхоКГ показателей в отдаленные сроки после коррекции вторичного ДМПП различными методами

Значительные отличия в группах больных выявлено при анализе послеоперационных осложнений, методов их лечения, необходимости выполнения повторных операций, длительности пребывания больного в стационаре. Количество больших, значимых осложнений в I группе больных составил 7.8%, во II группе -24%. После хирургической коррекции порока выявленные осложнения в 12% случаев носили жизненноугрожающий характер и значительно утяжеляли течение послеоперационного периода. Для лечения этих осложнений выполнялись сложные диагностические и хирургические процедуры (ревизия по поводу кровотечения. Разведение краев грудины по поводу острого гнойного медиастинита с последующим наложением вторичных швов, пункция перикарда, имплантация ЭКС). После эндovаскулярной коррекции осложнения носили менее выраженный характер. У наших пациентов не отмечалось таких осложнений, как тромбоз дисков окклюдера, перфорация стенок сердца, тампонада сердца, инфекционный эндокардит. Таким образом, наше исследование подтвердило высокую эффективность эндovаскулярного метода закрытия ДМПП, минимальное количество осложнений и отсутствие летальных исходов, а также успешно выполненная эндovаскулярная коррекция вторичного ДМПП – это залог ускоренного функционального выздоровления больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Подзолков В.П. Эндovаскулярная и минимально инвазивная хирургия сердца и сосудов у детей. М., 1999, с. 217-232
2. Бокерия Л.А., Чиаурели М.Р., Пурсанов М.Г. и др. Эндovаскулярное закрытие дефектов межпредсердной перегородки с помощью «Amplatzer Septal Occluder» // Анналы хир., 2002, № 6, с.25-30
3. Amin Z., Hijazi Z.M, et al. Erosion of Amplatzer Septal Occluder Device after closure of secundum atrial septal defects // Catheterization and Cardiovascular Interven., 2004, v.63, p.496-502
4. Anderson R.H., Macartney F.J., Shinebourne E.A., Tynan M. // Pediatric Cardiology, 1987, v.1, p.541-562
5. Divekar A. et al. Cardiac perforation after device closure of secundum atrial septal defects with the Amplatzer Septal Occluder // Journal of the American College of Cardiology, 2005, v.45, № 8, p. 241-254
6. Fischer G.J., Stieh A., Uebing G. et al. Experience with transcatheter closure of secundum atrial septal defects using the Amplatzer septal occluder: a single centre study in 236 consecutive patients // Heart, 2005, v.89, p.199-204
7. Hakim F., Hijazi Z.M. Transcatheter closure of secundum atrial septal defect in a patient with dextrocardia using the Amplatzer septal occluder // Cathet. Cardiovasc. Diagn., 1998,v.43, № 3, p. 291-294
8. Masura J., Gavora P. Long-Term outcome of transcatheter secundum-type atrial septal defect closure using Amplatzer septal occluders // J. Am. Coll. Cardiol., 2005, v.45, № 4., p. 505-507
9. Rao P.S., Sideris E.B., Hausdrf G., et al. International experience with secundum atrial septal defect occlusion by the buttoned device // American Heart J., 1994, p. 122-135

Azerbaycan tebabatının müasir naliyyətləri №1/2011

8. Raschkind W.J. Interventional cardiac catheterization in congenital heart disease // Int. J. Cardiol., 1985, v.7, p. 1-11
9. Sideris E.B., Thanopoulos B.D., et al. Transvenous atrial septal defect occlusion by the buttoned device // Am. J. of Cardiology, 1990, v.66, № 20, p. 1524-1526.
10. Zamora R., Rao A.S., Lloyd T.R. et al Intermediate-term results of Phase I Food and Drug Administration Trials of buttoned device occlusion of secundum atrial septal defects // J. Am. Coll. Cardiol., 1998, v.31, № 3, p. 674-676

XÜLASƏ

QULAQCIQARASI ÇƏPƏRİ DEFEKTİNİN BAĞLANMASININ ENDOVASKULYAR VƏ AÇIQ CƏRRAHİ METODLARININ UZAQ NƏTİCƏLƏRİ

A.R.Aslanova

Qulaqcıq arası çəpəri defektin endovaskulyar və cərrahi korreksiyasından sonra uzaq müddətlərdə sağ mədəciyin (RV) ölçütlerinin ($P < 0.05$) əhəmiyyətli kiçilməsi və sol mədəciyin (LV) böyüməsi aşkar edilmişdir. Ürəyin diastolik funksiyası qeyri-dəqiq dəyişir, lakin Qulaqcıq arası çəpəri defektin endovaskulyar bağlanmasından sonra izovolum dolmanın müddəti (I VRT) daha aydın və dəqiq artır (41,9-dan 50,0-ə qədər), bu isə ürəyin korreksiyadan sonra fizioloji fəaliyyətdən xəber verir. EKG-da araşdırılan göstəricilərin mütlüm statistik dəyişiklikləri əsasən, endovaskulyar korreksiyadan sonra 1 ay müddətində, cərrahi qrupda isə əməliyyat keçiriləndən sonra 1 il müddətində baş verir. Gələcəkdə (korreksiyadan 2-3 il sonra) hər iki qrupda dəyişikliklər daha aşkar xarakter alır. Birinci qrupda qalıq arteriya-venoz tullantılarının 85,7% 3-6 ay müddətində bağlanır. İkinci qrupda qalıq tullantılarının ölçüsü 3-5mm artır və sonradan bütün hallarda tekrar cərrahi əməliyyatın aparılması zəruri olur. Beləliklə, ağırlamaların minimum miqdarı və ölüm hadisələrinin olmaması, uğurla həyata keçirilmiş qulaqcıq arası çəpəri defektinin endovaskulyar korreksiyası – xəstənin sürətli funksional sağalmasının rəhnidir.

SUMMARY

LONG-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR AND OPEN SURGICAL METHODS OF ATRIAL SEPTAL DEFECT CLOSURE

A.R.Aslanova

There is determined significant reducing of right ventricle (RV) measures ($P < 0.05$) and increase of left ventricle (LV) at long-terms after ASD (Atrial Septal Defect) endovascular and surgical correction. Diastolic function of heart changes inaccurately, but term for isovolume relaxation time (I VRT) is increased more distinctly and accurately (from 41, 9 up to 50,0) after endovascular filling of ASD and this informs about physiological heart activity after correction. Significant statistical changes of indicators researched at ECG happens mainly in a month after endovascular correction, it happens in a year after conducted operation in surgical group. In future (after 2-3 years from the correction) changes at both groups are displayed more clearly. 85,7 % of residual arterial-vein shunts at the first group are occluded in 3-6 months. Measure of residual shunts at the second group is enlarged 3-5 mm, afterwards it will be necessary for having repetitive surgical operation in all cases. Thereby floor amount of complications and absence of fatal outcomes and ASD secundum endovascular correction implemented successfully – it is a guarantee for accelerated functional recovery of patient.

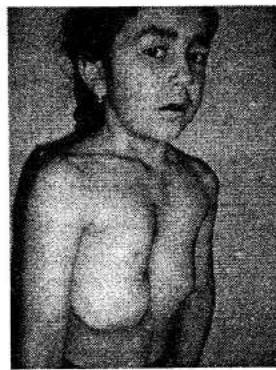
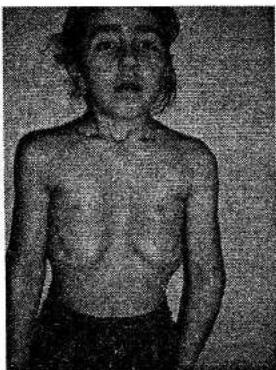
Daxil olub:27.09.2010

DÖŞ QƏFƏSİNİN ANADANGƏLMƏ QİFVARİ DEFORMSIYALI XƏSTƏLƏRİN KLINIKI DIAQNOSTİKASI VƏ MÜAYİNƏ METODLARI

*A.Z. Bayramov, V.Q.Verdiyev, Z.M.Musayev, A.Ə.Başırov
Elmi-Tədqiqat Travmatologiya Ortopediya İnstitutu, Bakı*

Döş qəfəsinin anadangəlmə qifvari deformasiyası döş sümüyünün qabırğaların müxtəlif forma və dərinliklərdə əyilməsi ilə özünü göstərən inkişaf qüsürudur. Deformasiya zamanı döş sümüyündə qabırğalarda baş vermiş əyilmələr döş qəfəsi orqanlarının müxtəlif dərəcəli funksional pozğunluquna gətirib çıxarır (Şək.1).

Döş qəfəsinin anadangəlmə qifvari deformasiyasının xarakterik xüsusiyyəti xəstəliyin uşağın yaşı və boy artımı ilə əlaqədar olaraq proqesivləşməyə meylli olmasıdır. Inkişafla əlaqədar uşaqlar daha səciyyəvi forma alır: baş və boyun öne əyilir astenik konsitusiya, zəif inkişaf etmiş əzələ sistemi, dəri və görünən selikli qışalar avazılmış olur. Xəstələr fiziki inkişafdan, çəkidən qalır, qarın öne çıxır, ikincili kompensator kifoz və skolioz əmələ gelir ki, bəzi müəlliflər[8] kifozun 8-25%, skoliyozun 43%, digər müəlliflər[5, 6] isə onurğa sütunu deformasiyalarının 61% olmasını qeyd edirlər.



Şək.1. Xəstə H.P.

Deformasiyanın gələcək inkişafı orta divar orqanlarının sıxlmasına, yerdəyişməsinə səbəb olur, bu da ağciyərlərin daha qabarlıq funksional pozğunluğuna, ürəyin yerdəyişməsinə, rotasiyasına gətirib çıxarır ki, bunun nəticəsində ürək-damar və tənəffus sisteminin dekompensasiyası əmələ gəlir [1,2,7,10].

Xəstəlik uşaqların həyatının birinci ilində ürəyin yerdəyişməsi ilə əlaqədar traxeyanı sıxması sayəsində parodoksal tənnəftüs, disfagik hallarla müşahidə edilə bilər [7]. Döş qəfəsinin anadangalma qifvari deformasiyalı uşaqlar bronx şaxələrinin drenajlığının pozulması ilə əlaqədar tez-tez bronxitdən, pnevmoniyadan əziyyət çəkirələr.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ döş qəfəsinin anadangalma qifvari deformasiyalı xəstələrdə döş qəfəsində baş verən dəyişikliklərin nəticəsində kardio-respirator sistemdə əmələ gələn funksional pozğunlaqların göstəricilərini öyrənmək və deformasiyanın ağırlıq dərəcəsini təyin etməkdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Qeyd olunan deformasiya ilə AETTOİ-da müxtəlif illərdə 60 xəstə üzərində cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Xəstələrdə diaqnozun dəqiqləşdirilməsi, deformasiyasının ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün tam klinik-rentgenoloji-funksional müayinələrdən: klinik baxışdan, torokometriya, laborotor müayinələrdən, instrumental müayinələrdən (EKQ, USM, döş qəfəsinin rentgen diaqnostikası, spiroqrafiya-pnevmotaxoqrafiya, kompüter tomoqrafiya müayinə metodları) istifadə edilmişdir. Xəstələrin yaşı 2 -28 yaş hədləri arasında dəyişilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Xəstələrin yaşa və cinsə görə bölünməsi

Cinsi	Yaşı				
	3-7	8 - 12	13 - 17	18 - 22	23 - 28
Oqlanlar	8	10	11	7	3
Qızlar	5	9	7	0	0
Cəmi	13(21,6%)	19 (31,6%)	18 (30%)	7 (11,6%)	3 (5%)

Xəstəliyin anamnezindən məlum olmuşdur ki, 28(46,6%) şəxsde deformasiya doğulduğu andan, 19(31,6%) uşaqda 3 yaşından, 13(21,6%) uşadqda 10 yaşlarından daha qabarlıq inkişaf etmişdir.

Qeyd olunan anadandgəmə qifvari deformasiyalı xəstələrdə yanaşı aşağıdakı patologiyalar: 23(38,3%) xəstədə yastıayaqlıq, 17(28,3%) xəstədə oynaqların hipermobilliyi, 11(18,3%) xəstədə gormə orqanlarının patologiyası, 9(15%) xəstədə səthi venaların genişlənməsi müşahidə olunmuşdur.

II dərəcəli deformasiyalı xəstələrdə bədən çökisi normadan 6,54%, III dərəcəlilərdə 8,75%, IV dərəcəlililərdə 17,47% aşağı olmuşdur.

Anadangalma qifvari deformasiyalı 60 xəstənin kliniki məlumatlarının analizindən məlum olmuşdur xəstələrin özünü hiss etməsi cüzi dərəcədə pozulmuşdur, onların hamisənin əsas şikayətləri döş qəfəsindəki deformasiyadan və kosmetik defektdən olmuşdur. Anamnezlərin diqqətli araşdırmasından məlum olmuşdur ki, 23(38,3%) nəfər tez-tez kəşkin respirator xəstəliklərdən, 15(25%) nəfər fiziki gərginlik zamanı təngənəfəslikdən, 12(20%) nəfər ürək ritminin

pozulmasından, 10(16,6%) nəfər ürək nahiyyəsində ağrılarından şikayət etmişdirlər və həmin xəstələrdə yüksək yorğunluq, zəiflik nəticəsində astenovegetativ sindromun meydana çıxması qeyd olunmuşdur. Müxtəlif dərəcəli deformasiyalarla stasionar müalicəyə daxil olmuş xəstələrdə xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 2

Deformasiyanın dərəcəsindən asılı olaraq xəstələrdə kliniki şikayətlərin rastgəlmə tezliyi

Şikayətlər	II dərəcə 23		III dərəcə 27		IV dərəcə 10	
		%		%		%
Respirator xəstəliklər	9	39,1	9	33,3	10	100
Fiziki gərginlik zamanı təngənəfslik	5	21,7	6	22,2	10	100
Ürək ritminin pozulması	3	13	4	14,8	10	100
Ürək nahiyyəsində ağrılar	-	-	4	14,8	3	30
Yüksək yorğunluq və zəiflik	4	17,3	8	29,6	10	100

Qırvari deformasiyalı ikinci dərəcəli xəstələrin 9-da(39,1%) tez-tez kəskin respirator xəstəliklər, 3(13%) xəstədə ürək ritminin pozğunluğu, 5(21,7%) xəstədə fiziki gərginlik zamanı yorğunluq, 4(17,3%) xəstədə yüksək yorğunluq və zəiflik halları müşahidə olunmuşdur.

Üçüncü dərəcəli deformasiyalı 9(33,3%) xəstədə kəskin respirator xəstəliklər, 6(22,2%) xəstədə fiziki gərginlik zamanı təngənəfslik, 4(14,8%) xəstədə ürək ritminin pozğunluğu və ürək nahiyyəsində ağrılar, 8(29,6%) xəstədə yüksək yorğunluq, zəiflik olmuşdur.

Dördüncü dərəcəli deformasiyalı 3 xəstədə (30%) ürək nahiyyəsində ağrı, ürək ritminin pozulması, hamisində(100%) fiziki gərginlik zamanı təngənəfslik, yüksək yorğunluq və zəiflik qeyd edilmişdir.

Bələdiyə qeyd etmək olar ki, xəstələrin fiziki gərginlik zamanı təngənəfsliyi, ürək ritminin pozğunluğu, ürək nahiyyəsində ağrılar, yüksək yorğunluq, zəiflik nəticəsində əmələ gələn astenovegetativ sindrom şikayətləri deformasiyanın dərəcəsinin artması ilə əlaqədar güclənmişdir.

Bizim tərəfimizdən faiz etibarı ilə daha çox ağırlıq dərəcəsi qızılcık əmsalına əsasən ikinci, üçüncü dərəcəli xəstələr torokoplastikaya məruz qalmışdır. Döş qəfəsinin anadangəlmə qırvari deformasiyalı xəstələrdə deformasiyanın ağırlıq dərəsəsini, döş sümüyündə, qabırğalarda əmələ gələn əyilmələri, döş qəfəsində yerləşən həyatı vacib orqanlarda baş verən dəyişiklikləri təyin etmək üçün rentgen diaqnostika və kompüter tomoqrafiya müayinə üsullarından istifadə edilmişdir.

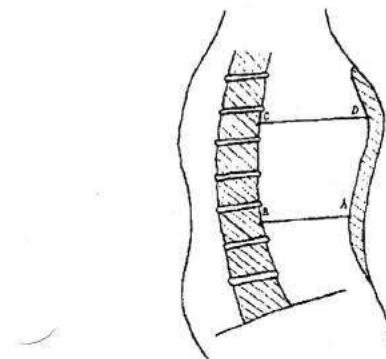
Rentgenoqrafiya: Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası iki ön və yan proyeksiyalarda aparılmış və əməliyyata uğramış 60 xəstə bu müayinə üsulundan keçirilmişdir(Şəkil 2).



Şək. 2. Döş qəfəsinin ön və yan proyeksiyada rentgenoqrafiyası

Əməliyyatdan öncə aparılmış Rentgen-müayinə zamanı bütün xəstələrdə döş qəfəsinin ağırlıq dərəcəsi, əməliyyat zamanı istifadə olunacaq fiksatorun növü həmin fiksatorun fiksasiya olunacaq yer və səviyyə təyin edilmişdir. Döş qəfəsinin anadangəlmə qırvari deformasiyasının

dərəcəsini təyin etmək üçün Qijiçkoy tərəfindən təklif olunmuş qijiçkoy əmsalından istifadə etmişik[9].



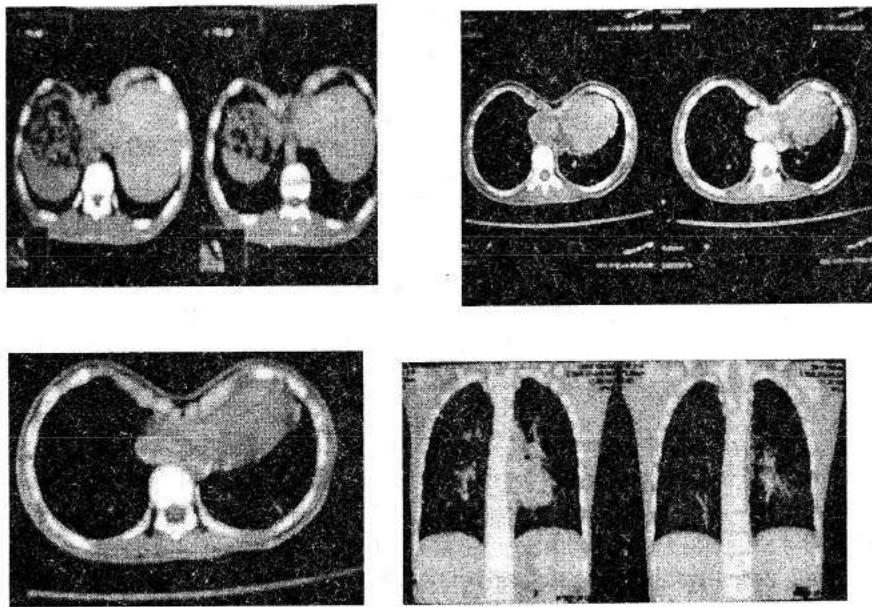
Şək. 3. I dərəcə- 0,9- 0,7; II dərəcə-0,7-0,5; III dərəcə< 0,5; X= A-B/C-D; A-B Minimal vertebrosternal məsafə; C-D Maksimal vertebrosternal məsafə

Əməliyyatdan sonraki dövrədə lövhənin fiksasiya səviyyəsini qiymətləndirmək, döş qəfəsi orqanlarında baş verə biləcək fəsadların (oqaqlı-infiltrativ dəyişikliklər, plevral sahədə hava və maye yığıntısı) vaxtında müəyyənləşdirilməsi üçün 2-3 gündən sonra nəzarət rentgen müayinə aparılmışdır və 3 xəstədə əməliyyatın erkən ağırlaşması olan hemotoraks təyin edilmişdir. Növbəti rentgen diaqnostika xəstələr aktivləşdirildikdən sonra hər 3 aydan bir fiksasiyaya nəzarət edilməsi üçün aparılmışdır.

Cədvəl 3

Xəstələrin deformasiyanın ağırlıq dərəcəsinə görə bölünməsi

Dərəcəsi	Cinsi		
	Oqlanlar	Qızlar	Cəmi
2	12	11	23 (38,3%)
3	19	8	27(45%)
4	8	2	10(16,6%)



Şək. 3. Döş qəfəsinin kompüter-tomoqrafik müayinəsi

Kompüter tomografiya: Döş qəfəsinin anadangalmə qırvıvari deformasiyası olan 9 xəstə kompüter tomoqrafik müayinədən keçirilmişdir. Bu müayinə döş qəfəsinin sümük-qığırdaq

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

toxumasın, döş qəfəsi orqanlarının vəziyyəti onlarda baş verə biləcək patoloji dəyişikliklər barəsində daha dəqiq məlumat vermək imkanına malikdir.

Qırvı deformasiya ilə olan xəstələrdə KT müayinəsi nəticəsində döş qəfəsində deformasiya uğramış qabırğa qığırdaqlarının istiqaməti və yolu, döş sümüyünün əyilmələri, onurğada baş verən dəyişikliklər, ürəyin vəziyyəti, ağıciyər ventilyasiyon parenximanın zədələnmə sahələri təyin edilmişdir.

Şəkil 3 də göstərilən KT-müayinələrin nəticəsində aydınlaşdırılmışdır ki, xəstə H. P deformasiya zamanı ürəyin sağ qulaqcığı və hər iki mədəciyin kəskin genişlənmişdir, ürək kəskin nəzərə çarpacaq dərəcədə sola dislokasiya etmişdir. Xəstənin onurğasının döş hissəsində cüzi sağa meyilli skoliozu təyin olunmuşdur.

Döş qəfəsinin deformasiyası ilə olan xəstələrdə KT müayinəsində iltihabi xəstəliklərin fonunda döş qəfəsinin həmisi zədələnmiş sahəsinin kiçiləməsi və parietal plevranın qalınlaşması aşkarlanmışdır.

Ultrasəs müayinəsi (USM) torokoplastika əməliyyatı zamanı sonra tam və hissəvi rezeksiyaya edilmiş stümük qığırdaq strukturunun əməliyyatdan sonrakı dövrda regenerasiya-bırpa prosesinin vaxtının təyin edilməsi məqsədi ilə aparılır[4].

Bizim tərifimizdən əməliyyata uğramış 11 xəstə əməliyyatdan sonrakı dövrde 7-8 gün müddətində və ambulətor müalicəyə buraxıldıqdan sonra hər iki ay müddətində regenerasiya prosesi tam başa çatana kimi USM müayinəsindən keçirilmişdir. Aparılmış müayinə regenerasiya prosesinin nəzarətdə saxlamağa fiksatorun çıxarılma müddətini təyin etməyə imkn vermişdir.

Klinikaya daxil olmuş bütün xəstələrə kardio-respirator sistemin müayinəsi aparılmışdır.

Elektrokardioqrafiya: Qırvı deformasiya ilə olan 60 xəstənin hər biri elektrokardioqrafik müayinədən keçirilmişdir və nəticədə EKD-ə aşağıdakı dəyişiklər qeyd olunmuşdur (Cədvəl 4).

Cədvəl 4

Əməliyyatdan əvvəl elektrokardioqrafik müayinədə meydana çıxan dəyişikliklər

Dəyişikliklər	II dərəcə		III dərəcə		IV dərəcə		Cəmi	
		%		%		%		
Miokardin metabolik dəyişiklikləri	7	30,4	9	33,3	4	40	20	33,3
Sol mədəciyin hiperfunksiyası	5	21,7	6	22,2	2	20		21,6
Hiss dəstəsin sağ ayaqcığının natamam blokadası	4	17,3	5	18,5	3	30		20
Sinus bradikardiyası	3	13	2	7,4	-	-		8,3
Sinus taxikardiyası	2	8,6	3	11,1	1	10		10
Ekstrosistoliya	1	4,3	2	7,4	-	-		5
PQ qısalaması	1	4,3	1	3,7	-	-		3,3

Elektrokardioqrafik müayinənin müayinənin nəticələrinə əsasən II dərəcəli deformasiyada 7(30,4%) xəstədə ürəkdə metabolik dəyişiklik(21,7%) xəstədə sol mədəciyin hiperfunksiyası, 4 (17,3%) xəstədə hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası, 3 (13%) xəstədə sinus bradikardiyası, 2(2,6%) xəstədə sinus taxikardiyası, 1 xəstədə ekstrosistoliya, 1(4,3%) xəstədə PQ qısalması olmuşdur.

Üçüncü dərəcəli deformasiya zamanı 9(33,3%) xəstədə miokardin metabolik dəyişiklikləri, 6(22,2%) sol mədəciyin hiperfunksiyası, 5 (18,5%)xəstədə hiss dəstəsinin ayaqcığının natamam blokadası, 2 (7,4%)xəstədə sinus bradikardiyası, 3(11,1%) sinus bradikardiyası, 2(7,4%) ekstrosistoliya, 1(3,7%) xəstədə PQ qısalması aşkar edilmişdir.

Dördüncü dərəcəli deformasiyalı xəstələrin elektrokardioqrafik müayinəsi zamanı 4(40%) nəfərdə miokardin metabolik dəyişiklikləri, 2(20%) nəfərdə sol mədəciyin hiperfunksiyası, 3(30%) xəstədə hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının natamam blokadası, 1(10%) nəfərdə sinus taxikardiyası aşkarlanmışdır.

Spiroqrafiya-pnevmtaxoqrafiya: Xarici tənəffüs sisteminin müayinəsinin nəticələrini öyrənmək üçün torakoplastikaya aparılmış 37 xəstə əməliyyatdan önce spiroroqrafik müayinədən keçirilmişdir. Aparılmış müayinənin nəticəsində 11,5% ikinci dərəcəli, 58,7% üçüncü, dördüncü

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

dərəcəli deformasiyalarda xarici tənəffüsün əsas göstəricilərinin (ağciyərlərin həyat tutumunun, nəfəsalma və nəfəsvermənin ehtiyat həcminin) aşağı düşməsi qeyd olunmuşdur. Bu göstəricilərin aşağı düşməsinə səbəb deformasiyaya uğramış qabırğaların və döş sümüyünün ağciyərləri sıxmasıdır və bunun da nəticəsində xəstələrdə təngənəfəslik, tez yorulma, boğulma halları müşahidə edilmişdir. Tənəffüs həcminin aşağı düşməsi uşaq orqanizminin xroniki hipoksiyasına gətirib çıxan ki, bunun nəticəsində orqan və sistemlərin xüsusi ilə baş beyinin inkişafdan qalmasına gətirib çıxarır.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ: Aparılmış kompleks diaqnostik müayinələr nəticəsində xəstələrdə yanaşı patologiyalar aşkarlanmış, deformasiyanın ağırlıq dərəcəsi təyin edilmişdir.

Müayinənin nəticəsində məlum olmuşdur ki, klinakamızda qırvəri deformasiyaya görə əməliyyata uğramış xəstələrin ürək-damar sistəmində faiz etibarı ilə daha çox miokardin metabolik dəyişiklikləri, sol mədəciyin hiperfunksiyası və hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadasının rastgəlmə tezliyi daha yüksək olmuşdur.

Deformasiya zamanı: döş qəfəsində, kardiorespirator sistemlərdə baş verən dəyişikliklərin vaxtında aşkarlanması, diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün kliniki müayinə üsullarının düzgün təşkil edilməsi xəstələrdə müvafiq müalicə metodunun seçilməsi üçün vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Виноградов А.В. Хирургическое лечение редких врожденных и приобретенных деформаций грудной клетки у детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1999.
2. Гафаров, Х.З. Лечение врожденных деформаций грудной клетки. Казань, 1995
3. Малахов О.А., Рудаков С.С., Салтыкова В.Г. и др. Ультразвуковой контроль регенерации реберного хряща после радикальной торакопластики по поводу воронкообразной и килевидной деформации грудной клетки // Детская хирургия, 2004, №4, с.12-15
4. Тимошенко О.А., Долецкий А.С., Тимошенко В.А., Аниканов Л.М. Состояние сердечно-сосудистой системы у детей с воронкообразной деформацией грудной Виноградов клетки // Вестники хирургии, 1991, №3, с.65-67
5. Урмонас В.К. Этиология и патогенез воронкообразной деформации грудной клетки // Педиатрия, 1982, №7, с.63-66.
6. Кондрашин, Н.И., Горлеев А.Н., Ченинский Л.С. Клинические и функциональные проявления воронкообразной деформации грудной клетки // Хирургия, 1989, №9, с.119-123
7. Морозов Сергей Леонидович. Особенности кардио-респираторной системы у больных зрелого возраста с воронкообразной деформацией грудной клетки: Автореф. дисс... канд. мед. наук. Омск, 2008
8. Фищенко В.Я., Улещенко В.А., Стоков Л.Д. Особенности хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки в сочетании с искривлением позвоночника // Клин. Хирургия, 1985, № 6, с.31-34.
9. Gizička I. Ocena wakazan I metod leczenia operacyjnego lejkowej latku picrsiowej u dzici oraz analiza unyskanikow// Klin. Khirurgii dzicziecęg A.M. w. Warszawic Kicrownik Panst. Zaki wyd-wo Lekatskich, 1962, v.9, p.480-561
10. Wen-Ying L., Ting-Ze H., Fu-Kang W. et al. Pulmonary function in children with pectus excavatum // Chinese J Pediatric Surge., 1992, v.13, p.198-200

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.З. Байрамов, В.Г. Вердиев, З.М. Мусаев, А.А.Баширов

Искривление грудной клетки, образующееся при воронкообразной деформации, приводит к нарушениям в кардио-респираторных системах. Кроме этого врожденная деформация может сопровождаться пороками других органов и систем. В нашей клинике было прооперировано 60 больных с данной деформацией. В исследовании применялись комплексные диагностические методы. Все больнее проходили рентгенологическое и ЭКГ- исследование, 9 больных КТ- исследование, 11 больных УЗИ- исследование, 37 больных - спирографическо-пневмотахографию. В результате этих исследований были выявлены степени тяжести деформации, показатели функциональных нарушений и были определены соответствующие методы лечения.

SUMMARY

CLINICAL DIAQNOSTİK AND TREATMENT METHODS OF CONGENİTAL FUNNEL CHEST PATİENTS

A.Z. Bairamov, V.G. Verdiev, Z.M Musayev, A.A.Bashirov

As a of a congenital deformation of a funnel chest,a chest bends, impresses which causes a derangement of a cardio-respirational system, moreover, being a congenital defect it can be accompanied by the defect of another organs and systems. 60 patients were operated with this deformation in our clinic. Patients were inspected with complex examination methods. There by all of the patients passed through X-ray diaqnostics, ECG, 9 patients CT, 37 patients spirographic-pnevmotachographic, 11 patients ultra sound consequently, the level of the deformation severity andthe indicator of cardio-respirational function defect were defined. Corresponding treatment methods were specified to the patients.

Daxil olub: 17.09.2010

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЕЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
ПРИ БАЛЬНЕОПРОЦЕДУР СУЛЬФИДНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

В.Б. Шадлинский, Г.А. Гусейнова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Почти нет информации механизма санации и не проведены по этому направлению экспериментально-морфологических исследований, доказывающих эффективность и безопасность бальнеопроцедур. Вместе с тем, известно, что широко применяемые бальнеопроцедуры эффективны при лечении и профилактике многих соматических заболеваний органов пищеварительной и дыхательной систем, а так же мочеполового аппарата [3,6]. Малые железы и лимфоидные образования, расположенные в стенках полых внутренних органов, можно рассматривать как возможные биомаркеры -индикаторы, отвечающие структурными изменениями на соответствующие внешние воздействия [5,7]. В связи с этим, ЦЕЛЬЮ исследования явилось изучение структурных изменений желез мочевого пузыря крыс под действием сульфидных ванн.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Гистологическими методами изучили железы мочевого пузыря крыс при воздействиях сульфидных ванн (по 20 крыс в каждой группе, по 10-контроль). Масса крыс-самцов к началу эксперимента 180-200г. Процедуры проводили по схемам, принятым в бальнеокурортологии [1,3]. Температура воды в каждой серии эксперимента - 36-37,5 °C; по 14 ванн, через день, продолжительность курса в каждой серии 28 дней. Крыс кормили стандартизованным кормом, при свободном доступе к питьевой воде. В эксперимент включены крысы, подвергнутые купаниям в крепких сульфидных ваннах, наполняемых сероводородно-хлоридо-натриевой водой (источник «Шихова», Азербайджан); концентрация сероводорода -300 мг/л; продолжительность воздействия 1-й ванны 2 минуты, 2-й - 4 минуты, остальных - по 6 минут. Эксперимент проводили в весенне-летний период. Крыс в клетках опускали в соответствующие ванны, между крышкой клетки и уровнем воды оставляли промежуток 2-3 см (достаточный для дыхания). Предварительно крыс адаптировали к купанию (3-4 раза помещали в клетки с водопроводной водой аналогичной температуры на 2-3 минуты). Крыс выводили из эксперимента технологически соответственно приказу N 775 от 12.08.1977 МЗ СССР («О мерах по дальнейшему совершенствованию организационных форм использования экспериментальных животных») и соответственно методическим рекомендациям [2]. Продольные гистологические срезы, толщиной 5-7 мкм, окрашивали гематоксилином-эозином, азур-2-эозином и гематоксилином – пикрофуксином по ван Гизону. Морфометрические исследования включали вычисление среднеарифметических, их ошибок, достоверность различий (р) определяли методом доверительных интервалов [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Гистологические и морфометрические исследования показали, что слизистая оболочка мочевого пузыря у крыс контрольных групп имеет выраженный железистый аппарат (рис. 1). В слизистой оболочке в норме на протяжении всего мочевого пузыря определяются начальные отделы и части, а также выводные протоки, окруженные диффузной лимфоидной тканью и расположенными по соседству лимфоидными узелками без центров размножения. В результате действия крепких сульфидных ванн определяются существенные изменения желез и лимфоидной ткани стенки

мочевого пузыря крыс. Значительная часть начальных частей кистозно расширилась, выстилающий их эпителий (гландулоциты) уплощен (рис.3), сохранившиеся начальные части на срезе различной формы. Выводные протоки расширились, деформировались, содержат клетки, в том числе и лимфоидного ряда. Покровный эпителий частично десквамиирован; диффузная лимфоидная ткань сохранена, но лимфоидные узелки, как правило, отсутствуют.



Рис. 1. Начальный отдел, начальные части, выводные протоки желез, диффузная лимфоидная ткань в слизистой оболочке мочевого пузыря крысы в норме (группа контроля). Микропрепарат. Средняя треть мочевого



Рис. 2. Значительное развитие лимфоидной ткани (выключая лимфоидные узелки) в слизистой оболочки мочевого пузыря крысы после воздействия йодобромных ванн. Микропрепарат. Средняя треть мочевого пузыря.
1-выводные протоки желез; 2-начальная часть; 3-многочисленные скопления клеток лимфоидного ряда; 4-покровный эпителий. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 100х.

Форма сохранившихся лимфоидных узелков (дистальная треть стенки органа) изменяется; они преимущественно треугольные на срезе (рис.4) или неправильной формы; в норме они округлы или овальные.



Рис.2. Кистозные расширения и уплощение железнистого эпителия начальных частей желез мочевого пузыря крысы после курсового воздействия крепких сульфидных ванн. Микропрепарат. Верхняя треть мочевого пузыря.
1-кистозные начальные части; 2-покровный эпителий; 3-собственная пластинка слизистой оболочки (содержит диффузную лимфоидную ткань). Окраска гематоксилином-эозином. Ув.100х.



Рис. 2. Десквамация покровного эпителия и отсутствие лимфоидных узелков мочевого пузыря крысы после курсового воздействия крепких сульфидных ванн. Микропрепарат. Средняя треть мочевого пузыря.
1-слизистая оболочка (содержит диффузную лимфоидную ткань); 2-начальный отдел железы. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 100х.

При исследовании желез стенки мочевого пузыря у крыс выявлено, что железы характеризуются значительной чувствительностью к действию бальнеологических факторов и могут быть использованы в качестве биоиндикаторов (маркеров) для оценки эффективности и безопасности подобных экзогенных воздействий.

По нашим данным, курсовое воздействие сульфидных ванн на структуры желез мочевого пузыря крыс приводит к уменьшению толщины начального отдела желез; данный показатель в верхней части в 2,2 раза ($p<0,05$), в средней части в 1,3 раза ($p<0,05$), в нижней части в 1,2 раза ($p<0,05$), а в целом органе в 1,4 раза ($p<0,05$) меньше, чем у контрольных групп (Рис.1).

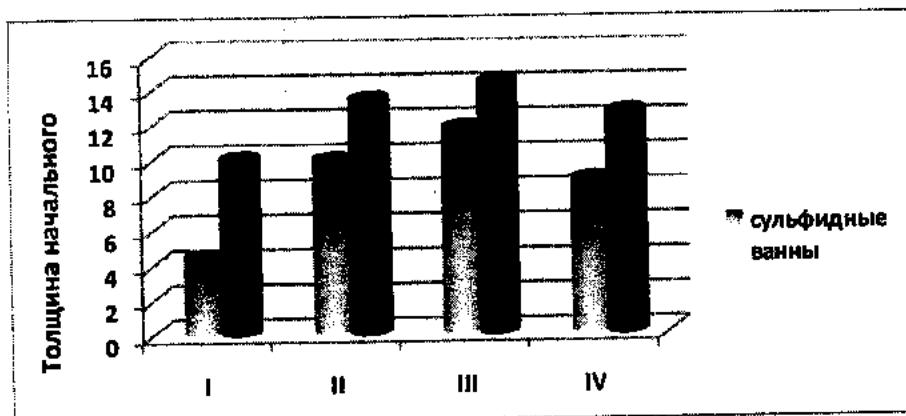


Рис. 1. Толщина начального отдела желез (мкм) мочевого пузыря у крыс при курсовом воздействии сульфидных ванн (p - достоверность различия). I – верхняя часть; II – средняя часть; III – нижняя часть; IV – целый орган.

Под воздействием крепких сульфидных ванн, количество начальных частей в составе начального отдела желез (на срезе) изменяется, так как этот показатель меньше в верхней части в 1,8 раза ($p<0,05$), в средней и нижней частях в 1,3 раза ($p<0,05$), а у органа в целом в 1,4 раза ($p<0,05$), чем у контрольных групп (диаграмма 2).

Содержание паренхимы у начального отдела при воздействии сульфидных ванн в стенках верхней, средней и нижней третей мочевого пузыря и органа в целом в 1,3 раза ($p<0,05$) меньше соответствующих контрольных данных (диаграмма 3).

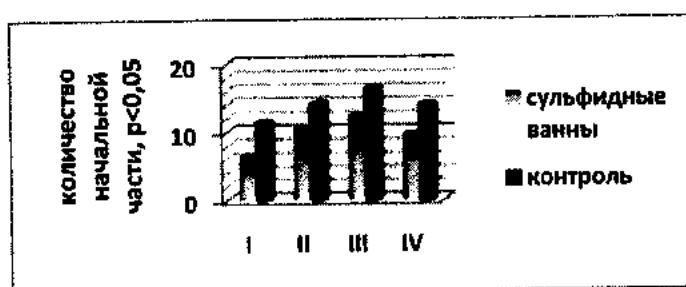


Рис. 2. Количество начальных частей у начального отдела (на продольном срезе) желез мочевого пузыря у крыс при курсовом воздействии сульфидных ванн (p - достоверность различия). I – верхняя часть; II – средняя часть; III – нижняя часть; IV – целый орган

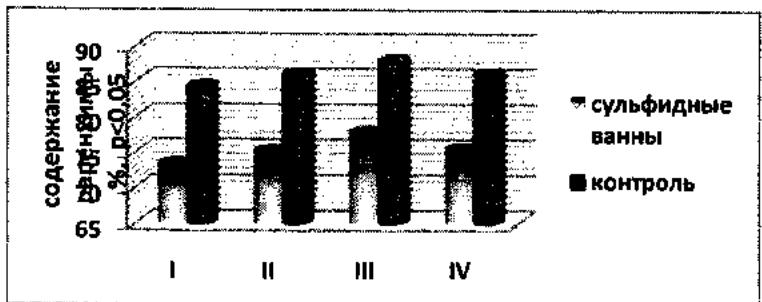


Рис. 3. Содержание паренхимы в составе начальных отделов (на продольном срезе) желез мочевого пузыря у крыс при курсовом воздействии сульфидных ванн (р - достоверность различия). I – верхняя часть; II – средняя часть; III – нижняя часть; IV – целый орган

На срезе вышеперечисленные особенности сочетаются с уменьшением площади начального отдела в целом органе в 1,5 раза ($p<0,05$) на срезе (диаграмма 4). В верхней части мочевого пузыря данный показатель уменьшается в 1,6 раза ($p<0,05$), в средней трети - в 1,4 раза ($p<0,05$), а в дистальной части - в 1,5 раза ($p<0,05$), в сравнении с контрольными данными.

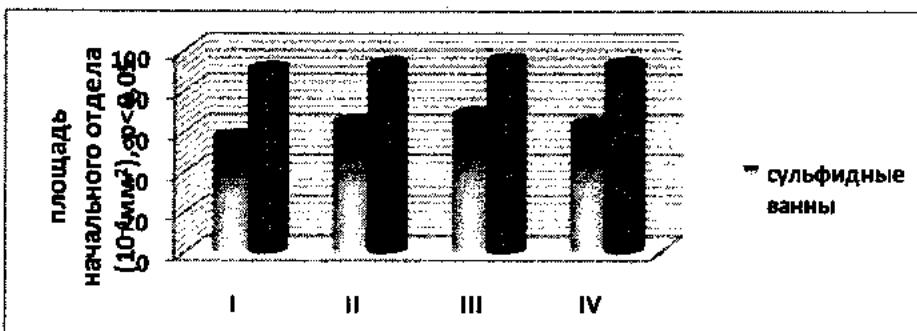


Рис.4. Площадь начального отдела желез (на продольном срезе) мочевого пузыря у крыс при курсовом воздействии сульфидных ванн (р -достоверность различия). I – верхняя часть; II – средняя часть; III – нижняя часть; IV – целый орган

Таким образом, проведенные исследования подтвердили правомочность рассмотрения желез стенок слизистых оболочек мочевого пузыря, как маркера различных процедур; в действия сульфидных ванн железистые структуры существенно изменяются; сульфидные ванны прогрессивно действует на формообразование железистого аппарата мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

- Ахмедов А.С., Паشاев Ч.А. Минеральная вода «Кала-алты» в комплексном лечении болезней пародонта //Стоматология, 1980, №4, с.69-72
- Куфлина С.А., Павлова Т.Н. Методические указания по выведению животных из эксперимента. М.: МЗССР, 1985, с.75-78.
- Мовсумов Н.Т. Морфогенез желез гортани человека в норме и в эксперименте при некоторых бальнеологических воздействиях: Автореф. Дис...докт.мед.наук. Баку, 2002, 34с.
- Перти А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с англ. В.П. Леонова. М.:ГЭОТАР – МЕД, 2003, 144 с.
- Сапин М.Р., Никитюк Д.Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит. М.: Элиста, АПП «Джангар», 2000, 185 с.
- Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Железисто-лимфоидный аппарат гортани крыс при бальнеологических воздействиях. Баку: «Нурлан», 2002, 131 с.
- Шадлинский В.Б., Аллахвердиев М.К., Никитюк Д.Б.. Иммунные структуры и железы полых внутренних органов // Ж. Экспериментальная и клиническая медицина, 2004, №1, с. 94-96

XÜLASƏ

**SULFİD TƏSİRLİ BALNOPRESEDURLAR ZAMANI EKSPERİMENTDƏ SİDİK KİŞƏSİ VƏZİLƏRİNİN
MORFOLOJİ DƏYİŞİKLİKLERİ**
B.V.Şadlınskiy, G.A.Hüseynova

Siçanlar üzerinde sidik kisəsi vezilərinin histoloji metodlarla müayinə olunmuşdur. Məlum olmuşdur ki, onlarda olan dəyişikliklər sulfid vannalan təsir edir. Erkək siçanın çəkisi eksperimentin əvvəlində 180-200 q olmuşdur. Prosedur 28 gün davam etmişdir. Sidik kisəsi vezilərindəki struktur dəyişikliklərin dinamikası aparılan balneoterapiyanın tipindən asılı olaraq dəyişir. Qüvvətli sulfid vannalan sidik kisəsi vezilərinin regressine səbəb olur (vezinin başlangıç şöbəsinin qalınlığı, hissəlrin sayı, parenximanın aşağı düşməsi və s.).

SUMMARY

**MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE URINARY BLADDER GLANDS IN EXPERIMENT SULPHIDIC
INFLUENCES BALNEOPROCEDURES**

V.B. Shadlinskiy, G.A.Gusejnova

Histologic methods have studied of the urinary bladder glands of rats at influences sulphidic baths. Weight of rat's-males to the experiment beginning 180-200 g. Procedures spent under the schemes accepted in balneocurortology; duration of a course in each series of 28 days. Dynamism of structural changes of glands of a wall of the rat's urinary bladder depends on type applied balneoprocedures. Course influence of strong sulphidic baths leads to structural regress of the rat's urinary bladder glands (in a thickness of initial department of glands, quantities of initial parts, to decrease in a share of a parenchyma as a part of gland).

Daxil olub: 12.09.2010

**РАЗРАБОТКА И ИСПЫТАНИЕ ЦВЕТНОГО АНТИГЕНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
ЛИСТЕРИОЗА**

Ф.М. Кулибеков, Х.Н. Макаев

ФГУ «Федеральный центр токсикологической и радиационной безопасности животных»

Листериоз зооантропонозное заболевание протекает в форме септицемии, поражения центральной нервной системы, абортов, метритов, маститов или в виде бессимптомного носительства. Поражает всех домашних, диких животных, птиц и опасен для человека. Болезнь наносит значительный экономический ущерб животноводству, вызывая гибель животных, abortion, бесплодие и рождение нежизнеспособного приплода [1,2,3,4,5,6,15,16].

В связи с этим разработка и внедрение эффективных средств и способов, направленных на своевременную диагностику и экстренное предупреждение массового распространения листериоза до настоящего времени остается актуальной задачей ветеринарной науки и практики.

Диагноз на листериоз ставится с учетом эпизоотологических и клинических данных с обязательным проведением бактериологических, патологоанатомических исследований. Дополнительными методами для прижизненной диагностики листериоза являются серологические методы РА, РСК, РНГА, ПЦР, ИФА и др., которые представляют ценность при изучении распространения листериносительства и выявления скрыто больных [7,8,9,10,11,12,13,14,17,18].

Известно, что для прижизненной серологической диагностики инфекционных болезней бактериальной этиологии применяют цветные диагностикумы, которые повышают чувствительность и специфичность серологических реакций и приводят к более объективной оценке результатов. К числу таких диагностикумов относятся бруцеллезный антиген для кольцевой реакции с молоком и для роз бенгал пробы, антиген для диагностики пуллороза – тифа и респираторного микоплазмоза птиц, сальмонеллеза, лейтоспироза и др.

Целью наших исследований являлось изготовить и испытать цветной антиген из листерии для повышения чувствительности метода серологической диагностики листериоза.

Материалы и методы. Учитывая то, что на территории стран СНГ и Российской Федерации в основном выделяются штаммы листерий. 1-й серогруппы для приготовления антигена для РА были отобраны штаммы листерий «A», «B», «Ч» и «M-1» относящиеся к 1-й серогруппе. Обычные антигены из этих штаммов изготавливали по методике описанной Бакуловым И.А. [4].

С целью отбора штамма листерий более высокой антигенной активностью для изготовления цветного антигена, полученные антигены проверяли на стерильность высевая на питательные среды и на специфичность с положительными сыворотками I и II серотипов выпускаемыми Алма-Атинским биокомбинатом и сыворотками, полученными гипериммунизацией кроликов инактивированными и живыми отобранными для экспериментов штаммами листерий. В качестве отрицательного контроля использовали сыворотку крови интактных кроликов и биофабрично выпускаемую лошадиную сыворотку. РА ставили классическим пробирочным методом.

После отбора соответствующего штамма был изготовлен цветной антиген. Для этого штамм высевали на агар Хоттингера в матровых колбах и инкубировали в течение 36 часов при температуре 37⁰С. После проверки чистоты роста удаляли конденсационную жидкость и смывали микробные клетки слабым (рН 3,0-4,0) раствором соляной кислоты. Собранный смыв разводили аналогичным раствором соляной кислоты до концентрации 10 млрд.м.к./мл. Полученную бактериальную взвесь инактивировали при температуре 70⁰С в течение 35 минут и центрифугировали при 3,5 тыс. об/мин в течение 20-25 минут до полного просветления надосадочной жидкости. Надосадочную жидкость удаляли, а к собранному в стерильный цилиндр осадку добавляли проправу (0,0005% раствор железистого сульфата) в соотношении 1:3 – 1:4 и выдерживали при комнатной температуре 30 минут при постоянном встряхивании. Затем сосуд с взвесью бактерий помещали в водянную баню на 10 минут при 70⁰С и при перемешивании добавляли оптимальное количество красящего раствора гематоксилина в алюмоаммонийных квасцах. К окрашенному осадку добавляли 0,5% раствор карболовой кислоты, с помощью которой устанавливали первоначальное количество микробных клеток в 1 мл взвеси. Полученный антиген шуттелировали в течение 40 минут и расфасовывали в флаконы.

Активность и специфичность цветного антигена определяли в РА с листериозными сыворотками I и II серотипов, выпускаемыми биофабрикой и положительными сыворотками крови кроликов, полученными при гипериммунизации их антигенами «А», «Б», «Ч» и «М-1», в сравнении с результатами РА с обычным антигеном.

В качестве отрицательной сыворотки использовали лошадиную сыворотку крови и сыворотку крови интактных кроликов. Все опыты имели трехкратную повторность.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Данные РА с использованием обычных антигенов штаммов листерий «А», «Б», «Ч» и «М-1» и сывороток, полученных гипериммунизацией кроликов этими штаммами обобщены и представлены в таблице 1.

Таблица 1
Результаты РА с соответствующими сыворотками антигенами

Антиген из штамма листерий	Серотип	Гипериммунные сыворотки и титры агглютининов			
		А	Б	Ч	М-1
А	I	1:640	1:320	1:320	1:320
Б	I	1:640	1:1280	1:640	1:640
Ч	I	1:320	1:320	1:640	1:320
М-1	I	1:320	1:320	1:320	1:320

Согласно полученным данным для приготовления цветного антигена более пригодным оказался штамм «Б», обладающий высокой антигенной активностью и несклонностью к самоагглютинации.

Используя этот штамм, были изготовлены по ранее описанному методу 2 серии цветного антигена.

Готовый цветной антиген представляет собой взвесь не живых листериозных бактерий окрашенных в темно-фиолетовый цвет.

Активность изготовленного цветного антигена определяли в сравнении с результатами РА с обычным антигеном в растворах с различным процентным содержанием хлорида натрия.

Результаты многократно повторенных экспериментов обобщены и представлены в табл.2.

Анализ результатов исследований показал, что при использовании цветного антигена положительную реакцию с сыворотками крови подопытных животных регистрировали до 30 суток, а с обычным антигеном – до 20 суток. Совпадение положительных результатов РСК и РА

Azerbaycan təbəbətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

цветным антигеном составляла 100%, а с обычным антигеном – 75%. На 30 сутки были положительны только РСК и РА с цветным антигеном.

Агглютинация с цветным антигеном во всех случаях положительных результатов была ясной и четко выраженной.

Таблица 2

Результаты РА с цветным и обычным антигенами, приготовленными из листерий штамма «Б» в растворах с различными содержанием хлорида натрия

Вид антигена из штамма «Б»	Содержание хлорида натрия в растворах (%)	Гипериммунные сыворотки				Контрольные сыворотки	
		Титры агглютининов					
		А	Б	Ч	M-1	Кроличья нормал.	Лошадиная нормал.
Цветной	0,85	1:640	1:1280	1:640	1:640	1:10	1:80
Обычный		1:640	1:640	1:640	1:640	1:10	1:80
Цветной	5	1:640	1:1280	1:640	1:640	1:10	1:80
Обычный		1:640	1:640	1:640	1:640	1:10	1:80
Цветной	10	1:640	1:1280	1:640	1:640	-	1:40
Обычный		1:640	1:640	1:640	1:640	-	1:40
Цветной	12	1:1280	1:2560	1:1280	1:1280	-	1:40
Обычный		1:640	1:1280	1:640	1:640	-	1:40
Цветной	24	1:80	1:160	1:80	1:80	-	1:10
Обычный		1:10	1:40	1:20	1:20	-	1:10

Анализ данных представленных в табл. 2 позволяет констатировать, что результаты РА в 12%-ом растворе хлорида натрия с цветным антигеном намного превышают результаты, полученные с использованием обычного антигена, а также данных постановки РА с обеими антигенами 0,85% и 24: раствором хлорида натрия. Если титр агглютининов в РА с 12% раствором хлорида натрия в сыворотке крови кроликов, гипериммунизированных штаммом «Б», с цветным антигеном был равен 1:2560 на четыре креста, то с обычным антигеном только 1:1280 на три креста. Сыворотки крови кроликов, гипериммунизированных штаммами листерий «А», «Ч» и «М-1», дали агглютинацию в титрах 1:1280 на четыре креста с цветным и всего 1:640 на два креста с обычными антигенами.

При изучении влияния температурного режима на исход РА опыты ставили при комнатной температуре (18-20°C), в термостате (37°C) и пониженной температуре (в бытовом холодильнике +4°C).

При постановке реакции агглютинации с обоими антигенами при комнатной температуре (18-20°C) интенсивность образования агглютинации снижается. Результат этой реакции, т.е. окончательный учет титра агглютининов можно произвести через 48 часов.

При постановке реакции при температуре 37°C в течение 18 часов в термостате, а затем в течение 6 часов при комнатной температуре реакция идет интенсивно и окончательный учет титра агглютининов можно провести через 24 часа.

В условиях холодильника (+4°C) реакция резко замедляется.

Экспериментально установлена повышенная активность цветного антигена в сравнении с обычным, приготовленным из листерий того же штамма. Выявлено, что постановка реакции агглютинации в 12%-ном растворе хлорида натрия усиливает специфичность цветного антигена в сравнении с постановкой этой реакции при его других процентных соотношениях. В связи с этим последующие РА, необходимые для исследования, мы проводили только в таком растворе хлорида натрия.

Изучение специфичности цветного антигена осуществляли при постановке РА с сыворотками крови экспериментально зараженных листериями кроликов и пороссят.

Результаты исследований представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3
Результаты исследований сыворотки крови экспериментально зараженных возбудителем листериоза кроликов (n=20)

Сроки исследования (дни)	Реагировали в РА с антигенами							РСК	
	Обычным			Цветным				Полож. (%)	Отриц. (%)
	Полож. ж. (%)	Отриц. (%)	Титр	полож. (%)	Отриц. (%)	Титр	Средн.		
средн.		средн.	Макс.				Средн.		
5	13/65	5/35	1:56,8	1:100	15/75	5/25	1:63,6	1:200	-
10	18/90	2/10	1:258,3	1:400	20/100	-	1:284,4	1:800	10/50
15	20/100	-	1:428,5	1:800	20/100	-	1:526,0	1:1600	15/75
20	13/65	7/35	1:176,3	1:800	18/90	2/10	1:233,3	1:1600	10/50
30	2/10	18/90	1:66,7	1:400	10/50	10/50	1:95,7	1:800	4/20
40	1/5	19/95	1:45,2	1:100	8/40	12/60	1:67,0	1:400	2/10
60	-	20/100	1:30,0	1:50	2/10	18/90	1:59,2	1:100	-
80	-	20/100	-	-	-	20/100	1:25,0	1:25	-

Таблица 4
Результаты исследований сыворотки крови экспериментально зараженных возбудителем листериоза поросят (n=10)

Сроки исследования (дни)	Реагировали в РА с антигенами							РСК	
	Обычным			Цветным				полож. (%)	отриц. (%)
	полож. (%)	отриц. (%)	титр	полож. (%)	отриц. (%)	титр	Средн.		
средн.			средн.				средн.		
5	6/37,5	10/62,5	1:150,0	1:200	7/43,7	9/56,3	1:187,5	1:400	-
10	14/87,5	2/12,5	1:312,7	1:400	14/87,5	2/12,5	1:331,0	1:800	10/62,5
15	16/100	-	1:322,8	1:400	16/100	-	1:375,0	1:800	8/50
20	16/100	-	1:233,3	1:400	16/100	-	1:354,1	1:800	-
30	13/81,3	3/18,7	1:222,2	1:400	16/100	-	1:321,4	1:800	-
40	13/81,3	3/18,7	1:169,2	1:200	15/93,8	1/6,2	1:222,2	1:400	-
60	3/18,7	13/81,3	1:105,9	1:100	10/62,5	6/37,5	1:136,0	1:200	-
80	-	16/100	1:50,0	1:50	-	16/100	1:75,0	1:100	-

Проведенные исследования показали, что вне зависимости от вида животных во всех случаях цветной антиген по сравнению с обычным оказался более специфичным, активным и выявлял большее количество положительных реакций в диагностических титрах и в более длительный срок после заражения.

Заключение. В результате многократно повторенных экспериментов подобран штамм листерий «Б» обладающий более высокой антигенней активностью и не склонный к самоагглютинации. Отработана технология изготовления цветного антигена из штамма листерий «Б», установлена высокая активность и специфичность данного антигена в сравнении с обычным, приготовленным из листерий этого же штамма. Выявлено, что постановка РА в 12%-ном растворе хлорида натрия усиливает специфичность цветного антигена в сравнении с постановкой этой реакции с раствором NaCl в других процентных соотношениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аннагиев А.А. Листериоз сельскохозяйственных животных. Баку, 1965.
2. Аннагиев А.А. О специфической профилактике при листериозе //Ветеринария, 1966, №7, с.43-44.
3. Аннагиев А.А., Керимова Л.Р. Случай сочетания латентного токсоплазма с листериозом у женщин, страдающих привычными выкидышами //Азерб.мед.журн., 1967, №3, с.59-61.
4. Бакулов И.А. Листериоз сельскохозяйственных животных. М.: Колос, 1967
5. Бакулов И.А. Хронология этапов изучения листериоза животных и людей /Всерос.науч.-исслед.ин-т ветеринар.вирусологии и микробиологии. Покров, 2008, Т.1, с.19-23
6. Бърдаров И. Опити за доказване на скрито листерионосителство /И. Бърдаров, С. Савова-Бърдарова, Й. Калпакчиева / Ветеринария, 1992, с.12-13

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

7. Васильев Д.А., Барышников П.И., Белоусов В.Е. О серологической диагностике листериоза //Ветеринария, 1988, с.64-65
8. Васильев Д.А., Лунин В.Г., Луговцев В.А. Перспективы научных исследований по созданию современных средств, методов диагностики и профилактики листериоза / Вестн.Ульян.гос.с.-х.акад.Сер. «Ветеринария», 2002, №8, с.20-28
9. Заикин В.Л., Малышев Н.А., Фирсова Т.Е Лабораторная диагностика листериоза в медицинской и ветеринарной практике. Покров, 2001, с.135-140
10. Котляров В.М., Бакулов И.А., Макеева Л.В. Обнаружение комплементсвязывающих антител при листериозе / Междунар.симпоз. «Листериоз на рубеже тысячелетий». Покров, 1999, с.88-89.
11. Панин А.Н., Обухов И.Л., Груздев К.Н. Полимеразная цепная реакция – необходимый инструмент для идентификации и типирования возбудителей инфекционных болезней животных. М., 1999, с.313-315
12. Тюменцева И.С., Афанасьевна Е.Н., Ешатян Т.И. Опыт получения листериозной гипериммунной сыворотки / Междунар.симпоз. «Листериоз на рубеже тысячелетий». Покров, 1999, с.113-114.
13. Фирсова Т.Е., Котляров В.М., Singh S., Соколов Д.М. Использование методов диагностики листериоза в лабораторной практике / Всерос.науч.-исслед.ин-т ветеринар. вирусологии и микробиологии. Покров, 2004, с.111-115
14. Щубин Г.Г., Ларионова Л.В., Карбышев Г.Л. и др. Конструирование и испытание листериозного антигенного полимерного диагностикума //Биотехнология, 2009, №3, с.91-95.
15. Chand P., Sadana J.R., Asrani R.K. Status of listeric agglutinins in a sheep flock affected with Listeria ivanovii //Indian J.anim.Sc., 2002, v.72., №3, p.279-282.
16. Courtieu A.L. Latest news listeriosis / Comp.immunol.microbiol.infect. Dis, 1991, p.1-7.
17. Furowicz A.J., Zyska W., Czernomysy-Furowicz D. et al Nieswoista immunostymulacja Propionibacterium acnes Cn 5936 w zapobieganiu listeriozie owiec //Przegl.hodowl, 1992, p.26-27.
18. Furowicz A.J., Czernomysy-Furowicz D. Specyfika zakazen Listeria monocytogenes I Mycobacterium leprae ze specjalnym uwzglednieniem zaburzen ukladu nerwowego /Med.weter, 1992, p.493-496.

XÜLASƏ

LISTERİOZUN DIAQNOSTİKASI ÜÇÜN RƏNGLİ ANTİGENİN İŞLƏNİB HAZIRLANMASI VƏ SINAQDAN KEÇİRİLMƏSİ

F.M.Qulibeyov, X.N.Makayev

Çoxsaylı təcrübələrin nəticəsində əldə edilmiş listeriya "B" ştammının çox yüksək antigen aktivliyinə malik olduğu, özü-özülüyündə aqqlütinasiya olunmadığı müəyyən edilmişdir. listeriya "B" ştammından rəngli antigenin hazırlanma texnologiyası işlənmişdir, listeriyanın bu ştammından hazırlanmış adı antigenin müqayisədə rəngli antigenin yüksək aktivliyi ve spesifikasiyi müəyyən edilmişdir. Mütəxəlif faizli NaCl məhlüllərinəndə aqqlütinasiya reaksiyaları ilə müqayisədə 12 %-li natrium xlorid məhlulunun rəngli antigenin spesifikasiyini gücləndirdiyi müəyyən edilmişdir.

SUMMARY

DEVELOPMENT AND EVALUATION COLOURED ANTIGEN FOR LISTERIOSIS DETECTION

F.M. Gulubayov, Kh.N. Makayev

«B» listeria strain having higher antigenic activity and without tending to self-agglutination after a series of experiments. Technology of coloured antigens production using «B » listeria strains was worked out, the strains having higher activity and specificity comparing to conventional antigen produced from the same listeria strains. The agglutination test in 12% - sodium chloride solution was determined to intensify the coloured antigen specificity comparing to agglutination test using NaCl solution in other percentage ratio.

Daxil olub:13.12.2010

QANAXMA İLƏ FƏSALASMIŞ QASTRODUODENAL XORALARIN KOMPLEKS MÜALICƏSINDƏ "RONKOLEYKİNİN" ƏHƏMİYYƏTİ

K.ə.Eyyazova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Rastgelmə tezliyinin xeyli artması, ölüm faizinin yüksəkliyi ilə (6,0— 15,0%) səciyyələnən qanaxma ilə fəsadlaşmış qastroduodenal xoraların (QFQDX) diaqnostika və müalicə metodlarının təkmilləşdirilməsi, müasir cərrahiyənin qarşısında duran aktual problemlərdən biridir [1,2,4,5,6]. Qastroduodenal xoraların (QDX) etio-patogenezinə həsr edilmiş çoxsaylı elmi-praktiki tədqiqatların nəticələrinə əsaslanaraq, bir çox nəzəriyyələr, konsepsiylər (mexaniki, turşu-peptiki, damar, neyro-humoral və s.) təklif edilməsinə baxmayaraq, ümumi bir

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

nəticə əldə olunmamışdır. Aparılan diaqnostik və konservativ müalicə tədbirləri də, istanilan nəticəni vermədiyindən, bəzi müalliflər qanaxma ilə fəsadlaşmış qastroduodenal xoralarda ölüm faizinin yüksək olaraq – 20-40% arasında tərəddüd etdiyini göstərilər [4,5,7,10,12].

Qeyd etmək lazımdır ki, Avstraliya alımları *B.Marshall* və *J. Warren* (1983) xroniki qastrit və xoraların patogenezinə *H.Pylori* (*Hp*) adlandırılan mikroorganizmlərin mühüm rol oynadığı barədə məlumat vermişlər. Sonradan aparılan elmi-tədqiqat işlərinin nəticəsində məlum olmuşdur ki, *Hp* nəinki xroniki qastritin, qastroduodenal xoraların, həmçinin maltoza və mədə xərçənginin inkişafında da əhəmiyyətli rol oynayır. *H.Pylori*-nin diaqnostikasına və eradikasiyasına dair təqdim edilən çox sayılı ədəbiyyat məlumatları üzərində dayanmadan qeyd etmək lazımdır ki, dünya əhalisinin 90-95% rast gəlinirsa də, onların 70-85% qastroduodenal xoralara rast gəlinir [3,10,11,12,15].

Məlumdur ki, *H.Pylori*-nin mədə-bağırsağa invaziyası onların selikli qişasının yerli immun mexanizmlərinin reaktiv dəyişikliyinə və eləcə də immunitetin sistem cavab reaksiyasına xroniki, davamlı təsir göstərir. *H.Pylorinin* təsiri nəticəsində mühüm dəyişikliklərə immunitetin əsasən T-hüceyrəli bölməsində rast gəlinir ki, nəticədə T-helper limfositlərin qarışıqlı münasibəti pozulur.

H.Pylori yə əsas olan xüsusiyyətlərdən biri də, onun orqanizmin immun nəzarətindən asanlıqla "yayınmasından ibarətdir".

Qastroduodenal zonanın selikli qişasının zədələnməsi, sonradan xroniki qastrit və ya xoranın inkişafı ancaq *H.Pylori*-nin həyat fəaliyyəti ilə deyil, daha çox autoimmun aqressiyasının induksiyasından asılıdır [13].

Eyni zamanda bu mikroorganizmlər tərəfindən bir sıra fermentlər (ureaza, proteaza, fosfolipaza, superoksidismutaza) və müxtalif təsir mexanizmına malik sitokinlər hasil edilir ki, onlar da öz növbəsində selikli qişanın baryer funksiyasını xeyli zəiflədir.

Müəyyən edilmişdir ki, 80%-dən artıq insanlarda həzim sisteminin yuxarı şöbələrində *H.Pylori* tapıldığı halda, qastroduodenal xoralara onların cəmi 10%-də rast gəlinir. *H.Pylori* ilə zədələnmiş qastroduodenal xoralann immun sisteminin funksional xüsusiyyətlərinin intensiv öyrənilməsinə baxmayaraq, bir çox həll olunmamış məsələlər qalmaqdadır. Hələ də müəyyən edilməmişdir ki, ümumi və yerli immunitetin hansı səviyyədəki defektləri *H.Pylori*-yə nəzarəti zəiflədərək xoranın əmələgəlməsinə şərait yaradır. Göstərilir ki, qastroduodenal xoralarda və onların residivlərində limfovit toxumaların sayı və funksional aktivliyi azalır [9,12].

Orqanizmin immun vəziyyətinin cavab reaksiyası, mədə və 12barmaq bağırsağın selikli qişasının yerli immun sisteminde meydana çıxan dəyişikliklər və xora qanaxmalarında onların rolu öyrənilsə də, alınan nəticələr fərqlidir [16,17]. Müxtalif immunositolardə (daha çox – helper T limfositlərdə) sintez olunaraq yerli immun müdafiye yə güclü təsir göstərə bilən «interleykin-2» isə qastroduodenal xora xəstələrində, xüsusən onların qanaxma ilə fəsadlaşmış formalarında çox səthi tədqiq edilib.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ qanaxma ilə fəsadlaşmış qastroduodenal xoralarda yerli immunitetinin vəziyyətini mikroskopik öyrənmək və «interleykin-2»-nın rekombinantı olan «Ronkoleykin» preparatını həmin xəstələrin kompleks müalicəsinə daxil etməklə alınan nəticələrin müqayisəli klinik-morfoloji təhliliidir.

TƏDQİQTİN MATERIAL VƏ METODLARI. Müşahidəmiz altında 163 xəstə olmuşdur. Xoranın lokalizasiyasını, ölçülərini, qanaxmanın mənbəyini müəyyənləşdirmək məqsədi ilə bütün xəstələr *torsion optikal* (firma "Olympus", Yaponiya) endoskopu ilə fibroezofagoqastroskopiya müayinəsindən keçmiş və alınan nəticələrə əsaslanaraq xəstələr iki qrupa bölünmüdüdür: I. Əsas qrup – qastroduodenal xora mənşəli qanaxma ilə 131 xəstə (80,4%); II. Fəsadsız qastroduodenal xoraları olan xəstələr -32 xəstə (19,6%). Xəstələrin 117 nəfəri (71,8%) kişi, 46 nəfəri isə qadın (28,2%), yaş həddi 25,0-66,0 arasında olmuşdur. Lokalizasiyasına görə - pilorik hissədə 57 (35,0%), 12barmaq bağırsağın soğanağında 106 (65,0%), müstərək xoranın olduğu 29 (17,8%) xəstədə müəyyən edilmişdir.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Xora və xora ətrafi sahənin morfolojsional vəziyyətini təhlil etmək üçün mədə və 12 barmaq bağırşığın müxtəlif sahələrindən, xoranın dibindən, kənarlarından biopatitlər götürülmüşdür.

H.Pylori-nin yayılma dərəcəsi fibroqastroduodenoskopiya zamanı götürülmüş biopatitlərdə, eyni zamanda mədə cismindən, antral şöbədən (4 nöqtədən), 12 barmaq bağırşığın selikli qışasının səthindən (xüsusi təmizləmə vasitəsi ilə) götürülmüş seliyin müayinəsinin nəticələrinə əsaslanaraq qiymətləndirilmişdir.

Qanaxmanın aktivlik dərəcəsi və dinamikası J.A.Forrest (1974) klassifikasiyasına uyğun qiymətləndirilmişdir. Endoskopik müayinə zamanı qanaxmanın topik lokalizasiyası, xüsusiyyətləri, davam etməsi və ya dayanmasına, hemostazın etibarlılığına xüsusi diqqət verilmişdir.

Qanitirmənin ağırlıq dərəcəsi cerrahların Amerika assosiasiyanın təklif etdiyi klassifikasiyaya (1994) uyğun müəyyənəlaşdırılmışdır.

Anamnestik məlumatlar 53 (32,5%) xəstədə qastroduodenal xoranın 5 ildən çox, 57 (35,0%) xəstədə 3-5 il arasında mövcud olduğunu və müxtəlif müalicə müəssisələrində konservativ müalicə aldıqlarını göstərmişdir. Qalan 46 (28,2%) xəstədə sağ qabırğa altı və epigastral nahiyyədə müxtəlif intensivlikli ağrılar olsa da, həkimə müraciət etməmiş və müxtəlif spazmalitiklərin, pəhrizin köməyi ilə ağrını aradan qaldıra bilmışlar. 5 (3,1%) xəstədə 12 barmaq bağırşaq, 2 xəstədə isə (1,2%) mədə xorası ilk dəfə aşkar edilmişdir.

Anamnezində ilk dəfə qastroduodenal qanaxma 82 xəstədə (62,6%), təkrarı qanaxma isə 49 xəstədə (37,4%) müşahidə edilmişdir. Aktiv qanaxma 23 (17,5%) xəstədə müəyyən edilmişdir. Onlardan: "J.Forrest I A" - 5 xəstədə (3,8%); "J.Forrest I B" – 18 xəstədə (13,7%) aşkarlanmışdır. Bütün xəstələrdə aktiv qanaxma əlamətlərinin endoskopik olaraq müəyyən edilməsinə baxmayaraq, cəmi 21 xəstədə (91,3%) endoskopik hemostaz aparılmasına imkan olmuşdur. Qalan 2 xəstədə (8,7%) xoranın diametrinin 2 sm-dən böyük, qanaxmanın şirnəq şəkilli və xəstənin ümumi vəziyyətinin çox ağır olmasına görə endoskopik hemostazın icrasına risk edilməmişdir. Aktiv qanaxma mənbəyini 73,9% halda (17 xəstə) 12 barmaq bağırşaq xorası təşkil etmişdir. Hemostatik, infuzion-transfuzion antisekretor terapiya fonunda aparılan endoskopik tədbirlər-qanayan damarın diatermokoagulyasiyası, xora və xora ətrafi nahiyyəyə 0,1% adrenalin, 0,5% aminokapron turşusu, 12,5% sodium- etamzilat, mahlullarından birinin yeridilmesi nəticəsində 18 xəstədə (85,7%) etibarlı hemostaza müvəffəq olmuş, digər 3 (14,3%) xəstədə isə hemostaz qane edici olmayışdır.

Bəsliliklə, klinik, endoskopik müayinələrə əsaslanaraq xora manşali aktiv qastroduodenal qanaxma diaqnozu qoyulmuş 23 xəstədən 21-də endoskopik etibarlı hemostaza nail olmuşdur, lakin 3 xəstədə hemostazın etibarsız olduğunu, residiv qanaxmanın reallığını, digər 2 xəstədə isə endoskopik hemostazın tətbiq edilməməsini nəzərə alaraq, onlar (5 xəstədə - 21,7%) hayatı göstərişlə təxira- salınmaz (bir saat ərzində) carrahi əməliyyata məruz qalmışlar. Bu zaman 1 xəstə Bilrot I, 1 xəstə Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası, 2 xəstə xoranın kəsilib götürülməsi + piloroplastika, 1 xəstə isə xora dibində qanayan damarın tikilməsi əməliyyatı icra edilmişdir. Xora dibində qanayan damarın tikilməsi ilə başa çatmış əməliyyatdan sonra xəstənin ümumi vəziyyəti stabilleşməmiş və hemorragik şok nəticəsində ölüm qeyd olunmuşdur (20%).

Baş vermiş müayinəyə qədər dayanmış qanaxma 102 (77,9%) xəstədə qeyd edilmişdir. Onlardan: "J.Forrest"-ə görə II a' xoranın dibində görünən və hazırda qanamayan damar -31 xəstədə (23,7%), "Forrest II b"-xorada fiksə olunan qara trombun olması – 23 xəstədə (17,6%), "Forrest II c" – xoranın dibində hematin – 48 xəstə (36,6%), Forrest III – qanama əlamətləri olmayan qastroduodenal xora – 6 xəstə (4,6%).

Qeyd etmək lazımdır ki, müşahidə qrupuna daxil olan 32 xəstənin FQDS-ya zamanı heç birində qastroduodenal xoradan qanaxma əlamətləri müşahidə edilməmişdir. Qanitirmənin ağırlıq dərəcəsini araşdırarkən I ağırlıq dərəcəli qanitirmənin 42 xəstədə (32,1%), II dərəcəli- 62 xəstədə (47,3%), III dərəcəli- 21 xəstədə (16,0%), IV dərəcəli qanitirmənin isə cəmi 6 xəstədə (4,5%) olduğu məlum olmuşdur.

Mədənin pilorik hissəsinin, 12-barmaq bağırsaq soğanağının selikli qışasının və selikaltı əsasının morfo-funksional vəziyyəti ilə qanaxmanın ağırlıq dərəcəsi arasında müqayisəli təhlil aparmaq məqsədi ilə xəstələr 2 qrupa bölünmüştür: 1) qanaxma ilə fəsadlaşmış – “əsas” qrup (40 xəstə); 2) fəsadlaşmamış (40 xəstə) – müqayisə qrupu.

Əsas qrupdan olan xəstələrin 72,5% -ni kişilər, 27,5%-ni qadınlar təşkil etmişdir. Müqayisə qrupunda bu göstəricilər müvafiq olaraq 70,0% və 30,0% -dir. Xoralann rastgalmə tezliyi aşağıdakı kimi olmuşdur: əsas qrup – antral hissədə- 11 xəstə, 12barmaq bağırsaq soğanağında -23 xəstə, müstərek xora- 6 xəstədə; müqayisə qrupunda - 12barmaq bağırsaq soğanağında 19 xəstə, mədənin antral şöbəsində- 14 xəstə və müstərek xora isə- 7 xəstədə müəyyən edilmişdir.

Əsas qrupa daxil olan bütün xəstələr (n=40) qastroduodenal qanaxma diaqnozu ilə təxirəsalınmaz və təcili qaydada müxtəlif həcmli endoskopik müdaxilələrə və cərrahi eməliyyatlara məruz qalmışlar. Onlardan: I dərəcəli qanitirma 10 xəstədə (25,0%), II dərəcəli - 24 xəstədə (60,0%) və III dərəcəli qanitirma isə 6 xəstədə (15,0%) olmuşdur. Əsas qrupdan olan xəstələr vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsində asılı olaraq 5 gün müddətində eradikasiyon üçlü (omeprazol, kloritromisin, metronidazol), residiv qanaxma riski olan xəstələr isə- ultraqısa üçgünlük kvadroterapiya (okteotid, amoksisillin, metronidazol və kolloid bismut substrat) almışlar. ‘Müşahidə’ qrupuna daxil olan xəstələrin hamısı ümumi qüvvətləndirici müalicə fonunda yuxarıda göstərilən beş günlük üçlü eradikasiyon terapiya almışlar.

Həm ‘əsas’, həm də ‘müqaisə’ qruplarının hər birində 18 xəstənin müalicəsində “Ronkoleykin” dan istifadə edilmişdir. Belə ki, 18 xəstəyə (13,7%) cərrahi müdaxiləyə qədər ümumi qüvvətləndirici, infuzion-tranfuzion və eradikasiyon terapiya fonunda xəstəxanaya daxil olduğu gün və dördüncü sutkalarda (sutkada bir dəfə) Ronkoleykin 500 000 ME, 400 ml 0,9%-li natrium xlorid məhlulunda həll edilərək 4-6 saat müddətində vena daxilinə damcı üsulu ilə yeridilmişdir. Eyni zamanda həmin məhlulu 6 ml 10%-li albumin məhlulu da əlavə edilmişdir.

“Ronkoleykin” məhlulu yeridilərkən orqanizmə vena daxilinə digər məhlullar yeridilməmişdir.

Müqayisə qrupundan olan 18 xəstə (13,7%)- də eyni qayda ilə “Ronkoleykin” məhlulu almışdır. Beləliklə, həm ‘əsas’ (qanaxma ilə fəsadlaşmış), həm də ‘müqaisə’ (qanaxma fəsadsız) qrupları xora xəstələri 2 yarımqripa bölünmüştür: I ‘Ronkoleykin’ almış və II ‘Ronkoleykin’ almamış.

Morfoloji tədqiqatlar həm «əsas», həm də «müqayisə» qrupları xəstələrində xora dibindən, xoraetrafi (periulseroz) və nisbi-uzaq («nisbi-intakt») zonalardan alınmış endoskopik biopatlarda və cərrahi eməliyyat materiallarında, ‘Ronkoleykin’ inyeksiyasının olub olmaması nəzərə alınmaqla aparılmışdır. Aşağıdakı histoloji, histokimyevi və immunhistokimyevi boyama üsullarından istifadə edilmişdir:

- hematoksilin-eozin – ümumi mikroskopik qiymətləndirmə üçün;
- van-Gizon üsulu ilə pikrofuksin -birleşdirici toxuma quruluşlarının təhlili üçün;
- 0,05%-li buferləşdirilmiş tionin- distrofiyanın, ödemin, nekrozun səviyyəsini, histamin sekresiyasını, toxuma bazofillerinin (tosqun hüceyrələrin) funksional feallığını, hemomikrosirkulyasiya şəbəkəsinin vəziyyətini və ara maddədə ödəm, toxuma mayesi cəreyanı ilə birbaşa əlaqəli olan turş qlikozaminoqlikanların histokimyevi miqdarnı qiymətləndirmək üçün;
- «CD4», «CD8» üçün immunhistokimyevi reaksiyalar-T-limfositlərin əsas populyasiyalarını öyrənmək üçün (CD4⁺-T-helperlər; CD8⁺-T-killerlər və T-supressorlar);
- «CD20» üçün immunhistokimyevi reaksiya - B-limfositlərin summar populyasiyasını öyrənmək üçün;
- «CD25» üçün immunhistokimyevi reaksiya – interleykin-2-nin hüceyrə-toxuma reseptoru olan xüsusi qrup qlikoproteinlərin təhlili üçün;
- Uortin-Starri reaksiyası -«H. Pylori» ilə infiltrasiya dərəcəsini mikroskopik- histoloji qiymətləndirmək üçün.

Ümumi-vizual mikroskopik analiz ilə yanaşı, ölçmələr və saymalar da aparılmışdır. Bu məqsədə okulyar torlarından, həmçinin «Leyca» işıq-optik mikroskopuna quraşdırılmış «Sony SSC-DC50P» videosistemindən və Windows üçün «Canvas» xüsusi vektor programından istifadə edilmişdir.

Kəmiyyet təhlilində 4,0-ballıq şkala tətbiq edilmişdir: 0,0 – «yoxdur»; 1,0 - «az (aşağı)»; 2,0 – «orta»; 3,0 – «yüksek» və 4,0 – «çox yüksək» səviyyeler.

Xora dibinin və xoraetrafi zonanın aşağıdakı morfo-histokimyevi göstəriciləri ilə «xoranın qanaxma fəsadı» arasında iki-faktorlu korrelyasiyon-statistik təhlillər aparılmışdır: 1) CD25 ilə yüksək pozitivlik səviyyəsi ($\geq 3,0\text{b}.$); 2) histaminin yüksək intensivlikli sekresiyası ($\geq 3,0\text{b}.$); 3) toxuma bazofillerində yüksək səviyyəli degranulyasiya ($\geq 3,0\text{b}.$); 4) hemomikrosirkulyasiya şəbəkəsində durğunluq, tromboz ($\geq 3,0\text{b}.$) və 5) ödemin, turş qlükozaminoqlikanların yüksək səviyyəsi ($\geq 3,0\text{b}.$). Əlaqələrin etibarlılıq dərəcəsi, yeni təsadüfüliyi və ya qanunauyğunluğu, qeyri-parametrik təhlillər üçün nəzərdə tutulmuş Pirson əmsalının (χ^2) və korrelyasiya əmsalının (r) vasitəsi ilə $P=0,95$ etibarlılıq səviyyəsində araşdırılmışdır[14,18].

Mikroskopik olaraq qanaxma fəsadı olmayan xora xəstələrində həm mədədə, həm də 12barmaq bağırsaq soğanağında xora dibində nekrobioz, hissəvi nekroz, fibroz, xoraetrafi zonalarda - adenomatoz hiperplaziya, xüsusi lövhənin (stromanın) mozaik ödemi, nisbi-uzaq sahələrdə isə -səth epitelinin deformasiyası, selik hipersekresiyası, cuxurcuqların hiperplaziyası qeyd edilmişdir. Limfositlərin T- və B- tiplərinin əsas populyasiyaları daha çox xora dibində və bilavasitə dibe bitişmiş kənarı zonada aşkarlanmışdır. Xora etrafında və nisbi-uzaq sahələrdə isə bunların sıxlığı xeyli azdır. Mikrosirkulyasiya şəbəkəsinin, CD25-pozitiv hüceyrələrin (limfositlərin, faqositlərin, perivaskulyar hüceyrələrin), turş qlükozaminoqlikanların əsas morfo-histokimyevi və kəmiyyet dəyişiklikləri də məhz xora dibi üçün səciyyəvidir. Ancaq xoraetrafi və nisbi-uzaq sahələrdə fərqlər tədrisən silinir. Histamin sekresiyası və ümumilikdə, tosqun hüceyrələrin (toxuma bazofillerinin) sekretor-funksional fəallığı, xoraetrafi zonada dəyişkəndir. Artıma meyllidir. Xoradan uzaq sahələrdə isə, 3 xəstə istisna olmaqla, belə bir artım izlenmir. Müqayise qrupu xəstələrində mikroinnervasiya şəbəkəsinin nisbi-ağır dəyişiklikləri bilavasitə xora dibində və ona bitişmiş kənarı zonada aşkarlanmışdır. Xora dibindən uzaqlaşqdıqca kiçik sınırların deformasiyası, fibrozu, fragmentasiyası əlamətləri də tədrisən azalır.

Qanaxma fəsadlı xora («əsas» qrup) xəstələrində mikroskopik dəyişikliklər daha qabarlıqdır. Xora dibində nekroz və hətta mikrotik zədələnmə qeyd edilmişdir. Xoraetrafi zonalarda səth epitelində mikroeroziyalar mövcuddur, selik sekresiyası güclənmişdir və histokimyevi cəhətdən anomal xarakter almışdır. Belə ki, 12barmaq bağırsaq xorası olan xəstələrin bir qismində soğanaqda anomal xarakterli «qastral-mutsin» tapılmışdır.

Bu zonalarda yüksək intensivlikli ödem, turş qlükozaminoqlikanları çox yüksək miqdardadır (4,0 bal), tosqun hüceyrələrin intensiv degranulyasiya edir (3,0-4,0 bal) histamin hipersekresiyalıdır, sinir şəbəkəsi sıxlasmışdır. Analoji xarakterli, ancaq xeyli-zəif intensivlikli dəyişikliklər bu xəstələrdə xoradan nisbi-uzaq sahələrdə də qeyd edilmişdir. İltihabi infiltrasiya çox qabarlıqdır(3,0-4,0 bal), qarışiq (mozaik-diffuz) xarakterlidir, həqiqi və yalançı limfoldendritik follikullar formalaşmışdır. Limfositlərin T- və B-tiplərinin əsas populyasiyaları olduqca nizamsız, qeyri-bərabər paylanmasıdır. Bunların paylanmasında və miqdardı göstəricilərində nizamlı əlaqələr yoxdur. Ancaq bu xəstələrdə, qanaxma fəsadsız xoralardan fərqli olaraq, həm xora dibində, həm də xoraetrafi və nisbi-uzaq zonalarda T-limfositlər daha çox kiçik damarlar etrafında cəmləşmişdir. CD25-pozitiv hüceyrələrin miqdarı, əvvəlkı qrup xəstələri ilə nisbətdə, hər 3 zonada (xora dibində, etrafında və uzaq sahələrdə) statistik-dürüst xarakterdə yüksəkdir. Bu, həm mədədə, həm də 12-barmaq bağırsaqda yerleşmiş qanaxma fəsadlı xoralara aiddir.

Qanaxma ilə fəsadlaşmış xora xəstələrində həm xora dibində, həm də xora etrafında və nisbi-uzaq sahələrdə hemo-mikrosirkulyasiya şəbəkəsinin ağır dərəcəli, geriyədönməz dəyişiklikləri aşkarlanmışdır. Xora dibində hemorragik-koagulyasion nekroz fonunda dağılmış kiçik damarlar, periulseroz və nisbi-intakt zonalarda isə – mikrovaskulit, mikroangiotromboz, damarlaretrafi qan yiğimləri müəyyən edilir.

Korrelyasion-statistik təhlil zamanı aşağıdakilar aydınlaşdırılmışdır. Xora dibində, periulseroz və nisbi-intakt zonalarda kiçik damarların deformasiyası, parçalanması, durğunluğu, divarının anomal fibrozu, həmçinin - perivaskulyar infiltratlar ve mikrovaskulitlər xora qanaxması ilə birbaşa və yüksək intensivlikli əlaqəlidir .($p<0,028$; $r=0,71$; $\chi^2=36,7$).

Xora dibində və periulseroz zonada yüksək səviyyəli ($\geq 3,0\text{b.}$) CD25-pozitivlik həm mədə, həm də 12-barmaq bağırsaq lokalizasiyalı xoralardan qanaxma ilə statistik- etibarlı, düz mütənasib və orta intensivlikdə korrelyasion əlaqədədir ($p<0,042$; $r=0,44$; $\chi^2=6,9$).

Tosqun hüceyrələrin (toxuma bazofillerinin) xora dibində və xora ətrafında yüksək intensivlikli ($\geq 3,0\text{b.}$) histamin sekresiyası- həm mədə, həm də 12barmaq bağırsaq xoralarının qanaxma fəsadı ilə statistik etibarlı və düz mütənasib xarakterdə korrelyasion əlaqəlidir ($p<0,044$; $r=0,43$; $\chi^2=6,8$).

Selikli qişanın müxtəlif zonalarının digər morfo-histokimyevi göstəriciləri ilə xoranın qanaxma fəsadı arasında əlaqələr daha mürekkebdür və en azı, bir neçə faktorun müştərek təsirinin olduğunu göstərir. Bu əlaqələrin klinik-proqnostik əhəmiyyətini və müalicə taktikası seçilməsinə mümkün təsirini araşdırmağa davam edirik.

'Ronkoleykin' almış xəstələrdə xora dibində, xora ətrafında və nisbi uzaq zonalarda və humoral immunitet elementlərində əhəmiyyətli müsbət dinamika qeyd edilmişdir. Belə ki, 'CD25' pozitivlik səviyyəsi nisbi-intakt zonaların göstəricilərinə müəyyən dərəcədə yaxınlaşmışdır. CD4⁺ (T-helper) limfositlərin 'CD-20'" immunositlərin sıxlıq və topoqrafik göstəricilərində kəskin fərqlər , nizamsızlıq (xaotiklik) "silinmiş"dir. Mikrovaskulit əlamətləri minimuma enmişdir.

Aparılan tədqiqatın nəticələri göstərir ki, hər iki (qanaxma fəsadlı və fəsadsız) qrupdan olan Ronkoleykin almış xəstələrin qastroduodenal selikli qişasındaki olan defektlər 19 – 21-ci günlərdə kiçik xoralar demək olar ki, tam epitelizasiyaya uğramış olur. Klinik və endoskopik müsbət dinamika müalicənin yeddinci günündə başlayaraq müşahidə edilir. Diametri 2-2,5 sm olan xoralarda epitelizasiya zəifdir tam qapanma yoxdur; ölçülərində də nəzərə çarpan fərqlər olmamışdır.

NƏTİCƏ. 1.Qastroduodenal qanaxmaların diaqnostikası, müalicə taktikasının müəyyənləşdirilməsi, proqnozu, xəstələrin klinikaya daxil olduğu vaxtdan bilavasita aslidir; 2.Endoskopik homeostazın etibarsızlığı, stasionarda residiv qanaxmanın müşahidə edilməsi, xoranın diametrinin 2,5-3 sm-dən böyük olması təxiresalinmaz cərrahi əməliyyata tam göstəriş sayla bilər; 3.Qanaxma ilə fəsadsızlıq mədə – 12-barmaq bağırsaq xoraları xəstələrində xora dibinin, xoraətrafi və nisbi-uzaq sahələrin hemomikrosirkulyasiya şəbəkəsi müxtəlif dereceli morfoloji dəyişikliklərə uğrayır. Həmin şəbəkənin ağır, geriyədönməz xarakterli dəyişiklikləri «xora mənşəli aktiv qastroduodenal qanaxma» ilə statistik etibarlı və düz mütənasib xarakterdə əlaqəlidir. Biopatlarda müvafiq morfoloji rəy qeyd edilən qanaxmaların proqnostik faktoru ola bilər; 4.CD25-pozitiv hüceyrələrin qastroduodenal selikli qişada və selikaltı əsasda sıxlığı ilə xora qanaxmaları arasında birbaşa və statistik etibarlı əlaqə mövcuddur. Həmin əlaqə xora qanaxmasında interleykin-2-nin patogenetik əhəmiyyətini sübut edir və müvafiq immun-korreksiya edici müalicənin vacibliyini göstərir. 5.Qastroduodenal xoraların kompleks müalicəsinə interleykin- 2 rekombinantı olan "Ronkoleykin"-nin daxil edilməsi xora dibi; xora ətrafi və nisbi uzaq zonalarda "CD-25-pozitivlik" göstəriciləri arasındaki fərqləri statistic etibarlı xarakterdə azaldır; T-helperlərin, B-limfositlərin, plazmatik hüceyrələrin sıxlığını və paylanması əhəmiyyətli dərəcədə "norma"ya yaxınlaşdırır.

ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan Nəşriyyatı, 2000, s.224-231
2. Baxşəliyev B.R., Əsədov S.Ə., Əliyev Y.Q., Nəsibov E.Y. Xora mənşəli qastroduodenal qanaxmalar zamanı cərrahi taktikanın seçiləsi / IV Beynəlxalq Avrasiya və Azərbaycan qastroenteroloq və cərrahlıların konqressinin materialları. Bakı, 2003, s. 14-15
3. Əliyev M.H. Helikobakteriyanın diaqnostikasının mikrobioloji aspektləri, onun epidemioloji xüsusiyyətləri və müalicə-profilaktik tədbirlər sistemi: T.e.d. disser. Avtoreferatı. Bakı, 2007
4. Ramazanov C.N. Qanaxma ilə ağırlaşmış piloroduodenal xoralarda Helikobakter infeksiyası // Sağlamlıq, 2005, №2, s. 9-13
5. Велиев Н.А. Хирургия осложненных пилородуоденальных язв. Казань, 2003. 122 с.

6. Борисов А.Е., Земляной В.П., Кубачев К.Г. и др. Хирургическое лечение при хронических гастродуodenальных язвах // Вестник хирургии, 2002, №1, с.79-81
7. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуodenальные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. М., 2005, 352с.
8. Горбашко А.И. Классификация кровотечения. Степень кровотечения. М., 1988
9. Кудрявцева Л.В., Щербаков П.Л., Иванников И.О., Говорун В.М. Helicobakter pylori – инфекция: современные аспекты диагностики и терапии. Пособие для врачей. М., 2004
10. Кононов А.В. Местный иммунный овеет на инфекцию Helicobakter pylori // Российский журн.гастроэнтеролог., гепатолог. и колопракт., 1999, №2, с. 15-21
11. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуodenальных язв // Хирургия, 2003, с.43-49
12. Циммерман Я.С. H.Pylori и их роль в развитии хронического гастрита и язвенной болезни // Клинич. Мед., 1999, № 4, с. 12-14
13. Ющук И.В., Гуревич К.Г. Иммунитет при хеликобактерной инфекции // РЖГК, 2002, №3
14. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб: ВмedA, 2002, 266 с.
15. Hancock W.W. Chemokines and the pathogenesis of T-cell – dependent immune responses // Amer. J. Pathol., 1966, v.148, № 3, p. 681-684
16. Kountouras J., Boura P., Lygidakis N.J. Omeprazoll and reqlulation of cytoine profile in Helicobacter pylori infected patiens with duodenal ulcer disease // Hepatogastroenterology, 2000, v.47, p.1301-1304
17. Moran A.O. patogenic properties of Helicobacter pylori // Scand. J.Gastroenterol., 1996, v. 31. suppl 215, p.22-31
18. Mikel U.V. (Editor). Advanced Laboratory Methods in Histology and Pathology. AFIP, Washington, DC, 1994, 254 p.

РЕЗЮМЕ

**ЗНАЧЕНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ,
ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Л.А.Эйвазов

Состояние местного иммунитета было микроскопически изучено у 163 больных взятых под наблюдение по поводу гастро-дуodenальных язвенных кровотечений. Из них у 36-ти больных в комплексном лечении был применен рекомбинант интерлейкина-2 Ронколейкин и проведен сравнительный клинико-морфологический анализ полученных результатов. Выявлено, что гемомикроциркуляция дна язвы, периульцерозных, удаленных зон стенки желудка и 12-перстной кишки подвергается морфологическим изменениям разной степени. Это статистически достоверно и прямопропорционально связано с гастро-дуodenальным язвенным кровотечением. Также статистически достоверная связь существует между плотностью «CD25»-позитивных перивазальных клеток на дне, периульцерозных и удаленных зонах гастро-дуodenальной стенки с язвенным кровотечением. Это доказывает патогенетическую роль интерлейкина-2 при язвенных кровотечениях и важность иммуно-корректирующей терапии. Включение Ронколейкина в комплексное лечение гастро-дуodenальных язв нормализует распределение плотности Т-хеллеров, В-лимфоцитов и плазматических клеток на дне язвы, в периульцерозных и удаленных зонах стенки желудка и 12-перстной кишки.

SUMMARY

**THE NECESSEREY OF RONCOLEUKIN IN TREATMENT OF GASTRO-DUODENAL ULCERS
REVEALED BLEEDING**

K.A.Eyvazov

The local immunity was microscopically examined in 163 patients under observation at the gastro-duodenal ulcer. Of these, 36 patients in combined treatment was Primin recombinant human interleukin-2 Ronkoleukin and comparative clinical and morphological analysis of the results. Revealed that hemomicrocirculation ulcer, periulceroz, remote areas of the stomach wall and 12 duodenal ulcer subjected to morphological mutations both varying degrees. This ststisticheski significantly and directly proportional due to gastro-duodenal ulcer bleeding. Also a statistically significant correlation exists between the density of «CD25»-positive cells in perivazal bottom periulcer and remote areas of gastro-duodenal wall with ulcer bleeding. This proves the pathogenic role of interleukin-2 in ulcer bleeding and the importance of immuno-correcting therapy.Inclusion Roncoleukin in the complex treatment of gastro-duodenal ulcers normalizes the density distribution of T-helper cells, B lymphocytes and plasma cells in the bottom of an ulcer, periulcer and remote areas of the gastro-duodenal ulcer.

Daxil olub:13.12.2010

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗОРВАВШИХСЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ
ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ОСЛОЖНЁННЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ
КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ**

Э.З. Аббасзаде, О.А. Цимейко, Н.И. Исаев, В.В. Мороз

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова" НАМН Украины, г. Киев; Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Смертность от цереброваскулярных заболеваний достигает 30% от общего числа всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Частота субарахноидального кровоизлияния (САК) составляет от 5,2 до 19,4 на 100 000 населения в год (!). У более чем 50% больных причиной САК становится разрыв артериальной аневризмы (АА) сосудов головного мозга (1,2). Наличие внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) еще больше ухудшает состояние больных. Плохие результаты и летальные исходы при наличии ВЖК наступают у 64%, при отсутствии ВЖК - у 40% больных (1,3). ВЖК может быть изолированной или сочетаться с внутримозговой гематомой (ВМГ). В первом случае анатомической предпосылкой является практическое отсутствие мозговой паренхимы в области конечной пластинки и хориоидальной щели, что позволяет аневризмам этих локализаций непосредственно рваться в желудочковую систему. В случае сочетания, ВЖК, как правило, является прорывом ВМГ в желудочки мозга. Кровь в желудочки может попадать также ретроградным путем из субарахноидального пространства через отверстия IV желудочка. В последние годы для быстрой и эффективной санации желудочковой системы применяют интравентрикулярно фибринолитические препараты, однако, при невыключенной из кровотока аневризме их применение не рекомендуется в связи с опасностью повторных кровотечений из аневризмы [2,4,5].

ЦЕЛЬ исследования: Улучшить результаты лечения больных с разорвавшимися аневризмами переднего полукольца, осложненными ВЖК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализированы результаты лечения 75 больных с ВЖК в результате разрыва АА, которые находились в Институте нейрохирургии им. А.П. Ромоданова с 2006 по 2010 г.

Возраст больных - от 12 до 72 лет, средний возраст составлял 46,5 лет. Лиц мужского пола было 51(68%), женского - 24(32%). Для оценки состояния при поступлении всем больным проведен неврологический осмотр, выполнены компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), ангиография сосудов головного мозга (ЦАГ) с 3D реконструкцией. Распространение крови по желудочкам оценена по классификации D.A.Graeb (1992).

По данным ТКДГ сосудов головного мозга ангиоспазм расценен по трем степеням: при скорости кровотока от 80 до 120 см/сек-I ст., 120-200 см/сек-II ст., выше 200 см/сек-III ст. Состояние больных при поступлении оценивалось по шкале Хант-Хесс (W. Hunt, R. Hess 1966). Состояние при выписке - по Шкале Исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale). (N.Kassell et al., 1991).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. При поступлении тяжесть состояния была следующей: I ст.-4, II ст.-8, III ст.-31, IV ст.-17, V ст.-15 больных.

Изучена зависимость состояния пациента при поступлении с распространением крови по желудочковой системе. Данные указаны в таблице 1.

Как видно из таблицы по мере нарастания баллов по Греб в обоих группах возрастает тяжесть больных.

На основе КТ исследования больные разделены на 2 группы: 1) без сопутствующего ВМГ - с непосредственным кровоизлиянием в желудочки - 19(25,3%), 2) с сопутствующей ВМГ, вследствие прорыва ВМГ в желудочки мозга - 56(74,7%) больных. По объему сопутствующей гематомы больные разделены на 5 групп: до 20мл-12, 21-40мл-25, 41-60мл-14, 61-80мл-5 наблюдений.

Сроки поступления: до 3-х суток - 37(51,5%), 4-14 сутки - 34(42,4%), после 15 суток - 4(6,1%) больных.

В 7(9,3%) наблюдениях были множественные, в 68(90,7%) одна аневризма. Классификацию аневризм по размеру мы проводили согласно M.G.Yasargil: 1) маленькие-до 6 мм-14; 2) средние-7-14 мм-37; 3) большие-15-24 мм-20; 4) гигантские- больше 25 мм-4 наблюдений.

Причиной кровоизлияния у больных с множественными аневризмами была в одном случае АА средней мозговой артерии(СМА), в 4 случаях АА передней мозговой - передней соединительной артерии(ПМА-ПСА), в 2 случаях АА дистальных отделов ПМА(A2-A3). Локализация АА у больных с одной аневризмой была следующей:ПМА-ПСА-44(64,7%), СМА-6(8,8%), ВСА-14(20,6%), A2-A3-4(5,9%) случаев.

Таблица1

Состояние больных в зависимости от степени распространения крови в желудочковой системе

Тяжесть по Hunt-Hess	Количество баллов по шкале D.A. Graeb					
	ВМГ+ВЖК			ВЖК		
	1-3	4-7	8-10	1-3	4-7	8-10
I	2	1	-	-	1	-
II	5	-	-	1	2	-
III	12	10	3	4	2	-
IV	1	10	2	1	2	1
V	4	4	2	1	3	1
Всего	24	25	7	7	10	2

ТКДГ проведена у 48(64%) больных. При этом вазоспазм I ст. выявлено у 11(23%); II ст.- у 21(44%); III ст.- у 9(18%) пациентов; у 7(15%) больных вазоспазм не выявлено.

Хирургические вмешательства у больных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями условно можно разделить на две группы:

1) Хирургические вмешательства, направленные на санацию желудочковой системы и ликвидации внутристернального давления (ВЧД).

2) Хирургические вмешательства, направленные на выключение аневризмы из кровотока.

Хирургические вмешательства для санации желудочковой системы и ликвидации ВЧД в свою очередь можно разделить на несколько видов.

а) Дренирование желудочковой системы-15 случаев.

б) Перфорация концевой пластиинки-31 случаев.

в) Фибринолиз сгустков с последующим дренированием желудочковой системы-2 случая.

г) Удаления сопутствующих внутримозговых гематом-40 случаев.

Следует отметить что, эти вмешательства часто применялись вместе и дополняли друг друга.

Проведённые операции для выключения аневризмы из кровотока можно разделить на два вида.

а) Транскраниальное клипирование аневризмы.

б) Эндоваскулярное выключение аневризмы из кровотока.

В 68(90,6%) случаях проведено клипирование шейки аневризмы. Из них в 14 случаях также проведено укрепление пришеечной части мышцей. В 1-м случае больной не оперирован в связи с крайне тяжёлым состоянием. В 2-х случаях проведена только дренирование желудочковой системы. У 4-х больных проведено эндоваскулярное выключение аневризмы из кровотока.

Анализирована также связь с распространением крови по Греб с исходом заболевания (Таблица2).

Как видно из таблицы 5 по мере увеличения степени распространения

крови, ухудшается исход, что более отчётливо наблюдается в группе с сопутствующим внутримозговым кровоизлиянием.

Проведён анализ исхода заболевания также с состоянием больных при поступлении, при этом отмечено ухудшение исходов в зависимости от тяжести состояния при поступлении.

Исходы у больных с внутрижелудочковым кровоизлиянием анализированы в зависимости от степени и распространённости вазоспазма. При этом выявлено что, начиная со II степени

распространённого вазоспазма резко возрастает процент неудовлетворительных исходов и смертности.

Инtrавентрикулярный фибринолиз с дренированием как относительно новая методика применена нами у 2-х больных с гемотампонадой желудочковой системы. Приводим одну из наблюдений:

Больной Р. На КТ головного мозга тампонада желудочковой системы плотными сгустками после разрыва АА ПМА-ПСА справа.

Таблица 2

Влияние распространения крови в желудочках на исход заболевания

Баллы по Греб	ВМГ+ВЖК					ВЖК				
	Баллы по ШИГ					Баллы по ШИГ				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1-3	8	-	5	4	7	1	-	1	3	2
4-7	9	-	5	6	5	5	-	-	2	3
8-10	3	-	1	2	1	-	-	-	2	-
Итого	20	-	11	12	13	6	-	1	7	5

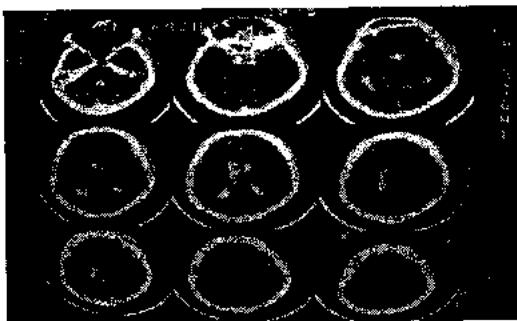


Рис. 1.КТ головного мозга до проведения фибринолиз

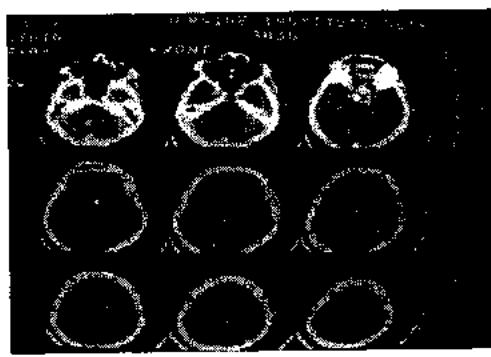


Рис. 2. КТ головного мозга через две сутки после фибринолиза

В связи с чем проведено дренирование передних рогов обоих боковых желудочков и проведен фибринолиз.

Через две сутки после фибринолиза на контрольных КТ головного мозга выявляется практически полная санация желудочковой системы (Рис.2). Оба пациента выжили и при выписке имели 4 балла по ШИГ.

ВЫВОДЫ: 1. Внутрижелудочковые кровоизлияния чаще происходят вследствие прорыва ВМГ в желудочковую систему. 2. Причиной ВЖК чаще всего является разрыв АА ПМА-ПСА. 3. Чем массивнее распространение крови в желудочковой системе тем тяжелее состояние больных при поступлении, и соответственно плохой исход. 4. Распространённый и выраженный вазоспазм ухудшает исходы. 5. Инtrавентрикулярный фибринолиз является перспективным методом лечения больных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями, особенно с тампонадой желудочковой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С. А. Хирургическое лечение артериальных аневризм головного мозга, осложнённых внутрижелудочковыми кровоизлияниями: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2002, 170 с.
2. Крылов В.В., Буров С.А., Дашиян В.Г., Смирнов Д. С. Интратекальный фибринолиз при массивных нетравматических внутрижелудочковых кровоизлияниях // Нейрохирургия, 2008, № 3, с. 23-30
3. Findlay J.M., Jacka M.J. Cohort study of intraventricular thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for aneurismal intraventricular hemorrhage // Neurosurgery, 2004, v.55, N3, p. 532-538
4. Коновалов А.Н., Крылов В.В., Филатов Ю.М. и др. Рекомендательный протокол ведения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга // Журн. Вопросы нейрохирургии, 2006, № 3, с.3-10
5. Ariesen M. J., Algra A., Van der H. B. Applicability and relevance of models that predict short term outcome after intracerebral haemorrhage // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2005, v.76, p. 839-844.

Azerbaycan tebabetinin müasir nailiyyetleri №1/2011

XÜLASƏ

MƏDƏCİKDAXİLİ QANAMA İLƏ AĞIRLAŞMIŞ ÖN YARIMDAİRƏNİN ANEVRİZMALARININ CIRILMASININ CƏRRAHİ MÜALICƏSİ

E.Z.Abbaszada, O.A.Simeyko, N.İlsayev, V.V.Moroz

Beyin əsasının arterial dövranının ön hissəsinin anevrizmalarının mədəcikdaxili qanama(MDQ) ilə ağırlaşmış 75 xəstənin cərrahi müalicəsi analiz olunmuşdur. Əsas diqqət xəstəliyin nəticəsinin, qanın mədəciklərde yayılma dərəcəsi ilə əlaqəsinə yönəlmüşdür. MDQ olan xəstələrdə, xəstənin daxil olarkən halının xəstəliyin nəticəsinə təsiri müəyyən olunmuşdur. Müəyyən olunmuşdur ki, fibrinolizin tətbiqi ilə mədəcik sistemini tez və effektiv sanasiya etmək mümkündür.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF RUPTURED ARTERIAL ANEURYSMS OF ANTERIOR CIRCULATION COMPLICATED WITH INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGES

E.Z.Abbaszade, O.A.Simeyko, N.İlsayev, V.V.Moroz

The results of surgical treatment of 75 patients with IVH as a result of rupture of arterial aneurysms(AA) of anterior circulation of the base of the brain were analyzed. The emphasis is made to relation of outcomes with extensions of blood in ventricular system. Estimated affect of condition on admission to results of treatment in patients with IVH. It was concluded possibility of rapid and effective sanitation of ventricular system using fibrinolysis.

Daxil olub:18.12.2010

BUD-ÇANAQ OYNAĞININ QANZ PERIASETABULYAR OSTEOTOMİYASI SONRASI TOTAL PROTEZLƏŞDIRMƏ

A. Qəhrəmanov, B. Atilla, M. Alpaslan, C. Aksoy, M. Tokgözoğlu, V.Verdiyev

Hacattəpa Universiteti Tibb Fakulteti, Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu,
Bakı

Gənc xəstələrdə bud-çanaq oynağının displaziyalan erkən osteoartrozların əsas səbəblərindəndir. Gənc xəstələrdə bud-canad oynağının total protezlaşdırılması qısa və orta müddətdə yaxşı nəticə versadə uzun müddətlə müşahidələr bu qeyri-biooji müalicə metodun müvəffəqiyətli olmadığını ortaya çıxartmışdır [1,2].

R.Qanz tərəfindən təklif edilən periasetabulyar osteotomiya bu gün bud-ca-naq oynağının displaziyaları ilə gənc xəstələrin müalicəsində ortopedlər tərəfindən ən cox qəbul edilən oynağı qorumağa yönəlmış əməliyyatdır. Qanz osteotomiyası nəticəsində sirkə kasası fragmentinin ekstensiv reorientasiyası əldə olunmaqla bərabər çanağın arxa kolonnasının qorunması nəticəsində minimal internal fiksasiya ilə xəstələrin əməliyyatdan 1-2 gün sonra ayağa qaldırılıb təzliklə aktivləş-dirmək imkanı əldə edilir [3].

Periasetabulyar osteotomiyanın məqsədi defisiti olan sirkə kasasının reoriyen-tasiyası nəticəsində displastik oynaqdə bud sümüyünün başının ön və bayır səthlərinin normal örtülməsini təmin etməkdir. Bu zaman açıqda qalmış başın qığırdaq hissəsi sirkə kasasının oynaq səthinin üzərində oturur və xəstənin ağrı şikayətləri aradan qaldırılır [4].

Məlumdur ki, displastik bud-çanaq oynağının protezlaşdırılmasında digər problem cox vaxt əməliyyat zamanı asetabulyar komponentin sirkə kasasının defi-siti səbəbi ilə yerləşdirilməsində çətinliklərdir. Bu vaxt sirkə kasası xüsusi keyclərlə gücləndirilir, asetabulurnun üst divarına transplantant qoyulur, sementli kapdan is-tifadə edilir. Bu hallarda asetabulyar komponentin stabililiyi normal sirkə kasasına yerləşdirilməsi zamanı əldə edilən stabililkən daha aşağı olur. Qanz periasetabul-yar osteotomiyasından sonra sirkə kasasının normal mövqeyə gətirilməsi nəticəsin-de lazımlı olarsa protezlaşdırma əməliyyatı aparmaq heç bir çətinlik yaratmır.

Bununla bərabər ədəbiyyatda Qanz əməliyyatı sonrası fəsadlaşma faizi (3-37%) yüksək olaraq qalır [5,6,7,8]. Periasetabulyar osteotomiya sonrası protezleş-məyə gedən xəstələrin sayı 17% catır. Siebenrock K. və b. [9] 1999-cu ildə yayın-ladığı məqalədə isə 71 ətrafi əməliyyat edilən xəstələnin 13-ü 11 il ərzində total protezlaşmaya məruz qalmışdır. Matta J. [10] əməliyyat edilmiş 66 ətrafin 4 il ərzində 5-nin protezlaşmaya məruz qaldığını göstərmişdir. Murphy S. [11] Qanz os-teotomiyası edilmiş 95 ətrafdan 5 il ərzində 6-nın

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

protezlaşdırma edildiyi haqqında məlumat vermişdir. Pogliacorni F. və b.[12] 2005-ci ildə yayınladığı məqalədə əməliyyat elədikləri 36 ətrafdan 3-ü 7 il ərzində total protezlaşdırma getdiyini göstərmişdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Hacəttapə universiteti Ortopediya kafedrasında 1995-2010 illər arasında 71 xəstənin (83 bud-canaq oynağı) Qanz osteotomiyası ilə müalicə edilmişdir.Xəstələrin 58 qadın,13 kişi id.44 halda sağ,39 halda isə sol oy-naqda patologiya qeyd edilirdi.23 xəstənin oynağında artroz ,60-da isə displaziya qeyd edilirdi.Uşaqlıq zamanı xəstələrin 38 ətrafında cərrahi,19-da isə konservativ müalicələr aparılmışdır. Xəstələrin 31-də 0.5-3 sm arasında qısalıq qeyd edilir-di. Xəstələrin 23-də ilio-inqvinal,60-da isə modifikasiya edilmiş Smit-Peterson ke-siyindən istifadə edilmişdir.Əməliyyatdan sonra müşahidə müddəti 1-15 orta he-sabla 8 il olmuşdur.Xəstələrdə Qanz osteotomiyası sonrası protezleşdirilmələr araşdırılmışdır.Rentgenoloji olaraq artroz dərəcəsini təyin etmək üçün Tönnis klassifikasiyasından istifadə edildi. Bud-canaq oynağının rentgenoloji olaraq struktural stabilliyini təyin etmək üçün Tönnis,Viberq,Lequesne bucaqları araşdırılmışdır. Alınan nəticələrin doğruluğu Styudent kriteriyaları ilə hesablanmışdır.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Qanz periasetabulyar osteotomiyası ilə müalicə edilmiş 83 ətrafin orta hesabla 8 illik nəticələri (1-15 il) araşdırılmışdır.Bu müddət ərzində 3 xəstənin 4 ətrafına total protezlaşdırma əməliyyatı edilmişdir. Əməliyyatın səbəbi xəstələrdə bud-canaq oynaqlarında ağrıların şiddetlənməsi idi. Xəstələrin Qanz osteotomiyası öncəsi orta yaşıları 21,25 (18-25) müşahidə müddəti isə 7,75 (4-12) il idi.Müayinə zamanı xəstələrdə Tönnis klassifikasiyasına görə artrozin də-rəcəsi 4 oynaqda 1-ci dərəcədən 3-cü dərəcəyə yüksəlmışdır. Xəstələrin hamısında bud-canaq oynağının hərəkətlərində azalma qeyd edilirdi.Əməliyyatdan əvvəl aşa-ğı olan bud-canaq oynağının funksional göstəricisi olan Harris Hip Score (65,25) əməliyyatdan sonra daha da aşağı (64,75) düşdü.Əməliyyatdan əvvəl 35,25° (28-41°) olan Tönnis bucağı,müşahidə müddətində 15,5° (13-18) qədər azalmışdır ($P<0,001$). Əməliyyatdan əvvəl 7,75° (0-14°) olan Viberq bucağı, müşahidə müddətində 37,5° (15-60°) qədər artmışdır ($P<0,05$).Əməliyyatdan əvvəl 0,75° (-6-5°) olan Lequesne bucağı,müşahidə müddətində 34,25° (28-41°) qədər artmışdır ($P<0,05$).

Qanz osteotomiyası öncəsi xəstələrin 1-də bilateral displaziya,1-də bilateral artroz, 1-də isə displaziya diaqnozu qoyulmuşdur.Bilateral artrozu olan xəstədə Şarko-Mari xəstəliyi müəyyən edilmişdir.Xəstələrin əməliyyat qabığı əsas şikayəti ağrı idi.Xəstələrin 2-də sağtərəfli,1-də sol tərəfli qısalıq qeyd edilirdi.Qısalıq 1.5-2 sm arasında idi.Xəstələrin hamısında axsama qeyd edilirdi. Uşaqlıqda 2 xəstə anadangəlmə çıxıq səbəbi ilə müalicə almışdır.1 xəstə gibs sarğısı ilə müalicə almış,1 xəstə isə əməliyyat edilmişdir.Şarko-Mari və bilateral bud-canaq oynaq-ları artrozu olan xəstəyə 2 tərəfli Qanz əməliyyatı edildikdən 6 il sonra sol, 9 il sonra isə sağ tərəfli total protez əməliyyatı edildi.Bilateral displaziyası olan digər xəstəyə yalnız sol tərəfli Qanz osteotomiyası edilmişdir.Bu xəstəyə əməliyyatdan 5 il sonra total protezlaşdırma əməliyyatı edildi.Sol tərəfli displaziyası olan xəstəyə isə əməliyyatdan 5 il sonra total protez əməliyyatı edildi.Qeyd etmək lazımdır ki, Şarko-Mari xəstəliyi olan xəstədən başqa digər 2 xəstənin anamnezində uşaqlıqda anadangəlmə çıxıqlar səbəbi ilə müalicə alındıqları müəyyən edilmişdir.

Misal.Xəstə S.B.21 yaş.Şikayətləri 6-7 ay hər 2 bud-canaq oynağında şiddətli ağrılarından,axsamaqdandır. Uşaqlıqda anadangəlmə çıxıqlar səbəbindən əməliyyat edilib.Diaqnoz: Hər iki bud-canaq oynaqlarının displaziyaları [Şəkil 1].1998-ci ildə sol bud-canaq oynağına Qanz periasetabulyar osteotomiyası edilib [Şəkil 2]. Əməliyyatdan 5 il sonra əməliyyat edilmiş tərəfdə şiddətli ağrıları başlayıb.50 metrden artıq gəzə bilməyib. 2003-cü ildə sol tərəfli total protezlaşdırma əməliyyatı edilib [Şəkil 3].



Şək. 1. Xəstə S.B.21 yaş.Hər iki bud-çanaq oynaqlarının displaziyaları.Əməliyyatdan əvvəl



Şək. 2. Xəstə S.B.21 yaş. 1998-ci ildə sağ bud-çanaq oynağına Qanz periasetabulyar osteotomiyası edilib



Şək. 3.Xəstə S.B.21 yaş.2003-cü ildə sol tərəffil total protezləşdirmə əməliyyatı edilib.

Displastik bud-çanaq oynağında adətən sirkə kasası tərəfindən budun başının örtülməsinin ön və bayır hissəsində çatmamazlıq qeyd edilir. Qanz osteotomiyasının əsas məqsədi sirkə kasasının reorientasiya edərək bu defisiti aradan qaldırmaqdır. Bud-canaq oynağının displaziyaları və artrozları zamanı gənc xəstələrdə total protezləşdirmə erkən reviziylar səbəbindən bu yaşda müvəffəqiyyətli əməliyyat sayılır və sirkə kasasının komponentinin yerləşdirilməsi böyük çətinliklərle mü-şahidə olunur. Qanz osteotomiyası edilmiş və sirkə kasası normal vəziyyətə gətiril-miş xəstələrdə total protezləşdirmə zamanı biz asetabulyar komponentin yerləşdi-rilməsi zamanı çətinliklərə qarşılaşmadıq. Bütün hallarda tam yuvasına yerləşdiril-miş,alava transplantant istifadə edilmədən sementsiz asetabulyar komponentdən istifadə edilmişdir.

Osteoartroz,labrum yırtığı kimi patologiyaları olan bud-çanaq oynaqları və ya uşaqlıqda oynaqdə çıxıq kecirmiş, konservativ və ya cərrahi müalicə almış xəstələr proqnoz nöqtəyinən risk qrupuna aiddirlər (5).Bizim müşahidələrimizdə protezləşdirmə edilən xəstələrimizin ikisi uşaqlıqda bud-canaq oynaqları çıxıqları kecirmiş və müalicə almışdır.1 xəstə isə Şarko-Mari xəstəliyi ilə iddi. Beləliklə Qanz osteotomiyası sonrası protezləşdirmə edilən xəstələrin hamısı risk qrupundan idi.

NƏTİCƏ. 1.Qanz periasetabulyar osteotomiyası ilə müalicə edilmiş 71 xəstədən (83 oynaq) orta hesabla 8 illik müşahidə müddətində 3-də (4 oynaq) total protezləşdirmə əməliyyatı edildi. 2.Qanz periasetabulyar osteotomiyası ilə defisiti olan sirkə kasasının normal vəziyyətə reorientasiyası sonrası aparılmış protezləşdirmə əməliyyatları zamanı asetabulyar komponentin yerləşdirilməsi çətinlik töretmirdi. Bütün hallarda sümük transplantantları istifadə edilmədən sementsiz komponentlər yerləşdirilmişdir. 3.Protezləşdirmə edilen xəstələrimizin 2-si uşaqlıqda bud-çanaq oynaqları çıxıqları səbəbi ilə müalicə almışdır.1 xəstə Şarko-Mari xəstəliyi ilə iddi. Osteoar-trozu olan,uşaqlıqda bud-çanaq oynağında çıxıq kecirmiş xəstələr risk qrupuna aiddirlər.

ƏDƏBIYYAT

1. Woolson S.T., Murphy M.G. Wear of the polyethylene of Harris-Galante acetabular components inserted without cement // J.Bone Joint Surg Am., 1995, v.77, p.1311-1314
2. Dorr L.D., Kane T.J., Conaty J.P. Long-term results of cemented hip arthro-plasty in patients 45 years old or younger. A 16-year follow-up study // J.Arthroplasty, 1994, v.9, p.453-456
3. Ganz R., Klaue K., Vinh T.S., Mast J.W. A new periacetabular os-teotomy for the treatment of hip dysplasia;technique and preliminary results // Clin.Orthop., 1988, v.232, p.26-36
4. Siebenrock K.A.,Leunig M.,Ganz R.Periacetabular osteotomy the Bernese experience // Inst.Course.Lect., 2001, v.50, p.239-245
5. Biedermann R., Donnan L., Gabriel A. et al Complications and patients satisfaction after periacetabular pelvic osteotomy // Inter-national Orthopaedic (SICOT), 2008, v.32, p.611-617
6. Clohisy J.C., Barett S.E., Gordon J.E., Schoenecker P.L. Surcigal technique // J.Bone Joint Surg (Am), 2006, v.88A, (1 suppl), p.65-83

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

7. Clohisi J.C., Nunley R.M., Curry M.C., Schoenecker P.L. Periacetabular osteotomy for the treatment of acetabular dysplasia associated with major aspherical femoral head deformities // J.Bone Joint Surg (Am), 2007, v.89, p.1417-1423
8. Seti C., Asik M., Tozun R. et al Ganz osteotomies in the treatment of adult acetabular dysplasia // Internatinoal Orthopaedic (SICOT), 2003, v.27, p.78-84
9. Siebenrock K.A., Scholl E., Lottenbach M., Ganz R. Bernese periacetabular osteotomy // Clin Orthop., 1999, v.363, p.9-20
10. Matta J.M., Stover M.D., Siebenrock K.A. Periacetabular osteotomy through the Smith-Petersen approach // Clin.Orthop., 1999, v.363, p.21-32
11. Murphy S.B., Deshmukh R. Periacetabular osteotomy.Preoperative ra-diographic predictors of outcome // Clin Orthop., 2002, v.405, p.168-174
12. Pogliacomy F., Stark A., Wallenstein R. Periacetabular osteotomy. Good pain relief in symptomatic hip dysplasia,32 patients followed for 4 years // Acta Orthop Scand., 2003, v.76, p.67-74

РЕЗЮМЕ.

ТОТАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПЕРИАЦЕТАБУЛЯРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ПО ГАНЗУ

А.Гахраманов, Б.Атила, М.Алласлан, Д.Аксој, М.Токгөзоглы, В.Вердиев

Проанализированы результаты лечения 71 больного (83 сустава) лечен-ных остеотомией по Ганзу.За этот период 3 больным (4 суставов) было про-изведено тотальное протезирование.Во время тотального протезирования установка ацетабулярного компонента после реориентации имеющей дефи-цит вертлужной впадины не составило особых технических сложностей.Во всех случаях использовалась бесцементная чашка.Больные с артозами и пе-ренесенными в детстве вывихами тазобедренного сустава составляют группу риска.

SUMMARY

TOTAL PROSTHETICS OF HIP JOINT AFTER PERACETABULAR GANZ OSTEOTOMY

A.Gahramanov, B.Atila, M.Alpaslan, D.Aksoy,M.Tokgozoglu,V.Verdiyev

There were analyzed the results of treatment of 71 patients (83 joints) who have been treated by Ganza osteotomy. There were carried out the total prosthetics in 3 patients (4 joints) during this period. While total prosthetics the installation of acetabular element after reorientation of the deficient cotyloid [cup-like] cavity was technically not difficult at all. In all cases there were used non-cement cup. The patients who had had arthrosis and spondylolisthetic pelvis in childhood presented the risk group.

Daxil olub:18.12.2010

REKTUMUN ANTERIOR VƏ LOW ANTERIOR REZEKSİYALARINDAN SONRA ƏMƏLİYYATDAXİLİ BURAXMIŞ ANASTOMOZLARIN PREVENTİV İLEOSTOMA İLƏ MÜALİCƏSİNİN MÜMKÜNLÜYÜ

E.H.Əzimov

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

S-vari bağırsağın divertikulyoz xəstəliyi rektumun sallanmaları, invazivliyinə şübhə olan, fəqət endoskopik yolla çıxarılması mümkün olmayan poliplerin, rektumun bütün şöbelərinin adenokarsinomaları anterior və low anterior rezeksiya ilə çıxarılmınağa göstərişdir [1,2,6]. Bu cür əməliyyatların eksəriyyət halda intraluminar steplerlərin köməkliyi ilə həyata keçirildiyindən anastomoz üzərində bəzən heç bir prosedura aparmaq mümkün olmur (məs. dar çanaq münasibəti ilə low anterior rezeksiya). Tədqiqatçıların bir qismi evvelcəden ileostomanın qoyulmasının məqsədəuyğun hesab edirlər [3,4,5]. Xüsusen rektumun şúa müalicəsi almış adenokarsinomaları münasibəti ilə aparılmış rezeksiyalar zamanı bu cür stomaların qoyulmasının anastomoz tutmazlığının profilaktikası baxımından xüsusi əhəmiyyətinin olması tibbi ədəbiyyatda dəfələrlə göstərilmişdir [2,6]. Dar çanaq və low anterior rezeksiya zamanı əməliyyatdaxili buraxmış anastomozlarda anastomoz üzərində əlavə proseduraların aparmağın mümkünşüzlüyü preventiv ileostomaların qoyulmasına mənim fikrimcə ən önemli göstərişdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatın obyektini Ankara Universitetinin Tibb fakultəsində, cərrahi müdaxiləyə məruz qalmış 37 xəste təşkil etmişdir. Pasientlər üzərində anterior və low anterior rezeksiyaları əməliyyatları aparılmışdır. Xəstələrin yaşa və

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

cinsə görə paylanması cədvəl 1-də, patologiyalara görə paylanması isə cədvəl 2-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1
Rektumun anterior və low anterior rezeksiyaya məruz qalmış pasiyentlərin yaşa və cinsə görə paylanması

Gösterici	Yaş			
	35-44	45-54	55-64	65 yuxarı
Kişi	5	9	7	7
Qadın	4	6	2	1

Cədvəl 2
Xəstələrin patologiyalara görə paylanması

Gösterici	Patologiyalar			
	Divertikulyoz	Rektumun sallanması	Şübhəli poliplər	Adenokarsino-malar
Kişi	4	5	2	14
Qadın	-	16	6	6
Cəmi	4	5	8	20

Cədvəl 1 və 2-də göründüyü kimi rektumun anterior və low anterior rezeksiyasına məruz qalacaq xəstələrin eksəriyyətini kişiler təşkil edir. Rektumun adenokarsinomaları isə anterior və low anterior rezeksiya ən çox göstəriş hesab edilən patologiyadır.

Adenokarsinoma münasibəti ilə cerrahi müdaxile məruz qalmış xəstələrin eksəriyyətinin üzərində low anterior rezeksiyası aparılmışdır (20 pasiyentin 17-də low anterior, 3-də isə anterior rezeksiyası əməliyyatı icra edilmişdir). Bu qrup pasiyentlərdə anastomozların əməliyyatdaxili buraxmasına şübhə olan hallarında preventiv ileostomaların qoyulması bizim fikrimizcə ən düzgün taktikadır. Kişilərde dar çanağın elavə proseduraların aparılmasına imkan vermediyindən bu cür yanaşmanın nə qədər düzgün olduğu məsəlesi anlışılır. Biz bu məqsədlə çanağın antropometrik göstəricilərinin əvvəlcədən öyrənərək ileostomaların qoyulması üçün konkret göstərişləri müəyyən etmişik (Cədvəl 3).

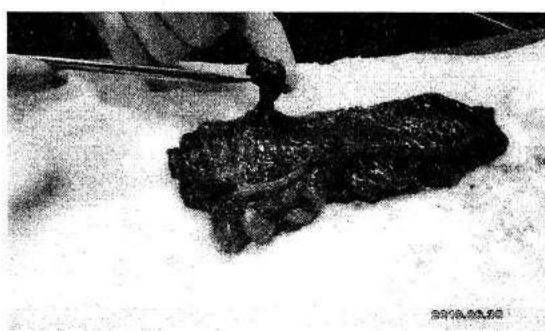
Cədvəl 3
Kişi çanağının antropometrik göstəriciləri

Gösterici	Kiçik çanaq gireceyinin ölçüləri		
	Ön-arxa	Kondələn	Çep
Kişi (n=17)	7,5÷11 sm	8,5÷12 sm	8,0÷11,5 sm
Qadın (n=13)	11÷15 sm	13÷17 sm	12÷16 sm

TƏDQİQATIN NƏTİCƏSİ VƏ MÜZAKİRƏ. Rektumun low anterior rezeksiya bizim müşahidəmiz altında olan rektumun adenokarsinomasi diaqnozu qoyulmuş xəstələr üzərində aparılmışdır. Bu adenokarsinomalar adətən düz bağırsağın orta və aşağı 1/3 hissəsində lokalizə etmişlər. Divertikulyoz diaqnozu qoyulmuş 4 pasiyentdə, rektumun (3 pasiyent) və S-varı bağırsağın polipi (5 pasiyent) diaqnozu qoyulmuş 8 xəstədə, rektumun sallanması diaqnozu qoyulmuş 5 xəstədə isə rektumun ön rezeksiyası əməliyyatı icra edilmişdir. Əməliyyatlar icra edilən zaman heç bir halda kolonik rezervuar yaradılmamışdır. Anastomozlar intraluminar 31 və 33-lük steplerlər köməkliyi ilə qoyulmuşdur. Biz kolonik rezervuarın yaradılmasını yalnız dar bağırsaqlarda tövsiyə edirik (məs. 29-luq steplerlə tikilməsi uyğun anastomozlarda). Divertikulyoz münasibəti ilə 2 xəstədə (qadın), S-varı bağırsağın polipi diaqnozu qoyulmuş 3 xəstədə anastomozlar el ilə qoyulmuşdur. S-varı bağırsağın polipi diaqnozu qoyulmuş 2 pasiyentdə müdaxile laparoskopik yolla həyata keçirilmiş hər iki pasiyentdə anastomoz qoyan zaman kombine olunmuş (ekstra-intrakorporal anastomoz qoyulması) metodikadan istifadə edilmişdir (Şək.1 a,b).



a) spesmen



b) ayaqcıq üzerinde polip

Şəki.1. Laparoskopik yolla çıxarılmış S-vari bağırşaqın polipi

Bütün hallarda anastomozun hermetikliyi əməliyyatdaxili pnevmopressometriya üsulu ilə qiymətləndirilmişdir. Bizim fikrimizcə ister açıq əməliyyatlarda, isterse də laparoskopik əməliyyatlarda pnevmopressometriyanın istifadəsi rutin olaraq tətbiq edilməlidir.

Pnevmpressometriyanın nəticələri tam tutmazlıq, hissəvi tutmazlıq, tam hermetik kimi qiymətləndirilmişdir (Cədvəl 3).

**Cədvəl 3
Pnevmpressometriyanın nəticələri**

Əməliyyatlar	Tutmazlığın dərəcəsi		
	Tam tutmazlıq	Hissəvi tutmazlıq	Tam hermetik
low anterior (n=17)	2	3	12
Anterior (n=20)	1	2	17

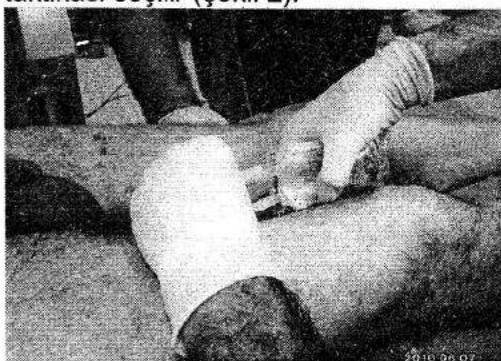
Steplerlə qoyulmuş anastomozlarda anastomozların hermetikliyinin qiymətləndirilməsi subyektiv əlamətlərə görə aparılır. Qarın boşluğununa tökülmüş mayenin üzərində yaranmış su qabarıqlarının miqdarına görə anastomozun tam yaxud hissəvi buraxması haqda məlumat almaq olar. Pnevmpressometriya zamanı 1-2-3 ədəd su qabarcığı görünürsə bu hissəvi tutmazlıq kimi 4-5-6 və çoxlu miqdarda su qabarcığı görünürsə tam tutmazlıq kimi qiymətləndirilmişdir. Steplerlərin qoyulması zamanı anastomozun hermetikliyi ilə bağlı firmalar 100%-ə yaxın təminat versə də texniki məsələlər, bağırşaqın divarında baş verən dəyişikliklər anastomozun tam olaraq hermetik qoyulmasına imkan vermir.

Əməliyyat zamanı kiçik çanağa girişü kiçik olan pasiyentlərdə (xüsusən kişilərdə) low anterior rezeksiya zamanı əməliyyatdaxili buraxmış anastomozlarda əlavə prosedura etmək mümkün olmur (kiçik çanağın ön arxa ölçüsü 7,5÷11 sm olan pasiyentlərdə bu cür proseduraları etmək mümkün süzdür). Biz çanağın ön-arxa ölçüsü 10 sm-dən kiçik olan və low anterior rezeksiyaya məruz qalmış anastomozu hissəvi və tam buraxmış pasiyentlərdə əməliyyat zamanı preventiv ikilüləli ileostomanın qoyulmasını tövsiyə edirik. Bizim müşahidələrimiz zamanı anterior rezeksiyaya məruz qalmış və anastomozu əməliyyatdaxili buraxmış 3 pasiyentdən 2-də əlavə tikişlər qoymaqla anastomozun hermetikliyi temin olunmuş, 1 pasiyentdə isə anastomoz üzərində aparılan prosedura tikiş xəttinin dağılmasına və didilməsinə səbəb olduğundan əlavə olaraq preventiv ikilüləli ileostoma qoyulmuşdur.

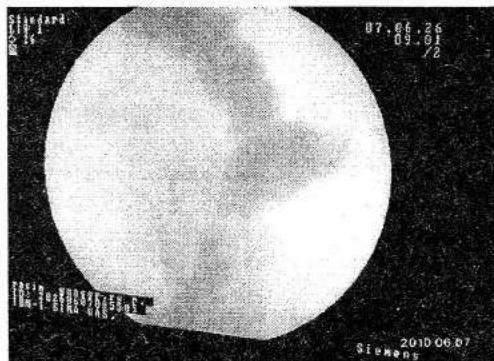
Low anterior rezeksiyaya məruz qalmış pasiyentlərin hamısında (cəmi 5 pasiyent) ikilüləli ileostoma qoyulmuşdur.

Kiçik çanağın köndələn ölçüsü 7,5÷10 sm arasında olan kişilərdə kiçik çanaqda əlavə tikiş qoymaq praktiki mümkün deyil. Kiçik çanağın köndələn ölçüsü 11 sm-dən böyük olan 1 xəstədə low anterior olan sonra hissəvi buraxma qeyd edildiyindən üzərində əlavə prosedura aparmaq məcburiyyətində qalınmışdır. Əlavə tikişlər qoyulmasına baxmayaraq anastomozun hermetikliyinə şübhə olduğundan preventiv ileostoma qoyulmuşdur. İleostoma qoyulduğandan 2 ay sonra xəstələr ileostomanın qapadılması münasibəti ilə müraciət etmişlər. İleostoma bağlanmasına biz yalnız kontrastlı per rektal müayinədən sonra qərar vermişik. 10 ml uroqrafin, 200 ml fizioloji məhlulda həll edildikdən sonra transanal olaraq yoğun bağırşaq yeridilir. Anastomozun tamlığına qərar verildikdən sonra xəstə ileostoma qapadılması

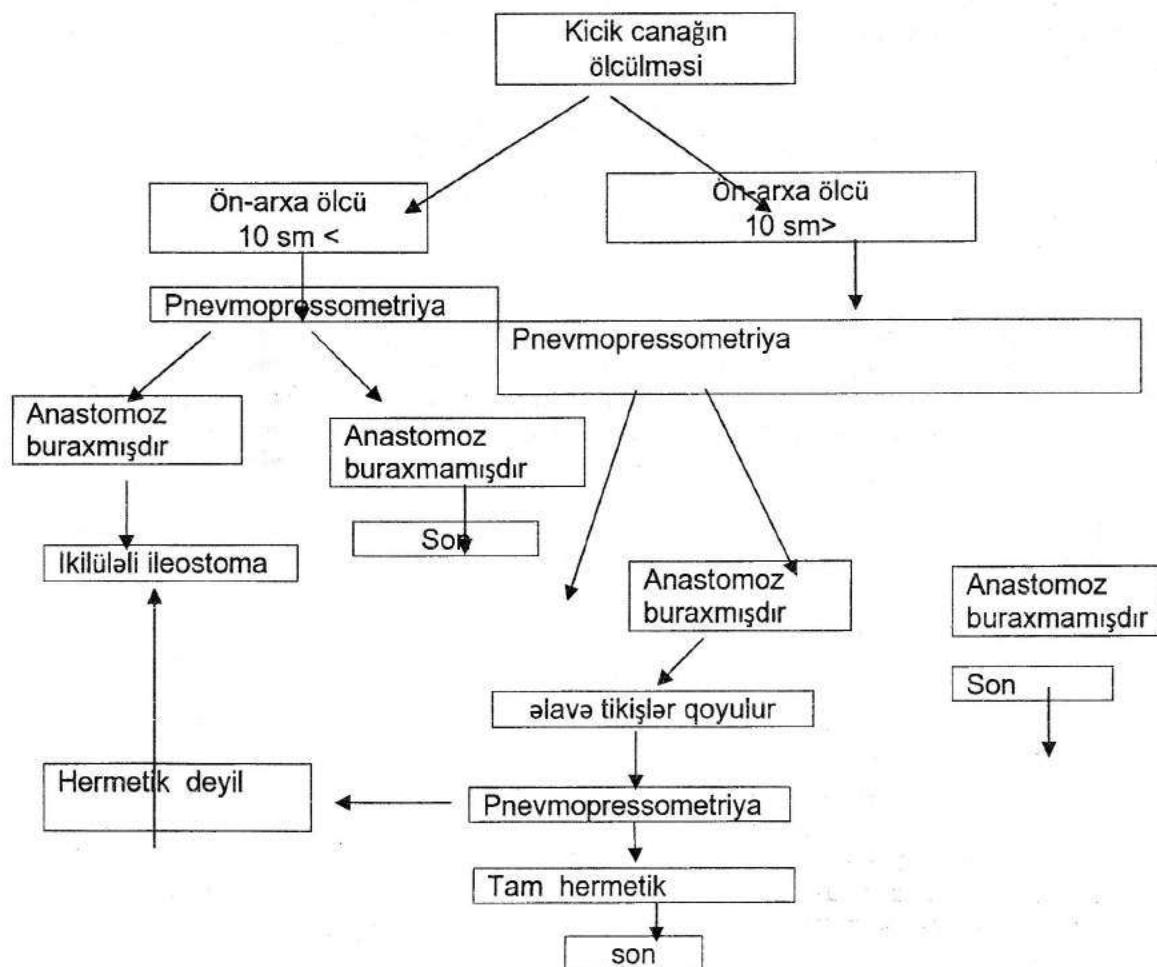
münasibəti ilə klinikaya yerləşdirilir. Əgər anastomozun tamlığına şübhə varsa gözləmə taktikası seçilir (şəkil 2).



Şək. 2. Per rektal kontrastlaşdırma



Şək. 3. Rentgenoqram



İleostoma qoyulmuş pasiyentlərdən yalnız 1-də gözləmə taktikası seçilmişdir. Həmin pasiyent 2 aydan sonra gəldikdə anastomozun tam hermetikliyi qərarı verilmiş (şəkil 3) və xəstə üzərində ileostomanın bağlanması əməliyyatı icra edilmişdir. İleostoma qapadılmış 6 pasiyentin heç birində anastomozla bağlı ağırlaşma qeyd edilməmişdir.

Rentgenoqrammada anastomoz zonası göstərilmişdir. Perrektal yeridilmiş suda həll olan kontrast maddə rektumu o cümlədən bütün kolonu kontrastlaşdırılmışdır. Ox işaretisi ilə anastomoz zonası təsvir edilmişdir.

Azərbaycan təbabətinin müasir nalliyətləri №1/2011

Əməliyyat daxili buraxmış anastomozu müalicəsi üçün preventiv iki lüləli ileostoma qoyulmuş, 2 aydan sonra tekrar kontrastlı irriqoqrafiya aparılmışdır. Kontrast madde buraxmış anastomoz zonasından kenara sıçramır və anastomoz öz tamlığını bərpa etmişdir.

NƏTİCƏ. Yuxarıda qeyd olunanları yekunlaşdıraraq müalicə taktikası üçün aşağıdakı alqoritm təklif etmək olar.

Bələliklə low anterior rezeksiyaya məruz qalmış dar çanağa malik ($7,5\pm10$ sm) pasiyentlərdə əməliyyatdaxili buraxmış anastomozlarda anastomoz üzərində heç bir prosedura aparmağa ehtiyac yoxdur. Bu cür hallarda preventiv ikilüleli ileostomanın qoyulması məqsədə uyğun hesab edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Velez et all Am.J.Surg., 1999, No 177, P.467
2. Joo et all Dis. Colon Rectum 1998, No 41, P.740
3. Williams et Seow-Choen Br.J.Surg. 1998, No 85, P.1029
4. Huber et all Dis. Colon. Rectum. 1999, 42, P.896
5. Wai Lun Law et all Wored J.Surg. 2006, 30, P.598
6. Josef E., Fischer Mastery of surgery, II 2286 P. copyright, 2011

РЕЗЮМЕ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЛЭОСТОМЫ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ АНАСТОМОЗАХ ПОСЛЕ ANTERIOR И LOW ANTERIOR РЕЗЕКЦИЙ

Э.Н.Азимов

Мы считаем, что необходимо применение превентивного лечения илэостомы при интраоперационных анастомозах после anterior и low anterior резекций. В исследование участвовали 37 больных, которые прошли хирургическое лечение. К ним применялись anterior и low anterior резекции. Таким образом, у больных с узким тазом после low anterior не стоит проводить интраоперационные процедуры над анастомозами. В этих случаях мы считаем закономерным проведение двухстволчатой илэостомии.

SUMMARY

OPTIONS OF TREATMENT INTRAOPERATIVE ANASTOMOSIS AFTER ANTERIOR AND LOW ANTERIOR RESECTIONS BY PREVENTIVE ILEOSTOMY

E. N. Azimov

In our opinion it is very important to put preventive ileostomy with intraoperative anastomosis after anterior and low anterior resections. The study included 37 patients, kotorey went surgical treatment. They applied anterior and low anterior resection. Thus, in patients with narrow pelvis after low anterior should not enter any intraoperative procedures over anatomozami. In such cases, we believe the logical place ileostomy.

Daxil olub:29.11.2010

HORMONAL KONTRASEPSİYANIN PREMENSTRUAL SİNDROMUN GEDİŞİNƏ TERAPEVTİK TƏSİRİ

A.M.Rzayeva, S.A.Əliyeva, R.P.Həsənova, I.Ə.Tağıyeva, Z.H.Hüseynova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Premenstrual sindrom (PMS) – çoxcəhətli simptomokompleks olub, sinir-psixi, vegetativ-damar və endokrin-mübadilə pozğunluqları ilə xarakterizə edilir. Müasir dövrdə PMS çox yayıldığından, etiologiya və patogenezi haqqında müxtəlif fikirlər olduğundan ən aktual problemlərdən biri sayılır.

Tədqiqatın məqsədi tərkibində həstəgen komponenti kimi drospirenon olan aşağı dozalı kombinə olunmuş oral kontraseptivin (KOK) reproduktiv yaşda müxtəlif ağırlıq dərəcəli PMS simptomları olan qadınlarda kontraseptiv və müalicə effektivliyinin qiymətləndirilməsi oldu.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat üçün 18-45 yaşında, ciddi somatik patologiyası olmayan, aybaşı tsiylinin müddəti 12 ay ərzində $28-32\pm2$ gün, müxtəlif ağırlıq dərəcəli PMS simptomları olan, etibarlı kontrasepsiya metodundan istifadə etmək isteyen 90 qadın müayinə edildi. Pasiyentlərin orta yaşı $29,7\pm7,2$ idi və çox hissəsi (99%) sıqaret çəkmirdilər və spirtli içki qəbul etmirdilər. Ümumi klinik, klinik-laboratoriyal instrumental

müayinə metodlarından istifadə edildi. Hormonal kontrasepsiyanın istifadəsinə əks-göstərişi olmayan 75 qadın tədqiqata daxil edildi. Onlara tərkibində 3 mg drospirenon ve 30 mkq etinilestradiol olan «Yarina» preparati kontrasepsiya və müalicə məqsədilə 21 gün - hər gün 1 tablet və 7 gün fasile ilə 6 ay müddətində teyin edildi. Tsiklik simptomların qiymətləndirilməsi anket sorğusu əsasında aparıllaraq, PMS diaqnozunu və onun ağırılıq dərəcəsini təyin etməyə imkan verdi. Bundan başqa, pasiyentlər KOK istifadəsinə başlamazdan əvvəl 1-2 ay müddətində və terapiya fonunda gündəlik qeyd apardılar. Kontraseptivin PMS-in gedişinə terapevtik təsir effektivliyi bu gündəliklərin köməyi ilə qiymətləndirildi.

NƏTİCƏLƏR. 75 xəstədə PMS-in müxtəlif dərəcələri aşkar edildi. 9 pasiyentdə premenstrual disforik pozğunluqlar (PMDP), 20-də PMS-in orta ağırılıq dərəcəsi, 46 da yüngül dərəce müəyyən edildi. Somatik simptomlardan en çox mastodoniya və mastalgiya (72,4%), qannda köp (58,2%), ödem (46,2%), baş ağrıları (26,2%); psixoemosional simptomlardan: əmosional labillik (68,2%), əsəbilik (64,6%), ağlağanlıq (56,2), depressiya (42,4%), iştahanın artması (34,2%), yorğunluq (32,8%), həyəcan hissi (28%) müşahidə edildi. Aparılan terapiya fonunda PMS-in əsas təzahürleri ehəmiyyətli dərəcədə azaldı.

Müalicədən 3 ay sonra effektivlik 44 pasiyentdə (58,6%), hissəvi effektivlik 28 pasiyentdə (37,3%), qeyri-effektiv təsir isə 3 pasiyentdə müşahidə edildi. KOK istifadə edən zaman birinci ay əlavə təsirlərdən 5 pasiyentdə (6,6%) dispepsik əlamətlər, 4 pasiyentdə (5,3%) baş ağrıları, 2 pasiyentdə isə (2,6%) ayaşalarası qanlı ifrazat müşahidə edildi. Bütün bu əsimptomlar əlavə terapiya tələb etmədən və preparat ləğv edilmədən öz-özüne aradan qalxdı.

Kontraseptiv effektivlik 100% teşkil etdi.

NƏTİCƏLƏR. Tərkibində həstəgen komponenti kimi 3 mg drospirenon və 30 mkq etinilestradiol olan aşağı dozalı kombinə olunmuş oral kontraseptiv reproduktiv yaşda olan qadınlarda effektiv metoddur. Preparat PMS simptomlarına təsir edərək, onların orta hesabla 40% azalmasına səbəb olur.

Tərkibində drospirenon olan «Yarina» preparati PMS və PMDP-nin müalicəsində effektiv preparatdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Gilliam M, Knight S, Mc Carthy M, Success with oral contraceptive: A pilot study. Contraception 69:413, 2004.
2. Joffe J, Petrillo LF, Viguera AC, et al. Treatment of premenstrual worsening depression with adjunctive oral contraceptive pills: A preliminary report. J.Clin Psychiatry 68:1954, 2007.
3. Krattenmacher R: Drospirenone: Pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. Contraception 62:29, 2000.
4. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM: oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.
5. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zucur MA, et al: Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone – containing oral contraceptive formulation. Contraception 72:4, 2005.
6. Jonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, et al: Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. Obstet. Gynecol 106:492, 2005.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА КУРС ТЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

А.М.Рзаева, С.А.Алиева, Р.П.Гасанова, И.А.Тагиева, З.Х.Гусейнова

Низкие дозы сочетаний оральных контрацептивов, содержащих в качестве компонента прогестинов 3 мг дроспиренона и как эстроген компонента 30 МКГ являются эффективными методами у женщин репродуктивного возраста. Наши исследования показали, что у 40% женщин с предменструальным синдромом, которые используют эти средства отмечалось улучшение. Таким образом, препарат «Ярина», содержащий дроспиренон является эффективным средством для лечения предменструального синдрома и предменструальных дисфункцических расстройств.

SUMMARY

EFFECT OF HORMONAL CONTRACEPTION ON COURSE OF PREMENSTRUAL SYNDROME

A.M.Rzayeva, S.A.Aliyeva, R.P.Hasanova, I.A.Tagiyeva, Z.H.Huseynova

Low dose combination oral contraceptives containing as a progestin component 3 mg drospirenone and as an estrogen component 30 mkg ethinylestradiol are an effective method in reproductive age women. Our study have shown improvement in symptoms for women with premenstrual syndrome who use these drospiren-

containing COC-s in average on 40%. Thus, drospirenon-containing «Yarina» is effective drug for treatment premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.

Daxil olub:07.12.2010

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю.Р. Алияров
Национальный Центр Онкологии, Баку

Многогранность и полиморфность клинических проявлений острого панкреатита до сих пор сопровождается большим числом осложнений и высокой летальностью, которая варьирует от 5 до 50% в различных хирургических клиниках [1,2,4,5]. Оптимизация интенсивной терапии изменила лишь структуру летальности при тяжелом панкреатите, то есть, если тридцать лет тому назад больные чаще всего умирали в токсической фазе заболевания, то в настоящее время от 50 до 80% больных умирают от развития гнойно-септических осложнений, на поздних стадиях течения заболевания [2,3,4,6,7,9].

Причинами столь неутешительной статистики являются нерешенные и дискутабельные вопросы, касающиеся диагностики острого панкреатита и его осложнений, отсутствием единой классификации, оценки тяжести и прогноза заболевания, многообразием используемых методов консервативного и хирургического лечения [3,5,7,8,9].

ЦЕЛЬ работы – улучшить результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Материалом настоящей работы являются результаты лечения 103 больных(основная группа) с острым деструктивным панкреатитом различной этиологии, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ на базе ГКБ №81 с 2005 по 2009 гг., когда мы строго придерживались сформированных лечебно-диагностических принципов при остром панкреатите и активно стали применять в лечении острого деструктивного панкреатита экстракорпоральные метода детоксикации. Контрольную группу составили 181 пациент- пациенты которые находились на лечении в период разработки единой лечебно-диагностической доктрины.

Процесс диагностики был аналогичным в обеих группах и включал трехэтапный алгоритм исследований: общеклинические методы; лабораторные и биохимические тесты ; инструментальная диагностика (УЗИ, ЭГДС, Р-графия, диагностическая лапароскопия, КТ, ЭРХПГ+ЭПТ). Оценку тяжести состояния при поступлении и в динамике, наряду с клинико-лабораторными и инструментальными данными проводили по интегральной шкале SAPS (Simplified Acute Physiology Scope) (Le Gall G.R., 1984). Течение острого панкреатита считали тяжелым, если показатели по шкале превышали 8 баллов.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2002 SP-1 и Statistica 6.0. (Microsoft).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Всем больным основной группы для уточнения диагноза острого панкреатита выполнялась диагностическая лапароскопия. Лечение проводили в отделении интенсивной терапии. Базовая терапия включала в себя интенсивную внутривенную инфузционную терапию с объемом 50 мл/кг/сут. Структура инфузционной терапии составляла: кристаллоидных растворов 48%, коллоидных – 48%, белковых растворов 4-6%. На ранних этапах лечения, при высокой секреторной активности поджелудочной железы, с целью фармакологической блокады ее экзокринной функции использовали синтетические аналоги соматотропного гормона - окгреотид, в дозировках 0,6мг в сутки, подкожно. При снижении уровня амилазы крови, диастазы мочи дозировка окгреотида уменьшалась до 0,3мг в сутки. Комбинированная антисекреторная терапия включала инфузию 80 мг в сутки кваматела, что положительно сказалось на сокращении желудочной секреции, одновременно защищая больного от развития стресс-повреждений желудка. Одним из важнейших составляющих комплексной терапии пациентов является адекватное купирование болевого синдрома, так как не купируемый болевой синдром запускает каскад патофизиологических реакций, ускоряющих в

итоге развитие полиорганной недостаточности. Методом выбора анальгезирующей терапии была продленная эпидуральная анальгезия 0,2% ропивакаином, 100мл со скоростью 6-12мл в час при помощи инфузомата, в течение 3-5 суток. Антибактериальную профилактику и терапию проводили карбапенемами, с последующим переходом к антибиотикам более узкого спектра действия в зависимости от результатов чувствительности микрофлоры.

Необходимым компонентом комплексной терапии больных с острым деструктивным панкреатитом как в пред- так и послеоперационном периоде были различные методы экстракорпоральной детоксикации.

Экстракорпоральные методы детоксикации выполняли следующими методиками: фильтрационный плазмаферез, терапевтический плазмообмен, постоянная вено-венозная гемодиафильтрация и гемофильтрация, а также сочетание этих методик. Оптимизация консервативной терапии, с ранним применением различных методов экстракорпоральной детоксикации дали свои положительные результаты. Значительно снизилось количество оперативных вмешательств в fazu панкреатогенной токсемии. В основной группе оперировано 36(34,9%) больных. Среди оперированных больных основной группы 4(11,1%) больным диагностическая лапароскопия была дополнена, вследствие наличия эндоскопических признаков желчной гипертензии, лапароскопической холецистостомией. 4(11,1%) выполнено дренирование сальникового бурсита под УЗИ. Один (25%) пациент вследствие не адекватности дренирования и нарастания признаков интоксикации был оперирован. В контрольной группе этот показатель составил 50% из 22 больных, которым выполнялось дренирование жидкостных образований сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки под УЗИ, 11 пациентов были впоследствии оперированы.

Открытые оперативные вмешательства проводили у 28(77,8%) больных основной группы. Показанием к операции были: инфицирование очагов деструкции; неэффективность или невозможность выполнения чрескожных дренирований под ультразвуковым наведением (УЗ-наведение), распространенный деструктивный процесс в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве.

Хирургическая тактика заключалась в применении локальных разрезов из мини-доступов, с наложением мини-оментобурсостомии или мини-ретроперитонеостомии, с последующими этапными санациями. Количество этапных санаций варьировало от 2 до 10. При незавершенной секвестрации некрэктомия не выполнялась, в связи с опасностью развития тяжелых интра или послеоперационных осложнений. Для санации активно использовали ультразвуковую кавитацию. Количество этапных санаций варьировало от 2 до 10. В контрольной группе было оперировано 95(52,5%) больных, при этом 57(60%) пациентам были выполнены открытые оперативные вмешательства с использованием в основном широких доступов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование оптимизированной лечебно-диагностической доктрины, для диагностики распространенности и инфицированности деструктивного процесса в поджелудочной железе и клетчаточных пространствах; патогенетически направленную консервативную терапию с использованием различных методов экстракорпоральной детоксикации; отказ от ранних широких оперативных вмешательств; использование методов малоинвазивной хирургии и этапных санаций с применением ультразвуковой кавитации позволили снизить частоту послеоперационных осложнений и уменьшить общую летальность с 27,4% в контрольной группе, до 19,4% в основной группе больных.

ВЫВОДЫ. 1. Необходимо избегать широкой лапаротомии при тяжелых формах острого деструктивного панкреатита, отдавая предпочтение малоинвазивным вмешательствам. Широкая лапаротомия возможна лишь при разлитом гнойном перитоните.

2. Экстракорпоральная детоксикация в комплексном лечении больных при остром деструктивном панкреатите является высокоеффективным методом. Обосновано сочетание плазмафереза, постоянной гемофильтрации и гемодиафильтрации.

3. Наиболее достоверные данные позволяющие определить течение, время операции и доступы при остром деструктивном панкреатите дает динамическая КТ.

4. Этапные операции из мини-доступов являются наиболее эффективным способом хирургического лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Краснорогов В.Б. и др. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения) //Анналы хирургической гепатологии, 2006, Т. II, №4, с. 60-66
2. Брискин Б.С., Халидов О.Х., Алиев Д.З. Хирургическое лечение панкреонекроза / Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов. Тезисы докладов. М.: ГЕОС, 2005, с.88
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Стандарты диагностики и лечения панкреонекроза // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов. Тезисы докладов. М.: ГЕОС, 2005, с.88
4. Толстой А.Д. Острый панкреатит: трудности, возможности, перспектива. СПб., 1997, 139с.
5. Филимонов М.Н., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Острый панкреатит: Пособие для врачей // Под ред. В.С.Савельева. М., 2000, 59с.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. М.: МЕДпресс-информ, 2003, 224с.
7. Bradley E.L. III. Operative vs. Nonoperative therapy in necrotizing pancreatitis //Digestion, 1999, v.1(9-10), p.19-21
8. Gullo L., Migliori M., Olah A. et al. Acute pancreatitis in five European countries: etiology and morality // Pancreas, 2002, v.24, p.223-237
9. Isenmann R., Rau B., Beger H.G. Infected necroses and pancreatic abscess: surgical therapy // Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr., 2001, v.118, p.282-4

XÜLASƏ

KƏSKİN DESTRUKTİV PANKREATİTİN INTENSİVE TERAPİYASININ VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI

Y.R.Əliyarov

Moskva Dövlət Universitetinin cərrahi xəstəliklər və kliniki angiologiya kafedrasının bazası olan 81 nömrəli Şəhər Kliniki Xəstəxanasında 2005-2009-cu illər arasında kəskin destruktiv pankreatitli 103 (əsas qrup) xəstədə müşahidə aparılmışdır. Bu illər ərzində kəskin destruktiv pankreatitli xəstələrdə klinikada formalasılmış tibbi-müalicə doktrinası tətbiq olunmuşdur. Biz bu müddət ərzində ekstrakorporal detoksifikasiya üsullarını geniş tətbiq etmişik. Bu tibbi doktrinanın işlənməsi və formalasılması zamanlı müddətində müalicə olunmuş 181 xəsta kontrol qrupunu təşkil etmişdir. Əsas qrupda 36(34,9%) xəstədə cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Onlardan 4 (11,1%) xəstədə diaqnostik laparoskopiya zamanı biliar hipertensiya əlamətləri qeyd olunduğu üçün həmin xəstələrdə laparoskopik xolesistostomiya qoyulmuşdur. Əsas qrupa aid digər 4 (11,1%) xəstədə isə USM kontrolu altında retroperoton və retroqastral sahələrdə maye yiğiminin drenləşdirilməsi aparılmışdır. Bu xəstələrdən birinə əlavə cərrahi müdaxilə tələb olunmuşdur. Əsas qrupa aid 28 (72,8%) xəstədə ilk olaraq mini-laparoton və mini-retroperitoneostomiya və programm sanasiya üsullarından istifadə olunaraq açıq əməliyyatlar aparılmışdır. Əsas qrupun xəstələrinin müalicəsində ekstrakorporal detoksifikasiya üsullarından istifadə olunmuşdur. Kontrol qrupunda 95 (52,5%) xəstə əməliyyat olunmuşdur ki, onlardan 57 (60%) nəfərində ilk olaraq geniş laparotomiyanın cərraiyyə əməliyyatı aparılmışdır. Cərrahi müdaxilələr zamanı mini-invaziv üsulların, ultrasəs kavitasiyasının geniş tətbiqi və ekstrakorporal detoksifikasiya üsullarından istifadə olunması, ölüm hallarının 27,4%-dan (kontrol qrup) 19,4%-ə(əsas qrup) qədər azalmasına getirmişdir.

SUMMARY

OPTIMAZITION OF INTENSIVE THERAPY AND SURGERY TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Y.R.Aliyarov

A comparative analysis of surgical treatment of two group patients in acute pancreatitis are presented . The first group- basic group 103 patient from 2005 to 2009 years, during this period we used a new surgical and therapeutic management. The main role played the using extracorporeal methods of detoxication. The second group- 181 patients(control group). In basic group 36(34,9%) patients are operated upon.of first group were carried out mini invasive procedures, such as : 4(11,1%)- diagnostic laparoscopy with sanitization of abdomen and laparoscopic cholecystostomy in cases of biliary hypertension.In basic group drainage the omental abscess and the abscess of the retroperitoneal space by ultrasound carried out in 4(11,1%)patients. 1 patients from them were needed additional operative intervention. In this group mini invasive surgery carried out in 28 cases. The standard therapy completed by extracorporeal detoxication. The mortality in first group of patients came to 19,4% 95(52,5%) patients of control group were operated upon. 57(60%) from them were operated upon through e spread necrosis of pancreas and retroperitoneal adipose tissue. The disposition of surgery in that group consisted in traditional laparotomy, sanitization and drainage of omental sac with double-lumen pipe through lumbar cut. The mortality in second group came to 27,4%.

Daxil olub:15.12.2010

НАСЛЕДСТВЕННОЕ ЗВЕНО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Н.В. Абдуллаева, Л.А. Ахмедова, Р.В. Садыгов, М.З. Эфендиева, Х.Г.Агаева, З.М. Кулиева, Г.К.
Гаджисеева, Р.А. Мамедбекова, Ф.Э. Садыхова*

Азербайджанская Республиканская Противочумная станция им С.Имамалиева, АзГИУВ им
А.Алиев , НИИ Педиатрии им. К.Фараджевой, г.Баку

Задачей первостепенной важности современного здравоохранения является дальнейшее совершенствование мер по снижению перинатальной и ранней детской заболеваемости. В связи с этим следует особо подчеркнуть роль бактериальной инфекции в патологии плода, новорожденных и детей раннего возраста.

Бактериальные инфекции при беременности представляют серьезную опасность как для матери, так и для плода и новорожденного [1].

С учетом этих обстоятельств особое значение приобретает изучение состояния иммунного статуса – основы гомеостаза организма новорожденных и их матерей – родильниц

ЦЕЛЬЮ проведенных исследований было выявление изменений в наследственном звене иммунитета у новорожденных и их матерей с бактериальной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общая характеристика обследованных матерей

Обследовано 40матерей- родильниц и 68 новорожденных детей в возрасте от 0-2х месяцев, госпитализированных в институт Педиатрии им. К.Фараджевой в отделении патологии новорожденных.

Средний возраст матерей с бактериальной инфекцией в среднем составил 32,3 года

Необходимо отметить, что 51,1% женщин составили первородящие в возрасте 19-25 лет, повторно рождающие- 48,5% в возрасте 22-37 лет.

У подавляющего числа матерей отмечалось бактериальное инфицирование, отягощенный акушерско-гинекологический и соматический статус и неблагоприятное течение беременности.

Диагностика инфекций выявила следующий спектр возбудителей в различных комбинациях: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae* в целом составляющий 92.8 % инфицированности от общего числа обследованных матерей.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. Больные новорожденные дети поступали в отделение с различными клиническими диагнозами: преимущественно гипоксической энцефалопатией в сочетании с пневмониями тяжелой и средней тяжести течения, бронхопневмониями, подтвержденными рентгенологически (94,6%)и острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), развившимися внутриутробно или в раннем неонатальном периоде.; в ряде случаев отмечена желтуха в сочетании с ОРЗ и гипоксической энцефалопатией.Доля доношенных детей составляла 60%.Масса тела при рождении в среднем составляла 3090 ± 68 г, длина 49 ± 2.6 см.Детей, рожденных путем Кесарево сечения, было 2.9 %. Оценка состояния новорожденных по шкале Апкар составила от 8-10 баллов у 87% детей, а остальные дети имели оценку ниже 7 баллов, что может свидетельствовать о перенесенной ими гипоксией или асфиксии. У детей выявлялся следующий спектр инфекций: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*,*Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichiae coli*, *Candida albicans*,*Pseudomonas aeruginosa* ,в целом составляющий 83,8% инфицированности от общего числа обследованных детей.

Следует отметить, что при бактериологическом исследовании моноинфекция выявлена в незначительном проценте: *Streptococcus pyogenes* (4,4%), *Klebsiella pneumoniae* (1,4%), *Escherichiae Coli* (1,4 %), *Streptococcus epidermidis* (2,9%), *Staphylococcus aureus* (5,8 %), тогда как микст-инфекция в различных сочетаниях отмечена в 67,6 % случаев.Вышеотмеченное говорит о тенденции распространённости смешанной инфекции в этиопатогенезе детской патологии.

Бактериальную диагностику материала (мазки из носоглотки) проводили общепринятыми в бактериологии культуральными методами исследования [6,7].

Исследование иммунного статуса проводили с использованием набора моноклональных антител(ООО «Сорбент» Россия)для определения натуральных киллеров (NK,CD16/56) методом

иммунофлуоресценции .Вычисляли гематологический индекс Кребса (ИК)- отношение всей суммы процентного содержания нейтрофилов к такому же количеству лимфоцитов(3).

Контрольную группу составили 10 условно здоровых женщин и 10 условно здоровых новорожденных детей.

Для статистической обработки полученных результатов использовали программу Microsoft Excel . Достоверность результатов полученных показателей подтверждали с помощью расчёта параметрического (*t*-критерий Стьюдента) и непараметрического методов для частотных величин (критерий U-Вилкоксона Манна-Уитни) [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Полученные результаты исследования факторов наследственного звена иммунитета представлены в таблице 1.

При фенотипировании лимфоцитов выявлялся повышенный уровень NK- клеток, несущих маркер CD16/56. Повышенное содержание NK- клеток в крови у матерей составило $24.6\% \pm 1.5\%$ (условно здоровые женщины- $13.8\% \pm 0.9\%$, $p < 0.001$), а у новорожденных детей $26.1\% \pm 1.4\%$ (условно здоровые новорожденные- $11.4\% \pm 0.5\%$ $p < 0.001$), NK-(natural killer)- клетки – мононуклеары экспрессирующие CD16/56 (мембранный низкоаффинный рецептор для IgG) представляет собой особую популяцию лимфоцитов – больших гранулярных лимфоцитов. Эти клетки обладают уникальной способностью лизировать клетки- мишени, инфицированные вирусами и микроорганизмами . Литическая активность CD16/56 против клеток- мишеней проявляется при первичном контакте без предварительной сенсибилизации, которая требуется , например, Т-лимфоцитам для превращения их в специфические цитотоксические Т-клетки [9].

Увеличение относительного числа CD16/56–лимфоцитов может выявляться при вирусных и бактериальных инфекциях, при опухолевом процессе, т.е. во всех случаях массивного поступления антигена, когда кроме антигенспецифических механизмов элиминации патогена задействованы и антигеннеспецифические [8]. Именно поэтому NK- клетки наряду с фагоцитозом относят к системе innate immunite-врождённого иммунитета [2,9].

Значительное и статистически значимое повышение NK-клеток с фенотипом CD16/56 сочеталось со снижением фагоцитарной функции нейтрофилов.

Наиболее характерным признаком нарушения наследственного звена иммунитета при бактериальной инфекции является изменение фагоцитарной активности нейтрофилов. Фагоцитарную активность нейтрофилов в наших исследованиях оценивали с использованием опсонизированных дрожжей в качестве объекта фагоцитоза [5].

У новорожденных отмечалось снижение фагоцитоза до $23.4 \pm 0.6\%$ (против условно здоровых $27.0 \pm 1.1\%$, $p < 0.05$) а у их матерей- до $36.2 \pm 0.8\%$ (против условно здоровых женщин $38.7 \pm 1.4\%$).

На фоне снижения фагоцитарной активности нейтрофилов определялось повышение уровней сегментоядерных нейтрофилов. У новорожденных с бактериальной инфекцией уровень нейтрофилов составил $54.5 \pm 1.2\%$ (условно здоровые новорожденные $28.4 \pm 0.9\%$, $p < 0.01$), у матерей $66.0 \pm 1.0\%$ (условно здоровые женщины $65.9 \pm 1.2\%$).

Нейтрофилы относят к «профессиональным» фагоцитам. Фагоцитарная активность свойственна сегментоядерным нейтрофилам. Ядро сегментоядерного нейтрофила состоит в норме из 3-х-4-х сегментов с плотно упакованным хроматином.Комплекс бактерицидных факторов, присутствующих в гранулах нейтрофилов, обеспечивает разрушение многих микроорганизмов [1].

В крови человека содержится $2,0-7,0 \times 10^9$ нейтрофилов, что составляет 50-70 % от общего числа лейкоцитов крови. Также в крови присутствует некоторое количество (1-6%) палочкоядерных форм нейтрофилов, не завершивших созревание. Ядро таких клеток не сегментировано, хотя и имеет уплотненную структуру хроматина(8).

Снижение процента фагоцитоза у новорожденных с бактериальной инфекцией отражает присутствие в крови повышенного уровня незрелых форм нейтрофилов (у новорожденных с бактериальной инфекцией $11.4 \pm 0.6\%$, условно-здоровые $2.0 \pm 0.2\%$, $p < 0.001$) и неспособность палочкоядерных нейтрофилов к фагоцитозу.

Наряду с этим из 14 обследованных новорожденных с бактериальной инфекцией у 6-ти в лейкоформуле на фоне палочкоядерного сдвига и нейтрофилёза выявлялись единичные метамиелоциты (от 2 до 3 на 100%), что характерно для острой бактериальной

инфекции. Несомненно такой профиль нейтрофильного звена будет недостаточным для осуществления антибактериальной активности в отношении патогенной микрофлоры.

Индекс Кребса (ИК)- соотношение нейтрофилов и лимфоцитов отражает соотношение клеток неспецифической (наследственной) и специфической (адаптивной) защиты организма [3].

ИК -дёт представление об адаптационных реакциях организма и в значительной мере связан с количественно -качественной оценкой изменения лейкоцитарной формулы периферической крови [3].

Таблица

Факторы наследственного звена иммунитета у детей с бактериальной инфекцией и их матерей ($M \pm m$)

Иммунологические показатели	Условно здоровые женщины (n=10)	Матери больных детей (n=14)	Здоровые дети (n=10)	Дети с бактериальной инфекцией (n=14)
CD16/56 %	13.8±0.9	24.6±1.5 * P<0.001	11.4±0.5	26.1±1.4 * P<0.001
Фагоцитоз,%	38.7±1.4	36.2±0.8	27.0±1.1	23.4±0.6 * P<0.005
Сегментоядерные нейтрофилы, %	65.9±1.2	66.0±1.0	28.4±0.9	54.5±1.2 * P<0.001
Палочкоядерные нейтрофилы, %	1.3±0.2	2.3±0.2 * P<0.005	2.0±0.2	11.4±0.6 * P<0.001
ИК(сегм/лимф)	3.02±0.2	3.1±0.1	0.6±0.05	0.92±0.03 * P<0.001
Лимфоциты%	22.8±1.2	22.0±0.7	55.2±3.2	24.1±1.4 * P<0.001

Примечание: * -статистическая достоверность различий относительно условия здоровых

ИК, отражающий степень воспаления и интоксикации у новорожденных с бактериальной инфекцией был выше и составлял 0.92 ± 0.03 (условно здоровые 0.6 ± 0.05 , $p<0.001$); у матерей уровень ИК составлял 3.1 ± 0.1 и статистически незначимо отличался от данного показателя у условно здоровых женщин ($p>0.05$).

Проведенные исследования иммунологических факторов наследственного звена иммунитета и гематологического индекса позволили установить однотипность реагирования моно- и полинуклеаров у матерей и их больных детей на бактериальную инфекцию .Уровень сегментоядерных нейтрофилов у больных детей увеличился в 1,9 раз ($p<0.001$) и незначительно у матерей .Процент содержания незрелых палочкоядерных нейтрофилов увеличивался в 1,5 раза ($p<0.001$) у новорожденных с бактериальной инфекцией и статистически незначимо у матерей ($p>0.05$).

Таким образом, из числа эффекторных механизмов, ответственных за осуществление функций наследственного звена иммунитета, определялось снижение активности фагоцитарной функции нейтрофилов у новорожденных, а в составе популяций НК-клеток ($CD16/56^+$), способных реализовать цитотоксические свойства и выполнять функции киллинга, выявлялась определенная активность (у новорожденных больных и их матерей), а индекс Кребса отражал воспалительный характер иммунных изменений на фоне бактериальной инфекции у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурмester Г.Р. Наглядная иммунология / Пер.с англ. М.: Бином, 2009, 320с.
2. Воробьев А.А., Быков А.С., Карапудов А.В. Иммунология и аллергология. М.: Практическая медицина, 2006, 288с.
3. Дябкин Е.В., Дунаевская С.С., Антофриев Д.А. Изучение интегральных гематологических индексов у больных с механической желтухой доброкачественного генеза // Клиническая лабораторная диагностика, 2010, №8, с.42-44
4. Зайцев В.М., Лифлянский В.Г, Маринкин В.И Прикладная медицинская статистика СПб: Фолиант,2003, 432с.
5. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике. М.: Наука,1990, 224с.
6. Медицинская микробиология / Под ред. В.И.Пакровского. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010, с. 251-425

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyyətləri №1/2011

7. Тимаков В.Д., Левашов В.С., Борисов Л.Б. Микробиология. М.: Медицина, 1983, с.253-386
8. Хиггенс К. Расшифровка клинических лабораторных анализов /Пер. с англ. М.: БИНОМ, 2006, 376 с.
9. Ярилин А.А. Иммунология. М., 2010, 752с.

Xülasə

BAKTERIAL INFEKSIYALI UŞAQLARDA IMMUNITETIN IRSI BƏNDİ

N.V.Abdullayeva, L.A.Əhmədova, R.B.Sadixova, M.Z.Əfəndiyeva, X.Q.Ağayeva, Z.M.Quliyeva, Q.K.Hacıyeva,
R.A.Məmmədbəyova, F.E. Sadixova

Bakterial infeksiya həm ana, həm də cift, həm də yenidogulmuşun hayatı baxımından təhlükəlidir. Tədqiqatın əsas məqsədi bakterial infeksiya zamanı ana və yenidogulmuşda baş verən genetik dəqişikliləri aşkar etməkdir. Bu səbəbdən yenidogulmuşlarda bakterial infeksiya zamanı immunitetdə iştirak edən irsi bəndi müəyyən edilmişdir. Bu zaman neytröfillərin fagositar aktiviliyi aşağı düşür və killer hüceyrələrin inkişafı baş verir (CD16+). Krebs indeksi bakterial infeksiya təhlükəsi altında olan yenidogulmuşların immunoloji sistemində iltihabi prosesin olguşunu göstərir.

SUMMARY

GENETIC CHAIN OF IMMUNITY IN INFANTS AND THEIR MOTHERS DURING BACTERIAL INFECTION

N.V.Abdullayeva, Akhmedova, R.V, Sadigov, M.Z.Efendiyeva, X.Q.Aqayeva, Z.M.Guliyeva, G.K. Hajiyeva,
P.A.Mamedbekova, F.E.Sadikhova.

Bacterial infection is dangerous either for mother and fetus during pregnancy, specially for infants. The main goal of research is to find out the changes in genetic chains in mother and infants' immunity during bacterial infection. Thus, it is learned that one of the defendant system of function of genetic chain of immunity in infants is decrease of fagositar functional activity of segment-nuclear neutrofills and increase of NK-cell population (CD16+). The Krebs index presents inflammatory characteristics of immunological changes in infants under conditions of bacterial infection.

Daxil olub:09.12.2010

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK- ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

MEQADOLIXOKOLON ZAMANI RAST GƏLINƏN AĞIRLAŞMALAR

F.V. Əliyev
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Meqadolixokolon yoğun bağırsağın divisorlarının qalınlaşması fonunda, onun anatomik ölçülərinin böyüməsi halıdır. Bu patologiya həm anadangelmə, həm de qazanılma olmaqla yanaşı ontogenezin istenilen periodunda rast geline bilər. Xəstəliyin etioloji səbəbləri içerisinde yoğun bağırsağın anadangelmə və ya qazanılma aqanqlıozu, yoğun bağırsaq və düz bağırsağın digər anomaliyaları, uzun süren qəbizlik, infeksiya və intoksifikasiya faktorları yer almışdır.

Kliniki olaraq meqadolixokolon 3 mərhələdə keçir. Birinci – kompensasiya mərhələsində xəstələr adətən heç bir şəydən şikayət etmirlər. İkinci, yəni dekompensasiya mərhələsində kliniki olaraq davamlı qəbizlik, qarın nahiyesində olan epizodik ağrılar, metiorizm və xroniki nəjis intoksifikasiyası ilə əlaqəli olan bir sıra simptomlar meydana gəlir [6,7,9,12].

Üçüncü mərhələni biz ağırlaşmaların yarandığı mərhələ, yeni ağırlaşma mərhələsi kimi qəbul edirik.

Tədqiqatın məqsədi meqadolixokolon zamanı rast gəlinən ağırlaşmalarla bağlı toplanmış klinik müşahidələrin geniş tibbi auditoriyaya təqdim etməkdən ibarətdir.

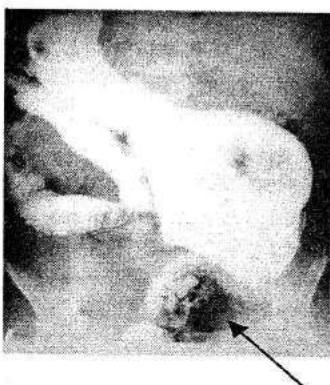
Tədqiqatın material və metodları. 1996 – 2010 illər ərzində M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində 310 nəfər xəste meqadolixokolon və ya onun müxtəlif variantları diaqnozu ilə stasionar müalicədə olmuşdur. Bu xəstələrin demək olar ki, hamısı əvveller ambulator nəzarətdə olmuşdurlar və böyük eksriyyəti ambulator şəraitdə konservativ müalicə almışlar. Lakin aparılan müalicələrin, demək olar ki, heç biri gözlənilən nəticəni verməmişdir. Aşağıda meqadolixokolon diaqnozu bu xəstələrin müşahidə, müayine və müalicəsi zamanı rastlaşdığını bəzi ağırlaşmalar barəsində bəhs olunur.

Məlumdur ki, koprolitlər (nəcisin daşları) əsasən xroniki kolostazlı xəstələrdə rast gəlinir. Müşahidələr onu da müəyyən etmişdir ki, bu qrupdan olan xəstələr içerisinde yoğun bağırsağın anatomik ölçülərinin normadan böyük olanları, yəni meqadolixokolon diaqnozu qoyulmuşlar az deyildirlər.

Koprolitlər daha çox S vari bağırsaqdadır, kor bağırsaqdadır və enən çənber bağırsaqdadır rast gəlinir. Bundan əlavə onlar soxlu canabənzər çıxıntında və divertikullarda da əmələ gələ bilər. Koprolitlər kesikdə konsentrik - laylı quruluşa malik olurlar. Çox hallarda koprolitin nüvəsinə də müşahidə etmək mümkün olur. Nüvə koprolitin əmələ gəlməyə başladığı nöqtədir və o, adətən bərk xüsusiyyəti olur. Nüvəni, udulmuş meyvə və ya gilemeyvə tumu, sümük hissəsi, həzm olunmamış, bərk qida hissəleri, tük, öd daşları, rentgen kontrast maddənin kristalları və antasidler emələ gətirə bilər. Koprolitlərin özü də keskin bağırsaq keçməməzliyi, bağırsaq qanaxması, bağırsaq perforasiyası, peritonit kimi ağırlaşmalara səbəb olur [3,7]. Kliniki müşahidəmizi təqdim edirik:

Xəste V. klinikamıza qarınда tutmaşəkilli ağrıların olması, qarının şişməsi, nəcisin və qazların xaric olmaması, ürəkbulanma, qusma şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Qarının səthi palpasiyası zamanı sol – yan nahiyyədə hərəkətli, ağrılı, yarıyumuşaq konsistensiyali element əllənirdi. Qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası zamanı keskin bağırsaq keçməməzliyinin rentgenoskopik əlamətləri müşahidə olundurdu.

Aparılan seriyaşəkilli, təmizləyici imalətlərdən sonra qeyd olunan simptomlar aradan qalxdı. İlk olaraq qoyulmuş «megadolixokolon, nəcisin daşı» diaqnozu irriqografiya zamanı öz təsdiqini tapdı (Şək.1).



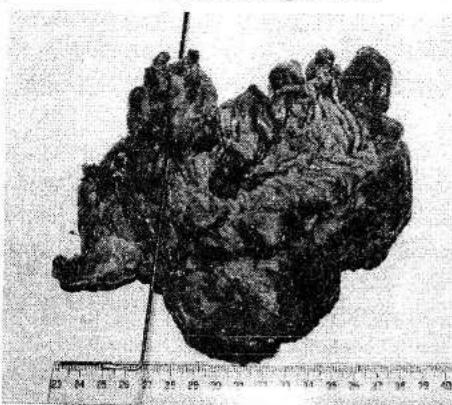
Şək. 1 Koprolit (rentgen görüntüsü)



Şək. 2 Şirşsprunq xəstəsində koprolit

Klinikamızda Hirçsprunq xəstəliyi diaqnozu qoyulmuş və bu münasibətlə cərrahi əməliyyata məruz qalmış digər bir xəstədə (xəstə E.) nəcis daşı əməliyyat zamanı müəyyən olunmuşdur (Şək.2).

Kəskin bağırsaq keçməməzliyi klinikasını, meqadolixokolon xəstəliyinin digər ağırlaşması hesab olunan yoğun bağırsağın burulması da verə bilər. Müşahidələr müəyyən etmişdir ki, yoğun bağırsağın burulması ehtimalı onun müsariqəsinin, dolayısı yoluñan elə bağırsağın özünün uzunuñ ilə düz mütənasibdir. Bu səbəbdən daha çox burulmağa məruz qalan bağırsaq S vari bağırsaqdır. Hərçənd, kor bağırsağın da burula bilməsi inkar olunmur[9,10,11]. Meqadolixokolon diaqnozu olan xəstələrdə yoğun bağırsağın burulması zamanı vəziyyət bir daha onunla mürəkkəbləşir ki, yoğun bağırsağın əlavə ilgəkləri burulmuş bağırsağın əvvəlki vəziyyətinə qayıtmamasına manne olurlar. Təsadüfi deyildir ki, yoğun bağırsağın burulması zamanı letalliq göstəricisi hələ də çox yüksək olmaqla 12 – 25 % arasında dəyişir[10]. Şəxsi müşahidəmizdən nümunə gətiririk:



Şək.3. «S» vari bağırsağın burulması(kəskin bağırsaq keçməməzliyi)



Şək. 4. Yoğun bağırsağın divertikulu.

Xəstə M. klinikamıza ağır vəziyyətdə təcili yardım xətti vasitəsiylə getirilmişdir. Anamnez toplandıqda məlum olmuşdur ki, xəstə uzun müddətdir qəbizlikdən əziyyət çekir və meqadolixokolon diaqnozu altında ambulator nəzarətdədir. Klinikaya müraciət edən tarixdə seher, ağır yük götürmüş və bu zaman qarın nahiyyəsində kəskin ağrı hiss etmişdir. Bu hadisədən sonra ağrıların xarakteri dəyişilərək tutmaşəkilli olmuş, qarın böyümüş, qazların xaric olunması dayanmış, defekasiya aktı olmamışdır. Obyektiv müayinədə xəstənin vəziyyəti ağır kimi qiymətləndirilmiş, qarın köpmüş, palpasiyada diffuz şəkildə ağrılı olmuş, peritonun qıcıqlanması simptomu müsbət olmuşdur. Aparılan rentgen müayinəsi zamanı çoxlu sayda, geniş əsasdə olan üfiqi səviyyələr(kloyber kasaları) aşkar olunmuşdur. Qeyd olunanlar əsasındı xəstəyə kəskin bağırsaq keçməməzliyi diaqnozu qoyulmuş və təcili cərrahi əməliyyata götürülmüşdür. Qarın boşluğunun reviziysi zamañı meqadolixokolon, S vari

bağırsağın burulması müyyən olunmuşdur(şəkil 3). Xəstənin vəziyyətinin ağırlığını nəzərə alaraq minimal əməliyyat – bağırsaqların dekompressiyası ve kolostomanın qoyulması əməliyyatı icra olunmuşdur. Lakin hətta əməliyyatdan sonra belə xəstədə yüksək qarındaxili təzyiq davam etmiş ve əməliyyatın ikinci günü xəstə ağciyər arteriyasının trombemboliyası nəticəsində vefat etmişdir.

Meqadolixokolon xəstələrində qarındaxili təzyiq xroniki olaraq yüksək olduğundan, kopolit və ya bağırsaq burulması səbəbindən yaranan keskin bağırsaq keçməməzliyi zamanı bu xəstələr «abdominal kompartmant» sindromuna tez düşürler. Məlum olduğu kimi bu sindrom keskin bağırsaq keçməməzliyi zamanı ölümə səbəb olan əsas amildir. Son illər ərzində «abdominal kompartmant» sindromunun vaxtında proqnozlaşdırılması üçün tərifimizdən bir sıra elmi-tədqiqat işləri aparılmışdır.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, evveller yoğun bağırsağın divertikulyozu nadir bir patologya kimi qiymətləndirilmiş. Lakin son zamanlar xroniki kolostaz probleminin giddiləşməsi ilə əlaqədar olaraq yoğun bağırsağın divertikulyozu daha tez – tez rast gəlinir. Bu hal esasen yoğun bağırsaq divertikulyozunun patogenezində mühüm rol oynayan yüksək bağırsaqdaxili təzyiqin sebəbindən yaranır. Statistika göstərir ki, inkişaf etmiş seneaye əlkələrində 60 yaşdan yuxarı olan her ikinci adamda yoğun bağırsağın divertikulyozu vardır. Artıq qeyd olunduğu kimi yoğun bağırsaq divertikulyozunun patogenezində qəbizlik böyük rol oynayır. Öz növbəsində qəbizlik meqadolixokolon xəstəliyinin bir simptomu olduğundan, meqadolixokolon xəstəliyinin uzun süren hallarında xəstələrdə aşırışma kimi yoğun bağırsağın divertikulyozunun yaranacağı ehtimalı tamamilə məntiqə uyğundur [4,6,9]. Daha bir kliniki misal:

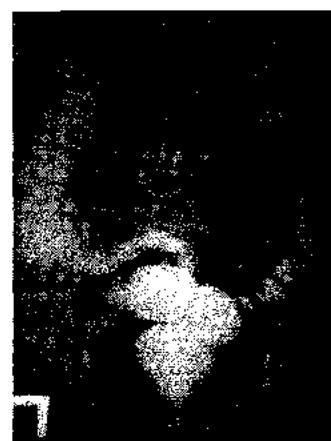
Xəstə M. uzun müddət meqadolixokolon diaqnozu ilə qeydiyyatda olmuş və müvafiq konservativ müalicə almışdır. 2003- cü ilin fevralında qəfletən meydana gəlmİŞ keskin qarın əlamətlərinə görə xəstə tacili əməliyyata meruz qalmışdır. Laporotomiya zamanı məlum olmuşdur ki, keskin qarının yaranmasının səbəbi, iittihablaşma nəticəsində perforasiyaya meruz qalmış olan, S vari bağırsağın divertikulitidir (Şək. 4).

Meqadolixokolon və ya digər etiologiyalı uzun süren qəbizlik sebəbindən aparılan müxtəlif qarın boşluğu əməliyyatları zamanı, biz defələrlə çanaq orqanlarının anatomiyasının ciddi dəyişikliyə meruz qaldığının şahidi olmuşuq. Belə dəyişikliklərin bəziləri funksional müayinələrdə də təsdiq oluna bilir [9].

Uzunaraq böyümüş və nəcis durğunluğuna meruz qalmış S vari bağırsağın ilgəklərinin çanaq dibinə uzun müddət göstərdiyi mexaniki təsirin nəticəsində çanaq dibi dərinləşir. Bu zaman düz bağırsağın mezoperitoneal hissesi intraperitoneal, ekstraperitoneal hissesi isə mezoperitoneal vəziyyətə gelir. Nəticə etibarı ilə çanaq dibi- duqlas sahəsi dərinləşir və buraya nazik bağırsağın əlavə ilgəkləri doluşaraq boğulurlar. Bu isə özünəməxsus kliniki tezahür yaradır. Qeyd olunan vəziyyətlər elmi ədəbiyyatlarda enterosele, dolixoduqlas və s. kimi adalarla tanınır [6,8,9]. Biz praktikamızda bu qəbilden olan 13 xəstə ilə rastlaşmışıq.



Şək.5. Transverzoptoz-Payr sindromu



Şək.6. İleo-sekal qapağın çatmamazlığı

Xroniki qəbizlik zamanı qarındaxılı təzyiq uzun müddət yuxarı olduğundan, uşaqlıq öz normal «Retrovertio - retroflexio» vəziyyətini dəyişir. Yumurtalıqların qidalanması, en əsası isə ovulyasiya prosesi və sərbəst periton boşluğununa çıxmış yumurtahüceyrənin fimbriyalar vasitesi ilə tutulma prosessi pozulmuş olur. Bütün bunların neticəsində qadın sonsuzluğu bir problem kimi ortaya çıxır. Tibbi adəbiyyatlarda xroniki qəbizlik zamanı qadınların reproduksiya qabiliyyətinin pozulduğu barəsində məlumatlara rast gəlmek mümkündür [5,9].

Kliniki praktikamızda rast gəldiyimiz, 21 və 30 yaşlı, meqadolixokolon diaqnozu 2 nəfər qadın, eyni zamanda sonsuzluqdan şikayətlənirdilər. Qadınların hər ikisində subtotal kolektomiya əməliyyatı aparılmışdır. Əməliyyatdan keçən birinci il ərzində bu qadınların ikisi də hamile qalmışdır.

Xroniki kolostaz zamanı bağırsaqdaxili təzyiqin artması ilə yanaşı olaraq, bağırsaq möhtəviyyatının miqdarı və uyğun olaraq çəkisi də artmış olur. Bunun neticəsində bağırsaqlara təsir edən şaquli qravitasıya qüvvəsi artaraq, bağırsq müsariqəsinin uzanmasına və bağırsağın sallanmasına getirib çıxarır. Bu qeyd olunanlar əsasən köndələn çənber bağırsağa aiddir. Ontogenezdə köndələn çənber bağırsağın uzanaraq sallanması Payr sindromu adlanır. Biz müayinə və müalicə etdiyimiz xəstələrin 19 nəfərində bu sindromu qeydə almışq (Şək.5).

Bütün bu qeyd olunanlar ilə yanaşı, xroniki kolostazın peyki olan yüksək bağırsaqdaxili təzyiq, ileosekal qapağın çatmamazlığına da getirib çıxara bilir. Bu isə nazik bağırsaqlarda təzyiqin artmasına və onun möhtəviyyatının yoğun bağırsağa xas olan mikroflora ilə çirkəlnəməsinə sebəb olur. Belə xəstələr bizim praktikamızda 6 nəfər olmuşdur (Şək. 6).

Meqadolixokolon, xroniki kolostaz diaqnozu xəstələr üzərində apardığımız müşahidələr nətijəsində biz aşağıdakı tövsiyə xarakterli neticelərə gəlmişik: 1.Xəstələrdə koprolitlerin mövjcud olduğu hallarda, əgər aparılan çoxsaylı müalicəvi imalələr kömək etmirse, bu zaman nəcis daşının ümumi anesteziya altında parçalanması icra olunmalıdır. 2.Kolopeksiya istenilən nətijəni vermir. 3.Meqadolixosiqma diaqnozu xəstələrdə, təkrarı keskin bağırsaq keçməməzliyi epizodları olarsa, əgər xəstənin vəziyyəti radikal əməliyyata imkan vermirse, bu zaman mütləq profilaktik məqsədə mezösinqmaplikasiya əməliyyatı aparılmalıdır. 4.S vari bağırsağın burulması halında əməliyyatın iki merhələdə aparılması məsləhət görülür.

ƏDƏBİYYAT

1. Белкания С.П. Отдаленные результаты операций по поводу мегадолихосигм в «холодном» периоде болезни // Вестник хирургии, 1979, №8, с. 43-47
2. Белкания С.П.. Купенман Л.Н. Клинические маски долихосигмы // Врач. дело, 1985, № 5, с. 29-32
3. Гюлмамедов Ф.И. Копролиты при долихо и мегаклон // Аз. Мед. Жур., 1979, № 9, с. 64-65
4. Комаров Ф.И., Гребенова А.Л. Руководство по гастро-энтерологии. М.: Медицина, 1996, 557 с.
5. Лаптев Л.А., Пыков М.И., Звездкина Е.А. Дисфункция репродуктивной системы у девочек при хронических запорах. «Актуальные вопросы колопроктологии / Тезисы докладов первого первого съезда колопроктологов России с международным участием. Самара: 2003, с. 504-505
6. Рывкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. Москва: Медпрактика, 2003, 298 с.
7. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых. М.: Медицина, 1986, 220 с.
8. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. «Проктология» М.: Медицина: 1984, с. 33-37 / 229-252
9. Генри М.М., Своща М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988, 450 с.
10. Царев Н.И. Удлиненная толстая кишка как хроническое заболевание // Вестник Хирургии, 1981, № 9, с. 58-63
11. Goligher J. C. Surgery of the Anus, Rectum, and Colon. London: 1968, 326 p.
12. Seymour I., Schwartz M. D. Principles of surgery. Seventh edition, 1999, v. 3. 1278 p.

РЕЗЮМЕ

О ОСЛОЖНЕНИЯ В МЕГАДОЛИХОКОЛОНЕ

Ф. В. Алиев

Копролиты, острая кишечная непроходимость, заворот сигмовидной кишки, и дивертикулез толстой кишки считаются основными осложнений в мегадолихоколоне. По мнению авторов такие случаи, как бесплодие, газовые нарушения, острой задержки мочи могут быть также следствием мегадолихоколона. В статье представлены личные заметки по поводу осложнений во время мегадолихоколона. С 1996 по 2005 год в базе кафедры "II хирургические болезни" 94 больных с мегадолихоколоном были под наблюдением. Некоторые из них были оперированы. осложнений.

SUMMARY

ABOUT THE COMPLICATIONS IN THE MEGADOLICHOCOLON

F.V.Aliev

The coprolites, the acute bowel obstruction, the sigmoid volvulus, and the diverticulosis of the colon are considered to be the main complications in megadolichocolon. According to the authors the cases like as barrenness, pelvic floor abnormalities, acute urine delay also may be the consequence of the megadolichocolon. The article reports the private observations about the complications during megadolichocolon. From 1996 to 2005 in the bases of the department "II surgical disease" 94 patients with megadolichocolon were under observation. Some of them were operated on, but some of them not.

Daxil olub:30.09.2010

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

З.М. Топчубашова, Р.Ш. Везирова, С.Н. Велиева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

В последнее десятилетие частота внemаточной беременности возросла в 2-3 раза и составляет в индустриально развитых странах в среднем 12-14 на 1000 беременностей [4]. Она является основной причиной внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста [2]. Летальность при внemаточной беременности постепенно снижалась: в России в 1993 г. она составила 0,11%, в 2001 г.-0,04%, в 2005 г.- 0,028% [1]. Этому способствовало внедрение в практику современных методов диагностики и лечения.

Внemаточная беременность в 60-95,3% случаев локализуется в ампулярном отделе маточной трубы. Реже бывает истмическая (15,3%), интерстициальная (1-3%), яичниковая (0,4-1,3%), брюшная (0,1-0,9%) беременности (3,4). Описаны случаи многогрудной, двусторонней трубной беременности, сочетания маточной и внemаточной беременности (частота 0,6%), беременности, развивающейся вrudиментарном роге матки (0,1-0,9%) [3,4,5]. Частота повторной трубной беременности варьирует от 4 до 12,6%, бесплодие после операции по поводу трубной беременности возникает в 70-80% случаев [4].

Трубная беременность чаще всего нарушается на 4-6 или 7-8 неделе, сопровождаясь внутренним кровотечением, угрожающим жизни и здоровью женщины. Редко она продолжается свыше 8 недель [2,4].



Рис. Трубная беременность

Мы хотели бы поделиться собственным наблюдением случая трубной беременности, прервавшейся при сроке 14-15 недель.

Больная И., 32 лет, 29.06.2006 г. в тяжелом состоянии доставлена в гинекологическое отделение Республиканского родильного дома Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики машиной скорой помощи. Со слов сопровождающего больную, 20 дней тому назад ей было произведено искусственное прерывание беременности. После аборта пациентку беспокоили периодические схваткообразные боли внизу живота, особенно справа. Неоднократно принимала обезболивающие препараты, однако боли не проходили. Последние 3 дня боли особенно усилились, стали иррадиировать в поясницу, крестец, правую ключичную область, появились вздутие, метеоризм, сухость во рту. В день поступления в стационар больной внезапно стало плохо, появились тошнота, головокружение, общая слабость.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, через 30 дней. Последняя менструация была 3 марта. Больная замужем. Беременностей было 6: первые две из

них закончились нормальными родами, третья - самопроизвольным поздним выкидышем при сроке 6 месяцев с выскабливанием полости матки, 4, 5 и 6-я – мини-abortами.

Общий статус: состояние больной тяжелое. На вопросы не отвечает. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД-50/20 мм рт.ст. Пульс – нитевидный, слабого наполнения. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот вздут, резко болезненный при пальпации во всех отделах, при перкуссии – притупление звука в боковых отделах живота. Симптом раздражения брюшины положительный.

При влагалищном исследовании канал шейки матки пропускает палец, тело матки увеличено соответственно 8-9 неделям беременности, размягчено. Область левых придатков без особенностей. В области правых придатков пальпируется болезненное опухолевидное образование мягко-эластической консистенции диаметром 10-12 см. Экскурсии шейки матки резко болезненны. Задний и боковые своды нависают, задний свод резко болезненый. Выделения из влагалища – темно-кровянистые.

Анализ крови: НЬ - 60 г/л, эритр. - 1,2x10⁻¹² г/л, Нt - 17%, лейк. - 11,7x10⁻⁹ г/л, СОЭ - 24мм/час.

Было произведено ультразвуковое исследование органов малого таза, которое выявило увеличение тела матки с одновременной визуализацией плодного яйца справа от нее, а также наличие свободной жидкости позади матки. На основании данных проведенных исследований был поставлен диагноз: «Наруженная трубная беременность. Геморрагический шок III степени.»

Больная была экстренно направлена в операционную. Под эндотрахеальным наркозом произведена лапаротомия. По вскрытии в брюшной полости обнаружено около 1500,0 мл крови с большим количеством сгустков. Матка цианотична, увеличена соответственно 8-9 неделям беременности, правая маточная труба увеличена, размером соответственно 10-12 см, синебагрового цвета. В ампулярной части трубы имеется дефект ткани, из которой при пальпации выделилось плодное яйцо (плод размером 10 см).

Больной была произведена правосторонняя тубэктомия. В задний свод введена дренажная трубка. Во время операции произведена внутривенная инфузия одногруппной крови в объеме 500,0 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводились переливание эритроцитарной массы, инфузионная, антибактериальная терапия, общеукрепляющее лечение. Швы сняты на 6-й день после операции. Рана зажила первичным натяжением.

Удаленный материал был послан на гистологическое исследование. Результат гистологического исследования: обнаружены децидуальная ткань и ворсины хориона на фоне хронического сальпингита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология. Национальное рук-во.М., 2009, с.30.
2. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. М.: Медицинская книга, 1998, с.85.
3. Персианинов Л.С.,Расстрегин Н.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Т.:Медицина, 1983, с.338.
4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Акушерство. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004, с.317-331
5. Хабаров С.В. О случаях гетеротопической беременности // Журнал акушерства и женских болезней, 2000, №3, с.89-90

XÜLASƏ

NADIR BORU HAMILƏLİYİN HADİSƏSİ

Z.M. Topçubaşova, R.Ş. Vəzirova, S.N.Vəliyeva

Son on ildə uşaqlıqdan kənar hamiləliyin tezliyi 2-3 dəfə artmışdır. Boru hamiləliyi adətən hamiləliyin 4-6 və ya 7-8 həftələrində pozulur. Nadir hallarda boru hamiləliyi 8 həftədən artıq inkişaf edir. Hazırkı məqalədə 14-15 həftəlik müddətində pozulmuş boru hamiləliyi hadisəsi təsvir olunmuşdur.

SUMMARY

RARE CASE OF TUBAL PREGNANCY

Z.M. Topchubashova, R.Sh. Vezirova, S.N.Veliyeva

Last decade frequency of extrauterine pregnancy has increased at 2-3 time. Tubal pregnancy in a most cases interrupt on 4-6 or 7-8 week. Seldom it proceeds over 8 weeks. In article the case of the tubal pregnancy which has interrupted at term of 14-15 weeks is describe.

Daxil olub:08.12.2010

ŞVARTS-CAMPEL SİNDROMU, NADİR XƏSTƏLİKLƏRDƏN BİRİ KİMİ

A.F.Çernik-Bülend,M.F.Əliyeva.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Sinir-əzələ aparatının irsi pozğunluqları arasında xüsusü yeri xondrodistrofik miotoniya olan Şvarts-Campel sindromu(SJS)tutur. Xəstəlik irsən autosom-resesiv yolla keçir. Lakin tibbdə bu patologyanın autosom-dominant yolla keçməsi faktı da qeydə alınımışdır.Cinslər arasında yayılma tezliyi K1:Q1.

İlk dəfə bu sindrom 1962-ci ildə Oskar Şvarts və Robert S.Campel tərəfindən "Ümumi miopatiya ilə əlaqədar anadangəlmə blefarofimoz" məqəlesində təsvir edilmişdir. Həmin məqalədə 6 yaşlı oğlan və 3 yaşlı qızın(qardaş-bacı) kliniki təsviri verilmişdir.

Şvarts-Campel sindromunun 2 tipi ayırd edilir: I tip və II tip. I tip klassik tip sayılır və 2 yarımtipə bölünür:Ia və Ib yarımtipləri.

Ia tipi həyatın daha gec dövrlərində aşkar olunur və nisbətən yüngül gedişi ilə xarakterizə olunur.Ib tipi doğumdan dərhəl sonra müəyyən olunur və daha ciddi simptomlarla xarakterizə olunur.Bu iki yarımtip 1-ci xromosumda HSPG2 geninin mutasiyası nəticəsində əmələ gəlir.

II tip Şvarts-Campel sindromu doğuş vaxtı müəyyən olunur. II tip 1-ci xromosom ilə əlaqəli deyildir.II tipdə defekt gen 5p13.1 qrupu,DSS418 lokusunda təyin olunub.Bu tipin kardinal əlamətlərinə oynaqların kontrakturasi,slüntüklerin displaziyası,qıسابoyluq aiddir. II tip ilə xəstə olan uşaqlarda qidalanma və tənəffüs ilə ciddi problemlər olur.Xəstələrin eksəriyyətində aşağı temperatur fonunda tər ifrazının artımı,dildə göbələyəbənzər məməciklərin azlığı müşahidə olunur.Bələ xəstələrdə mitochondrial disfunksiya ilə əlaqədar meydana çıxan hipertermiya erkən körpə ölümüne səbəb olan əsas faktordur. II tipin I tipdən bir neçə əlamətə görə fərqli olmasını nəzərə alaraq,müşahidəçilər II tip Şvarts-Campel sindromu ilə Stuv Videman sindromunu eyni bir patologiya aid edirlər.

Şvarts-Campel sindromunun ümumi qəbul edilmiş 44 simptomu vardır.Daha çox rast gəlinən simptomlar bunlardır:alçaq boy, progressivləşən miotoniya,"incik üz",bütülmüş dodaqlar,dar göz yarığı,kiçik alt çənə,əzələ hipertrofiyası,hiporefleksiya,toyuq döş qəfəsi,kirpiklərin qeyri-düzgün ölçüsü,tükərin ləng uzanması,mikrokornea,yuvenil katarakta,qulaq seyvanının aşağıda yerləşməsi,anal sfinkterinin zəifliyi,anadangəlmə qasıq və göbek yırtığı,bud-çanaq oynağının hərəkət məhdudluğu və displaziyası,çanaq epifizlərinin fragmentasiyası,mil-bilek oynağının hərəkət məhdudluğu,onurğanın hərəkət məhdudluğu(əsasən bel nahiyyəsində),kifoskolioz, qısa boyun, metafizlərin enli olması,osteoporoz,pectus carinatum,yumurtalıqların kiçik olması,hipersalivasiya,aydın olmayan nitq.Bələ xəstələr üçün normal intellekt fonunda motor inkişaf və boydan geri qalma xarakterikdir.

Həyatın ilk 2 ilində xəstələrdə üz əzələlərinin, əsasən gözün dairəvi əzələlərinin miotonik reaksiyaları əmələ gəlir.Əlin bükülməsi çətinləşir.

Elektron mikroskopunda əzələ liflərinin vakuolizasiyası,mitochondrilərinin qeyri-spesifik dəyişiklikləri qeyd olunur.

Proqnoz:I tip SJS yüngül gedişi və xəstələrin uzunömürlüyü ilə xarakterizə olunur.II tip SJS ilə xəstə olan uşaqlar nadir adətən 3,nadir halda 12 yaşa qədər yaşayırlar.

Müalicəsi:hal-hazırda effektli müalicəsi yoxdur. Əsas müalicə taktikası əzələ hipertonusunun və qicolmalarının qarşısının alınmasına yönəlməlidir.

Xəsteliyin nadir olmasını nəzərə alaraq,bizim müşahidəmiz altında I tip Şvarts-Campel sindromu ilə olan xəstəni sizin nəzərinizə çatdırmaq istəyirik. Qeyd edək ki,bu xəstə təcrübəmizdə rast gəldiyimiz 2-ci faktdır. İlk bələ fakt 2002-ildə müşahidə olunub və Tibb jurnalının 4/2002 buraxılışında çap olunmuşdur.

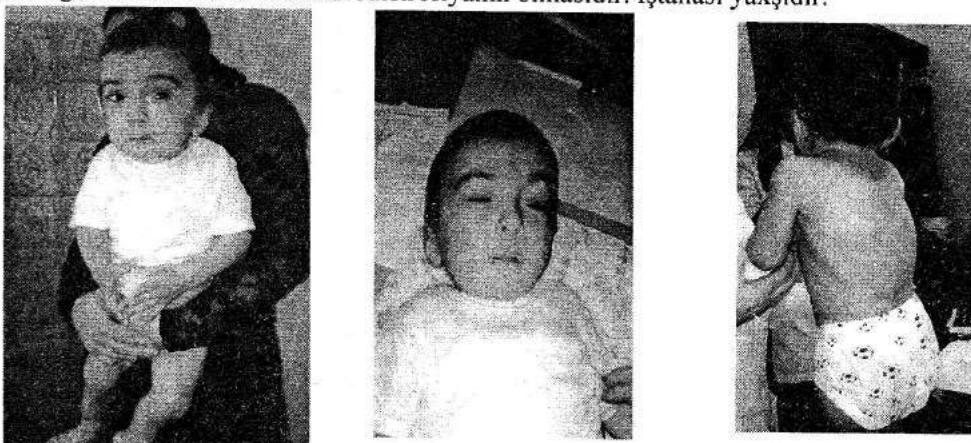
Xəstə-Zeynəddinova Fidan Ceyhun qızı,2 yaşı 7 ay (15.03.2008).19.10.2010 tarixdə 6 N-li Uşaq klinik xəstəxanasına daxil olmuşdur.Xəstəlik tarixi N 2864.

Daxil olarkən ananın şikayətləri:uşağın fiziki inkişafdan geri qalmasından,skeletindəki olan deformasiyalardandır.

Anamnesis Vitae:anamnezə görə uşaq 2-ci hamiləlik, 2-ci doğuşdandır. 1-ci uşaq sağlamdır.Bu uşaq hamiləlik ağır keçib,doğuş sağrı gəlişi ilə olub. Doğularkən çəki 3 kq 50 qr olub.Doğulanda qışqırıb.Göbəyi 4-cü gün düşüb.Yenidögüləmə dövrü pis keçirməyib.2 ay ana sildi alıb,sonra smeslərlə qidalanıb.7 ayında oturub,yaşında tutub durub. Diş yaşından sonra çıxarıb.Yaşa yaxın tək-tək sözlər deyib.Valideynləri qohumdur.

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

Status preasens: Ümumi vəziyyəti xəstəliyin mənşəyi etibarı ilə ağırdır. Ağırlığın səbəbi uşaqda anadangolma irsi miotonik xondrodistrofiyanın olmasıdır. İştahası yaxşıdır.



Şək. Şvarts-Campel sindromu

Obyektiv müayinə: boyu 74 sm-sentilin 3-cü koridorundan geri qalır. Xarici görkəmində bir sıra stiqmlər vardır. Üzü “incik üz”ü xatırladır. Gözlərində- mikroftalm, hipertelorizm, qısa, dar göz yarığı, sol gözündə ptoz qeyd olunur. Çənəsi, ağızı balacadır. Qulaqları aşağıda yerləşib (şək. 1). Dərisi təmiz, dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf edib.

Sümük sistemi tərəfindən-kəllə dolixosefal formadadır, alın qəbaraları qabarlıq inkişaf etmiş, boynu qısadır. Dirsək oynaqlarında kontraktura qeyd olunur. Diz, topuq oynaqları qalınlaşmış, kontrakturalıdır. Ayaqlarında valqus deformasiya, əyri pəncəlik, qamış sümüklərinin önə əyilməsi qeyd olunur. Fəqərə sütunu yanlardan basıq, döş sümüyü irəli gəlmüşdür. Kifoskolioz, fə-qərə sütununda kobud donqarlıq görünür. Ağzında dişləri vardır.

Əzələ sistemi tərəfindən-spastiklik, hipertrofiya, hipertoniya müşahidə olunur. (şəkil 3)

Tənəffüsü sakitdir. Ağciyərlərdə perkutor və auskultativ dəyişiklik qeyd olunmur.

Ürək tonları karlaşır.

Qarnı yumşaqdır. Qaraciyər və dalaq böyüməyib. Göbek yırtığı qeyd olunur. Nəcis və sidik ifrazı sərbəstdir.

Aparılan müayinələr: Bud-çanaq oynaqlarının rengenoqrammasında-sümük dekstruktiv dəyişiklik qeyd olunmur. Sirkə kasalarının damı deformasiyalıdır. Asetabulyar indekslər norma daxilindədir. Çıxıq əlamətləri yoxdur. Oynaq başları bir qədər yastılaşır.

Döş qəfəsinin rentgenoqramması-ürəyin ölçüləri bir qədər genişlənib. Döş qəfəsi skeleti deformasiyalıdır.

Ultrasəs müayinəsi-hər iki böyrəkdə kristallaşma qeyd olunur.

Qanın ümumi analizi-Hb-105q/l, eritrosit-3,66x10/L, leykosit-8.2x10/L, rəng göstərici-0,86, seqmentnüvəli-52%, eozinofil-6%, limfosit-37%, monosit-4%, EÇS-4mm/saat.

Qanın biokimyəvi analizi-ümumi zülal-61q/l N(67-87), Timol sınağı-1,8gh N(4), ALAT-13 N(17), ASAT-10 N(15), Ca-1,79mmol/l, Ca++-0,83mmol/l N(2,02-2,60), P-1,07mmol/l N(1,30-2,26)

Nəcisin ümumi analizi-az miqdarda neytral yağı, selik-çox miqdarda, bakteriya-orta miqdarda.

Sidiyin ümumi analizi-selik-çox miqdarda, fosfat duzları çox miqdarda, bakteriya-az miqdarda.

Ultrasəs müayinəsi-hər iki böyrəkdə kristallaşma qeyd olunur.

Aparılan müalicə:

V/d Sol.Glucosae 10%-10,0; Vit.C 5%-1ml, KKB-25mq, Sol.Calcii gliconatis 10%-3ml, Θ/d Vit.B6 5%-1ml, Vit.B12 100qamma, peros multivitamin, aşağı ətrafların elektrofarezi 10%-li CaCl₂ ilə, müalicəvi idman, massaj.

Evə yazılırkən xəstənin vəziyyəti aparılan müalicədən sonra nisbətən yaxşılaşır. İştahası yaxşıdır. Yuxusu rahatdır. Lakin skeletində, əzələ sisteminde olan dəyişikliklər eyni olaraq qalır.

2.11.2010 tarixdə evə yazılır. Evdə müalicəni davam etdirmək üçün resept, məsləhət verildi. Uşaq genetikin, nevropatoloğun, ortoped-travmatoloğun, pediatrin nəzarəti altında olmalıdır.

Azerbaycan tebabətinin müasir naliyyətləri №1/2011

Bizim respublikamızda qohum nikahlara təəssüf ki,tez-tez rast gelinir.Valideynlər genin heteroziqot daşıyıcılarıdır,fenotipik əlamətlərinə görə sağlam insanlardan fərqlənmirlər.Xəsteliyin əlamətləri issa özünü yalnız patoloji genin homoziqot daşıyıcılarında bürüzə verir.

Müasir tibb valideynlərin daşıyıcı olduğunu aşkar etməye,xəstə uşaqların doğulmasının qarşısını almağa imkan verir.Bu baxımdan ailələrdə prenatal diaqnostika aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Козлова С.И. ,Семанова Е., Демикова Н.С. Наследственные синдромы и медикогенетическое консультирование, с.125
2. Ветишев Ю.Е и др. Наследственные болезни.1980
3. Beutmann R.E., Victor M.D., Vaughan C. Text Book of Pediatrics. MD,Philadelphia,London,Toronto 1987, p.418-419

SUMMARY

SCHWARTZ-JAMPEL SYNDROME (A PRACTICAL CASE)

A.F.Chevik-Bulend, M.F.Aliyeva

A girl, at the age 2 years 7 months, born of blood marriage with Schwartz-Jampel syndrome(myotonic chondrodystrophy)was the object of observation. She hads an acute retardation of physical development with characteristic appearance and multiple changes of neuromuscular and skeletal system.

Daxil olub:14.12.2010

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

ГЕНОТИПНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ИЗОЛЯТОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В СЫВОРОТКАХ ПАРЕНТЕРАЛЬНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ ИЗ ГРУПП С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ

О.В.Исаева, А.Э.Дадашева, М.К.Мамедов
ГУ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова
РАМН, г.Москва; Национальный центр онкологии, г.Баку

Ранее в ходе серологического исследования нескольких десятков сывороток, полученных у доноров крови и соматических больных хирургического профиля, а также у больных солидными злокачественными опухолями и у больных туберкулезом и содержащих поверхностный антиген вируса гепатита (ВГВ) и ДНК этого вируса, мы, используя специальные тест-системы иммуноферментного метода, установили, что среди населения Азербайджана циркулирует не только "дикий" вирус, но и вирусы, мутантные по генам основных антигенов: HBsAg, HBeAg и HBcAg. Более того, были определены субтипы ВГВ, преобладающие среди жителей Азербайджана [1, 2].

Серологически обследовав лиц из несколько различных групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГВ (больных лимфомами и лейкозами, больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, а также больных некоторыми гематологическими заболеваниями), мы выявили сыворотки, также содержащие указанные выше специфические маркеры инфицирования ВГВ.

Располагая этими сыворотками, а также замороженными HBsAg-позитивными сыворотками, ранее полученными у доноров крови, мы поставили перед собой цель определить генотипную принадлежность содержащегося в них ВГВ, тем более, что ранее такие исследования в Азербайджане не проводились. Между тем, нам представлялось, что сведения о генотипной принадлежности могут иметь определенную ценность в качестве показателей, дополняющих характеристику эпидемиологической ситуации в Азербайджане в отношении циркулирующей среди его населения популяции ВГВ [1, 2].

Материалом для исследования служили HBsAg-позитивные сыворотки крови, полученные у 64 доноров крови и соматических больных и у 115 лиц из разных групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГВ.

Определение генотипной принадлежности вирусов в этих сыворотках осуществлялось с помощью иммуноферментного метода с использованием тест-систем (HBV genotype ELISA) на основе моноклональных антител к pre-S2 антигену каждого из 6-ти генотипов ВГВ: A, B, C, D, E и F [3].

Анализ полученных результатов показал, что содержащиеся во всех исследованных сыворотках вирусы относились только к двум из 6 генотипов: к генотипу A и к генотипу D.

Изоляты ВГВ, обнаруженные в сыворотках, полученных у доноров крови и соматических больных, в 7 (11,0%) случаях принадлежали к генотипу A, а в 57 (89,0%) случаях принадлежали к генотипу D. В то же время, изоляты ВГВ, обнаруженные в сыворотках, полученных у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГВ в 10 (8,7%) случаях принадлежали к генотипу A и 105 (91,3%) случаев принадлежали к генотипу D.

Очевидно, что генотипная принадлежность изолятов ВГВ в сыворотках доноров и соматических больных не имела существенного отличия от таковой в сыворотках крови лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГВ. Это позволило нам рассчитать частоту выявления указанных двух генотипов во всех исследованных сыворотках. Такой расчет показал, что из 179 всех исследованных сывороток ВГВ генотипа A содержался в 17 (9,5%) сыворотках, а ВГВ генотипа D содержался в 162 (90,5%) сыворотках.

Таким образом, на основании результатов описанного выше исследования был сделан вывод о том, что популяция циркулирующего в Азербайджане ВГВ представлена двумя

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

генотипами - А и Д. При этом, превалирующим здесь оказался генотипом D, к которому принадлежало 90,5%, а ВГВ генотипа А встречался значительно реже. Разумеется, что данный вывод носит предварительный характер, а более точные сведения о распространении генотипов ВГВ среди населения Азербайджана могут быть получены при исследовании представительного числа сывороток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К., Рагимов А.А., Таги-заде Р.К., Алиева Н.А. Вирусологическая характеристика инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у здоровых жителей г.Баку, онкологических больных и соматических больных, находившихся в многопрофильном стационаре // Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, №2, с. 98-100;
2. Раева Н.Р., Мамедов М.К. Вирусологическая характеристика инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у больных туберкулезом легких. // Азербайджанский Ж. онкологии и гематологии, 2007, №2, с.131-133;
3. Seeger C., Zoulin F., Mason W. et al. Hepadnaviridae / Fields' Virology. Eds.D.Knipe, P.Howly. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007; v.2. p.2977-3029

SUMMARY

GENOTYPES CHARACTERISTIC OF HEPATITIS B VIRUS ISOLATES AT SERUMS OF PARENTERALLY INFECTED PERSONS FROM HIGH RISK GROUPS OF CONTAMINATION

O.Isayeva, A.Dadasheva, M.Mamedov

The authors examined blood serums of HBsAg-positive persons for determined genotypes of hepatitis B virus circulated among population of Azerbaijan. The results obtained demonstrated that population of HBV circulated at above mentioned patients was presented with genotype D (in 90% serums) and genotype A (in 10% serum).

XÜLASƏ

YÜKSƏK İNFEKSİYALAŞMA RİSK GRUPUNA DAXİL OLAN PARENTERAL İNFEKSİYALI İNSANLARIN QAN ZƏRDABINDA B HEPATİTİ VIRUSUNUN İZOLYATLARININ GENOTİP MƏNSUBİYYƏTİ

O.V. Isayeva, A.E.Dadaşova, M.K.Məmmədov

Müelliflər yüksək infeksiyalışma risk qrupuna daxil olan parenteral infeksiyalı insanların qan zərdabında B hepatiti virusunun izolyatlarının genotip mənsubiyətini təyin etməklə Azərbaycanda bu virusun yayılma dərəcəsini tədqiq etmişlər. əlde olunmuş nticilərdən məlum olmuşdur ki, D genotipi (90% zərdabda) və A genotipi (10% zərdabda) üstünlük təşkil etmişdir.

Daxil olub: 09.12.2010

MALYARIYA UZUN İLLƏRDƏN BƏRİ TƏKAMÜL PROSSESİNDƏ İNKİŞAF EDƏN AĞCAQANADLAR TƏRƏFINDƏN YAYILAN BƏLADIR

N.C. Namazov, F.H.Hüseynova

V.Axundov adına Milli Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu, Baku

Bağışlılar (*arthropoda*) tipinə aid olan həşəratlar uzn illərdən bəri davam edən təkamül prossesində əmələ gəlmışdır. Onlar 350 milyon il bundan əvvəl mövcud olub bu günə kimi davam edir[6]. Bəzi ədəbiyyat məlumatına görə dünyada 1milyon yarımdan çox həşərat növü məlumdur [1]. İlk dəfə həşəratlar haqqında Yunan alimi Aristotel (b.e.ə.384) ilda ətraflı məlumat vermişdir. Sonradan tacik alimi Abi Əli İbn Sina (b.e.ə.) XI əsrde zərər verən həşəratlar haqqında Avesta kitabında birə (*Siphonaptera*), ağcaqanad (*Culicidae*), milçək (*Diptera*) və başqa həşəratların insanlara vurdularını zərərləri qeyd etmişdir. Çin və Yunanıstanda həşərtlərdən bit (*Siphunculata*), birə (*Siphonaptera*), taxta biti (*Hemiptera*), milçək (*Diptera*), iqsodes gənələri (*Ixodidae*) və s. insanlara keçirdikləri zərər və xəstəliklərin vəziyyəti barədə geniş elmi işlər aparılmışdır. Çin alimi Čao Yan Tan (b.e.ə.610-cu ilda) Çyu Yay ilə birlikdə qoturluq gənəsi (*Acaridae*) haqqında ətraflı məlumat verməklə bərabər, insanlarda həmin gənə vasitəsi ilə qotur xəstəliyinin yayılmasını aydınlaşdırmışlar. Bağışlılar tipinə daxil olan həşəratlar ən qədim zamanlardan Kaynozoy erasının Neogen dövründə həşəratların qur inkişafı zamanı əmələ gəlmışdır.

Qan soran ağaçqanadlar (*Diptera, Culicidae*) isə Mezazoy erasının Yura dövründə sürünenlərin hökümranlığı və başayaqlı molyuskaların inkişafı zamanı meydana gəlmışdır. Bu da onu göstərir ki, qansoran ağaçqanadların əmələ gəlmə tarixi ən qədim zamanları xatırladaraq uzun bir təkamül yolu keçmişdir [7].

Iki qanadlılara daxil olan bəzi növlər: ağaçqanadlar (*Culicidae*), miğmişlər (*Phlebotomidae*), göyünlər (*Tabanidae*), simulidlər (*Simulidae*), nəm milçəkləri (*Girotopoconidae*) və başqları birlikdə "Qnus" adlanırlar. Onların içərisində ən çox yayılan və dominant təşkil edənlərdən qansoran ağaçqanadlar xüsusi yer tutur[2]. Məlum olmuşdur ki, dünyada 3000 növ qansoran ağaçqanad mövcuddur. Onlardan 500 növü malyariya, 2500 növü isə qeyri malyariya ağaçqanadlardır. Ağaçqanadlar yer kürəsinin bütün arazilərində, o cümlədən ekvator boyunca (cənuba doğru) geniş yayılmışdır [3].

Qədim zamanlarda insanlar özlərini qan soran ağaçqanadlardan "Qnusdan" qorumaq üçün yaşı odunun, bitki qalıqlarının, müxtəlif rəngli parça tullantılarının və s. yandırılması zamanı əmələ gələn tüstüdən istifadə etmişlər.

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, qan soran ağaçqanadlardan *Anopheles* cinsiə aid olanlar malyariya, tulyaremiya və s. xəstəlikləri keçirirlər. Qeyri malyariya ağaçqanadları isə virus və bakteriya mənşəli xəstəliklərin keçiriciləridir.

Malyariya xəstəliyi uzun illərdən bəri bir bəla olmaqla bərabər insanlara, onların yaşayış tərzinə zərər verir. Respublikada xəstəlik keçirən növlərdən: *An.maculipennis* Mg., *An.sacharovi* Favre və *An.subalpinus* Hock a Zew göstərmək olar. 1960 -ci ildə malyariya xəstəliyinin praktiki olaraq lağv edilməsinə baxmayaraq bu xəstəlik bu gündə davam edir. Respublikanın ərazisində obyektiv və subyektiv səbəblərdən epidemioloji-entomoloji sabitliyi saxlamaq mümkün olmur. Bu da onunla izah olunur ki, bəzi ərazisində qalıq ocaqlarının mövsümlə əlaqədar olaraq fəallaşması nəticəsində xəstəlik aşkar edilir, bir ərazidən başqa ərazilərə keçiricilər vasitəsilə yayılır [5].

Onuda qeyd etmək lazımdır ki, qansoran ağaçqanadların bir ərazidən başqa əraziyə (yer kürəsində) yayılması iqlim tipi, relyef və ekoloji şəraitə əlaqədar olub bir ölkədən başqa ölkəyə nəqliyyat vasitəsilə (qatar, təyyarə, yük vaqonları, ezamiyyətdə olan insanlar, emigrantlar, qeyri qanuni qablaşdırılmış iri hacmli əşyalar və s. yayılırlar. Son illərdə atmosferdə baş verən abiotik faktorlar (istilik, nəmlik, yağmurun artması və s.) ağaçqanadların surətlə inkişafına imkan yaradır, onlar bir mühütdən başqa mühüdü dündükda həmin şəraitə tez uyğunlaşırlar.

Respublikada malyariya xəstəliyinin öynülməsi 1839-1916 -ci ildən başlamasına baxmayaraq bu bəla bu gündə müşahidə edilir və insanlar hələdə əziyyət çəkir. Ədəbiyyat məlumatına görə yer kürəsində 90-dan çox ölkədə malyariya xəstəliyi geniş yayılmışdır. Dünya ərazisinin 41%, yəni 2 milyondan çox əhalisi malyariya xəstəliyindən təhlükə altında olmaqla hər il orta hesabla 1,5-2,7 milyon əhalisi bu xəstəlikdən dünyasın dəyişir ki, bununda 80% Afrika ölkələrinin payına düşür (Kondraşın A.B.) [4].

Qeyd etmək lazımdır ki, malyariya xəstəliyi tibbi, tibbi-biooji, sosial və ekoloji bir problem olub insanlara həməşə zərər verir. Bu xəstəliyə tutulan insanlarda qara ciyər, dalaq öz funksiyasını itirir, qanın normal elementləri, əsəb sistemi pozulur və başqa fəsadlırlarla nəcilənə bilir (Loban K.M., 1983) [1]. Bundan başqa xəstənin qanın və başqa orqanlarında şiş əmələ gelir, uzun müddət tərəmə baş verir, hərərat 37-37,5°C bir müddət davam edir, halsizliq, yorğunluq əmələ gelir, xəstə yernəkdən intima edir, uşaqlarda xəstəlik çox ağır keçir (bazan ölümə nəticələnir) hamilə qadınlarda bu xəstəliyi ağır kecirir (bəzi hallarda vaxtsız doğuş baş verir).

Malyariya xəstəliyi uşaqların inkişafına, sağlam böyüməsinə mənfi təsir göstərir. İnsanlar bu xəstəliyinə tutulan kimi iş qabiliyyətini itirir. Ən çox kənd təsərrüfatı ilə məşğul olan, istehsalatda çalışanlara, bir sözə fiziki işlə məşqul olanlar, işin öhdəsindən gələ bilmirlər, nəticələdə immunitet çatmamazlığı baş verir.

Yuxarıdakılan nəzərə olaraq malyariyaya qarşı hər tərəfli program hazırlanmalıdır. Bu işə bütün unsanları, idarə və müəssisə rəhbərlərini, fermər təsərrüfatında işləyən bütün əməkdaşları cəlb etmək lazımdır. Bunun üçün mövsüm ərzində Respublikanın bütün ərazilərində (malyariya

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

əşkar olan yerlərdə) aqrokimyavi, aqrosanitar texniki, hidrotexniki, fiziki, bioloji, kimyavi, mexaniki və s. tədbirləri kompleks şəkildə aparmaq lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Abdullayev X.İ., Hacıyev İ.A., Əliyev M.İ., Namazov N.C. və s. Azərbaycanda mövcud malyarioloji vəziyyət və onun sosial məhiyyəti / V. Axundov adına METTPi-tutu 10 illik elmi-təcrübə fəaliyyətinin yekunlarına həsr olunmuş elmi konfransın məctəbi. Bakı, 2004, s.7-9
2. Дербинева Ухова. Руководство по медицинской энтомологии. М., 1974
3. Edwards F.W. Are visions of the mosquitoes of the Palearctic region Bull. Entomology. Res. 1921. 12.3. 263-351.
4. Кондрашкин А.В. Малярия в мире и глобальная стратегия борьбы с ней. 1997, с.3-7
5. Namazov N.C. Tibbi entomologiya. Bakı.2007.səh.95-130
6. Росс Г., Росс Ч., Росс Д. Энтомология. М.:Мир, 1985, с.431-457
7. Polyanski L.i. Ümumi biologiya. Bakı: Maarif.2004, s.89-95

РЕЗЮМЕ

**МАЛЯРИЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ МОСКИТАМИ, ЭТА БЕДА, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ
ДЛИТЕЛЬНЫЕ ГОДЫ В ПРОЦЕССЕ ЭВОЛЮЦИИ**

Н.Дж.Намазов, Ф.Х.Гусейнова

В статье рассмотрен вопрос малярии с исторической и с современной точки зрения. Показаны некоторые данные о распространенности и опасности этой болезни.

SUMMARY

MALARIA EXTENDED BY MOSQUITOES, THIS EVIL, WHICH DEVELOPS LONG YEARS DURING EVOLUTION

N.J.Namazov, F.G. Huseynova

In article was considered the problem malaria from historical and modern view. It was given some data on the prevalence and dangers of this ill.

Daxil olub:08.10.2010

XRONİKA- ХРОНИКА

ƏVƏZEDİLMƏZ İNSAN

Azərbaycan tibb elminə və kitabxana-informasiya ictimaiyyətine böyük itki üz vermişdir. Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb Kitabxanasının direktoru tibb elmləri namizədi Rəna Xanım Pirverdiyeva qəfil həyatını dəyişmişdir. Onun gedişi həm doğmaları, həm də rəhbərlik etdiyi kollektiv üçün ağır və sonsuz dərəcədə kədərli bir məqam olmuşdur. Rəna xanım bu kollektiv üçün əvəzedilməz rəhbər olmaqla yanaşı, onun böyük dayağı idi.

Rəna Xanım Pirverdiyeva 1938-ci il 17 oktyabrda Bakı şəhərində anadan olmuşdur. 1955-ci ildə N. Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunu fərqlənme diplomu ilə bitirərək praktik fəaliyyətə başlamışdır. O 1961- 1962-ci illərdə Uşaq İnternat evində, sonra isə Uşaq Yol Məsləhətxanasında çalışmışdır. 1962- 1976-ci illərdə Eksperimental Klinik Elmi Tədqiqat İnstitutunda elmi işçi kimi çalışmışdır. 1969-cu ildə elmi-tədqiqat işini sona yetirmiş, uğurla müdafiədən sonra tibb elmləri namizədi elmi dərəcəsin almışdır.

Rəna xanım 1976- 1983-cü illər ərzində Bakı şəhər Travmatologiya və Ortopediya Elmi Tədqiqat İnstitutunda böyük elmi işçi kimi fəaliyyət göstərmişdir. 1983- 2006-ci illərdə Elmi Tibb İnformasiya mərkəzinin rəhbəri kimi çalışmışdır. Bu dövrde Rəna xanımın rəhbərliyi altında «Azərbaycan tibb elminin və praktik səhiyyənin nailiyyətləri» adı altında elmi-praktik məqalelər toplusu periodik olaraq nəşr olunmağa başlamışdır.

O Rəna xanımın elmi işçilərin elmi- tibb inforamasiya təminatında, informasiya axtarışının düzgün təşkil olunmasında, elmi- tibb informasiyanın emalı və istifadəsinin təşkil olunmasında böyük əməyi olmuşdur.

2006-ci ilden etibarən Rəna xanım Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb Kitabxanasının direktoru vəzifəsində çalışmağa başlamışdır. Bu illər ərzində Rəna xanım tekce direktor, rəhbər olmamışdır. Onun varlığı kitabxana üçün sözün əsl mənasında bir nur, bir zəka idi. Onun nuruna gələn oxucuların sayı günü-gündən artmışdır. Onun tibb elmində nüfuzu, dərin hörməti sayəsində kitabxana çoxlu həqiqi dostlar qazanmışdır. Rəna xanımın təşəbbüsü və böyük əməyi nəticəsində kitabxanada böyük tədbirlər, mütəxəssis günləri, informasiya günləri, təqdimatlar keçirilmişdir. Onun təşəbbüssü ilə keçirilən vərəmə, endokrinoloji xəsteliklərə, QİÇS-ə dair mütəxəssisləri günləri tibb ictimaiyyəti tərəfindən yüksək qiymətləndirilmişdir.

Rəna xanımın təşəbbüsü ilə 2011-ci ekoliya ili çərçivəsində bir sıra tədbirlər keçirilmişdir. Bütün tədbirlərin yekunu olaraq 22 dekabr 2011-ci il tarixində «Ekoliya və Sağlamlıq» adı altında infomasiya günü böyük uğurla keçmişdir.

Rəna xanımın təşəbbüsü və yenə de birbaşa iştirakı ilə hərəkətli sərgilərin yerlərdə təşkilinə başlanılmışdır. Bu sərgilər həm də səyyar kitabxanalar kimi çıxış etmişlər. Bunun nəticəsində kitabxananın fondu geniş tibb oxucu kütləsinə bilavasitə təqdim edilmişdir. Bu tədbirlər sayəsində kitabxananın oxucularının sayı artmışdır. Aparılan sorğulardan məlum olmuşdur ki, səyyar kitabxanalar bir çox gənc alımların elmi fəaliyyətinin səməreli və faydalı olmasına böyük rolu olmuşdur.

Rəna xanımın təkidi ilə kitabxanamızda mütəmadi olaraq tibb kitabxana şəbəkəsinin işçiləri ilə məşğələlər, treyninqlər, seminarlar daha geniş vüsət almışdır. Hər ilin sonu keçirilən



Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

böyük iclasda şəxsən özü iştirak edir. Geniş tibb kitabxanası şəbəkəsinin nümayəndələri ilə six ünsiyət qurmağa səy göstərirdi.

Onun rəhbər olduğu dövrde kitabxanada oxucu anketi tərtib olunmuş, doldurulmuş anketlər toplanaraq təhlil olunmuşdur. Alınan nəticələr onun «Kitabxanaşunaslıq və bibliografiya» jurnalının 2008-ci il 2-ci sayında «Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb Kitabxanasında oxucularla işin spesifik xüsusiyyətləri» adlı məqaləsində öz əksini tapmışdır. Bununla yanaşı Azərbaycan tibb jurnalının 2009-cu il 4-cü sayında onun Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb kitabxanasının təşkili və fəaliyyət tarixi» adlı məqaləsi də dərc olunmuşdur.



Rəna xanımın rəhbərliyi altında kitabxananın nefis tərtibatda bukleti işq üzü görmüşdür, bir neçə adda metodik vəsaitlər, o cümlədən «Tibbə dair tarixi və əlamətdir günlər» adlı metodik vəsait nəşr olunmuşdur.

Onun rəhbərliyi dövründə kitabxanaya daxil olan milli tibbi nəşrlərin də sayı xeyli artmışdır. Nəşr olunan tibb nəşrləri, dərslik, monoqrafiya, metodik vəsaitləri daim onun diqqət mərkəzində olmuş və kitabxanaya çatdırılması istiqamətində səylər göstərilmişdir.

Kitabxanamızın müxtəlif tədbirlərdə, kitabxana-informasiya işinə dair disputlarda, iclaslarda, təqdimat mərasimlərində, dəyirmi masalarda iştirak etməsinə Rəna xanım xüsusi diqqətlə yanaşındı.

Son derecə prespektiv insan olan Rəna xanım müasir informasiya texnologiyalarının, dəyərli kitabxana-informasiya xidmətlərinin tətbiqi istiqamətində böyük işlər görmüşdür. Onun bilavasitə təşəbbüsü və böyük əməyi sayesinde kitabxananın sayı tərtib olunmuş və sayının geniş tibb və kitabxana-informasiya ictimaiyyətinə çatdırılması üçün təqdimat mərasimi keçirilmişdir.

Rəna xanımın təşəbbüsü ilə 2009-cu ilə kitabxananın 70 illik yubileyi keçirilmişdir. Yubiley tədbirində tibb elminin görkəmli nümayəndələri ilə yanaşı respublikanın iri miqyaslı kitabxanalarının nümayəndələri, BDU-nun kitabxana-informasiya fakultəsinin dekanı, kitabxanaşunaslıq kafedrasının müdürü qocaman alim A. Xeləfov və bəzi pedoqoqları, Azərbaycan Respublikası Mədəniyyət və Turizm Nazirliyinin nümayəndəsi L. Məmmədova iştirak etmişlər. Tədbirdə Rəna xanım Azərbaycan Respublikası Mədəniyyət və Turizm Naziri Ə.Qarayevin tərəfindən Fəxri Ferman ilə təltif olunmuşdur.

Rəna xanımın misilsiz zəhməti Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən də yüksək qiymətləndirilmişdir. O 2008-ci ildə Səhiyyə Nazirliyinin Fəxri Fermanı ilə təltif olunmuşdur.

Rəna xanım böyük insan, səriştəli rehbər, gərkəmli alim, əvəzsiz dost, sirdəş olmaqla yanaşı həm böyük bir məktəb idi. Biz bu məktəbdən doymadıq. Biz hər gün ondan nə isə öyrənir, əzx edirdik. Biz hər gün onun nuruna həvəslə iş yerlərimizə gəlirdik. Biz hər gün ondan ilham alırdıq. Biz hər gün bu insanla ciyin-ciyinə işlədiyimiz üçün fəxr edirdik. Onun qəlbində kitabxananın gələcəyi ilə bağlı çoxlu böyük arzuları var idi, gələcək planları geniş və son derecə perspektiv idi. Ondan öyrənilməli hələ çox şeylər vardi. Bize onun son nəsihətini eşitmək, son dəfə qəlbən söhbət etmək müyəssər olmadı. Bu isə kədərimiz iki qat artırdı. Kollektivimiz onun yoxluğu ilə böyük kədər və hüzn içərisindədir.

Çox sağ ol, böyük insan!

ALLAH RƏHMƏT ELƏSİN!

7 APREL SAĞLAMLIQ GÜNÜ

2011- ci il 7 aprel Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının yaranması şərfinə sağlamlıq günü kimi qeyd olunur. Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb Kitabxanasında da bu günə həsr olunmuş elmi- praktik seminar - mütəxassis günü keçirilmişdir. Tədbirin keçirilməsində "Sağlam nəsil" ictimai birliyi də yaxından iştirak etmişdir.

Hər il təşkilat səhiyyənin hər hansı bir aparıcı problemini seçir və bütün insanların yaşıdan və sosial mənsubiyyətdən asılı olmayaraq xoş əhval ruhiyyə və sağlam organizme malik olmaq üçün bu problemin vacibliyini göstərən tədbirlərin keçirilməsinə səsləyir. Ümumdünya sağlamlıq günü insanlar öz səhhətlərini yaxşılaşdırmaq məqsədilə birge tədbirlərin həyata keçirilməsini dəstekləmək üçün unikal imkan əldə edirler.

Mikrobeleyhinə preparatlar dedikdə mikroorganizmlər, elecə də bakteriya, göbəlek, parazit və viruslar tərəfindən töredilən infeksiyaların müalicəsinə yönəlmış preparatlar nəzərdə tutulur. Bu preparatların keşf olunması bütün beşəriyyət tarixində en vacib nailiyyətlərdən biri hesab olunur. Bu preparatlar sayəsində son 70 il ərzində milyonlarla insanların xəsteliklər nəticəsində çəkdikləri əziyyətləri azalmış və onlar nicat tapmışlar. Mikrobeleyhinə preparatlara antibiotiklər, kimyevi terapiya preparatları, göbəlekəleyhinə vasitələr, antiparazitar və antivirus dərmanlar aid edilir. Mikrobeleyhinə davamlılıq dedikdə, bakteriya, virus, göbəlek və parazitlər kimi mikroorganizmlərin dərmanlara qarşı davamlılığı başa düşülür. Bu isə onlara qarşı istifadə olunan dərman vasitələrinin qeyri- effektiv olması ilə özünü göstərir. Mikrobeleyhinə preparatlara qarşı davamlı olan eksər mikroorganizmlər «əlahiddə- infektlər» adlandırılır. Bu infeksiyalar problemin əsasını təşkil edir, belə ki, davamlı infeksiya ölümle neticələnə bilir, başqa insanlara keçir və ayrı- ayrı insanlar və cəmiyyət üçün böyük maddi itgilərə sebəb olur.

Kitabxanamız Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının neşrlərinin toplanması ilə xüsusi ilə ciddi şəkildə məşğul olur. Həmin təşkilat tərəfindən mütemadi olaraq müxtəlif normativ sənədlər, dövrü neşrlər, hesabatlar, statistik materiallar kitabxanamıza göndərilir. Bu materiallar hər milli dildə, həm de xarici dillərdə dərc olunur. Hətta ÜST- in materialardan ibaret fonda ayrıca bir gүşə de təşkil edilmişdir. Bu isə kitabxanamızın sağlamlığın qorunması, bu istiqamətdə tədbirlərin aparılması, oxucular arasında müasir səhiyyə problemlərinin təhlükə edilməsi məsələsin xüsusi diqqətlə yanaşdığını göstərir.

Tədbirin keçirilməsində Bayer Health Care, Norma Plyus kimi şirkətlər də yaxından iştirak etmiş və dəstək olmuşdur.

Tədbirdə uşaq sağlamlığı, reproduktiv sağlamlıq mövzularına həsr olunmuş müxtəlif məruzələr oxunmuşdur.

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

2010- CU İLDƏ «AZƏRBAYCAN TƏBABƏTİNİN MÜASİR NAILİYYƏTLƏR» JURNALINDA NƏŞR
OLUNAN MƏQALƏLƏRİN GÖSTƏRİCİSİ
ÜKAZATELİY STATEJİ JURNALA «СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ
МЕДИЦИНЫ» НА 2010 ГОД

ICMALLAR- ОБЗОРЫ

- Əğayeva N.A. Potensial patogen aktinomisetlərin tədqiqi, 4, 17
Əliyeva G.R. Bronxoobstruktiv sindrom, atopiya və intestinal parazitlar: qarşılıqlı əlaqə və təzadlı faktlar, 1, 28
İmamverdiyev S.B., Hüseynzadə R.T., Talibov T.A. Sidik daşı xəstəliyinin yayılmasında epidemioloji xüsusiyyətlərin təsirinə müasir baxışlar, 5, 3
Kamilova N.M., Sultanova I.A., Məmmədova S.N. Ətraf mühitin ekoloji vəziyyətinin reproduktiv sağlamılığa təsirinin aktual aspektləri, 4, 20
Qasımov E.K., Quliyeva N.T., Eyyubova G.M., Əliyarbəyova A.Ə. Escherichia coli bakteriyasının bağırısaq epitelinə təsir mexanizmi, 2, 10
Quliyev N.A., Məmmədov M.Q., Qurbanov A.Q., Namazov İ.İ. Uçuşların təhlükəsizliyində uçuş faktorlarının tibbi cəhətdən öyrənilməsi, 2, 20
Məmmədov C.T., Abbasalıyeva K.T. Allergik rinit və pollinoz bronxial astmanın əmələ gəlməsində risk faktoru kimi, 2, 16
Selimova N.A. Vərəm xəstəliyinin töredicisi mycobacterium tuberculosis-in genetik xarakteristikası. multirezistent vərəm, 5, 18
Abbasova Z.B., Bagirova X.F. Взгляд к истории применения нафталиновой нефти при различных гинекологических заболеваниях, 3, 27
Агаев Р.М., Гасымов Р.Ш. Комплексное лечение и профилактика послеоперационных осложнений у больных механической желтухой и острым холангитом, 3, 3
Алекперов М.М., Гаралова М.З. Исходы и осложнения ювенильных артритов, 1, 2
Алекперов М.М., Гаралова М.З. Информационные системы для учета больных с ювенильными артритами, 2, 27
Алекперова Г.Г., Зейналова Э.Р., Карабанова М.С. Нефропатии, связанные с нарушением обмена цистина, 4, 6
Аскеров Н.М., Казиева Р.Р. Рак носоглотки- вопросы диагностики и лечения, 2, 3
Гейдаров И.Д. Гемодинамическое влияние ИПВ у больных артериальной гипертонией с ревматоидным артритом, 2, 30
Гулиева А.А. Депрессивное влияние субклинически протекающих бактериальных и вирусных инфекций на показатели врожденного иммунитета, 3, 18
Дадашева А.Э. Эпидемиологический и клинический и терапевтический аспекты изучения трансфузионных вирусных гепатитов отделениях гемодиализа, 1, 14
Кадырова А.А.Инъекционная наркомания как важнейший фактор глобального распространения ВИЧ-инфекции, 1, 23
Кадырова А.А., Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Гулиева А.А.Показатели врожденного иммунитета у здоровых взрослых жителей г.Баку, 4, 3
Кадырова А.А., Мамедов М.К. Неспецифическая иммунологически обусловленная резистентность или врожденный иммунитет ?, 3, 8
Курбанова С.М., Мамедов М.К. Внепеченочная патология, ассоциированная с инфекциями, вызванными вирусами гепатитов В и С: возможная роль этих вирусов в этиопатогенезе ревматоидного артрита, 1, 18
Мамедов Г.М. "Малые" дозы радиации - современный взгляд на проблему, 1, 5
Мамедов М.К.Злокачественные опухоли как болезни генетической нестабильности, 5, 9
Мамедов М.К., Бахшалиева Н.А. О развитии подходов к лекарственному лечению онкологических заболеваний, 3, 31
Мамедов М.К., Михайлов М.И. Особенности естественной эволюции клинических проявлений инфекции, вызванной вирусом гепатита С и противовирусная терапия, 1, 32
Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А. Иммунодефициты инфекционной этиологии: феноменология, патогенетические типы и механизмы формирования, 4, 10
Сайдова Ф.Х., Фарзалиева А.Ф. Эндемический зоб: профилактика и лечение, 5, 26
Сафарова С.С. Актуальность ранней диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза в выборе метода лечения, 4, 13

Халилов С.И., Ширинов З.Т. Лечение и профилактика острых послеоперационных эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки, 3, 22

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Abdullayev X.I., Haciiev İ.A., Mahmudova Ş.Ə., Hüseynova F.H., Haciyeva N.Y., Abdullayeva Z.Z. Hazırkı dövrde Azərbaycanda yerli əhali arasında malyariya xəstəliyinin aşkar olunması epidemioloji vəziyyətin gərgin olmasının göstəricisi kimi, 2, 58
- Abdullayev Q.I., Fərəcov Z.H. Xroniki uretrogen prostatitlərdə vulkanik palçıq müalicəsinin effektliyi, 2, 81
- Abdiyeva S.V., Muradov H.K., İbrahimov E.E. Yumşaq toxumaların bədxassəli fibrohistositar şışlarında histokimyevi tədqiqat, 3, 70
- Aghabalaei Hassan, Aliyev A.H., Rahemi A. The effect of hypoxia because of altitude, on the electrocardiogram of athlete's heart, 2, 137
- Ağayev B.A., Müslümov Q.F., Ağayev C.N., Babayev N.I., Əliyeva G.R. Öd yollarının yatrogen zədələnmələri və çapıq strukturaları olan xəstələrdə ozonoterapiyanın kompleks müalicənin tərkib hissəsi kimi cərrahi müalicənin yaxın nəticələrinə təsiri, 1, 104
- Ağayev F.B., Əliyeva P.M. Anadangəlmə inkişaf qüsurlarının risk səviyyəsinin qiymətləndirilməsi variantları, 3, 125
- Ağayev R.M., Əliyeva E.Ə., Allazov T.A. İrini xo longit zamanı ozon terapiyasının immunkorresiyaedici təsiri, 5, 36
- Ağayeva N.A. Peritonai makrofaqların aktinomisetləri fagositotetmə xüsusiyyətlərinin tədqiqi, 3, 94
- Arxməmmədova G.M., Mehmani V.R., Arxməmmədov A.M., Əliyev Ə.A., Məmmədov A.M. Termafil – klinik aspektler, 5, 52
- Bayramov V., Tezcan S., Bayramova S. Uşaqlıq boynu xərcəngönü və xərcənginin demografik xüsusiyyətlər, HPV virusu və histopatolojik nəticələrlə əlaqəsi, 5, 79
- Bayramova S., Dökmeci F. Hamilelikdə təklif olunan keqel məşqlərinin çanaq dibi əzələlərinə və aşağı sidik yollarına olan təsirlərinin araşdırılması, 5, 90
- Bağirova A.B. Optika mağazalarında bəzi əmtəə çeşidlərinin satışının öyrənilməsi, 5, 94
- Binnətov R.S. Hipotireozlu ağırlaşmış parodont xəstəlikleri olan xəstələrin qarşıq ağız suyunda sitokinlərin (IL-1 β və IL-4) miqdarı, 3, 112
- Binnətov R.S. Hipotireozlu xəstələrdə dişlərin kariyesinin gedişinin tezliyi və intensivliyi, 1, 113
- Cəfərova T.F., Hacıyeva A.A., Əliyeva K.K., Hüseynova P.M. Süni abortun fəsadlarının profilaktikasında traumeel c preparatının istifadəsi, 2, 84
- Eyvazov R.Q. Azərbaycanda travmatizmin tibbi-sosial ağırlığının xüsusiyyətləri, 1, 154
- Əhmədov Ə.M., Ömrənov T.İ., Sultanov H.A., Rəhimov V.S. Kəskin pankreatitlərin müalicəsində lipofundin və heparinin tətbiqi, 3, 28
- Əliyeva P.M. Ananın yaşından asılı anadangəlmə anomaliyaların nozoloji strukturu, 4, 29
- Əliyeva P.M. Birinci doğşılarda anadangəlmə anomaliyaların nisbi riskinin xüsusiyyətləri, 4, 95
- Əliyeva P.M. Anadangəlmə anomaliyaların yenidögünlərdə aşkarlanma tezliyi barədə, 2, 39
- Əliyeva P.İ. İlk gec doğan qadılarda doğuş travması, 1, 115
- Əliyeva P.M. Doğuşlararası intervallardan asılı risk amillərinin yayılma xüsusiyyətləri, 1, 111
- Əliyeva F.K., Həsənova M.K., Məmmədov K.Y. Kesar kəsiyi əməliyyatının optimallaşdırılması, 1, 100
- Əmiraslanov Ə.T., Nəcəfov S.R. Sümük şışlarının kompleks şüa diaqnostikasında kompüter tomografiyanın rolü, 4, 88
- Əskərov Ə.A. Kəskin bağırsaq infeksiyalarının rekonvaläsentlərində bağırsağın mikroflorası, 5, 31
- Əzizov V.Ə., Qurbanov V.O. C-reaktiv protein, homosistein, lipoprotein (a) və fibrinogenin arterial hipertenziyinin ağırlaşma və fəsadlaşma riskində rolü, 4, 50
- Əzizov V.Ə., Memmedli S.M., Qurbanov V.O., Kərimova E.Z. C-reaktiv protein, homosistein və lipoprotein (a) stabil stenokardiyanın ağırlıq meyəni kimi, 3, 72
- Hacıyeva S.V. Qastroduodenal patologiyalı xəstələrdən alınmış h.pylori şammıllannın xarakteristikası, 5, 68
- Həmzəyev S.M. Peritonitin erkən mərhələsində hipotermik abdominal sanasiya zamanı qaraciyər və böyrekde baş verən histomorfoloji dəyişikliklər, 2, 46
- Həmzəyev M.A. Qadınların yaşayış şəraitiinin (ailənin) və reproduktiv potensialın bir-birilə qarşılıqlı əlaqəsi, 2, 128

Azərbaycan təbəbetinin müasir nüaliyyətləri №1/2011

- Həsənova M.K., Heydərova K.A., Ramazanova G.K. Kesər kəsiyi zamanı antibiotikoprofilaktikaya yeni yanaşma, 2, 92
- Hüseynova G.A. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi vəzilərinin cinsi xüsusiyyətləri, 4, 75
- Hüseynova G.A. Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi vəzilərinin regionar səciyyəsi, 2, 99
- Hüseynova R.I., Əliyeva F.K. Hamilelik zamanı profilaktik müalicədən keçən endemik urlu hamile qadınlarda hamiliyin gedisi ve doğuşun xüsusiyyətləri, 4, 32
- Ibrahimov Z.O., Ibrahimov M.X. Orta dəreclü parodontitli xəstələrin «carlı» mineral suyu ilə kompleks müalicəsi zamanı qanda bir sıra laxtalınma göstəricilərinin təyini nəticələri, 1, 81
- İsmayılov V.F. Abdominal sepsistli xəstələrdə nazik bağırsaq dekompressiyasının effektivliliyinin artırılması, 1, 73
- İsmayılova M.I. Klimakterik sindromu diaqnostikasının meyarları və alqoritmi, 2, 117
- İsmayılova M.I. Klimakterik pozuntular zamanı bəzi müalicə- profilaktika tədbirlərinin tətbiqinin effektivliliyi, 4, 26
- Kamilova N.M., Muradova Z.K., Memmedova K.R. Həstəsion pielonefrit zamanı klinik- laborator göstəricilərin təhlili, 1, 52
- Kamilova N.I., Muradova Z.K. Həstəsion pielonefrit zamanı kompleks müalicədə ozon terapiyasının tətbiqinin effektivliliyi, 2, 108
- Kerimov Ə.X., Əliyeva G.A. Endometriyanın xərçənginin erkən diaqnostikasında histeroskopik müayinenin rolü, 3, 45
- Qarayev Q.Ş., Veliyeva Z.Y., İsmayılov Y.B. Peritonitin fazalarından asılı olaraq qanda və limfada immunoloji markerlərin dəyişməsi, 2, 132
- Qarayev Q.Ş., Veliyeva Z.Y., İsmayılov Y.B. Toksikliyi müxtəlif olan peritoneal eksudatın müsariqə limfa düyünlerine yeridilməsinin qanda immunoloji markerlərə təsiri, 3, 108
- Qasımov E.M., Rüstəmova N.M. Buynuz qışasının patologiyaları ilə bağlı əllilik riski və onun tibbi-sosial yükü, 5, 50
- Qurbanova M.B. Uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm xəstəliyinin erkən aşkarı və profilaktikasında kütləvi tuberkulin diaqnostikasının əhəmiyyəti, 1, 65
- Maçanova R.R. Müsariqədaxili farmakoterapiya və enterosorbsiyanın yayılmış peritonitli xəstələrin humoral immunitetinə təsiri, 3, 134
- Mallinikov E.V., İsayeva O.E., Mixaylov M.I. Hepatit E- praktik sehiyyə üçün mahiyyəti, 4, 58
- Mehdiyev Hafiz, Muz S. Engin Surgical treatment of the supraglottic laryngeal carcinoma: analysis of 335 cases, 2, 86
- Məmmədov M.Q., Qasımov S.D. Qaraciyərdaxili xolestaz sindromunda plazmaferezin effektlliliyi, 3, 78
- Məmmədova G.Y. Postnatal ontogenezdə yeni sutkaliq ritmdə yetişdirilənyapon bildiricinlərinin qanında şekerin dinamikası, 3, 102
- Muradova Z.S. Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsində kortikosteroidlərin təyininin tənəffüs pozulma sindromuna təsiri, 5, 48
- Muxtarov E.H., Şimşir A., Cüreklibatır I. Böyrək hüceyrəli karsinoma zamanı proqnostik amillər: şişin ölçüsü, 5, 62
- Musayev A.A., Ata Erdener, Coşkun Özcan, Çisem Akyıldız, Sibel Tiryaki Yad cisim aspirasiyasının tipləri və rastgelme sıklığı, 1, 75
- Mustafayev İ.I., Əhmədov K.V. Hemoreoloji faktorlar və onların hipertoniya xəstəliyinin perindoprille müalicəsi zamanı baş verən dəyişiklikləri, 1, 44
- Nesirov M.Y., Əhmədova T.A., Rzayev Z.I. Qarın boşluğu orqanlarının cərrahi xəstəliklərində sitokinlərin hemostaz sistemine təsiri, 4, 103
- Rəhimov Ü. Perkutan koronar müdaxilə və iltihab, 5, 83
- Rüstəmova N.M. Miopiya ilə bağlı əlliliklə assosiasiya olunan ömrün orta müddəti, 4, 98
- Salahov Z.Ə. Gərgin pnevmotorakslar zamanı qapaqlı drenaj metodu, 1, 88
- Seyidbəyov O.S., Ağazade A.R., Kerimov A.R. Şəkerli diabetli xəstələrdə dental implantasiya, 1, 95
- Sultanov H.A., Səfiyeva A.K. Tromofibrinogen tərkibli gelin hazırlanma texnikası vəpararektal fistullaların müalicəsində tətbiqi, 1, 41
- Sultanova N.H. Bronxial astmali uşaqların müxtəlif dövrləri üçün sitokin statusunun gedis xüsusiyyətləri, 3, 42
- Şirəliyev N.Ö. Protezləmədən sonra yaranan stomatitlərin etiologiyası, müalicəsi və profilaktikası, 4, 119
- Şirəliyev N.Ö., Səfərəliyev F.R. Diş protezlənməsinin müasir aspektləri, 4, 121
- Şükürova A.R. Uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatinin xəstalıklarının seviyyəsi və nozoloji strukturu, 2, 36

Azerbaycan təbabətinin müasir nüaliyyətləri №1/2011

- Talibova B.V. Naxçıvan şəhərində yaşayış məktəb yaşılı uşaqların fiziki inkişafının xüsusiyyətləri və tempi, 1, 123
- Yusubov S., Turan E. Alt burun baliqqlığı radiofrekansla toxuma ablasiyası proseduru nəticələrinin araşdırılması, 2, 78
- Yusubov S., Turan E. Qismi konxa rezeksiyasi əməliyyatı nəticələrinin akustik rinometriya ilə araşdırılması
- Zülfiqarova A.V., Qəhrəmanova S.M., Baxşəliyev A.B., Məmmədli N.M., Nəsrullayev N.S. Bisoprololun essensial hipertoniyalı xəstələrdə ürək ritminin dəyişikliyinə təsirinin xüsusiyyətləri, 2, 115
- Kerimov R.I. Yüksek gerilim elektrik yanıkları sonrası üst ekstremitəde oluşan tam kat defektlerin rekonstrüksiyonu üçün kullanılan fləp seçenekleri – klinik deneyimlerimiz, 3, 61
- Kerimov R.I. Skalpten girişli yüksek gerilim elektrik yanığı nedeniyle oluşan defektlerin fləplerle rekonstrüksiyon teknikleri – klinik deneyimlerimiz, 4, 71
- Аббасов А.Г., Рустам А.М., Алиев Э.А. Сравнительная характеристика состояния иммунной системы при различных методах аутотрансплантации фрагментов селезеночной ткани, 4, 101
- Абдуллаева Н.А. Некоторые диагностические маркеры преждевременного разрыва плодных оболочек, 3, 121
- Агаев Б.А., Шамсадинская Т.А. Интраоперационная склерооблитерация ретикулярных и варикозно расширенных вен немагистрального характера, 5, 38
- Азизова Г.И., Мамедгасанов Р.М., Алекперзаде Ш.И., Кулиева С.Р. Метаболическая супрессия иммунных параметров при различных нарушениях, 1, 47
- Алекперов М.М., Гаралова М.З. Результаты скрининг – анкетирования для выявления суставных жалоб у детей в различных регионах Азербайджана, 3, 47
- Алекперов М.М., Гаралова М.З. Структура ювенильных артритов в Азербайджане, 4, 67
- Алекперова Х.М. Результаты применения функционального биоуправления в лечении неврозов юношей и девушек 15-16 лет, 2, 50
- Алиев М.Г., Керимов Э.А. Функциональная активность полиморфноядерных лейкоцитов и регуляторные цитокины при кандидозе желудочно-кишечного тракта, 3, 64
- Алиева Л.П., Мустафаев И.А., Абдуллаев В.А., Гаджиева Р.С., Алиев М.А. Концентрация молекул средней массы - показатель уровня эндогенной интоксикации у больных хронической обструктивной болезнью легких, 5, 71
- Арчвадзе Б., Балакишиев А. Профилактика несостоительности «Т» образного анастомоза при левосторонней гемиколиктомии, 1, 97
- Ахмедова Л.З., Султанова Л.Ю. Особенности течения почечного синдрома на фоне геморрагического васкулита, 1, 78
- Багирова С.К. Внематочная беременность, как причина материнской смертности, 4, 54
- Байрамов Г.Р. Оценка эффективности вакцины имудона при комплексном лечении хронического пародонтита, 1, 71
- Бахшалиев А.Б., Мамедова Н.Т. Особенности коронарного кровотока у женщин с острым инфарктом миокарда в менопаузальном периоде, 4, 81
- Бахшалиева Н.А. Вопросы вирусологии в научных исследованиях Азербайджанских онкологов, 4, 106
- Гаджиев Р.М. Диагностика лечения урогенитальной инфекции в восстановлении мужской fertilliynosti, 5, 116
- Гаджиева Ф.Р., Шахbazova N.A. Диагностическая и прогностическая значимость определения аутоантителов класса IgG разной специфичности у женщин с привычным невынашиванием беременности, 2, 121
- Гаджиева Ф.Р. Некоторые пути снижения частоты кесарева сечения, 1, 149
- Гаралова М.З. Распространенность ювенильных артритов по данным эпидемиологического обследования, 5, 74
- Гасanova L.B. Оценка иммунных нарушений у больных с различной степенью тяжести перитонита, 3, 138
- Гурбанов Ф.А. Лечебно-диагностический алгоритм при начальной стадии полипозной формы аллергического риносинусита, 2, 33
- Гурбанов Ф.А. Применение дипроспана в комплексном лечении аллергического риносинусита, 3, 59
- Гусейнли Я.С., Аскерова Т.А. Некоторые современные аспекты диетотерапии при фенилкетонурии, 1, 129
- Гусейнова Б.М. Состояние гемодинамики при синдроме мекониальной аспирации у новорожденных, 1, 133
- Гусейнова Г.А. К вопросу о количественной микроанатомической характеристике желез мочевого

Azerbaycan təbəbətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

- пузыря в постнатальном онтогенезе, 4, 114
Гусейнова С.Т. Потребность населения проживающего в экологически неблагоприятном районе в лечебно-профилактической помощи по основным стоматологическим заболеваниям, 1, 118
Гусейнова Г.А. Макро-микроанатомическая характеристика формы и размерных показателей желез мочевого пузыря в постнатальном онтогенезе, 3, 87
Дашдамиров Р.Л. Применение теветена у больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом, 5, 57
Джавадова Д.Г. Мутации В-хромосоме как фактор азооспермии, 1, 62
Джалилова К.И. Состояние медицинской и лекарственной помощи населению Азербайджана, 3, 38
Джафаров З.М., Манафов С.С., Мусаков С.М., Джадаров А.З., Чернышева М.Е. Влияние перидуральной блокады на интенсивность инфракрасной радиации нижних конечностей при диабетических ангиопатиях, 1, 68
Зейналов А.Ф., Исмайлова С.С. Основные направления интегральной профилактики ИБС и сахарного диабета типа 2 в популяциях вынужденных переселенцев г.Сумгайит и населения г.Баку женского пола 20-59 лет, 1, 91
Зульфугарова Н.С. Разработка структурно-организационной модели фитоаптеки, 3, 98
Мамедли Дж.А., Мамедова С.А. Микробиологические критерии эффективности лечения агрессивного пародонтита, 3
Ибрагимова С.М., Касимов М.С., Джаганов М.М., Садыхова Ф.Э., Ахмедова С.Ф. Результат лабораторной диагностики сибирской язвы в человеческой популяции в Азербайджане в период 2007-2009 гг., 3, 81
Исаев И.Г., Аскеров Н.М., Казиева Р.Р. Эффективность химиолучевой терапии больных раком носоглотки, 4, 84
Исаев И.Г., Аскерова Л.Н. Результаты лучевой терапии больных раком пищевода, 4, 78
Исаев И.Г., Кязимов К.И., Аскеров Н.М., Акперов К.С., Зейналов Р.С., Мусаев И.Н., Гасанзаде Д.А. Побочные явления терапии местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого, 2, 102
Исмаилов А.И. Зависимость развития кариозных заболеваний зубов от позологического диагноза умственно отсталых людей, 3, 118
Кадырова А.А., Дадашов А.Р. Мониторинг профилактических мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Азербайджане, 3, 75
Касумова С.М., Гасангулиева Г.М. Кишечно-респираторный симптомокомплекс при ротавирусной инфекции у детей, 4, 35
Кафаров К.К. Обоснование потребностей в ортопедической стоматологической помощи (на примере сотрудников Министерства Внутренних Дел), 4, 43
Кафаров К.К. Обращаемость в территориальную и ведомственную стоматологическую сеть, 2, 74
Кафаров К.К. Обращаемость и посещаемость курсантов полицейской академии за стоматологической помощью, 3, 131
Керимов В.Н., Мамедов М.М., Ахмедов Б.В. Результаты хирургического лечения острого калькулезного холецистита у больных с высокой степенью риска, 2, 94
Керимова М.К. Эффективность азитромицина (сумамед) у часто болеющих детей с респираторными заболеваниями, 2, 111
Кулиева С.Ш., Кулиева Т.Х., Агаева К.А., Алиева Б.А. Сравнительная оценка эффективности моно-и комбинированной терапии у больных с изолированной систолической артериальной гипертонией, 5, 45
Кулиева Н.А., Шамсадинская Н.М. (мл.) Консервативное лечение женского бесплодия обусловленное синдромом поликистозных яичников, 1, 136
Курбанова Д.Ф., Идрисова Х.С., Гамидова А.В., Ахундова Т.Г. Общая характеристика ранней диагностики заболеваний с использованием Элип-тестов, 4, 126
Курбанова С.А., Абасов Э.Ш., Мамедов М.К. Показатели иммунного статуса и интенсивности иммунопатологических процессов у больных ревматоидным артритом, имеющих серологические маркеры репродуктивных герпетических инфекций, 2, 124
Курбанова Д.Ф., Казиева Н.К., Мамедова Р.М., Ахундова Т.Г. Д-димер новый маркер оценки течения беременности у женщин с невынашиванием, 3, 142
Мамед-заде Г.Т. Распределение антигенов II класса главного комплекса гистосовместимости у женщин с различными осложнениями беременности в анамнезе, 3, 90
Мамедли Ф.М. Итоги изучения экологии энтеровирусов на территории Азербайджана, 3, 53
Мамедов М.К., Рагимов А.А., Дадашева А.Э., Сафарова С.М., Михайлов М.И. Возрастная структура популяционного иммунитета к вирусу гепатита А среди взрослых жителей г.Баку, 5, 42
Мамедов Р.М. Подходы по формированию корзины стоматологических услуг относительно воспалительных заболеваний пародонта, 2, 64

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

- Мамедов П.С., Мурсалов В.Р., Дадашов А.М. Диагностика огнестрельных ранений живота на этапе квалифицированной медицинской помощи в предоперационном периоде, 2, 69
- Мамедова Р.Ю. Атопические заболевания у детей, 2, 53
- Мирзоева У.И. Социально-психологическая реабилитация инвалидов и участников войн, находившихся в лечебном пансионате, 3, 83
- Михайлов М.И., Малинникова Е.Ю., Дадашева А.Э. Распространение и значение инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С среди больных, находившихся в гематологическом стационаре, 3, 50
- Наджи Л.А., Алиева Э.М. Особенности физического развития девочек с физиологическим течением периода полового созревания, 4, 47
- Рагимов А.А., Мамедова Т.К., Мамедов М.К., Гулиева А.А., Курбанова С.А. Антитела к вирусу цитомегалии у взрослых здоровых жителей г.Баку, 5, 29
- Рустамова С.Т., Гасанов А.И., Рустамова Ш.М. Оценка безопасности терапии ингаляционными кортикоステроидами у детей с бронхиальной астмой тяжелого и среднетяжелого течения, 2, 61
- Садыгов А.С., Мамедов Дж.Т., Аллахвердиева Л.И., Ахундов С.Н. Экстрамелкодисперсный бесфреоновый аэрозоль бекламетазона/формотерола – что мы ожидаем в будущем в лечении больных с обструктивными заболеваниями легких, 1, 157
- Сафаров А.М., Керимов Э.Э., Мурадов К.Х. Функциональные и морфологические изменения в слизистой оболочке протезного ложа под влиянием съемных пластиночных протезов, 5, 60
- Сафаров А.М., Багиров А.А., Ширалиев Г.О. Оценка съемных зубных протезов из акриловых пластмасс у жителей субтропической зоны Азербайджанской Республики, 4, 91
- Сафарова С.И. Предварительные результаты мониторинга и проведения здоровьесберегающей работы среди школьников Азербайджанской Республики, 1, 139
- Сейдбеков О.С., Алиев С.З., Бабаев Д.А. Методы лечения и профилактики слюнокаменной болезни, 1, 123
- Сейдова Г.М. Микробиологические аспекты природной контаминации продовольственного сырья и продуктов питания плесневыми грибами и пути профилактики микотоксикозов в Азербайджане 1, 37
- Султанова С.Г. Степени разрывов промежности, 2, 43
- Султанова С.Г. Выбор оперативной тактики в лечении ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера, 4, 109
- Усенов Г.К., Султанов Э.Ш. Анализ результатов наложения постоянного сосудистого доступа с имплантацией алловены у пациентов на программном гемодиализе, 1, 85
- Устун Н.М. Совершенствование системы антропогенного воздействия на разных этапах функционирования паразитарной системы бруцеллеза, 1, 142
- Фаткулин И.Ф., Алтыев Ш.А. Экспериментальное обоснование применения противоспаечного барьера, производного целлюлозы, для предупреждения развития послеоперационных спаек, 1, 56
- Шадлинская Р.В Сравнительная характеристика методов лечения пациентов с мезиальным смещением первых моляров верхней челюсти, 2, 90
- Шамсадинская Т.А. Неспецифические осложнения компрессионной скелротерапии, 4, 40
- Шукюрова Р.Р. О предикторах выживаемости больных деструктивным туберкулезом легких после хирургического вмешательства, 5, 86
- Шукюрова Э.Д. Комплексный клинический, эпидемиологический и микробиологический подход к проблеме пищевых токсикоинфекций в г. Баку, 1, 144

PRAKTIK HƏKİMƏ KÖMƏK- RÖMOHĞ PRAKTİÇESKOMU VRAÇU

- Cəfərova T.F., Hacıyeva A.A., Hüseynova P.M., İsmayıllzadə S.M. Hamilə qadılarda aşağı ətrafların xroniki venoz çatızmazlığı (xvç) zamanı "Detralexs" preparatının tətbiqi, 5, 109
- Çəmnik-Bolant A.F., Əliyeva M.F. Multiple pterygium sindromu, nadir irtsı xəstəliklərdən biri kimi, 5, 103
- Əliyeva F.K., Təhməzi X.M. Vərdişi düşüklərin və hamiləlik zamanı hipertenziv pozğunluqların profilaktikası, erkən diaqnostikasında eli-p-test 12- nin əhəmiyyəti, 3, 152
- Əliyeva F.K., Təhməzi X.M., Əmirova A.F. Hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin profilaktikası və erkən diaqnostikasında ELI-P-TEST 12- nin əhəmiyyəti, 5, 112
- Hacıyeva F.R. Hamiləliyə qədər və hamiləlik zamanı viruslu və ya bakterial infeksiyalı qadınların müasir müayinə üsulları, 4, 124
- Təhməzi X.M., Həsənova M.K., Heydərova K.A., Ramazanova G.K. Hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin erkən diaqnostikasının immunoloji aspektləri, 5, 107
- Бабаева С.Г. Лучевая диагностика медиастинальных опухолей из жировой ткани, 3, 148

Azərbaycan təbabətinin müasir nəjiiyyətləri №1/2011

- Касумова С.М. Особенности инфекционного синдрома у носителей наследственных аномалий крови, 3, 145
Курбанова Д.Ф., Идрисова Х.С., Гамидова А.В., Ахундова Т.Г. Общая характеристика ранней диагностики заболеваний с использованием Элип-тестов, 4, 126
Hajiyeva F.R., Shahbazova N.A. Searching immunology aspects of abortion by ELI-P-complex, 5, 100

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

- Aliyev F.İ. Ağır müştərək kəllə-beyin travmaları zamanı mədə-12 b/b sisteminin selikli qışalannda baş verən dəyişikliklərin eksperimental müşahidələri, 3, 158
Bayramov N.Y., Qədirova A.S. Diaqnostik göstəricilər: həssaslıq, spesifikasiq, pozitiv və neqativ proqnostik səviyyə, diaqnostik dəqiqlik, 4, 130
Pirəliyeva Y.U. Azərbaycanda QIÇS- ə dair nəşr dərslik və monoqrafiyalar bibliografiyası, 6, 153
Гаджиев Р.М. Диагностика лечения урогенитальной инфекции в восстановлении мужской fertильности, 5, 116
Степанова Н.И., Ахмедова Э.П. Азербайджанская Государственная Республиканская научная медицинская библиотека – вчера, сегодня, завтра, 1, 160
Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, 2, 140
Мамедов М.К., Гаджиев А.Б., Таги-заде Р.К., Курбанова С.А. Антитела к лимфотропным ретровирусам человека среди различных категорий жителей Азербайджана, 3, 156

XRONİKA- ХРОНИКА

- Ibn Sina (960-1037), 5, 118
Gürzeliyev S.A., Süleymanzadə N.Q., Nəbiyeva M.Y. Azərbaycan tibb universitetinin 80 illik yubileyi ərafeśində. Azərbaycan tibb universitetinin uşaq, yeniyetmələr gigiyenası, əmək gigiyenası kafedrasının inkişaf tarixi haqqında, 3, 160

Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri №1/2011

MÜNDƏRİCAT- ОГЛАВЛЕНИЕ

/CMALLAR- ОБЗОРЫ/

Neonatal sarılıqların differensial diaqnostikasında hüceyrənin energetik mübadiləsinin öyrənilməsinin əhəmiyyəti N.C. Quliyev, L.F. Əliyeva.....	3
Dünya optika bazalarının inkişafı və onun eczacılıq marketinqinin öyrənilməsi M.N. Vəliyeva, A.B. Bağırova.....	7
Broždenie porokov razvitiya i voprosy ikh profilaktiki G.T. Mamad-zade.....	14
Патогенетические пути формирования сердечной недостаточности у детей с кардиомиопатиями А.Г. Гасанов.....	18
Современное состояние проблемы бактериального вагиноза Ф.А. Садыхова, Л.Ф.Рзаева.....	26
Минеральный состав: метаболизм, механизм действия и клиническое применение при нормально протекающей беременности и осложненной гестозом Н.М. Камилова, К.Р.Мамедова.....	30
Zeytun fəsiləsinə aid növlərin kimyəvi tərkibi və istifadəsi E.H. Kərimli, T.A. Süleymanov.....	35
Oprədələni glikozu və məcə və onun mənası kliničeskoy i profiliaticheskoy diabetologii M.B. Mırzazadə.....	44

ORIJINAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Yoğun bağırsağın keçməməzliyi modeli fonunda apanian rezeksiyadan sonra defektin sinir-damar ayaqçığı üzərində qalça bağırsaq segmenti ilə bərpasında anastomoz tutarlığının yaxşılaşdırılması T.Q. Əliyev.....	50
Laboratornye priзнаки субклинической гепатоцеллюлярной дисфункции у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С А.Э.Дадашева, М.И.Михайлов, А.Б.Гаджиев, Р.К.Таги-заде, М.К.Мамедов.....	53
Fəsadsız piloroduodenal xoralı xəstələrin cərrahi müalicəsinin müasir problemləri E.A. Rüstəmov.....	57
Məktəb müəllimləri arasında arterial hipertenziya və onunla assosiasiya olunan risk amillərinin tezliyi F.V. Şəmiyeva.....	69
Ocenka ultrazvukovykh kriteriyev patologii mochevydelitelnoy sistemy ploda u beremennix s shitomegalovirusnoy infekciyey C.M. Gahramanova.....	72
Stasionar xəstələrin konsultativ yardım göstərilməsinə olan ehtiyaclarının təyin edilmə metodologiyasının təkamülü R.Ş.Hacıyeva.....	76
Uroloji sistem daşlarının analizi S.B. İmamverdiyev, R.T. Hüseynzade.....	80
Doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyasının antihomotoksik preparatlarla profilaktikası N.M. Kamilova, T.F. Cəferova, Ə.A. Hacıyeva, R.Ş. Vəzirova, S.N. Vəliyeva, V.Ə. Hüseynova.....	84
Vərem ocaqlarında yaşayan uşaq və yeniyetmələr arasında feal vəremin yaranmasının xüsusiyyətləri M.B.Qurbanova.....	86
Koncentrasiya hormonov stress-gruppı və osteotropníx hormonov pri ispravlenii deformacii kostej goleni metodom monolokal'nego i bilokal'nego osteosintezu D.A. Alekberov, A.A. Sveshnikov.....	91
Atopik forma bronzial astmalı uşaqlarda neyroimmun əlaqə N.H.Sultanova.....	97
Makulodistrofiya ilə bağlı ilkin əlliyyin tibbi-sosial yükünün dinamikası N.M.Rüstənova.....	105
Anorektal nahiyyə irinli xəstəliklərinin bakterioloji xüsusiyyətləri Z.F.Baxşəliyev.....	108

Azerbaijan təbabətinin müasir nailiyətləri №1/2011

Влияние возрастного фактора на частоту патологии пародонта и особенности распространения ее нозологических форм среди населения	111
З.И. Гараев, А.Ч.Пашаев, В.М. Гасанов.....	111
Исследование Т-системы иммунитета при кандидозе желудочно-кишечного тракта	115
М.Г.Алиев, Е.А.Керимов.....	115
ST seqment qalxmaçı miokard infarkti zamani nt-pro bnp-nin yüksək riskli xəstələrin seçilməsində əhəmiyyəti	118
C.Z.Həmisiyev.....	118
Qalxanvari vəzifə disfunksiyasında xroniki c hepatitisinin aşkarlanması və autoimün pozğunluqlar	121
Z.M. Ömrərova, A.C. Ağamahyeva, G.A. Kərlimova, L.B. Cavanşirova, S.S. Bəbirov.....	121
Влияние производственно-профессиональной среды на репродуктивное здоровье женщин	124
X.Ф. Багирова, Г.А.Мамедова.....	124
Hipertenziv vəziyyətlərin və hamiləliyin vərdişi düşüklərinin erkən diaqnostikasının immunoloji aspektləri	128
X.M.Təhmasi, N.A.Şahbazova.....	128
Мультимодальные вызванные потенциалы при рассеянном склерозе с дебютом оптического неврита	133
Н.А. Несруллаева, С.К. Гусейнова, Р.К. Ширазиева, В.В.Гнездцкий.....	133
Фексофенадин – в комплексном лечении аллергического риносинусита	137
Ф.А. Гурбанов.....	137
Результаты изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, их факторов риска и метаболического синдрома среди трудоспособного населения в организованных популяциях г.Баку	140
Д.А.Бехбудова, Т.А.Ахмедова.....	140
Xroniki ürək çatışlığı və şəkərli diabet xəstələrdə hiss dəstəsinin sol ayagçığının blokadasının proqnostik rolü	143
F.Ə. Quliyev, K.X. Zahidova, S.S.İsmayılova.....	143
Genital endometriozun kompleks diaqnostikası prosesində və cerrahi müalicəsinin nəticələrinin proqnozlaşdırılmasında interleykin-8 sintezinə nəzarət edən genin mutasiyalarının əhəmiyyəti	149
A.Ş.Rzayeva.....	149
Возможные формы коррекции и профилактики климактерического синдрома в зависимости от степени тяжести	155.
M.İ.Исмайлова.....	155.
Отдаленные результаты эндоваскулярного и открытого хирургического методов закрытия дефекта межпредсердной перегородки сердца	160
A.Р.Асланова.....	160
Döş qəfəsinin anadəngəlmə qifvari deformsiyalı xəstələrin kliniki diaqnostikası və müayinə metodları	164
A.Z. Bayramov, V.Q.Verdiyev, Z.M.Musayev, A.Ə.Boşirov.....	164
Морфологические изменения желез мочевого пузыря в эксперименте при бальнеопроцедур сульфидного воздействия	170
В.Б. Шадлинский, Г.А. Гусейнова.....	170
Разработка и испытание цветного антигена для диагностики листериоза	174
Ф.М. Кулибеков, X.N. Макаев.....	174
Qanaxma ilə fəsalaşmış qastroduodenal xoraların kompleks müalicəsində "Ronkoleykinin" əhəmiyyəti	178
K.Ə.Eyvazova.....	178
Хирургическое лечение разорвавшихся артериальных аневризм переднего полукольца осложнённых внутрижелудочковыми кровоизлияниями	185
Э.З. Аббасзаде, О.А. Цимейко, Н.И. Исаев, В.В.Мороз.....	185
Bud-çanaq oupağının Qanz periasefəbulyar osteotomiyası sonrası total protezləşdirmə	188
A. Qəhrəmanov, B. Atilla, M. Alpaslan, C. Aksoy, M. Tokgözoglu, V.Verdiyev.....	188
Rektumun Anterior və Low Anterior rezeksiyalarından sonra əməliyyatdaxili buraxmış anastomozların preventiv ileostoma ilə müalicəsinin mümknlüyü	191
E.H.Əzimov.....	191
Hormonal kontrasepsiyanın premenstrual sindromun gedişinə terapevtik təsiri	195
A.M.Rzayeva, S.A.Əliyeva, R.P.Həsənova, I.Ə.Tağıyeva, Z.H.Hüseynova.....	195
Оптимизация интенсивной терапии и хирургического лечения острого деструктивного панкреатита	197
Ю.Р. Алияров.....	197
Наследственное звено иммунитета у детей с бактериальной инфекцией	200
Н.В. Абдуллаева, Л.А. Ахмедова, Р.В. Садыгов, М.З. Эфендиева, Х.Г.Агаева, З.М. Кулиева, Г.К. Гаджиева, Р.А. Мамедбекова, Ф.Э. Садыхова.....	200

Azerbaycan təbabətinin müasir nailiyyetləri №1/2011

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK- ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Meqadolixokolon zamanı rast gəlinən ağrılaşmalar F.V. Əliyev.....	204
Редкий случай трубной беременности З.М. Топчубашова, Р.Ш. Безирова, С.Н. Велиева.....	208
Şvarts-Campel sindromu, nadir xəstəliklərdən biri kimi A.F.Çernik-Bülend,M.F.Əliyeva.....	210

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

Генотипная принадлежность изолятов вируса гепатита в сыворотках парентерально инфицированных лиц из групп с высоким риском инфицирования О.В.Исаева, А.Э.Дадашева, М.К.Мамедов.....	213
Malyariya uzun illərdən bəri təkmül prossesində inkişaf edən ağcaqanadlar tərəfindən yayılan bələdir N.C. Namazov, F.H.Hüseynova.....	214

XRONİKA- ХРОНИКА

ƏVƏZEDİLMƏZ İNSAN.....	217
7 aprel sağlılıq günü.....	218

(

Çapa imzalanıb: 29.03.2011
Sayı 300, HəCmi 20,5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8 əla növ kağız

AzTU-nun mətbəəsi, H. Cavid pr.25